



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I
FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2007

THESE

Pour le



DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Grégoire CHEVALIER
Né le 13 avril 1981 à Remiremont (88)

**LA COMMUNICATION :
UN OUTIL INDISPENSABLE A LA RELATION
PRATICIEN-PATIENT EN ODONTOLOGIE**

Présentée et soutenue publiquement le 9 mai 2007

Examinateurs de la thèse :

Monsieur Jean Paul LOUIS
Madame Catherine STRAZIELLE
Monsieur Michel WEISSENBACH
Monsieur Daniel ANASTASIO
Monsieur Jean Luc MATHIS

Professeur des Universités
Professeur des Universités
Maître de Conférence des Universités
Odontologue des Hôpitaux
Docteur en Chirurgie Dentaire

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

BU PHARMA-ODONTOL



104 076106 2

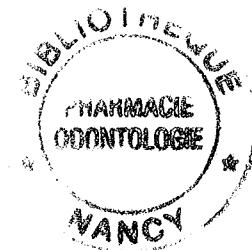
ACADEMIE DE NANCY METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I
FACULTE D'ODONTOLOGIE

Année 2007

THESE

Pour le

N° 30-05
Double

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Grégoire CHEVALIER

Né le 13 avril 1981 à Remiremont (88)

**LA COMMUNICATION :
UN OUTIL INDISPENSABLE A LA RELATION
PRATICIEN-PATIENT EN ODONTOLOGIE**

Présentée et soutenue publiquement le 9 mai 2007

Examinateurs de la thèse :

Monsieur Jean Paul LOUIS

Madame Catherine STRAZIELLE

Monsieur Michel WEISSENBACH

Monsieur Daniel ANASTASIO

Monsieur Jean Luc MATHIS

Professeur des Universités

Professeur des Universités

Maître de Conférence des Universités

Odontologue des Hôpitaux

Docteur en Chirurgie Dentaire

Président

Juge

Juge

Juge

Juge

UNIVERSITÉ Henri Poincaré NANCY 1
Président : Professeur J.P. FINANCE

FACULTE D'ODONTOLOGIE
Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Dr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE - Dr Jacques PREVOST
Membres Honoraire : Pr. F. ABT - Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER
Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme <u>DROZ Dominique (Desprez)</u> M. <u>PREVOST** Jacques</u> Mlle <u>MARCHETTI Nancy</u> Mme <u>ROY Angélique (Mederlé)</u> M. <u>SABATIER Antoine</u>	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme <u>FILLEUL Marie Pierryle</u> Mlle <u>BRAVETTI Morgane</u> M. <u>GEORGE Olivier</u>	Professeur des Universités* Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie légale	M. <u>WEISSENBACH Michel</u> Mme <u>JANTZEN-OSSOLA Caroline</u>	Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. <u>MILLER** Neal</u> M. <u>AMBROSINI Pascal</u> Mme <u>BOUTELLIEZ Catherine (Bisson)</u> M. <u>PENAUD Jacques</u> Mme <u>BACHERT Martine</u> M. <u>PONGAS Dimitrios</u>	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. <u>BRAVETTI Pierre</u> M. <u>ARTIS Jean-Paul</u> M. <u>VIENNET Daniel</u> M. <u>WANG Christian</u> Mlle <u>LE Audrey</u> M. <u>PERROT Ghislain</u>	Maître de Conférences Professeur 1 ^{er} grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. <u>WESTPHAL** Alain</u> M. <u>MARTRETTE Jean-Marc</u> Mme <u>MOBY Vanessa (Stutzmann)</u>	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. <u>AMORY** Christophe</u> M. <u>PANIGHI Marc jusqu'au 2/3/07</u> M. <u>FONTAINE Alain</u> M. <u>ENGELS DEUTSCH** Marc</u> M. <u>CLAUDON Olivier</u> M. <u>PERRIN Sébastien</u> M. <u>SIMON Yorick</u>	Maître de Conférences Professeur des Universités* Professeur 1 ^{er} grade* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxilla-faciale)	M. <u>SCHOUVER Jacques</u> M. <u>LOUIS** Jean-Paul</u> M. <u>ARCHIEN Claude</u> M. <u>LAUNOIS** Claude</u> M. <u>KAMAGATE Sinan</u> M. <u>DE MARCH Pascal</u> M. <u>HELPFER Maxime</u> M. <u>SEURET Olivier</u> M. <u>WEILER Bernard</u>	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant associé au 1/10/05 Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle <u>STRAZIELLE** Catherine</u> M. <u>SALOMON Jean-Pierre</u> Mme <u>HOUSSIN Rozat (Jazi)</u>	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2007

italique : responsable de la sous-section

* temps plein - ** responsable TP

Nancy, le 01.01.2007

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ou improbation.*

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean Paul LOUIS

Officier des Palmes Académiques
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités
Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire
Sous section : Prothèses

Je remercie Mr le Pr J.P. LOUIS, doyen de la faculté de chirurgie dentaire pendant la majeure partie de mon cursus, pour l'écoute qu'il m'a offerte, et pour la clarté du savoir qu'il transmet, notamment en prothèse adjointe complète : de la technique à l'abord psychologique du patient, il a su me transmettre un vif intérêt pour l'odontologie.

Madame le Professeur Catherine STRAZIELLE

Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités
Habilitée à diriger des Recherches par l'Université Henri Poincaré, Nancy I
Responsable de la sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Je remercie Mme le Pr C. STRAZIELLE pour sa disponibilité sans faille malgré ses nombreuses responsabilités universitaires, pour sa gentillesse inconditionnelle envers patients et étudiants en clinique, et pour le soutien constant qu'elle apporte à la collaboration entre les facultés de chirurgie dentaire de Nancy et de Cuenca-Equateur.

Monsieur le Docteur Michel WEISSENBACH

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy I
Maître de conférence des Universités
Responsable de la sous-section : Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Je remercie Mr le Dr M. WEISSENBACH pour le temps passé avec lui au Service Accueil Santé, où j'ai appris la rigueur de la clinique grâce à ses conseils et aux

urgences. Mr WEISSENBACH a de la sympathie pour ses étudiants et remplit d'autant mieux sa fonction d'enseignant. Je lui en suis sincèrement reconnaissant.

Monsieur le Docteur Daniel ANASTASIO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Praticien Hospitalier
Odontologiste des hôpitaux
Responsable de l'Unité Fonctionnelle de Thionville
Département d'Odontologie du CHR de Metz-Thionville

Je remercie Mr le Dr D. ANASTASIO pour son approche conjointe de l'odontologie et de la communication : son enregistrement vidéo commenté en troisième partie de la thèse a été ma motivation première dans le choix du sujet. Ayant eu un intérêt spontané pour la PNL, la découverte de la pertinence de son utilisation en odontologie a été une révélation pour moi : la puissance de cet outil de communication est flagrant dans cet enregistrement, grâce aux compétences rares du Dr ANASTASIO. Cette rencontre a fait évoluer mon rapport à l'odontologie, et m'a donné une confiance dans le potentiel insoupçonné de la condition de soignant, bienvenue à l'aube d'une carrière.

Monsieur le Docteur Jean-Luc MATHIS

Docteur en chirurgie Dentaire
Attaché Universitaire

Je remercie Mr le Dr J.L. MATHIS, qui le premier m'a transmis le goût de l'odontologie par l'ouverture des portes de son cabinet. C'est un véritable compagnonnage qui s'est instauré au fil du temps passé dans son cabinet - j'y ai occupé les postes d'assistant dentaire puis de remplaçant – grâce à son envie spontanée de transmettre sa vision de l'odontologie. Plus qu'une découverte du cabinet dentaire, j'ai trouvé à St Max une vraie réflexion sur la profession, incluant éthique, communication, anticipation des désirs des patients, et plus généralement l'art et la manière d'exercer harmonieusement l'odontologie. J'ai eu grand plaisir à côtoyer le Dr Jean-Luc MATHIS, et toutes ses qualités me font aujourd'hui dire qu'il est mon « père spirituel » de l'odontologie.

Ma Famille

Je remercie :

mon père, pour le goût de l'exercice libéral de la médecine qu'il m'a transmis, pour son soutien permanent, pour son rapport empathique à ses patients, et pour sa constance rassurante dans la vie.

ma mère, pour son soutien inconditionnel tout au long de mes études. Ce n'était pas gagné d'avance et il y a eu des moments difficiles, mais je suis aujourd'hui heureux de partager avec elle la joie de soutenir ma thèse.

mon frère Nicolas, pour son soutien dans les moments difficiles, et pour la difficulté d'être l'aîné, de vivre les épreuves en premier, et ainsi faire profiter les plus jeunes de son expérience.

ma sœur Caroline, pour la saine originalité professionnelle dont elle est la garante dans la famille, et pour m'avoir raisonnablement chouchouté pendant les 25 dernières années. Un grand merci également pour le temps passé à relire et corriger ma thèse, cette aide m'a été d'une grande utilité.

mon frère Louis, pour avoir accepté que je vienne partager les bancs de la même faculté pendant des années, et donc aussi les aléas du cursus.

ma cousine Sophie, pour avoir partagé avec elle quelques années d'études à Nancy.

Mes amis

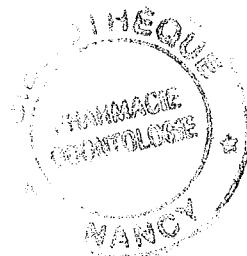
Je remercie tous ceux qui ont fait de mes années d'étude des années rythmées par des fêtes dont on se rappellera, bien sûr l'irréductible noyau d'amis dentaires qui s'est constitué dès la deuxième année, Adrien, Charly, Julien et Luc, mais aussi tous les amis rencontrés en dehors de la faculté dentaire, la liste serait trop longue, un grand merci à tous.

SOMMAIRE

1. LES SPECIFICITES DE LA RELATION PRATICIEN-PATIENT EN ODONTOLOGIE

18

<u>11. Objectifs de la relation thérapeutique odontologique</u>	19
<u>111. Rétablissement ou maintien de la santé</u>	19
<i>Définition médicale de la santé</i>	19
<i>Définition profane de la santé</i>	20
<u>112. Création d'un cadre propice à l'intervention</u>	22
<i>Pour le praticien</i>	22
<i>Pour le patient</i>	22
<u>113. Satisfaction des parties engagées</u>	23
<i>Satisfaction du praticien</i>	23
<i>Satisfaction du patient</i>	24
<u>12. Le contexte odontologique : versant patient</u>	26
<u>121. Image populaire du chirurgien-dentiste</u>	26
<i>L'avis des Dr Charon & Joachim</i>	26
<i>Cinéma et bande-dessinées</i>	27
<i>Les médias de masse</i>	27
<i>Dental Beliefs Survey (DBS)</i>	27
<u>122. La réalité du cabinet dentaire</u>	28
<i>La vision</i>	28
<i>L'olfaction</i>	31
<i>L'audition</i>	31
<i>Le toucher</i>	32
<i>Le goût</i>	33
<u>123. L'anxiété dentaire</u>	33
<i>Prévalence</i>	33
<i>Evaluation</i>	34
<i>Causes</i>	35
<i>Conséquences</i>	35



<u>13. Le contexte odontologique : versant praticien</u>	37
<u>131. Spécificités de la zone oro-faciale</u>	37
<u>1311. Aspects neurologiques</u>	37
<i>Le nerf trijumeau</i>	37
<i>Le nerf facial</i>	39
<i>Aires fonctionnelles correspondantes</i>	39
<u>1312. Aspects psychologiques</u>	42
<u>132. Evolution de la relation soignant-soigné</u>	43
<i>Le modèle paternaliste</i>	44
<i>Le modèle autonomiste</i>	45
<u>133. Notions d'éthique</u>	46
<i>Définitions</i>	46
<i>Principes de base</i>	46
<i>De la nécessité de l'éthique</i>	48
<u>2. NOTIONS FONDAMENTALES DE COMMUNICATION EN ODONTOLOGIE</u>	50
<u>21. Définitions</u>	51
<u>211. La communication</u>	51
<u>212. Communications verbale et non-verbale</u>	53
<i>Panorama des réactions non-verbales</i>	53
<i>Comparaison sémiotique</i>	54
<u>213. La proxémique</u>	55

<u>22. Etablissement de la communication en odontologie</u>	56
<u>221. Le premier contact</u>	56
<i>On ne peut pas ne pas communiquer</i>	56
<i>La première consultation</i>	57
<u>222. La confiance</u>	58
<i>Pourquoi ?</i>	59
<i>Comment ?</i>	60
<u>23. Amélioration de la communication en odontologie</u>	61
<u>231. Le déroulement d'un rendez-vous</u>	61
<i>Organisation du temps</i>	61
<i>Pendant les soins</i>	62
<u>232. Elimination des interférences</u>	63
<u>24. Validation de la communication en odontologie</u>	64
<u>241. Validation par le praticien : le <i>feedback</i></u>	64
<u>242. Validation par le patient : empathie du praticien</u>	66
<u>3. OUTILS COMPORTEMENTAUX UTILES AU CHIRURGIEN-DENTISTE</u>	68
<u>31. Techniques de motivation</u>	69
<u>311. Théorie de la motivation</u>	69
<u>312. Epistémologie de la psychologie</u>	71
<u>313. Psychologie comportementale</u>	74
<u>314. Psychologie cognitive</u>	75

<u>315. Psychologie sociale</u>	76
<i>Définitions</i>	76
<i>Une expérience de piqûre chez des enfants de CM 2</i>	77
<u>316. Discussion : le changement</u>	79
 <u>32. Techniques de relaxation</u>	 81
<u>321. Distraction</u>	81
<u>322. Training autogène de Schultz</u>	82
<u>323. Musicothérapie</u>	84
<u>324. Hypnose</u>	85
<u>325. Sophrologie</u>	87
<u>326. Limites</u>	88
 <u>33. Technique de dissociation-désensibilisation : La Programmation Neuro-Linguistique (PNL)</u>	 90
<u>331. Vers une définition de la PNL</u>	90
<u>3311. Bandler et Grinder</u>	90
<u>3312. La démarche originale</u>	91
<u>3313. Les sources de la PNL</u>	91
<u>3314. Les principes de la PNL</u>	94
<u>33141. La perception du monde</u>	94
<i>Le métamodèle</i>	94
<i>Les canaux de perception</i>	95
<u>33142. L'observation du sujet</u>	95
<i>Les micro-comportements</i>	95
<i>La congruence</i>	96
<i>Le feedback</i>	96

<u>33143. La flexibilité du communicateur</u>	97
<i>La loi de la variété requise</i>	97
<i>La définition de l'objectif</i>	97
<i>La notion d'écologie</i>	98
<u>3315. Propositions de définition de la PNL</u>	99
<u>3316. Les applications de la PNL</u>	101
<u>3317. Les limites de la PNL</u>	101
<i>La PNL est-elle une science?</i>	101
<i>La PNL est-elle éthique?</i>	102
<i>La vraie limite de la PNL : sa diffusion</i>	103
<u>332. Présentation d'un cas clinique</u>	104
<u>3321. Le patient</u>	104
<u>3322. Synchronisation non-verbale</u>	105
<u>3323. Empathie</u>	105
<u>3324. L'examen clinique</u>	106
<u>3325. Les ancrages</u>	106
<u>3326. La dissociation-désensibilisation</u>	107
<u>3327. Préparation du rendez-vous suivant</u>	109
<u>333. Discussion : la place de la PNL en odontologie</u>	110

4. APPLICATIONS PRATIQUES AU CABINET DENTAIRE

113

<u>41. Les patients dits "difficiles"</u>	114
<u>42. Aspects légaux et communication</u>	115
<i>Les sources du droit en odontologie</i>	115
<i>La communication orale</i>	116
<i>La communication écrite</i>	117
<u>43. Nouvelles technologies : l'avènement du numérique</u>	118
<u>44. Communication des échecs thérapeutiques</u>	119

CONCLUSIONS

121

"Le ciel était une panse d'âne gonflée qui pendait très bas, menaçante, au dessus des têtes. Le vent tiède et poisseux balayait les feuilles éparques et secouait violemment les bananiers rachitiques qui ornaient la façade de la mairie.

Les quelques habitants d'El Idilio, auxquels s'étaient joint une poignée d'aventuriers venus des environs, attendaient sur le quai leur tour de s'asseoir dans le fauteuil mobile du dentiste, le docteur Rubincondo Loachamin, qui pratiquait une étrange anesthésie verbale pour atténuer les douleurs de ses clients.

-Ca te fait mal? questionnait-il.

Agrippés aux bras du fauteuil, les patients, en guise de réponse, ouvraient des yeux immenses et transpiraient à grosses gouttes.

Certains tentaient de retirer de leur bouche les mains insolentes du dentiste afin de pouvoir lui répondre par une grossièreté bien sentie, mais ils se heurtaient à ses muscles puissants et à sa voix autoritaire.

-Tiens-toi tranquille, bordel! Bas les pattes! Je sais bien que ça te fait mal. Mais à qui la faute, hein?"

Le vieux qui lisait des romans d'amour, Luis Sepulveda

INTRODUCTION

Comme en témoigne l'extrait de Sepulveda, la communication a toujours fait partie de l'exercice de l'odontologie, même en des temps reculés. Cependant, depuis quelques années, l'importance que lui accordent patients et professionnels ne cesse de croître.

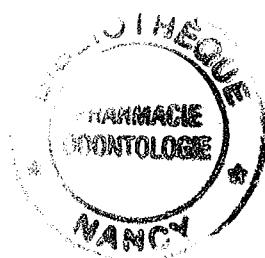
Nous nous proposons aujourd'hui de réaliser un panorama de l'imprégnation de l'odontologie par la communication. Et nous tenterons ainsi de comprendre pourquoi cet engouement grandit de jour en jour.

Dans une première partie, nous nous intéresserons à la nature de la relation qui unit le chirurgien-dentiste à son patient, et à la manière dont l'odontologie fait de cette relation un singulier échange.

Puis nous aborderons en deuxième partie les notions fondamentales de la communication en odontologie, de son établissement à sa validation.

Nous envisagerons alors en troisième partie, sous forme d'un catalogue, les outils comportementaux qui peuvent être utiles au chirurgien-dentiste.

Enfin, une quatrième partie annexe exposera quelques situations pratiques, courantes au cabinet dentaire, où la communication joue un rôle primordial.



PREMIERE PARTIE

LES SPECIFICITES DE LA RELATION PRATICIEN- PATIENT EN ODONTOLOGIE

11. Objectifs de la relation thérapeutique odontologique

111. Rétablissement ou maintien de la santé

Le premier objectif de toute relation thérapeutique est le rétablissement ou le maintien de la santé. Cette simple affirmation s'appuie sur un consensus large, partagé par tous, professionnels et patients, et inclut les deux versants majeurs de la médecine que sont prévention et thérapeutique. Néanmoins, la définition du concept de santé est loin d'être évidente : chacun en a une définition intuitive mais l'expliquer à autrui ou même en rédiger une définition universelle se révèle très rapidement être une tâche des plus ardues. Selon le Docteur Guisse [1], on peut distinguer deux définitions, l'une "médicale", l'autre "profane". La première s'appuie sur des faits objectifs et biologiques, sur des normes établies par la science. La seconde est une définition donnée par une personne non initiée aux sciences médicales, il s'agit de la façon dont le patient appréhende son état de santé. Ces deux conceptions n'ont pas les mêmes sources et n'aboutissent pas aux mêmes conclusions. Et pourtant le succès de toute thérapeutique n'est valable que s'il est partagé par les deux parties engagées dans la relation, à savoir thérapeute et patient.

Définition médicale de la santé

Intéressons-nous tout d'abord à la définition médicale et à son évolution. Initialement la notion de santé s'appuyait principalement sur la clinique, et plus précisément sur une normalité clinique. Cette thèse est restée valable d'Hippocrate au début du XXe siècle : selon le Professeur Jean Bernard [2], le grand changement date des années 30-40. Avant, la définition de la santé était celle de René Leriche [3], à savoir "le silence des organes". Mais il ne faut pas s'interroger longtemps pour trouver de nombreux exemples de maladies silencieuses, et pour renoncer à cette définition. Le monde médical a donc évolué, et la définition de la santé avec lui. L'émergence des sciences médicales a fourni un nombre de normes scientifiques faisant appel à la biologie, à l'immunologie, à la biochimie, à la génétique... et livrant une définition normative de la santé. Néanmoins, malgré ces progrès phénoménaux, subsistèrent toujours des maladies idiopathiques ne satisfaisant pas aux exigences de la science, et ruinant par là même cette nouvelle définition de la santé.

Le consensus actuel a été livré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, et est resté inchangé depuis : **"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité."** [4] On notera la référence à la définition de Leriche, ainsi que le caractère évasif de la définition, témoignant de la difficulté à définir le concept de santé. Cependant, le véritable progrès de cette définition par rapport à la précédente est de supprimer la dichotomie entre "la maladie du médecin" et "la maladie du malade" [1] en incluant la notion de "bien-être". Elle relègue en effet la norme scientifique, qui ne tolère pas la définition profane de la maladie, au second plan. Il s'agit, à notre sens, d'un progrès louable du monde médical, qui devant son impuissance à détenir la vérité sur la santé, inclut une dimension individuelle, culturelle et sociale à sa définition de référence.

Définition profane de la santé

Venons en donc à la définition profane de la santé. Nous avons vu qu'il s'agissait de la façon dont le patient ressentait son état de santé. Claude Michel Valentin écrit à ce sujet : "il n'existe pas de vrai et de faux malade. Est mal portant celui qui se sent, se dit et se conduit comme mal portant, indépendamment du diagnostic et de son affection." [5]

Le concept de santé retrouve alors une dimension culturelle, une relativité historique et spatiale, qui la dégage du carcan où une certaine approche scientifique tentait de l'enfermer. Prenons un exemple : l'édenté total est-il en bonne santé ? Il peut se sentir en parfait bien-être, et donc selon la définition de l'OMS, l'être. Néanmoins, le bien-être social évolue avec la société, et le nombre d'édentés totaux non appareillés diminuant, le patient aura de moins en moins de chances de satisfaire à la définition de l'OMS. De cet exemple nous déduisons donc que le concept de santé évolue avec les progrès scientifiques (la possibilité technique d'appareiller l'édenté total), et avec les progrès de la société (la diminution du nombre d'édentés totaux non appareillés). La culture du lieu et du temps où vit le patient apparaît donc, selon le Docteur Guisse, comme "un système organisateur de comportement". [1] C'est précisément la culture qui conditionne les doléances du patient.

Ainsi peut-on en déduire que la définition profane de la santé est étroitement liée aux doléances du patient. En matière de santé bucco-dentaire, les principales doléances sont les suivantes, selon une étude rapportée par le Docteur Daniel Rozencweig [6] : en premier lieu la douleur, en second la fonction, et en troisième l'esthétique. Le Docteur Guisse confirme cette affirmation en écrivant que les doléances des patients "concernent très majoritairement la douleur et l'esthétique". Cette remarque est intéressante dans la mesure où la santé publique bucco-dentaire fixera ses objectifs premiers plutôt sur la prévention de la douleur que sur son soulagement, et plutôt sur la

préservation des structures que sur leur réhabilitation esthétique. En effet, le Docteur Rozencweig appuie cette affirmation avec cette remarque intéressante : il a demandé à des dentistes quelles étaient leurs préoccupations en matière de santé bucco-dentaire lorsqu'ils étaient eux-mêmes patients. La réponse est éloquente puisqu'il s'agit très majoritairement de la peur de l'édentement, item qui ne vient qu'en septième position dans une population non professionnelle. Or, cette attitude préventive n'émergera de la représentation profane de la santé bucco-dentaire qu'avec l'évolution culturelle de sa définition. Et l'odontologue a une responsabilité dans l'évolution culturelle du concept de santé bucco-dentaire, et n'a pour cela qu'une seule arme : la communication.

Cette idée est corroborée par une étude menée par N. Lundegren, B. Axtelius, J. Hakansson et S. Akerman à l'université de Malmö en Suède, et intitulée "Dental treatment need among 20 to 25 year old Swedes : discrepancy between subjective and objective needs." [7] (*besoins en traitement dentaire parmi des Suédois âgés de 20 à 25 ans : divergence entre besoins objectifs et subjectifs.*). Des questionnaires ont été adressés aux sujets de l'étude, afin de connaître leur propre évaluation de leur besoin de traitements dentaires. Parallèlement, un questionnaire du même type a été adressé aux dentistes de ces sujets. Les auteurs ont alors pu noter une grande différence entre les besoins subjectifs et objectifs de cette population. Ils ont alors conclu textuellement que leur étude montrait l'importance de la communication entre patient et praticien.

Enfin, pour conclure sur les intrications entre ces deux définitions de la santé, citons Claude Michel Valentin [5] : "Il nous paraît donc impossible de détacher les concepts de santé ou de maladie - la biologie - des implications personnelles, psychologiques et sociales qui façonnent les points de vue du malade et de son médecin, et modèlent leur relation."

En définitive, ce premier objectif de la relation thérapeutique, si évident soit-il, nous a confrontés à de sérieux problèmes conceptuels. Toutefois notre propos n'étant pas d'établir une définition universelle de la santé, nous retiendrons cette conclusion : **le praticien et le patient n'ont pas la même définition de la santé. Aussi, à un niveau individuel, le succès de la relation thérapeutique ne peut-il être atteint sans une certaine congruence entre ces deux conceptions. Et il apparaît que la seule solution pour atteindre cet objectif est la communication.**

112. Crédit d'un cadre propice à l'intervention

Le deuxième objectif de la relation thérapeutique odontologique est la création d'un cadre propice à l'intervention du chirurgien-dentiste car celle-ci ne peut se soustraire à certaines exigences : en tout premier lieu, elles sont d'ordre technique. Le geste thérapeutique est dans notre discipline le plus souvent un geste technique nécessitant une coopération sans faille de la part du patient, sous peine de véritable danger. Le cadre propice à l'intervention est donc d'abord nécessaire au chirurgien dentiste.

Pour le praticien

Selon le Docteur Maurice Bourassa [8], l'obtention de ce cadre passe inexorablement par une communication adéquate. Nous détaillerons en troisième partie les méthodes à la disposition du praticien utilisables à cette fin. En outre, nous verrons que cette coopération n'est pas toujours acquise d'emblée : le Docteur Daniel Anastasio le souligne en introduction de ses articles sur la prise en charge de l'enfant difficile au cabinet dentaire [9] [10] : "chacun d'entre nous dans sa pratique quotidienne est amené à traiter des enfants présentant un comportement de refus face aux soins que nous devons leur prodiguer." Certes, l'enfant réticent est un patient particulièrement difficile à traiter, mais il existe de nombreuses analogies avec la prise en charge de la plupart des adultes, et nous verrons ultérieurement que l'image du chirurgien-dentiste est malheureusement déplorable. **Dès lors, l'acte thérapeutique odontologique prend une toute autre dimension que l'acte purement technique : il s'agit de gérer bien plus qu'un défi scientifique, et c'est bien là le sujet de notre travail.**

Pour le patient

Afin de rassembler les conditions que nous venons d'évoquer, le praticien se doit de créer un cadre de perception de l'intervention odontologique pour le patient. Souvent le patient perçoit initialement cette intervention négativement, et il revient au praticien de recadrer les perceptions de son patient afin de prodiguer un travail de qualité.

Pour ce faire, nous allons introduire une notion de communication : le "recadrage" est une technique largement décrite par les créateurs de la

Programmation Neuro-Linguistique Richard Bandler et John Grinder, dans un ouvrage du même nom [11]. Nous nous arrêterons sur cette théorie de la communication en troisième partie, mais nous voulons exposer ici un postulat de cette théorie, pour d'ores et déjà laisser entrevoir les possibilités offertes : "Il existe une différence entre l'expérience même et l'interprétation propre à l'individu de cette expérience." Un patient phobique des aiguilles interprétera une anesthésie comme un supplice. Un patient douillet appuyé par une bonne psychologie cognitive interprétera ce même événement comme une chance inouïe. **Charge donc au praticien de fournir à chaque patient les éléments dont il a besoin pour interpréter l'expérience qu'il vivra au sein du cabinet comme un événement positif.**

En définitive la création d'un cadre propice à l'intervention n'est pas une tâche facile, mais il en va de la responsabilité du praticien, et nous nous proposons avec ce travail d'aborder les techniques de communication dont il dispose : elles sont en plein essor et de plus en plus nombreuses. Et ce, afin que l'intervention se déroule correctement, et que les deux parties de la relation thérapeutique soient satisfaites : nous arrivons au troisième objectif de cette relation.

113. Satisfaction des parties engagées

Ce troisième objectif de la relation thérapeutique odontologique concerne donc naturellement le patient, mais également le praticien. Avant de passer en revue quelques études réalisées sur la satisfaction des patients, intéressons nous brièvement à la nécessité pour le praticien de tirer satisfaction de cette relation.

Satisfaction du praticien

Tout d'abord le Docteur Maurice Bourassa évoque dans son Manuel de Dentisterie Comportementale [8] la motivation première qui pousse l'étudiant à se diriger vers les études odontologiques : il s'agit d'une profession de santé profondément motivée par le souci de soigner autrui. Ceci implique naturellement de prodiguer des soins de qualité, mais nous verrons que le patient ne fonde que très peu sa satisfaction sur cette qualité des soins, en définitive difficilement appréciable pour lui. La satisfaction du patient étant donc

non seulement infondée sur la technique, mais aussi nécessaire au praticien, ce dernier ne peut pas ne pas se préoccuper du ressenti du patient.

Ainsi le titre du manuel de communication du Docteur Jacques Charon s'inscrit-il dans cet esprit : Service Patient : Service Gagnant [12]. L'auteur emprunte au cours de son exposé une notion de commerce particulièrement pertinente dans son propos : le concept d' "**échange gagnant gagnant**". En effet les deux parties peuvent dans le cas idéal être parfaitement satisfaites de l'échange qui les a réunies. Nous pensons qu'il s'agit là d'un véritable idéal vers lequel la relation thérapeutique doit tendre : le patient se présente avec des doléances, le praticien est là pour y répondre. Et si le patient est comblé tant sur un plan technique que sur un plan humain, alors l'échange devient "gagnant gagnant".

Ajoutons pour finir une remarque au sujet du stress du chirurgien dentiste. Nombreuses sont les publications et les thèses parues sur le sujet. Pas moins de six thèses de deuxième cycle ont été entièrement consacrées à ce sujet, et les auteurs ont dégagé différents moyens de lutter contre le stress : J.C. Perny [13] et C. Bodin [14] ont axé les solutions sur l'ergonomie, G. Westerloppe [15] propose comme solution au stress la satisfaction au travail, S. Camus [16] propose de se familiariser avec l'odontologie pédiatrique, J. Dubois-Dumont [17] propose de maîtriser la douleur que ce soit physiologiquement ou grâce à la psychologie cognitive, D. Gamelin [18] a consacré son travail au syndrome d'épuisement professionnel et suggère d'y remédier en amont. Enfin, J. Flourent [19] a fourni un travail plus axé sur l'étiologie du stress professionnel. Citons en outre et à titre d'exemple l'article de D. Valeri [20] qui cherche à faire le lien entre taux de suicide élevé et stress du chirurgien dentiste. Cette récurrence du sujet dans la littérature odontologique est éloquente, et nous tenions à souligner ici que générer de la satisfaction est un moyen détourné de prévenir ce stress.

Satisfaction du patient

Venons en à la satisfaction du patient, objectif incontournable de la relation thérapeutique odontologique. Nous relèverons pour argumenter notre propos deux études s'y intéressant.

M.A. Haisch, dans une étude intitulée "outcomes assessment survey to determine patient satisfaction" [21] (*résultats d'une enquête d'évaluation de la satisfaction du patient*) met en évidence une différence entre la qualité propre du soin prodigué et la satisfaction du patient, ce dernier n'étant en effet que rarement capable d'évaluer objectivement le travail technique du praticien. Il dégage donc une dichotomie entre service rendu et façon de rendre ce service, le patient attachant plus d'importance à la façon de faire. Il constate donc que le praticien astucieux veille non seulement à conformer les soins qu'il prodigue aux

données actuelles de la science, mais aussi à la façon dont il le réalise et l'explique à son patient. Pour cet auteur, l'excellence technique ne suffit pas. Il ajoute que le marché dentaire est régi comme un marché de consommation n'ayant pas trait à la santé. D'où la nécessité pour les dentistes contemporains de s'intéresser à des domaines extra-dentaires.

Ces conclusions sont confirmées par l'étude réalisée par M.A. Kelly, B. Lange, D.G. Dunning et T.E. Underhill et intitulée "Reasons patient stay with a dentist" [22] (*les raisons pour lesquelles un patient reste avec un dentiste*). Les auteurs partent du principe que la fidélité d'un patient repose sur sa satisfaction. Reconduction de la relation et satisfaction étant dès lors des variables liées, ils ont distribué des questionnaires recueillant les raisons qui poussaient les patients à conserver leur dentiste. Et la réponse très largement majoritaire fut l'honnêteté du praticien. On voit donc que la qualité du travail n'est pas le souci premier du patient. Ceci peut paraître surprenant de prime abord. Néanmoins, il tombe sous le sens qu'une personne non initiée à l'art dentaire aura de sérieuses difficultés à apprécier la qualité d'un travail purement technique, et nécessitant de nombreuses années d'études et d'expérience. Seule la durée dans le temps du travail lui permettra d'évaluer les performances du technicien qu'est le dentiste, sachant en outre que le temps de vie d'un travail technique et sa qualité sont deux variables liées, mais certainement pas proportionnelles. Sont citées ensuite par les patients la propreté, l'apparence professionnelle, les connaissances dentaires, la douceur, l'écoute, et seulement la qualité du travail. Cette étude aurait de quoi désemparer plus d'un praticien exigeant sur la qualité des soins prodigués : qui est ce patient qui ne se soucie guère de la qualité du travail qu'il a en bouche? La compréhension de ce phénomène passe par l'empathie, une des clés de la relation, à laquelle nous nous intéresserons en deuxième partie : il s'agit de la faculté de se mettre à la place de son patient.

Ainsi il apparaît d'ores et déjà que la réunion des conditions de réussite de la relation thérapeutique odontologique fait appel à de nombreux facteurs dont la communication est une véritable pierre angulaire : l'accord sur une notion de santé, la création d'un cadre propice à l'intervention et la satisfaction des parties sont des objectifs qui ne peuvent se soustraire à une véritable relation humaine.

12. Le contexte odontologique : version patient

121. Image publique du chirurgien-dentiste

Afin d'aborder le contexte odontologique versant patient, nous allons tout d'abord chercher à envisager l'état d'esprit dans lequel peut se présenter un patient avant qu'il n'arrive pour la première fois dans un cabinet dentaire. D'une façon générale, cet état d'esprit est certainement dépendant de l'image publique du chirurgien dentiste. Arrêtons nous donc un instant sur cette image, avec pour démarche de chercher à s'approcher de l'idée la plus générale de cette image.

L'avis des Dr Charon & Joachim

Dans leur ouvrage Service patient - Service gagnant [12], les Docteurs Jacques Charon & Frédéric Joachim ont rédigé une partie sur ce sujet. A titre d'exemple, ils ont relaté une publicité pour une purée qui faisait du dentiste un "bourreau sans pitié". Les auteurs sont formels, l'image publique de notre profession est déplorable. Cela leur permet néanmoins d'introduire deux notions intéressantes.

Tout d'abord, ils évoquent la possible responsabilité de chacun d'entre nous. L'origine de cette mauvaise image a sans doute de multiples fondements ayant trait à la particularité de la cavité buccale, mais n'est-il pas parfois tentant de ne traiter que des bouches plutôt que des patients? Qui n'a jamais dû soigner un patient désagréable? Nous reviendrons en troisième partie sur cette notion de contre-transfert négatif, et nous envisagerons ce concept à la lumière de la Programmation Neuro-Linguistique (PNL), qui en propose à mon sens une approche particulièrement pertinente.

Les auteurs envisagent ensuite l'image future de la profession. Ils imaginent associer au concept de chirurgien-dentiste la restitution du plaisir de vivre, en s'appuyant sur les nombreux plaisirs que procurent une bouche saine. (cf. 1312) Ils insistent sur l'importance de soigner chaque relation praticien-patient à l'échelon individuel pour faire rejaillir ce souci sur l'image partagée par tous. Nous émettons toutefois quelques réserves sur la possibilité de réussir une telle entreprise, tant l'image actuelle semble indélébile, ce qui ne nous empêche pas d'assumer la responsabilité que nous proposent les auteurs, et de s'associer à leur souhait.

Cinéma et bande-dessinée

Ce caractère indélébile transparaît clairement dans les différentes thèses qui ont été écrites sur le sujet, les auteurs étant catégoriques sur le caractère négatif de l'image de la profession. Nous en évoquerons ici deux qui ont retenu notre attention.

C. Breton-Cortès [23] a rédigé un travail sur la représentation du chirurgien-dentiste au cinéma : le verdict est sans appel, il y est radicalement méchant, et ce durant toute l'histoire du septième art.

Enfin, O. Gravier nous a proposé une revue des chirurgiens-dentistes des bandes dessinées [24]. Exceptés les ouvrages explicitement et exclusivement destinés à la prévention bucco-dentaire, il en est de même dans cet art.

Ainsi, de ces deux arts, aucun n'épargne l'image de la profession. Or, on peut souligner le caractère représentatif que revêt cette constatation : il s'agit là d'une représentation imagée du chirurgien-dentiste, mais qui tire ses fondements de l'inconscient collectif.

Médias de masse

Une étude de grande ampleur réalisée en Espagne [25] va nous permettre de transposer cette observation de la fiction à la réalité. Les auteurs ont suivi trois médias pendant 1 an : presse, télévision et radio. Ils ont constaté que ces médias consacraient moins de 0,01% de leur temps à l'information bucco-dentaire, parmi lesquels environ 20% contenait des erreurs. Ce qui fait tomber à 0,008% le taux de messages bucco-dentaires appropriés dans les médias de masse. Cet infime pourcentage est malheureusement insuffisant pour redorer l'image publique du dentiste, aussi mauvaise dans les médias artistiques que dans les médias de masse : par le biais des médias, nous nous approchons du concept d'image publique du chirurgien dentiste.

Dental belief survey (DBS)

Mais c'est le monde scientifique qui valide cette constatation, grâce aux nombreuses études parues sur le sujet, et appelées de manière consensuelle Dental Belief Survey (DBS) : littéralement, il s'agit des études sur les croyances dentaires. Nous en exposerons deux.

La première, réalisée à Göteborg en Suède par K.H. Abrahamsson, U. Berggren, J. Stenman et K. Ohrn [26] montre que les préjugés négatifs sont répandus dans la population suédoise et occasionnent chez les patients une

augmentation de la peur du dentiste. En outre, l'outil "DBS" est validé par cette étude, et confirme donc l'image publique négative répandue. Reste à savoir si la peur influe sur l'issue du traitement.

La seconde a été réalisée au même endroit par K.H. Abrahamsson, U. Berggren, M. Hakeberg et S.G. Carlsson [27] : ce travail intitulé "the importance of dental beliefs for the outcome of dental fear treatment" (*l'importance des croyances dentaires pour l'issue du traitement de l'anxiété dentaire*) a fait appel à l'évaluation avant traitement des croyances dentaires (DBS), puis mise en rapport avec une évaluation du succès des traitements après deux rendez-vous. Les auteurs concluent que les croyances négatives n'ont pas de valeur prédictive pour l'issue du traitement, mais que la façon dont le patient appréhende la communication du praticien, elle, exerce une influence sur l'issue du traitement. Ceci laisse entrevoir que l'image publique du chirurgien-dentiste est finalement relayée par l'image personnelle que propose le praticien à son patient dans le cadre d'une relation adaptée. Cette conclusion permet d'éliminer tout pessimisme quant à l'impopularité du dentiste dans nos sociétés, et montre qu'il reste donc au praticien une marge de manœuvre suffisante pour satisfaire son patient.

Ainsi la peur du dentiste est-elle très répandue. Mais elle ne nous semble pas infondée (cf. 131), et nous ne faisons ici que la constater. Et bien que nous ne croyions pas en une modification de cette situation, il est important de l'évaluer convenablement. **Car il nous paraît capital d'appréhender le plus justement possible l'état d'esprit dans lequel est susceptible de se présenter un nouveau patient au cabinet dentaire.** En effet toutes les théories de communication se fondent sur la nécessité de considérer avec justesse l'interlocuteur. Le praticien doit donc avoir conscience de ce fait de société largement répandu afin de s'y adapter. Il ne s'agit pas d'un quelconque pessimisme : nous verrons que l'étude des théories de communication laisse entrevoir un monde plus harmonieux. Mais encore une fois, l'image semble indélébile et n'est pas infondée, et nous croyons fermement en les progrès de l'odontologie au sens large, mais nous doutons sérieusement que cette image ne change, charge donc à chacun de s'en accommoder à un niveau individuel.

C'est alors sur cette toile de fond que le patient va être confronté à la réalité du cabinet dentaire.

122. La réalité du cabinet dentaire

A présent directement confronté à la réalité du cabinet, le patient se forge une nouvelle idée de la sphère dentaire, différente des préjugés partagés par tous. Mais cette prédisposition, plus ou moins marquée, confère à son expérience une caractéristique générale : il s'agit d'une hypervigilance mise en évidence par Ronald Nossintchouk dans son ouvrage intitulé "Communiquer en Odonto-stomatologie" [28]. L'auteur souligne cette attitude spécifique du patient en consultation odontologique, occasionnée par un climat ressenti comme anxiogène. Le plus souvent, celui-ci est attentif aux moindres sollicitations que lui procurent ses sens, afin d'appréhender au mieux cette situation exceptionnelle pour lui.

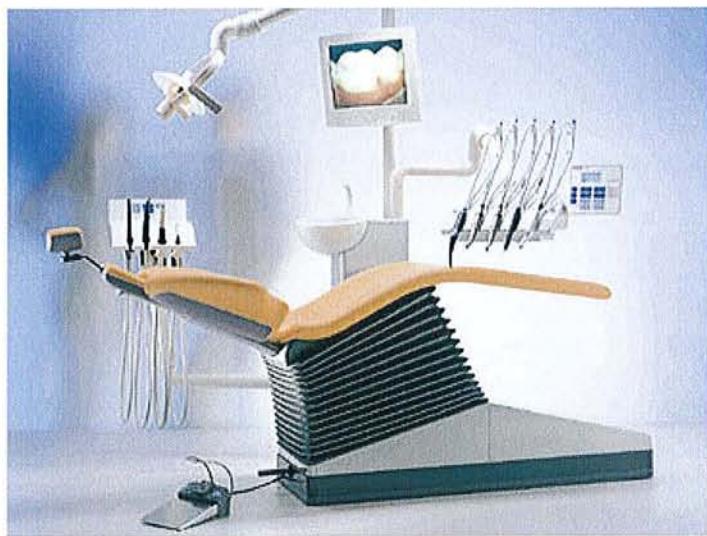
Nous allons donc cataloguer les différentes informations que collecte le patient grâce à ses sens.

La vue

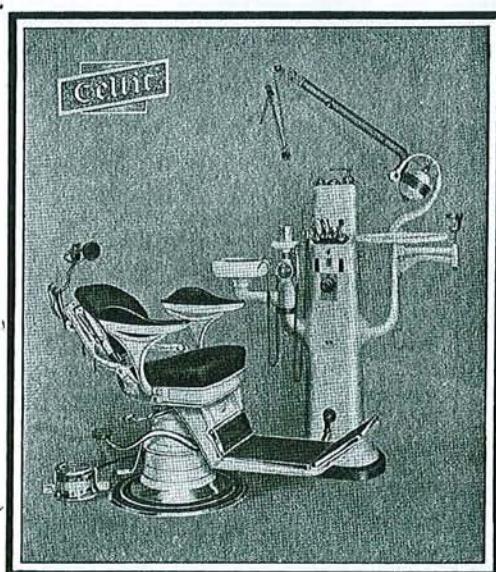
Le patient ne manque pas d'évaluer d'emblée certaines caractéristiques du cabinet telle que la modernité et la propreté. Le Dr Rozencweig écrit : "la conjoncture impose un message de propreté comme première impression du cabinet dentaire." [6] Le souci qu'apporte le praticien à la communication doit donc commencer avant la venue du patient : en effet une salle de soins propre et rangée évoque au patient un souci de qualité de la part de son dentiste. A titre d'exemple, mentionnons l'aspect des fauteuils dentaires et leur évolution : les nouveaux fauteuils avec écran plat intégré et design moderne [fig.1] rappellent certainement moins l'esprit coercitif occasionné par la vue d'un fauteuil de 1941 [fig.2]. Notons en outre que l'évolution du matériel est liée à l'évolution de la relation : nous y consacrerons ultérieurement un paragraphe. Ensuite, la totalité des paramètres visuels du cabinet (peintures, luminosité, mobilier...) font l'objet du même soin, ainsi que la tenue du personnel.

Cependant, il est intéressant de noter que ce canal visuel est quasiment complètement abandonné pendant la phase de soins : la position thérapeutique odontologique ne laisse en effet que très peu de possibilités visuelles au patient. Très longtemps, celui-ci n'a pu observer que la marque du scialytique pendant qu'on le soignait. La proximité des yeux et de la bouche engendre en outre un certain éblouissement, accentué chez les patients agités, c'est à dire le plus souvent les enfants. Plus récemment, quelques praticiens ont tenté de se réapproprier ce créneau, réservé jusqu'alors au marketing des marques d'units : il s'agit d'un écran accroché au plafond (nous évoquerons et discuterons ces nouvelles technologies en quatrième partie), l'idée initiale étant de substituer

une distraction à l'absence anxiogène de contrôle visuel.



[fig.1] Fauteuil de l'an 2005



[fig.2] Fauteuil de l'an 1941

L'olfaction

Après la vue, le deuxième sens intervenant dans la découverte du cabinet dentaire par le patient est l'olfaction. En effet, avant même de prendre place sur le fauteuil, celui-ci est confronté à l'odeur spécifique du cabinet dentaire : il s'agit d'un mélange d'odeurs de détergent et surtout, souvent d'une odeur d'eugénol. Cette odeur signe la sphère dentaire, un aveugle saurait où il est sans autre renseignement. Si l'odeur de détergent peut corroborer l'impression de propreté que confère la vue, la seconde est plus explicite et renvoie directement aux souvenirs du patient liés au cabinet dentaire. Il s'agit là d'un ancrage, notion essentielle de Programmation Neuro-Linguistique (PNL), que nous développerons en troisième partie. Mais nous pouvons d'ores et déjà souligner la puissance d'un tel ancrage, et pour peu que la mémoire du patient recèle quelques mauvaises expériences chez le dentiste, cet ancrage produit immanquablement et très rapidement de l'anxiété. L'étude menée par O.Robin, O. Alaoui, A.Dittmar et E. Vernet-Maury à Lyon en 1998 [29] confirme cette hypothèse : la mise en contact d'un patient phobique du dentiste avec une odeur d'eugénol engendrera une modification du comportement et des émotions. Inversement, aucun changement n'est enregistré chez un patient non phobique. Nous ajoutons qu'il est beaucoup plus facile de créer l'ancrage avec une séance traumatisante et un patient initialement non phobique, que de lutter contre l'ancrage préexistant : l'odeur d'eugénol dans les cabinets dentaires étant omniprésente, les moyens de lutte sont considérablement réduits.

L'audition

Intéressons nous tout d'abord à l'article écrit par le Pr. Henri Vinard et intitulé "incidences psychophysiologiques de la fonction auditive en pratique dentaire" [30]. L'auteur différencie deux types d'afférences auditives : anxiogènes et anxiolytiques. Les secondes évoquent les potentialités de la musicothérapie, un des nombreux outils dont dispose le chirurgien-dentiste pour tenter de contrôler l'anxiété de son patient (cf. 323). Néanmoins, dans la majorité des cas - rares étant les praticiens pratiquant la musicothérapie - le patient est confronté au premier type d'afférences : le bruit d'une turbine à pleine vitesse n'est pas particulièrement agréable, mais surtout, il constitue à nouveau un puissant ancrage générant de l'anxiété chez le patient.

Mais avant d'évoquer la substitution sophistiquée que constitue la musicothérapie, passons en revue deux innovations relevées dans les tendances actuelles de l'odontologie : tout d'abord citons l'effort consenti par certains fabricants de turbine pour créer des produits plus silencieux. Outre l'argument commercial que ces derniers ne manquent pas d'utiliser, nous

préférons interpréter cette innovation comme un souci récent émanant du corps professionnel.

La seconde innovation consiste en un dispositif masquant les fréquences désagréables produites par une turbine : des chercheurs ont noté qu'elles se situaient entre 0,02 et 20 kHz, puis ont élaboré un masque sonore intervenant dans ces mêmes fréquences. K. Canbek et B. Willershausen, de l'université de Mayence en Allemagne, ont ensuite réalisé une étude [31], auprès de 254 patients pour évaluer la pertinence d'un tel système : 81,5% des patients ont reconnu avoir bénéficié d'un confort accru au cours de l'intervention. Les auteurs ajoutent que le masque sonore diminue l'anxiété et la peur.

Néanmoins, cette étude reste une étude pilote, et la généralisation d'un tel système n'est pas à l'ordre du jour. Aussi, pour notre propos, retenons que le bruit reste dans la majorité des cas anxiogène.

Le toucher

Revenons un instant à l'étude intitulée "*reasons patients stay with a dentist*" [22] : en cinquième position et devant la qualité du travail, se trouvait un item concernant la douceur du praticien. Nous arrivons ici au cœur de la relation praticien-patient en odontologie : le chirurgien-dentiste pratique des actes chirurgicaux sous analgésie locale, c'est à dire sans perte de communication à aucun moment. Il est donc légitime que le patient exige être manipulé de façon prévenante, et de fait, que le praticien se préoccupe de la façon dont il réalise les gestes techniques. Car une certaine rudesse devient vite anxiogène, même si elle trouve une justification technique.

Nous reparlerons plus en détail du toucher en deuxième partie, tant le sujet devient polémique et engagé lorsqu'on compare les prises de position sur le toucher dans les différentes théories de communication.

Ajoutons simplement ici que la posture du patient, plus allongé qu'auparavant lors de l'intervention, peut être anxiogène pour certains : ceux-ci associeraient inconsciemment position allongée et vulnérabilité. Il est vrai que la position idéale du patient pour faire un soin sur une molaire maxillaire lui laisse assez peu de liberté. Encore une fois, cet impératif technique peut néanmoins être compensé par une communication adéquate dans la plupart des cas.

Le goût

Ce dernier sens, s'il ne revêt que rarement de caractère intrinsèquement angoissant, peut néanmoins augmenter le stress du patient par son côté parfois désagréable : l'hypochlorite lors d'un traitement radiculaire, un matériau à empreinte dont le goût ne plaît pas, ou l'amertume de l'anesthésique sont autant d'intrusions gustatives désagréables dans la bouche du patient.

En définitive, nous constatons que les cinq canaux sensitifs du patient peuvent être saturés de messages anxiogènes chez le dentiste. La réalité du cabinet dentaire ne répond en effet pas initialement à des exigences de confort pour le patient. Néanmoins, on note que l'attention portée à ce problème se développe constamment. Nous rejoignons ici la thèse défendue sur l'image publique du chirurgien-dentiste : même si son environnement reste hostile, l'immobilisme n'est plus de mise, et les solutions se multiplient.

Pour ce faire nous allons étudier de plus près l'anxiété du patient au cabinet dentaire.

123. L'anxiété dentaire

Initialement le patient est prédisposé par une image publique négative du dentiste. Puis il est confronté à la réalité du cabinet, que nous venons de décrire comme potentiellement anxiogène. Examinons donc maintenant les paramètres de cette anxiété récurrente dans notre profession.

Prévalence de l'anxiété dentaire

De nombreuses études parues à ce jour ont tenté de donner un chiffre quant à la prévalence de l'anxiété dentaire. Nous en citerons trois, réalisées dans des pays différents.

Voyons tout d'abord une étude réalisée sur un échantillon représentatif de 300 adultes dans une grande ville d'Allemagne [32] : la méthode utilisée est un questionnaire hiérarchique d'anxiété (Hierarchical Anxiety Questionnaire HAQ). Les résultats montrent que 28,8% de la population citadine allemande souffre

d'anxiété dentaire. L'étude montre également que ce chiffre diminue avec l'âge, et que les femmes ont plus peur du dentiste que les hommes.

Intéressons nous ensuite à une étude réalisée en Norvège [33]. Ici encore, les auteurs ont veillé à utiliser un échantillon représentatif de population comprenant 1260 adultes. Les données ont été recueillies dans des archives médicales. Les résultats ont montré que 75% de la population norvégienne n'a pas ou peu peur du dentiste, et que 7% en revanche en a très peur. Pareillement, cette étude conclut que la peur est plus répandue chez les femmes et les jeunes.

Enfin, la troisième étude a été réalisée à São Paulo au Brésil [34], avec des méthodes similaires : échantillon représentatif de 252 adultes, et questionnaire d'anxiété de référence (the modified Dental Anxiety Scale DAS). Là encore les résultats sont sensiblement les mêmes : 28,17% de la population souffre d'anxiété dentaire, et les femmes ont plus peur.

En définitive, les résultats convergents relevés dans des pays aussi variés laissent entendre qu'environ **28% de la population adulte souffre d'anxiété dentaire**. Néanmoins si ces études sont inattaquables sur un plan statistique, on peut soulever des difficultés concernant l'évaluation de l'anxiété dentaire.

Evaluation de l'anxiété dentaire

Nous avons en effet constaté que toutes ces études faisaient appel à des questionnaires d'évaluation, dont les biais peuvent être nombreux. Pour pallier ce défaut, les questionnaires ont été normalisés : le DAS a de très nombreuses occurrences dans la littérature odontologique. En outre il a été testé scientifiquement.

Le Dr H. Buchanan le met en relation avec une autre échelle [35], le Smiley Faces Program (SFP) qui est une échelle d'expression faciale. L'idée fondatrice de ce travail est de faire le lien entre données cognitives de l'anxiété - questionnaires type DAS - et données physiologiques. En effet il est possible de noter des variations physiologiques entre un individu stressé et ce même individu détendu. Il s'agit ici des expressions faciales. L'échantillon regroupait 464 sujets, et les résultats ont montré une corrélation significative entre les deux échelles.

Mentionnons en outre les travaux rapportés par le Dr H. Vinard dans son article évoqué au chapitre précédent [30]. Les variables physiologiques utilisées étaient alors la fréquence cardiaque, l'activité électrodermale, la contraction musculaire d'anticipation et les mouvements respiratoires. Nous y reviendrons dans le chapitre intitulé musicothérapie (cf. 323). Nombreuses sont donc les manifestations physiologiques permettant d'appréhender l'anxiété chez un individu. Et pas seulement lors d'investigations scientifiques : le Dr H. Buchanan souligne en conclusion l'apport que peut constituer ce savoir en clinique. Il s'agit là d'une notion partagée avec la Programmation Neuro-Linguistique (PNL) : le feedback. Nous ne manquerons pas de revenir sur cette notion fondamentale en

deuxième et troisième partie.

Causes de l'anxiété dentaire

Tentons à présent d'envisager quelles peuvent être les causes de cette anxiété. Outre le cadre anxiogène que nous avons décrit plus haut, l'étude allemande citée ci-dessus [32] a dégagé les causes principales de l'anxiété dentaire : en premier lieu, et pour 67% des patients anxieux, la cause est une expérience douloureuse vécue au préalable chez un dentiste. Suit pour 35% la peur de la douleur, et plus précisément la peur de l'aiguille. On note la différence fondamentale qui réside entre ces deux causes : la première fait forcément appel au vécu du patient, alors que la seconde peut être basée sur un préjugé.

Une étude menée à Göteborg en Suède [35] s'est intéressée à ce problème de prédisposition présente dans le vécu du patient : les auteurs ont comparé deux échantillons de population, l'un avec une acquisition directe d'anxiété dentaire, l'autre avec une acquisition indirecte. Ils ont noté une différence entre les deux groupes, malgré tout nuancée. Cette conclusion renvoie directement à la technique de dissociation-désensibilisation dont nous parlerons en troisième partie.

Enfin, arrêtons nous un instant sur une idée développée par A.J. Van Wijk et J. Hoogstraten [36] : le patient anxieux par nature tend à surestimer la douleur dentaire. Une prédisposition générale à l'anxiété favoriserait donc l'apparition de l'anxiété spécifiquement dentaire, mais l'inverse n'est pas forcément vrai : on peut trouver des patients que seules les interventions dentaires rendent anxieux. Enfin, les auteurs insistent sur le fait que la peur de la douleur est un paramètre capital à prendre en compte dans les recherches sur l'anxiété dentaire.

Ceci nous amène directement à évoquer les conséquences de l'anxiété : cette tendance à surestimer la douleur est à l'origine de comportements que nous allons maintenant décrire.

Conséquences de l'anxiété dentaire

Les conséquences de l'anxiété dentaire interagiront toujours tôt ou tard avec le bon déroulement des interventions odontologiques : les manifestations peuvent directement altérer le cadre nécessaire à l'intervention - dont nous avons parlé au chapitre 112. Il s'agit là de comportements de refus de soin, pouvant aller de la simple protestation à l'impossibilité totale de soigner le patient, comme le souligne le Dr Daniel Anastasio dans ses articles sur l'enfant difficile [10] et [11].

Une autre conséquence est mise en évidence par une étude réalisée en Allemagne [37] : les auteurs mettent en relation le questionnaire normalisé DAS et une échelle d'estimation numérique de douleur. Les conclusions montrent une corrélation significative, prouvant que les patients anxieux avaient plus mal. Nous nous trouvons ici dans un cas où la conséquence de l'anxiété ne nuit pas forcément au bon déroulement de l'intervention, mais où celle-ci influence inévitablement la relation praticien-patient : la prise en charge de la douleur fait aujourd'hui partie du contrat de soin, et sa négligence par le praticien n'est désormais plus envisageable. Aussi le souci d'allégement de la douleur passe, le cas échéant, par un intérêt porté à l'anxiété.

La première étude décrite dans ce chapitre [32] dégage également une conséquence de l'anxiété dentaire : le comportement d'évitement du dentiste. Il s'agit de patients qui ne vont consulter qu'en cas de stricte urgence. Au delà de l'absence de fidélisation résultant de l'absence de prise en compte de l'anxiété, cette remarque présente un intérêt en terme de santé individuelle et de santé publique : la prévention et la maintenance restent toujours plus intéressantes que des traitements curatifs. Ce comportement d'évitement doit donc être combattu grâce à la relation praticien-patient.

Ainsi l'anxiété dentaire a une prévalence élevée. Il apparaît désormais incontournable de s'y intéresser de près en tant que chirurgien-dentiste en 2007. Sont mis à notre disposition des outils performants d'évaluation, les causes principales étant connues, et ses conséquences expliquant le caractère inéluctable du problème. Nous nous attacherons donc à décrire en troisième partie des outils permettant de maîtriser ce paramètre dans la plupart des cas.

13. Le contexte odontologique : versant praticien

131. Spécificités de la zone orofaciale

La zone du corps humain qui intéresse le chirurgien-dentiste est une zone particulière. Nous allons décrire cette spécificité dans ses aspects neuroanatomiques tout d'abord, puis dans ses aspects psychologiques ensuite.

1311. Aspects neuroanatomiques

Les rappels que constituent ce paragraphe ont été élaborés à l'aide de deux ouvrages : Neuroanatomie de James D. Fix [38] pour les connaissances, et Neuroanatomie de Alan R. Crossman et David Neavy [39] pour l'iconographie.

La zone orofaciale est innervée par deux nerfs crâniens : le nerf trijumeau V et le nerf facial VII. Ils se partagent les innervations motrices et sensitives de toute la zone :

- EVG : Efférences Viscérales Générales
- EVS : Efférences Viscérales Spéciales
- AVG : Afférences Viscérales Générales
- AVS : Afférences Viscérales Spéciales
- ASG : Afférences Somatiques Générales

Le nerf Trijumeau V

Le nerf trijumeau a trois branches : ophtalmique V-1, maxillaire V-2, et mandibulaire V-3 [fig. 3]. Les branches intéressant la zone orofaciale sont donc les branches V-2 et V-3. Le nerf trijumeau possède deux constituants : EVS et ASG.

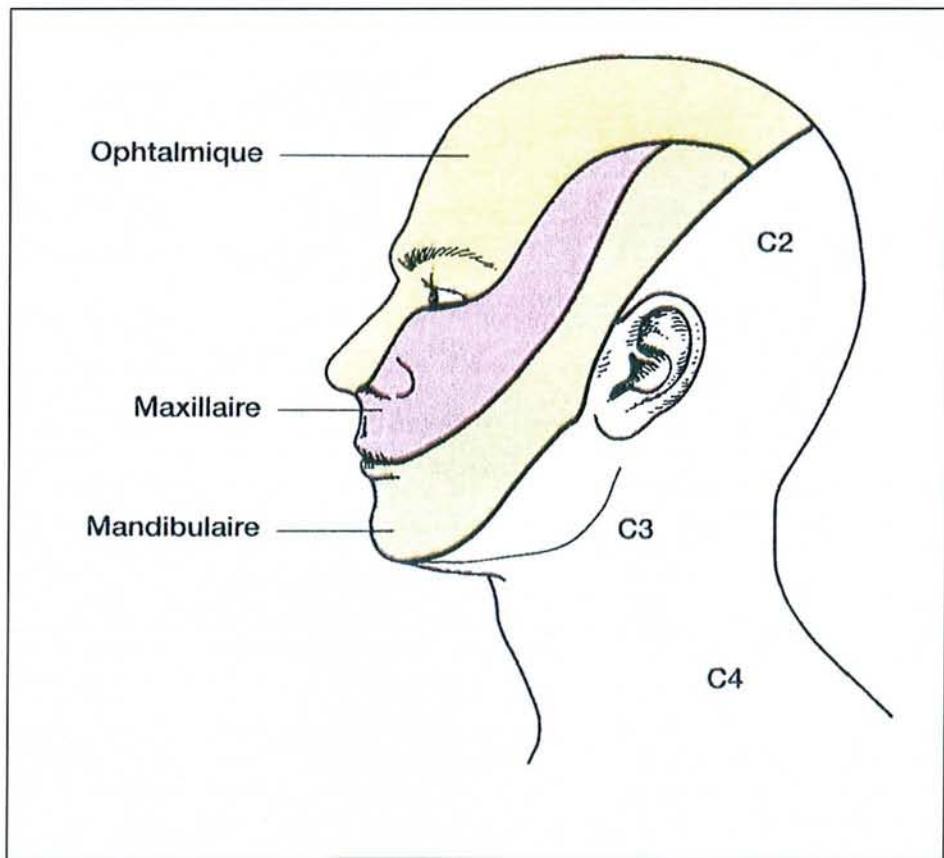
Le constituant EVS provient du noyau moteur du trijumeau, qui est situé latéralement, dans la partie moyenne du tegmentum pontique. Il innervé tous les muscles masticateurs (c'est à dire le temporal, le masséter et les ptérygoïdiens latéral et médial), les muscles tenseurs du voile du palais, le muscle mylo-hyoïdien, et le ventre antérieur du muscle digastrique.

Le constituant ASG est responsable de l'innervation sensitive de la face, de la

muqueuse de la cavité orale et du palais dur, ainsi que de la proprioception des muscles et de l'articulation temporo-mandibulaire.

Corrélations cliniques : les lésions du nerf trijumeau V entraînent les déficits neurologiques suivants :

- Perte de la sensibilité générale (hémianesthésie) de la face et des muqueuses
- Paralysie flasque des muscles masticateurs
- Déviation de la mandibule du côté paralysé, par l'absence d'opposition à l'action du muscle ptérygoïdien latéral hétérolatéral
- Névralgie du trijumeau, caractérisée par une douleur aiguë, lancinante, récurrente et paroxystique, dans une ou plusieurs des branches du trijumeau.



[fig.3] Distribution superficielle des fibres sensitives dans les trois branches du nerf trijumeau.

Le nerf facial VII

Le nerf facial est ASG, AVG, AVS, EVG, et EVS. Il assure les mouvements de la face, la perception du goût et la salivation pour ce qui est de la zone orofaciale. Le nerf facial proprement dit contient les fibres EVS, pour l'innervation motrice des muscles de la mimique. Il est associé au nerf intermédiaire, lequel contient les fibres ASG, AVS et EVG. Tous les neurones sensoriels de premier ordre se trouvent dans le ganglion géniculé, à l'intérieur de l'os temporal. [fig.4]

Le constituant ASG n'intéresse pas la zone orofaciale mais la face postérieure de l'oreille externe.

Le constituant AVG est cliniquement sans importance. Ses fibres innervent notamment le palais mou.

Le constituant AVS est responsable du goût. Il recueille les sensations nées dans les bourgeons gustatifs, situés sur les deux tiers antérieurs de la langue, par : le nerf intermédiaire, la chorde du tympan (qui contient aussi des fibres EVG parasympathiques), le nerf lingual (branche du V-3) et la voie gustative centrale.

Le constituant EVG fait partie du parasympathique. Il se distribue notamment aux glandes salivaires submandibulaires et sublinguales.

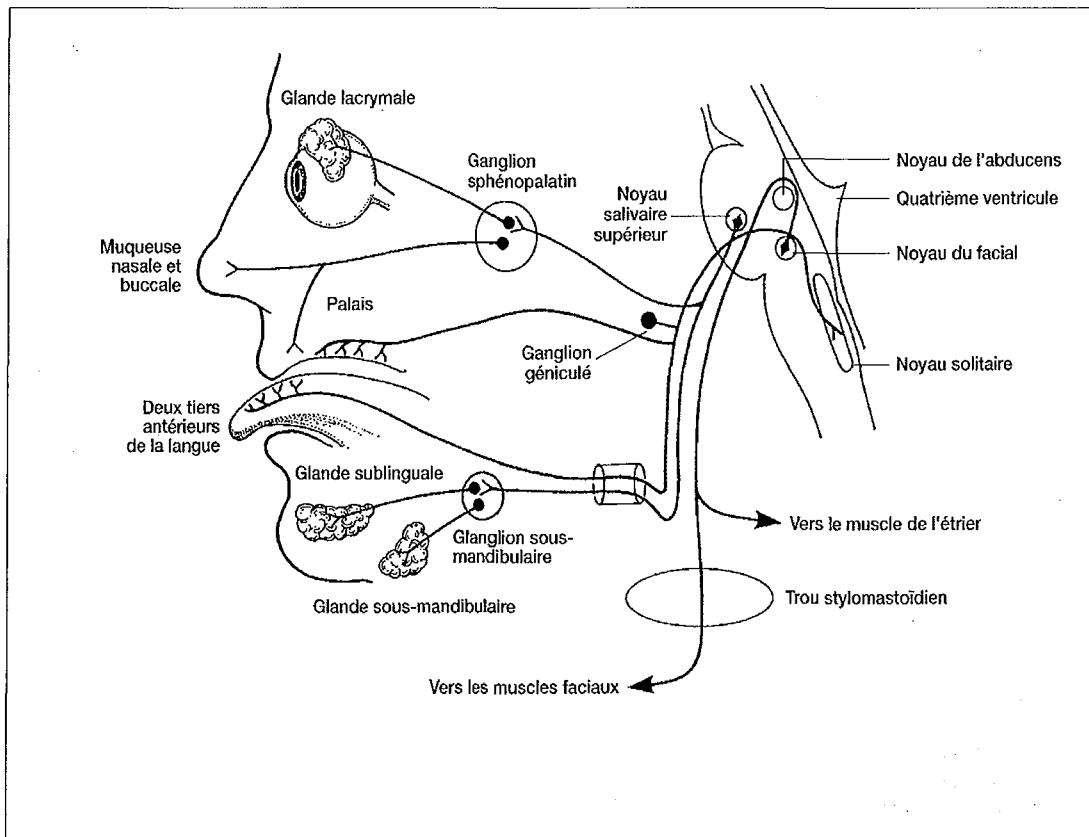
Enfin, le constituant EVS vient du noyau facial, contourne le noyau abducens, et sort du crâne par le trou stylo-mastoïdien. Il innervé les muscles de la mimique, le muscle stylo-hyoïdien, et le ventre postérieur du muscle digastrique.

Corrélations cliniques : pour ce qui est de la zone orofaciale, les lésions du nerf facial VII entraînent les lésions neurologiques suivantes :

- Paralysie flasque des muscles de la mimique (toute la face)
- Perte du goût
- Paralysie de Bell : paralysie faciale périphérique atteignant les étages inférieurs et supérieurs de la face.

Aires fonctionnelles correspondantes

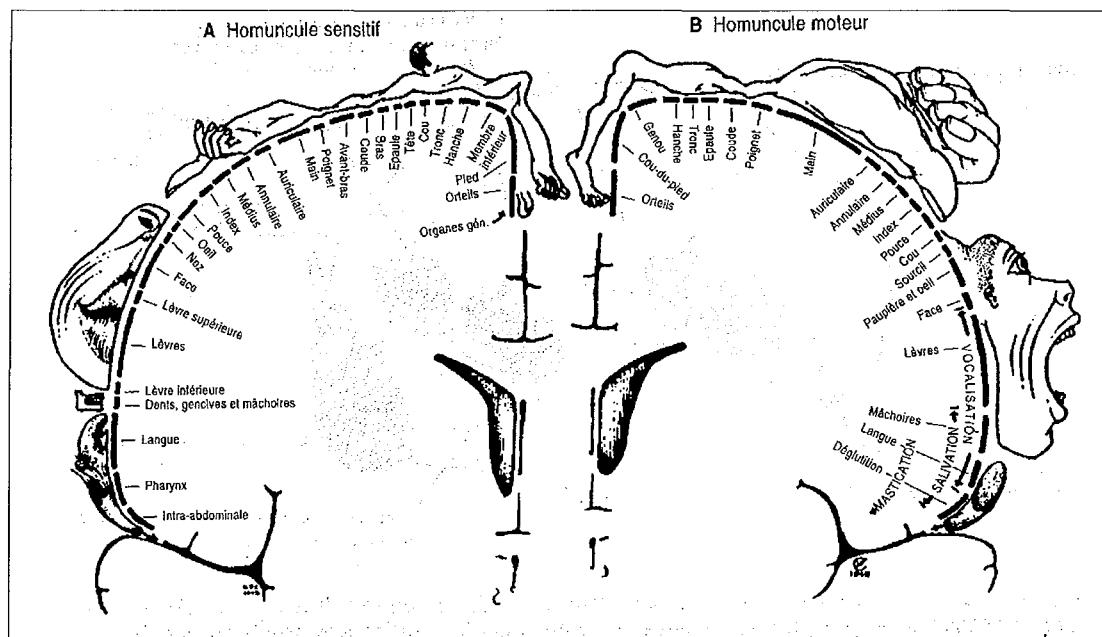
Les aires fonctionnelles se trouvent dans le lobe frontal, où les cortex moteur et somesthésique sont organisés de manière somatotopique. Cette notion est parfaitement représentée sur le schéma appelé Homunculus de Penfield [fig.5] [fig.6] [40]. Ceci est particulièrement intéressant pour notre propos, car ce schéma donne une idée de la sensibilité relative de la zone orofaciale. En effet, le chirurgien dentiste travaille dans une zone très richement innervée, et très bien représentée sur le cortex somesthésique du lobe frontal. Voilà donc un début d'explication quant à la sensibilité toute particulière que présentent les patients chez le chirurgien-dentiste.



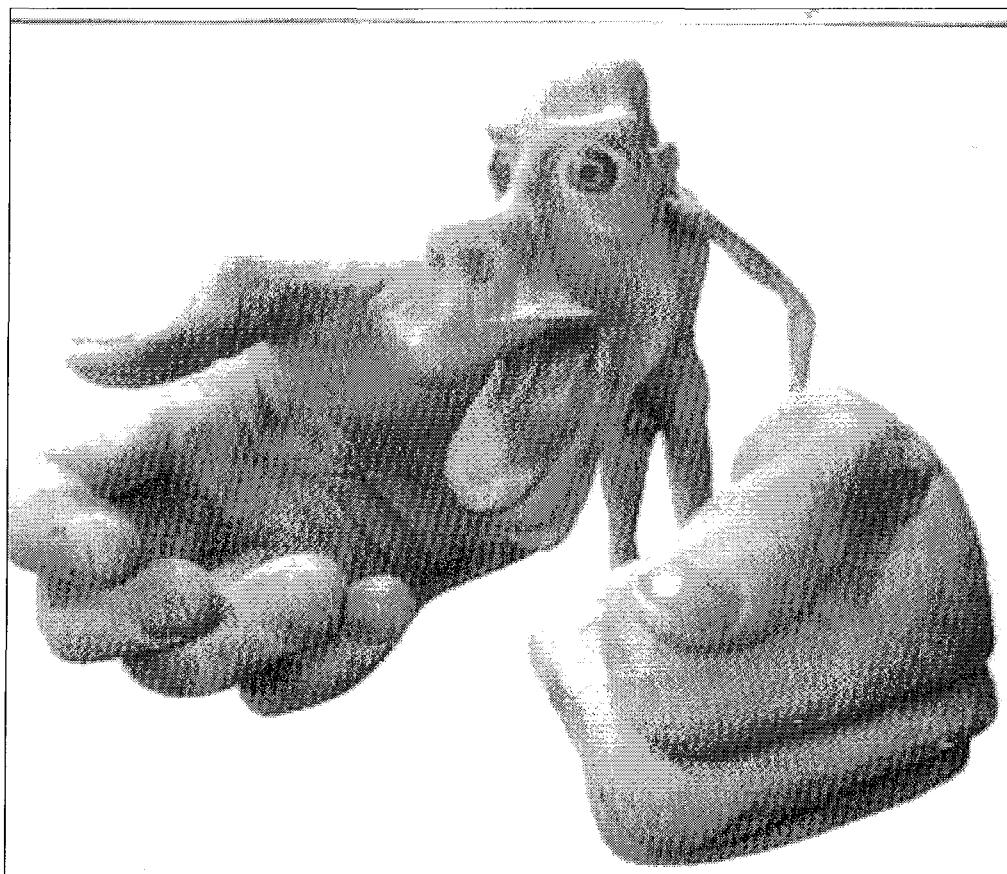
[fig.4] Nature et distribution périphérique des fibres composant le nerf facial.

Jean-Marie Landouzy, dans son ouvrage Mal de dos - Mal de dent [41], s'intéresse également au problème, et souligne que la sensibilité entre les dents mandibulaires et maxillaires lors d'un réglage occlusal est de 5 centièmes de millimètres. Ce chiffre est extraordinairement faible lorsqu'on sait que la puissance développée par les muscles masticateurs atteint 120 kg au cm² chez un patient atteint de bruxisme. L'auteur s'étonne alors de cette sensibilité et écrit que ses patients qui ont des problèmes d'occlusion réagissent "comme si toute la vigilance de leur corps était centrée sur la mâchoire".

Mais la zone orofaciale n'est pas seulement un noeud neurologique très développé, elle est également un fondement psychologique de la construction de la personnalité.



[fig.5] Homonculus de Penfield



[fig.6] Homonculus de Penfield. Vue d'artiste.

1312. Aspects psychologiques

La zone orofaciale est donc une zone du corps humain très particulière. En effet la bouche est un carrefour important de nombreuses fonctions dès le plus jeune âge, comme en témoignent ses nombreuses apparitions dans les différentes théories du développement de l'enfant. Notre propos ne sera toutefois pas d'en évaluer avec précision l'impact sur la personnalité - ce qui pourrait faire l'objet d'une thèse à part entière, mais n'intéressant que relativement l'odontologie - mais d'en souligner l'importance capitale dans le lien avec l'être que nous sommes amenés à soigner.

Les théories du développement de la personnalité sont nombreuses, et nous avons choisi de nous arrêter sur deux d'entre elles, fondatrices d'un certain consensus actuel, même si de nombreuses divergences en la matière perdurent.

Tout d'abord, **Jean Piaget** (1896 -1980) est le fondateur de la psychologie génétique. Le principe fondateur de cette discipline énonce que l'enfant explique l'adulte en devenir : "Si l'enfant explique en partie l'adulte, on peut dire que chaque période du développement rend compte en partie des suivantes." [42] En effet, l'auteur a proposé une théorie qui organise en stades le développement de l'enfant ; cette organisation en stades de développement reçoit aujourd'hui encore un large écho dans la discipline. Or le premier stade a reçu le nom de **phase orale**. Sans entrer dans les détails de cette théorie, nous pouvons souligner que la bouche cristallise dès les premiers moments de la vie une foule de fonctions : alimentation, premières coordinations gestuelles, douleur avec l'éruption des premières dents, renoncement au premier plaisir qu'est l'allaitement, communication par le sourire, et Jean Piaget avance également que la construction de l'espace autour de l'être en formation commence par l'espace buccal. Plus encore, "sourires et succions peuvent être considérés comme les rudiments du moi puisqu'ils agissent en médiateur entre les besoins du nourrisson et son environnement." [43] À l'issue de ce premier stade, Piaget écrit que l'enfant "doit avoir acquis la qualité du moi à partir d'un sentiment de confiance, grâce à des expériences optimales du stade oral, y compris une expérience satisfaisante de sevrage." [43] Ainsi, plus qu'une somme de fonctions la bouche semble être le véritable commencement de la personnalité.

La seconde théorie sur laquelle nous avons choisi de nous arrêter est l'incontournable théorie psychanalytique de **Sigmund Freud** (1856 -1939). Dans l'ouvrage de Jean Piaget [42], nous pouvons lire : "Là où les psychanalystes voient déjà une conduite symbolique, par assimilation représentative du pouce et du sein, nous suggérons d'interpréter cette acquisition par une simple extension de l'assimilation sensorimotrice en jeu dès le réflexe." Outre le mérite qu'elle a de souligner les divergences d'interprétation qui existe entre les deux théories, cette phrase met en évidence l'universalité

des phénomènes se produisant autour de la bouche dès le plus jeune âge, et souligne leur importance, malgré des divergences d'opinion. Freud et les psychanalystes, eux, s'intéressent plus spécifiquement à l'empreinte inconsciente que peuvent laisser les événements précoces intervenant autour de la sphère orale. En effet la théorie psychanalytique, quelque part fondatrice de toutes les autres théories qui lui ont succédé, est une théorie de la personnalité s'intéressant pour la première fois à cette part inaccessible de prime abord de l'individu qu'est l'inconscient. Cet inconscient est à la fois le siège de pulsions, et le recueil d'expériences façonnant la personnalité. Dans l'introduction à la psychologie du développement de Catherine Tourette et Michèle Guidetti [44], nous pouvons lire au sujet de la théorie freudienne : "Le bébé qui satisfait sa faim en tétant éprouve un plaisir oral associé à la satisfaction libidinale de ce besoin. (...) Le développement pulsionnel est ainsi étroitement associé à la succession des zones érogènes au cours du développement de l'enfant." Or, la première de ces zones érogènes est sans conteste la bouche. Encore une fois, la bouche prend donc une importance capitale dans le développement de la personnalité. Et aujourd'hui encore, nous ne pouvons évaluer avec précision les répercussions inconscientes que ces événements très précoces engendrent.

Ainsi, à défaut d'évaluer précisément le rôle de la bouche dans le développement de la personnalité au travers des nombreuses théories exposées à ce sujet, nous pouvons souligner l'importance capitale que celle-ci revêt dans chacune d'elle.

Nous en tirerons comme conclusion que le chirurgien dentiste, s'il n'est nullement à même de maîtriser tous ces paramètres psychologiques, doit au minimum aborder avec une grande circonspection la bouche de son patient, à la lumière de l'étroitesse du lien entre la bouche et l'individu. Ceci explique très certainement, par ailleurs et en partie, la réticence de nombre de patients à se faire soigner les dents, ainsi que l'image négative du chirurgien-dentiste.

132. Evolution de la relation soignant-soigné

Les relations soignant-soigné sont régies par l'essence même de la médecine : deux êtres très différents dans leur fonction entrent en relation, l'un afin de chercher de l'aide, dans une position d'attente, l'autre afin d'aider le premier grâce à un savoir acquis. Michela Marzano définit la relation comme suit : "c'est autour d'une demande que s'instaure la relation entre un patient et son médecin ; demande qui n'est jamais simple, et parfois même contradictoire, ne serait-ce que parce que c'est une demande d'aide qui place le patient dans

une position d'infériorité." [45] Cette condition est décrite avec humour, mais non sans justesse, par Patrick Lemoine, fervent détracteur des abus du modèle médical paternaliste : "Quand on a des hémorroïdes, on peut s'appeler Louis XIV, Einstein, Dupont - Durand ou Pascal. Cela ne change rien. Il convient d'abord de se déculotter, de s'agenouiller ensuite, et enfin tendre en silence (ne jamais discuter) son fondement meurtri aux doigts (gantés) de la science. Et attendre, patiemment." [46] Cet exemple semble bien loin de l'odontologie, et pourtant, d'une part il existe une vraie pudeur de la bouche (certainement liée à ce que nous expliquions au paragraphe précédent) ; et d'autre part, le fait que tous se retrouvent égaux et faibles devant le thérapeute se vérifie également en odontologie.

Le modèle paternaliste

Ce différentiel de conditions comporte naturellement des corollaires qui façonnent la relation soignant-soigné, mais ils évoluent avec l'histoire de la médecine. D'abord, dominait le modèle paternaliste. Selon R.Nossintchouk [28], l'odontologie à ses débuts, et jusqu'aux années 60 a suivi ce modèle. D.Rozencweig [6] lie ce paternalisme à la confiance qu'avait le patient envers son dentiste. En effet le dentiste savait ce qui était bon pour le patient, le patient en était persuadé, et était prêt à recevoir les soins nécessaires sans autre forme de procès. M.Marzano confirme : "il y a cinquante ans, les médecins n'hésitaient pas à imposer aux malades ce qu'ils jugeaient être bon pour eux, (...) selon le principe fondateur de bienfaisance." Ce modèle révolu conférait au thérapeute une impunité totale, thérapeute dont la morale était garantie par sa profession. En effet M.Marzano entend par "bon" ce que le modèle paternaliste conférait à la morale, mais l'auteur souligne l'absence de consensus en matière de morale avant l'apparition des codes de déontologie. Nous reviendrons sur ces notions de bienfaisance, morale, éthique et déontologie au prochain chapitre. Concrètement, ce modèle n'impliquait aucun souci de communication, l'accord entre les parties étant tacite et contenu dans la seule démarche du patient de consulter, le devoir du praticien se limitant donc à délivrer les soins qu'il estimait "bons". C'est pourquoi, en 1950, le Dr Louis Portes, ancien président de l'Ordre des médecins, pouvait affirmer, sans que cela n'entraîne de réactions particulières, que, pour un thérapeute, le patient est et doit être comme un enfant à sauver : "Face au patient, inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir affaire à un être libre, à un égal, à un pair." [45]

Le modèle autonomiste

Naturellement, le modèle paternaliste est révolu. Il a laissé place à un modèle de relation, toutefois toujours fondé sur le différentiel évoqué plus haut, le modèle autonomiste, selon l'expression de M.Marzano. Le principe de base de ce nouveau modèle est que le patient a toujours le droit d'exprimer sa volonté. Ceci correspond à une évolution plus générale de la société occidentale, qui érige de plus en plus le libre arbitre, l'individualité et le consentement en valeurs inaliénables. Nous pourrions bien sûr discuter de la pertinence de cette évolution, des problèmes philosophiques que révèlent de telles ambitions - si le consentement est une manifestation d'autonomie, jusqu'à quel point doit-il s'affranchir de l'ingérence extérieure et se doter de désirs propres pour être autonome? à quel degré le patient est-il manipulé lorsqu'il est informé par le praticien? - mais tel n'est pas notre propos. Nous constaterons seulement que ceci ajoute un nouveau volet aux devoirs du thérapeute, particulièrement conséquent : expliquer au patient sa pathologie et les possibilités thérapeutiques, afin de le laisser choisir. Ainsi, entrent dans les attributions du chirurgien-dentiste la communication. Plus qu'une nécessité spontanée, la communication devient un devoir légal. Nous nous arrêterons en quatrième partie sur les aspects légaux de la communication dans la profession.

Cette évolution de la société suscite de grands débats, de nombreuses lois, de nouveaux organismes, de nouvelles exigences, et engendre une modification radicale de la relation soignant-soigné, pas seulement sur un plan légal, mais surtout à un niveau individuel au sein de chaque consultation. Et nous relevons ce fait comme un argument de plus en faveur d'une communication réussie. Nous sommes donc ici au cœur du travail proposé, à savoir pourquoi communiquer, nous verrons ensuite comment communiquer. Soulignons enfin que la tâche est de taille, M.Marzano encore, insiste sur la position délicate dans laquelle le soignant a été propulsé : " il possède une connaissance que les autres n'ont pas, mais il ne doit pas utiliser ses compétences pour décider à la place d'autrui. (...) C'est pourquoi les informations qu'il donne doivent permettre au malade d'être libre." Certes la tâche se complique avec le temps, mais nous verrons que les moyens de communication sont en plein essor, et nous restons délibérément optimistes, nous disposons désormais d'un ensemble de moyens de communication utilisables à discrétion.

133. Notions d'éthique

Définitions

L'éthique est définie par le Littré [47] comme un terme de philosophie désignant la science de la morale, issu du terme grec *ethos* qui signifie morale, coutume, moeurs.

La morale, elle, désigne l'ensemble des règles qui doivent diriger l'activité libre de l'homme.

La déontologie, enfin, signifie étymologiquement en grec le discours (*logos*) sur le devoir (*deontos*). La définition actuelle la désigne comme étant la science des devoirs.

Ces trois concepts régissent la conduite médicale, mais avec une importance relative au cours de l'histoire. Selon le Pr. Jean Bernard, "le terme éthique est apparu assez récemment dans notre vocabulaire. Pendant très longtemps, on n'a parlé que de morale." [2] En médecine, la morale est donc aujourd'hui un concept désuet, dû certainement à son côté dogmatique, qui ne correspond plus à la circonspection générale du monde dans lequel nous évoluons. En effet, la morale dicte un ensemble de bonnes conduites, héritées des générations précédentes, sans les remettre en question, contrairement à l'éthique qui inclut, dans sa définition contemporaine, une notion de réflexion fondamentale : les comités de bioéthique fournissent une réflexion avant de soumettre des préceptes au législateur. Enfin, la déontologie est un ensemble de règles dictées par un Ordre de professionnels à ces mêmes professionnels. Dans le droit contemporain, il existe plusieurs codes hiérarchisés, dont le code de déontologie est l'échelon le plus bas.

Ainsi, la morale n'intervient plus dans le débat de la bonne conduite médicale, la déontologie s'impose comme une règle de droit à tout un chacun, alors que l'éthique est une réflexion en perpétuel mouvement, et pas seulement à un niveau collectif. Certes, les comités d'éthique dictent des lois, et précisément les lois de bioéthique du 4 mars 2002, mais néanmoins, la notion même d'éthique inclut une liberté de choix offerte à chaque praticien dans sa pratique quotidienne.

Principes de base

Ronald Nossintchouck, dans son ouvrage intitulé *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire* [48], rappelle les principes de base de l'éthique, appliqués au cabinet dentaire. Il évoque tout d'abord le respect de la personne humaine et

le principe de bienveillance *Primum non nocere*. Ce principe datant du serment d'Hippocrate est toujours d'actualité, et intervient dans **la balance bénéfice-risque** que tout praticien applique quotidiennement. Les exemples sont nombreux, nous citerons :

- la radioprotection avec la justification de la prescription d'un orthopantomogramme au regard du souci croissant de minimiser les irradiations,
- la mince frontière qu'il peut exister entre les indications d'un coiffage pulpaire et d'une pulpectomie,
- la limite ténue entre l'acharnement thérapeutique et l'amélioration du confort du patient que constitue la confection d'un complet chez un octogénaire sur demande de sa famille,
- les indications d'extraction de la dent de sagesse,
- la prescription d'un antibiotique, où le bénéfice très concret est la sécurité du praticien, et où le risque de résistance à l'échelle d'une population est très abstrait.

Les exemples sont multiples, et pourtant chaque jour, tous les praticiens en exercice résolvent individuellement autant d'équations qu'ils prennent de patients en charge. Les règles écrites dans le code de déontologie des chirurgiens-dentistes [49], et notamment l'article 2 du titre premier, rappelant ce principe de bienfaisance, ne suffisent pas à prendre ces décisions. Aussi est-ce le concept d'éthique à un échelon individuel et se soustrayant alors aux règles écrites, qui prolonge celles-ci en quelque sorte.

Le second principe évoqué par le Dr Nossintchouck est le principe d'égalité, c'est à dire **l'universalité des soins**. Certes, la France est dotée d'un système de soins à la politique affichée de réduire les inégalités en matière d'accès aux soins, avec notamment la forte volonté incarnée par la Couverture Médicale Universelle (C.M.U.), garantissant un accès aux soins sans avance de frais pour les plus démunis ; certes il existe un article du code de déontologie des chirurgiens-dentistes consacré à ce point, l'article 8 du titre premier [49], mais là encore les règles écrites semblent insuffisantes pour unifier les décisions de tout un corps de métier. Il s'agit là d'un sujet particulièrement polémique au moment même où nous écrivons ces lignes. En effet, dans un article publié le 11 novembre 2006 par le journal *Le Monde* [50], une étude montre que 41% des chirurgiens-dentistes libéraux refusent les patients détenteurs de la C.M.U. Et les chiffres en ce qui concerne les patients porteurs de handicap sont encore plus éloquents. Sans toutefois émettre aucun jugement sur ces faits, ils attestent bien qu'il existe une différence significative entre la déontologie et l'éthique. Plus encore, si l'éthique de chaque praticien est la réflexion - personnelle ou consensuelle - qui lui permet de prendre des décisions, alors l'éthique n'est pas toujours morale. Ces trois notions semblables au premier regard se différencient donc clairement.

De la nécessité de l'éthique

Ainsi, nous voyons apparaître dans l'exercice de l'odontologie une nécessité fondamentale et incontournable pour la prise des décisions inhérentes à la profession : il existe bien un système de valeurs et une réflexion propres à chaque praticien et qui régissent sa façon d'exercer. Et malgré de nombreuses lois et codes, il reste toujours une part de liberté que chaque chirurgien-dentiste gère comme il l'entend. L'éthique est la réflexion qui sous-tend ces décisions, réflexion qui a lieu collectivement afin d'établir un consensus minimal, mais qui a également lieu à un niveau individuel. Cette réflexion relève de la responsabilité du praticien.

Nous aborderons en troisième partie des techniques de communication, qui s'apparentent parfois à de véritables techniques de manipulation. Le terme de manipulation jouit actuellement d'une connotation négative, et pourtant, d'un strict point de vue objectif, qu'en est-il des arguments utilisés pour convaincre un patient de se laisser soigner pour son bien, malgré sa peur ou sa quelconque réticence à extraire une dent infectée ? La manipulation fait partie de l'exercice de l'odontologie, et les outils développés en ce sens sont, nous le verrons, particulièrement puissants. Aussi, l'éthique qui guide les choix du praticien est-elle d'autant plus nécessaire : celui-ci peut augmenter le service médical rendu en utilisant de tels outils, il peut par exemple prendre en charge des patients réticents aux soins, traumatisés précédemment, ou avec une crainte héréditaire du chirurgien-dentiste. Toutefois il est indéniable que la manipulation peut être utilisée comme on l'entend spontanément à des fins amorales, par exemple d'enrichissement. Malgré tout, nous pensons que la mise à disposition de tels outils est souhaitable, afin de mieux prendre en charge la population, même si un risque de dérive subsiste. C'est pourquoi l'éthique des professionnels de santé doit être stimulée, de même que contrôlée par l'Ordre des chirurgiens-dentistes, dont c'est une des vocations.

En guise de conclusion, citons Alain Béry qui écrit à ce sujet [51] : "l'éthique stimule la pensée et inspire l'action, restituant ainsi l'humanisme nécessaire dans un monde qui doit asservir ses techniques à son esprit."

Au cours de cette première partie, nous nous sommes attachés à décrire la relation praticien-patient en odontologie comme une relation médicale spécifique. En effet, si les objectifs de cette relation sont globalement semblables à ceux de la plupart des relations thérapeutiques, il n'en est pas de même pour le contexte dans lequel se déroule la poursuite de ces objectifs, tant pour le praticien que pour le patient.

Aussi, si le choix de ce plan nous a constraint à considérer séparément le patient de son praticien en première partie, nous allons désormais nous attacher à décrire ce qui les réunit indéniablement : la communication.

DEUXIEME PARTIE

NOTIONS FONDAMENTALES DE COMMUNICATION EN ODONTOLOGIE

21. Définitions

211. La communication

La communication est définie par Le Petit Larousse comme suit : "action, fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui". Le terme communiquer est, lui, défini par son synonyme : transmettre. L'étymologie du terme est latine : *communicare* signifie s'associer à. Outre la référence au message émis et reçu, on note la présence dans la définition de la notion de relation, dont le commencement passe donc par la communication. Nul n'ignore la présence d'une relation avec le soigné dans le métier de soignant, le début de celle-ci passant donc inexorablement par la communication.

La communication a été schématisée par Jakobson en 1963 [52]. Aujourd'hui encore, son travail reste universellement reconnu. Ce schéma est reproduit ci-après [fig.7]. Il comprend un destinataire et un destinataire, reliés par un message, lui-même en interaction avec trois éléments : le contexte, le contact et le code.

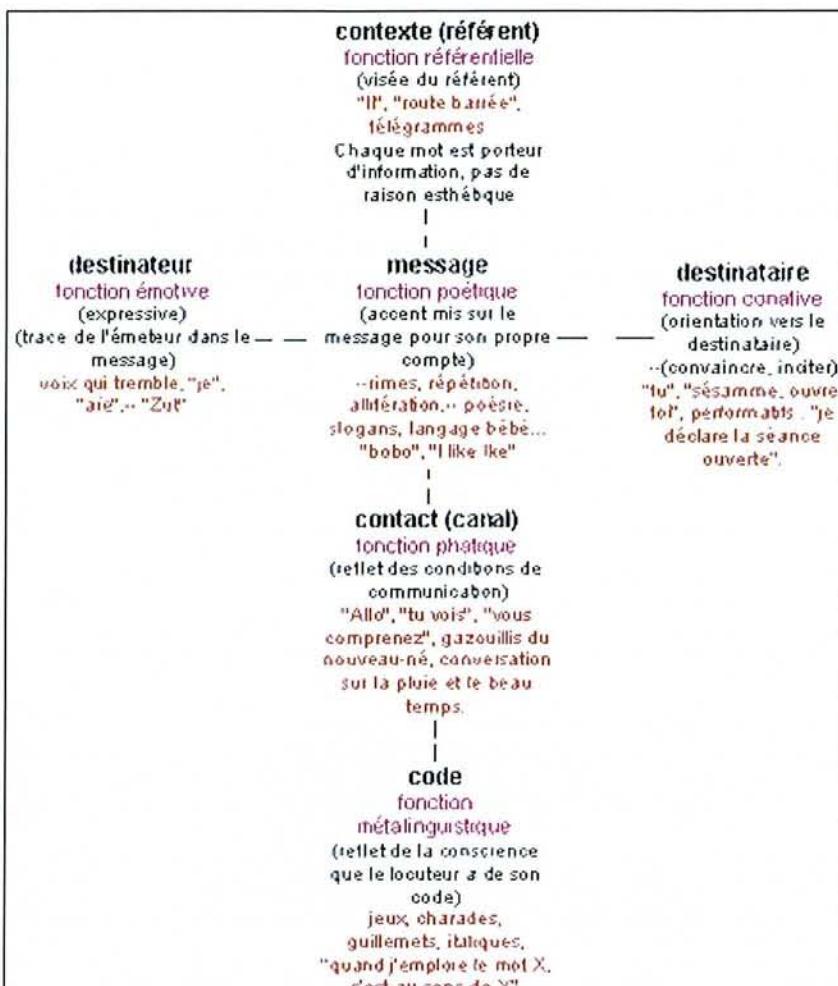
Le code renvoie par exemple au langage utilisé, mais pas seulement : nous verrons que le code peut, par extension, être non verbal.

Le contact (ou canal) reflète les conditions de communication : communication téléphonique par exemple. Au cabinet dentaire, le contact est direct, particulièrement pendant les soins, puisqu'il y a littéralement contact entre le praticien et son patient. La communication est donc véhiculée par les cinq sens des protagonistes.

Le contexte intervient également dans le schéma ; en effet, des éléments du message ne peuvent être compris que dans le contexte de la communication. Par exemple la notion gauche/droite n'est valable que depuis une position donnée ; aussi, sortie de son contexte l'information n'a-t-elle plus aucune valeur.

Notons au passage que la convention gauche/droite utilisée par les praticiens n'est souvent pas connue des patients ; l'absence de connaissance de cette convention supprime le référentiel, et rend un message utilisant ce code inintelligible pour le patient. Nous avons ici un exemple d'interférence, source d'incompréhension que nous décrirons prochainement.

Au sujet du **destinataire**, nous relevons la remarque de Jakobson en ce qui concerne la trace de l'émetteur dans le message : en effet, le message n'est pas indépendant de son émetteur, et l'exemple de la voix qui tremble introduit



[fig.7] Schéma général de la communication de Jakobson

parfaitement la notion de langage non-verbal, notion que nous nous proposons, à défaut de maîtriser, de prendre en compte.

Le destinataire interagit également avec le message dans la mesure où il dispose d'une fonction conative intrinsèquement limitée, et doit pourtant pouvoir décoder le message. Ceci implique lors de l'émission du message d'utiliser un code connu de l'émetteur.

Enfin, le message peut être de types très différents : du plus évident, le langage, il peut passer par les quatre autres sens, et aller jusqu'au plus subtil, imperceptible par l'homme. Exemple : les infrasons utilisés par la chauve-souris.

Ainsi, Jakobson pose-t-il les bases de cette discipline aujourd'hui en plein essor, la communication. Depuis les théories se sont multipliées, les nouvelles avancées étant complémentaires, si ce n'est entre elles, du moins avec les bases que constitue le travail de Jakobson.

212. Communications verbale et non-verbale

Spontanément, le concept immédiatement relié à la communication est le langage oral. Pourtant, et nous l'avons déjà évoqué avec le schéma de Jakobson, les mots ne sont qu'un des multiples supports de message. Tous les autres types sont réunis sous la formule "communication non-verbale". Leur observation est un principe de la PNL.

Panorama des réactions non-verbales

"Par une foule d'indices différents, les gens communiquent des indices." [53] Cette déclaration des initiateurs de la PNL Richard Bandler et John Grinder laisse entrevoir la richesse de la communication non-verbale.

Commençons par **le visage**, qui est le siège de nombreuses réactions non-verbales. On peut citer la modification de la couleur de la peau, les mimiques de la bouche, toutes les réactions des muscles du visage, les actions de la langue, telles que le léchage péri-buccal, la position des yeux lorsque la personne pense, la position des sourcils, et d'une manière générale, toutes les réactions observables du visage, conscientes ou inconscientes. Ceci constitue en effet une maigre liste relevée dans les ouvrages de PNL présents dans la bibliographie, mais il serait de toutes manières impossible de dresser une liste exhaustive tant les réactions non-verbales sont variées selon les individus et les situations.

Ensuite, **la gestuelle** est également riche d'enseignements : un oeil averti déetectera sans souci tout mouvement tel que le passage de main dans les cheveux, un tic des mains ou des pieds, un mouvement des jambes, un balancement de la tête. Encore une fois, les possibilités sont infinies, et charge à l'observateur de remarquer le cas échéant toute modification.

Enfin **la posture** renseigne sur l'interlocuteur. Un individu qui croise les bras en se reculant ne livrera pas les mêmes indices que ce même individu bras grand ouverts.

Ainsi les réactions non-verbales d'un individu sont-elles innombrables et très diverses. Celles que nous venons de citer ne constituent nullement une liste des réactions à remarquer chez un interlocuteur, mais figurent seulement ici à titre d'exemple. En effet ce n'est pas en répertoriant ces réactions que l'on peut apprendre à les remarquer, mais seulement en observant très attentivement, et en faisant preuve d'une grande flexibilité.

Comparaison sémiotique

Si les mots sont au langage oral ce que les réactions non-verbales sont au langage corporel, la façon d'interpréter ces deux codes n'a rien à voir. "Jusqu'à aujourd'hui, on a toujours tenté de donner une signification, un contenu au langage corporel. Reculer la tête *signifierait* par exemple que vous êtes réticent, vous asseoir les jambes croisées *signifierait* que vous êtes fermé, etc. Le langage corporel n'a pas une signification du même type que le langage oral ; le langage corporel nous offre un autre type d'informations : les mouvements du corps vous donnent des information au sujet du *processus*." [53]

Cette mise en garde de Bandler et Grinder nous éclaire sur l'interprétation de la communication non-verbale : il ne s'agit pas d'un code pour lequel on pourrait écrire un dictionnaire, mais plus d'un renseignement sur l'organisation de la pensée et du ressenti du sujet. En confrontant les réactions recueillies au contexte, il est possible de comprendre la dynamique dans laquelle évolue le sujet. A titre d'exemple, nous considérerons un contexte odontologique, particulièrement riche en sollicitations pour le sujet, qui devient donc notre patient. L'annonce de la nécessité de pratiquer une avulsion, par exemple, provoque inévitablement de nombreuses réactions non-verbales. Or, le praticien connaît le contenu de l'expérience "avulsion" ; ce qu'il a besoin de savoir, c'est la forme que le patient donne à son expérience, et c'est précisément ce que ces réactions vont pouvoir lui apprendre.

Nous reviendrons en troisième partie sur ces notions de PNL, avec notamment un cas clinique permettant de mieux comprendre la finesse nécessaire à l'interprétation des réactions non-verbales.

213. La proxémique

Avant d'aborder plus spécifiquement la communication en odontologie, nous allons définir une dernière notion générale : la proxémique. Selon le Petit Larousse, il s'agit de l'étude de l'utilisation de l'espace par les êtres animés dans leurs relations, et des significations qui s'en dégagent.

Le Dr Rozencweig rappelle la théorie de cette discipline dans l'ouvrage évoqué précédemment [6]. Quatre espaces concentriques entourent chaque individu, le centre de ces espaces étant cet individu :

- **l'espace intime**, compris entre 0 à 45 cm,
- **l'espace personnel**, de 45 cm à 1,20 m,
- **l'espace social**, de 1,20 m à 4 m,
- **l'espace public** au delà de 4 m.

Ces espaces sont décrits en fonction de la menace potentielle que peut représenter un tiers qui y pénètre. L'espace public est, comme son nom l'indique, l'espace où un tiers peut évoluer sans menace pour l'individu. L'espace social est celui où le tiers peut parler avec l'individu, toutefois toujours sans grande menace potentielle. L'espace personnel, en revanche, correspond à un cercle de la dimension moyenne d'un bras, c'est à dire l'espace où l'individu peut être frappé du poing par le tiers y pénétrant. Enfin, l'espace intime est l'espace réservé aux proches de l'individu.

Or le chirurgien-dentiste se voit obligé d'entrer dans l'espace intime de son patient. Le Dr Rozencweig souligne qu'on peut observer des réactions non-verbales de défense quand on pénètre dans cet espace. Nous insisterons donc sur le respect que doit témoigner le praticien lorsqu'il entre dans une zone habituellement exclusivement réservée aux proches du patient. Soulignons en outre que ce phénomène participe sans aucun doute à caractériser la relation particulière qui unit le patient à son chirurgien-dentiste.

22. Etablissement de la communication en odontologie

221. Le premier contact

On ne peut pas ne pas communiquer

Un des premiers grands principes exposés par les créateurs de la PNL est le fait qu'on ne peut pas ne pas communiquer [54]. En effet le désir de ne pas communiquer est en lui même un message, et donc une forme de communication. Or ce message est toujours transmis, y compris à l'insu de son émetteur, par la communication non-verbale dans le cas d'une entrevue.

Toutefois, son corollaire lors du premier contact est que la communication entre le praticien et son patient s'établit bien avant leur première entrevue. Daniel Rozencweig décrit étape par étape les vecteurs de cette communication [6], la première étant le plus souvent **l'entretien téléphonique**. L'auteur rapporte une étude (UJCD 1992) montrant que 80% des nouveaux patients prennent rendez-vous par téléphone. Il ajoute que celui-ci est une première opportunité pour établir une communication saine. Les renseignements ainsi véhiculés peuvent être nombreux : disponibilité du praticien, gentillesse de la secrétaire, souplesse des créneaux horaires. Nul doute qu'à l'issue de cet entretien téléphonique, le patient aura déjà une idée du type de cabinet et de praticien, un *a priori* positif ou négatif sur la relation à venir.

Ensuite, le patient se rend au cabinet. Il ne manquera pas de noter l'aspect des locaux, de l'entrée de l'immeuble jusqu'à **la salle d'attente**. Le Dr Rozencweig insiste sur le bénéfice du soin apporté à la salle d'attente. En effet, l'attente des patients, le plus souvent anxieux à propos de leur état de santé ou seulement à la simple idée d'être chez un chirurgien-dentiste, peut être pénible : aussi une salle d'attente agréable, agrémentée de presse récente, allégera-t-elle les réticences de certains patients.

Un soin particulier doit par ailleurs être apporté à l'ensemble des locaux, du secrétariat à la salle de soins. L'auteur insiste sur l'importance de **la première impression** : il sera toujours plus facile d'établir une bonne relation sur une première impression positive, que de devoir commencer par lutter contre une première image négative. Un facteur aujourd'hui majeur de cette première impression est un message de propreté : le patient contemporain étant renseigné sur les risques de contamination croisée ou autre défaut d'asepsie, il remarquera sans doute l'état de propreté de l'ensemble du cabinet.

Ainsi, avant même d'avoir rencontré le praticien, le patient a une idée préconçue de celui-ci. Ce fait constitue donc une première opportunité d'envoyer un message de rigueur professionnelle au patient, le plus souvent anxieux à l'idée de se faire soigner les dents. **Les paramètres de la communication au cabinet dentaire incluent donc de nombreux éléments en amont de la première consultation, et il serait dommage de les négliger.**

La première consultation

L'événement que constitue la première consultation est décrit dans tous les manuels de communication en odontologie. Il s'agit en effet d'un moment crucial, qui définit d'ores et déjà la tonalité générale de la relation. Nous allons tenter ici de définir les paramètres intervenant dans la réussite de ce premier contact, sans toutefois s'attarder pour l'instant sur les solutions aux problèmes posés par la situation, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement.

Le Dr Charon [12] scinde la première consultation en quatre étapes : l'entretien, l'examen clinique, les examens complémentaires et les explications qui en découlent.

La première phase est une phase d'écoute du patient, qui permet de recueillir les **doléances** de celui-ci. Cette notion d'écoute est omniprésente dans tous les manuels, et semble en effet fondamentale. Nous y consacrerons un paragraphe, mais nous pouvons d'ores et déjà comprendre, vu la nature de la relation (cf.132), que le patient est en position d'attente envers le praticien, et que la réponse incontournable à cette attente est une disponibilité : cette faculté d'écoute doit non seulement permettre au praticien de comprendre les doléances du patient, mais aussi permettre à celui-ci de se sentir écouté.

En effet, ce sentiment est la base de l'établissement d'un lien de **confiance** : pour cette notion encore, tous les manuels s'accordent à la qualifier d'incontournable. Le Dr Nossintchouck [48] l'estime nécessaire "d'emblée", en vertu de ce principe : le scepticisme acquis par le patient lors du premier rendez-vous laissera toujours une empreinte indélébile sur la relation. Nous consacrerons le prochain paragraphe à cette notion.

Les deuxième et troisième phases sont purement techniques, il s'agit de l'examen clinique et des examens complémentaires. En terme de communication, ces étapes doivent certes faire l'objet d'une rigueur professionnelle, mais surtout d'un souci ostentatoire de douceur et de sollicitude : en effet, lors du travail technique, le patient est incapable d'estimer si l'opérateur est performant ou non. Il focalisera plutôt son attention sur la façon dont l'aborde le praticien. Le Dr Bourrassa écrit à ce sujet : "Les patients sont habituellement incapables d'évaluer la qualité du travail technique. Ceci

exigerait de leur part qu'ils aient des connaissances que seul un dentiste possède. Le patient apprécie surtout le traitement en fonction de sa relation avec le dentiste, et des informations qu'il reçoit et qui le sécurisent." [8] Nous soulignerons donc à titre d'exemple l'aspect anxiogène que peut revêtir une séance de radiographie chez certains patients : un praticien attentif ne manque pas de le remarquer, et assortit l'examen de paroles rassurantes et adaptées.

La quatrième phase correspond aux explications des données recueillies lors des examens. Il s'agit du premier élément de réponse que fournit le praticien aux attentes du patient. Le Dr Rozencweig écrit que "pour convaincre le patient que nous pouvons satisfaire ses besoins, il faut les connaître." [6] En effet les besoins du patient sont différents des besoins de ses dents : si le diagnostic posé est par exemple une nécrose pulpaire, la dent nécessite une dévitalisation. Toutefois reste à expliquer au patient qu'il a besoin d'un tel traitement et pourquoi. En effet il existe des nécroses à bas bruit, pour lesquelles le patient ne comprendra pas avoir besoin d'un traitement. Le cas classique du patient qui se présente pour un contrôle de routine et ressort avec trois rendez-vous déstabilise celui-ci. Pourtant il n'est pas acceptable de laisser partir le patient déstabilisé, à défaut de quoi la confiance sera amputée. Il convient donc de lui expliquer, mais surtout de s'assurer qu'il a bien compris. Dans notre exemple, la doléance du patient était très probablement de savoir que tout allait bien. Un réajustement est donc nécessaire, possible uniquement grâce à une communication adéquate. Afin d'adapter le discours, le Dr Nossintchouck préconise d'ébaucher durant ce premier rendez-vous un profil psychologique du patient ; il s'agit d'une solution aux problèmes posés : la faculté d'écoute.

Ainsi, la première consultation est-elle un moment particulier où se dessinent de nombreux enjeux, définissant la relation praticien-patient. Ce singulier échange pourrait se résumer ainsi : **tout d'abord un patient émet des doléances, que grâce à son écoute admet un praticien, obtenant ainsi de son patient la confiance, nécessaire pour le déroulement des soins.**

222. La confiance

Nous allons maintenant aborder ce pilier de la relation praticien-patient : il s'agit non pas d'une confiance à sens unique, mais bel et bien d'une confiance réciproque indispensable à l'établissement d'une relation saine. Nous verrons tout d'abord pourquoi elle est nécessaire, puis nous aiguillerons la réflexion vers les moyens de l'établir, auxquels la troisième partie sera indirectement mais entièrement consacrée.

Pourquoi ?

Nous constatons comme précédemment que la confiance est une notion développée sans exception par tous les auteurs de manuels de communication dentaire. Le Dr Rozencweig [6] fait remarquer que la confiance est restée un pilier de la relation patient praticien malgré la mutation majeure que cette relation vient de subir (et que nous avons décrite au paragraphe 132). Du modèle paternaliste où elle était la seule condition indispensable, au modèle autonomiste, où, malgré son relais au second plan derrière les notions d'information et de consentement, on note que la confiance est restée une condition *sine qua non* de la relation praticien-patient. En effet le mécanisme d'adhésion du patient au choix thérapeutique passe schématiquement par les étapes suivantes : information du patient, puis choix par celui-ci de son traitement ; mais pour qu'il accepte un traitement, le patient doit dans ce nouveau modèle avoir non seulement confiance dans les capacités du praticien à réussir le traitement qu'il propose, mais aussi dans la loyauté de l'information. Aussi, malgré une législation récente qui encadre plus la relation, celle-ci ne peut se soustraire complètement à la confiance immédiate créée qui permet la décision du patient. Le cadre légal, auquel nous consacrerons un paragraphe en quatrième partie, est un garde-fou contre les abus, mais ne peut aucunement remplacer la confiance, car ces deux notions sont interdépendantes : c'est en effet en cas d'abus de confiance, notamment, qu'intervient la machine judiciaire, mais la confiance reste le sésame le plus courant de la relation patient-praticien.

Nous venons donc de voir pourquoi la confiance du patient envers le praticien était indispensable. Mais la confiance du praticien envers le patient ne l'est-elle pas tout autant ?

Lorsqu'un patient accepte d'être pris en charge par un praticien, le praticien accepte parallèlement de prendre en charge ce patient. Il se crée alors ce qu'on appelle **un contrat de soin**, c'est à dire un accord tacite mais légalement défini, que les deux parties doivent respecter [51]. Rappelons que l'article 26 du titre deux du code de déontologie [49] garantit le droit au praticien de refuser un patient, toutefois en excluant des critères ethniques notamment. L'acceptation de prise en charge sous-entend donc que le praticien accorde sa confiance au patient : par exemple, le praticien suppose que le patient sera présent aux rendez-vous et honoraera les frais engendrés par les soins prodigues. Le manquement à ces règles est un motif reconnu de rupture du contrat de soin.

Ainsi, l'évolution de la relation aura-t-elle préservé cette valeur fondamentale : **la confiance réciproque est une caractéristique incontournable de la relation praticien-patient.**

Comment ?

Désormais parfaitement persuadés de son aspect incontournable, voyons donc comment créer ce climat de confiance. Certes les techniques de communication développées en troisième partie seront d'une grande utilité à cet effet, mais nous allons ici énoncer quelques principes généraux. Le Dr Charon [12] nous livre les quatre caractéristiques qui, selon lui, définissent la confiance :

L'authenticité correspond au précepte : "je dis ce que je pense et je pense ce que je dis". Il s'agit d'une honnêteté, à défaut de laquelle la confiance est ébréchée : en effet si le patient suspecte le praticien de lui occulter la vérité, il ne lui fera plus confiance. De même, si le patient ment quant à ses absences ou ses délais de paiement, le praticien ne lui fera plus confiance. La relation de confiance implique donc une honnêteté réciproque, à laquelle les deux parties doivent se plier.

L'ouverture concerne plus spécifiquement l'information : "je m'ouvre à l'information et je donne l'information". Cette notion renvoie au schéma basique de la communication, le destinataire devant s'efforcer d'adapter son message au destinataire. Ce souci d'intelligibilité engendre chez le patient un sentiment d'être considéré justement, et renforce la confiance.

L'acceptation, ou "j'accepte l'autre tel qu'il est", prolonge l'ouverture : en s'ouvrant à l'autre, on peut le comprendre, puis l'accepter. Le Dr Bourrassa le rappelle en ces termes : "prouver qu'on est à l'écoute est un levier puissant de communication". [8] Il faut donc non seulement accepter l'autre, mais aussi lui montrer qu'on l'accepte ; ici réside la finesse du communicateur, car un souci trop marqué de démonstration peut vexer le destinataire.

La fiabilité enfin, est une caractéristique fondamentale : "je fais ce que je dis et je dis ce que je fais". Ceci implique notamment pour le praticien un suivi irréprochable de ses patients, dont le corollaire est un dossier patient à jour. Il s'agit là d'une rigueur professionnelle garantissant non seulement une bonne communication, mais aussi des soins de qualité.

Ainsi, la confiance réciproque dans la relation patient-praticien tire-t-elle son aspect incontournable de la nature même de la relation, et trouve ses bases dans les principes généraux de la communication. Ces fondements définis, nous pouvons nous consacrer à des aspects plus spécifiques de la communication dentaire, afin de perfectionner celle-ci.

23. Amélioration de la communication en odontologie

231. Le déroulement d'un rendez-vous

Un des aspects plus spécifiques à l'odontologie est la variation du type de communication au cours du rendez-vous : il est en effet difficile pour un patient de s'exprimer lorsque le praticien travaille dans sa bouche. Intéressons nous donc à l'organisation du temps pendant un rendez-vous dentaire, puis à ce moment singulier que constitue le temps des soins.

Organisation du temps

Résumons la chronologie d'un rendez-vous : le patient entre dans la salle de soin après avoir patienté dans la salle d'attente. Le praticien salue son hôte et prend dès lors en main l'organisation du déroulement des soins : **il incombe en effet au chirurgien-dentiste d'organiser le temps**, de telle sorte que le *timing* soit respecté. Soulignons que la ponctualité reste un critère important pour de nombreux patients. Lors d'un premier rendez-vous, certains auteurs recommandent de ne pas installer le patient d'emblée sur le fauteuil dentaire, afin de faire connaissance face à face, d'égal à égal. Nombreuses sont les organisations possibles, et nous ne préconiserons pas une technique plus qu'une autre. Au demeurant, et comme toujours en communication, nous insisterons sur la souplesse du communicateur, qui doit toujours s'adapter aux messages verbaux et non-verbaux que lui envoie son patient, en un mot, notre seul credo est le feedback ; nous y consacrerons un paragraphe.

Revenons au déroulement du rendez-vous : il est temps désormais pour le patient de s'installer sur le fauteuil dentaire. Commence alors toute une partie où la communication est très particulière. Nous tâcherons ci-après d'énumérer les éléments qui font de cette situation un moment très singulier.

Enfin, le patient quitte le fauteuil dentaire, et selon le cabinet, reçoit une ordonnance, une feuille de soin et un rendez-vous, dans un bureau annexe ou dans la salle de soin. Nulle méthode n'est meilleure qu'une autre, insistons simplement sur le fait que toute organisation, avec ou sans assistante, avec ou sans secrétaire, doit faire l'objet d'une préparation rigoureuse et souple à la fois, imaginée au préalable. Nous consacrerons en quatrième partie un paragraphe aux apports de l'équipe de soin dans la communication.

Pendant les soins

Nous avons relevé trois éléments fondamentaux caractérisant ce moment particulier en terme de communication :

•**la position relative des protagonistes**, qui est pendant les soins dictée non pas par des principes de communication mais par des principes d'ergonomie. Aussi le patient se trouve-t-il fréquemment allongé, la bouche grande ouverte, et avec un praticien dans son cercle d'intimité. Les notions de proxémique impliquent donc la plus grande circonspection de la part du praticien, qui évolue dans une sphère sensible. En outre, la communication est rendue difficile car le patient ne peut souvent plus voir le praticien. Néanmoins, le maintien de la communication est ici primordial, car le praticien doit être informé de la douleur éventuelle qu'occasionnent les soins. Certes, un praticien attentif aux messages non-verbaux suit très précisément le confort dans lequel évolue le patient, mais ce moyen ne suffit pas à informer le patient du souci qu'on lui porte : plus que le souci lui-même, il est capital pour le patient de savoir qu'on se préoccupe constamment de son confort. A cet effet, le praticien peut avant de commencer les soins préciser que le patient peut interrompre ceux-ci à tout moment d'un simple geste de sa part.

•**les problèmes de réception d'un message pour le patient** sont dus à la position statique dans laquelle on lui demande de rester. Le Dr Bourrassa insiste dans son manuel de dentisterie comportementale sur les problèmes d'audition que peuvent engendrer le travail d'une turbine [8] : l'environnement sonore d'un soin, couplé à la résonance que le travail peut créer dans la boîte crânienne du patient, peuvent en effet empêcher celui-ci d'entendre correctement. Charge donc au praticien de s'adapter : au cours de soins dispensés à l'Institut Dentaire de Nancy, un patient nous a confié qu'il ne supportait pas que le dentiste parle pendant les soins, c'est à dire pendant que lui ne pouvait pas répondre ; un autre patient nous a dit peu de temps après qu'il ne supportait pas qu'un dentiste opère sans lui expliquer au fur et à mesure des soins l'avancée du travail. Ces confidences contradictoires nous apprennent que la seule règle en communication est le feedback : comment savoir qu'un patient apprécie qu'on lui parle ou pas pendant les soins autrement qu'en observant ses réactions ?

•**les problèmes d'émission d'un message pour le patient** l'empêchent quasiment complètement de s'exprimer : à part bouger un membre, toute communication intentionnelle de sa part est exclue. Outre le caractère anxiogène de ce fait, le Dr Nossintchouk souligne que le patient doit avoir validé la procédure avant de la subir : "la neutralisation de la communication verbale et la séparation par un plateau technique induits par une procédure clinique doivent faire l'objet d'une adhésion thérapeutique préalable du patient." [28]

Ainsi, le déroulement d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste implique-t-il des contingences particulièrement contraignantes en terme de communication. Elles sont à l'origine d'un certain nombre d'interférences, mais nous allons voir qu'il existe d'autres types d'interférences.

232. Elimination des interférences

Outre les interférences physiques que nous venons de décrire, il existe des interférences de communication moins spécifiquement dentaires, mais intéressant plutôt la relation thérapeutique dans son ensemble. Le Dr Bourrassa décrit **l'interférence sémantique** dans son manuel de dentisterie comportementale [8]. Le Dr Nossintchouck évoque une notion liée : **la surcommunication** [28].

L'interférence sémantique est un frein à la communication, lorsque deux personnes n'attribuent pas le même sens au même mot. Il s'agit d'un problème rencontré dans tous les milieux médicaux : il existe en effet un vocabulaire propre à chaque spécialité, incompréhensible pour le patient. Aussi le praticien doit-il veiller à ne pas utiliser trop de termes techniques, ou à assortir ceux-ci d'une explication adéquate. Ce devoir est par ailleurs inclus dans le code de déontologie, et plus récemment dans la loi du 4 mars 2002, ayant trait au droit des malades et devoirs d'information notamment des praticiens. L'article 26 du titre deuxième du code de déontologie précise que le praticien doit à son patient "une information claire, loyale et appropriée" [49]. Il s'agit cependant d'un principe général de communication, que le praticien se doit de respecter, non pas pour éviter un contentieux potentiel, mais par souci d'établir une communication saine.

La surcommunication est un travers du praticien qui restreint la compréhension du patient, noyé sous les informations. Un diagnostic peut en effet évoquer de nombreux éléments au chirurgien-dentiste expérimenté. Il n'est toutefois pas toujours judicieux d'informer le patient de toutes les éventualités qu'évoquent la situation. La surcommunication peut être une interprétation erronée du devoir d'information : il ne s'agit pas de donner toutes les informations possibles en rapport avec le diagnostic, mais de donner les éléments clés, appropriés à la situation, permettant au patient de comprendre le diagnostic.

Ainsi s'ajoutent aux interférences techniques ces interférences plus générales. Leur élimination tient cependant moins à un souci de clarté en amont de la communication qu'à une véritable écoute du patient en aval de

l'explication : la validation de la communication n'est en effet jamais jouée d'avance, et se mesure au *feedback*. Il convient de toujours vérifier que l'on s'est bien fait comprendre, ce sera l'objet du prochain paragraphe.

24. Validation de la communication en odontologie

241. Validation par le praticien : le *feedback*

Nous allons maintenant nous intéresser au *feedback*, fondement de toute communication, et notion à laquelle les paragraphes précédents renvoient tous. Tous les manuels généraux de la communication en odontologie l'évoquent à maintes reprises, et nous avons vu qu'il constitue la seule règle de communication que nous ayons pu trouver, tant cette discipline requiert de souplesse et de spontanéité.

Le *feedback* correspond à tous les éléments qu'un communicateur va pouvoir recueillir à propos des effets produits par son message sur le destinataire. Il s'agit donc du moyen utilisé par le praticien pour valider sa communication, puis l'adapter le cas échéant. L'élément le plus évident du *feedback* est sans doute la réponse verbale que pourra émettre le destinataire. Et pourtant cet élément est certainement l'un de ceux qui renseignent le moins sur la pertinence de la communication. Une foule d'autres éléments sont véhiculés par tout le langage non verbal.

Considérons à titre d'exemple cet extrait de l'ouvrage "Les secrets de la communication" écrit par les pères de la Programmation Neuro-Linguistique Richard Bandler et John Grinder : "ceux et celles qui ont pu observer les réactions de cette femme lorsque nous avons posé notre première question n'ont pas besoin des informations qu'elle vient de nous communiquer ; ses réponses verbales sont redondantes. Ce qu'elle a exprimé verbalement il y a quelques secondes, elle nous l'avait déjà communiqué non-verbalement de façon beaucoup plus pure. Si vous affinez vos sens et si vous êtes attentifs aux messages sensoriels, vous percevrez toujours une réponse non-verbale lorsque vous ferez une affirmation ou poserez une question à quelqu'un, que cette personne les exprime consciemment ou non." [53]

Nous avons précédemment abordé cette notion de communication non-verbale, et nous cherchons ici à l'inclure dans une stratégie de validation : le chirurgien-dentiste veut tout d'abord savoir si son patient a compris l'information, et ensuite savoir s'il adhère aux propositions ou non. Il en va de la réussite du plan de traitement. Nous insisterons à cet effet sur la notion de pureté évoquée par les auteurs. Le recouplement des différentes informations collectées permet d'éviter des erreurs d'interprétation, et des incompréhensions nuisant à la relation thérapeutique. La richesse du *feedback* vient du fait qu'il inclut les éléments de communication volontaire du patient et aussi les éléments involontaires : l'annonce d'une anesthésie pourra par exemple créer chez un patient une moue instantanée de rejet, suivie rapidement d'une phrase nuançant sa crainte, qu'il n'avoue alors qu'à moitié, sans forcément percevoir qu'il l'a déjà complètement affichée. Ici réside donc la finesse de la communication, permettant d'appréhender dans notre exemple le rapport du patient aux soins, et aussi le rapport qu'il veut afficher. Le praticien peut ainsi mieux adapter sa communication.

Enfin, après l'avoir maintes fois évoqué, nous pouvons maintenant succinctement reprendre chacune des notions de cette deuxième partie à la lumière du *feedback* :

- il enrichit le schéma fondateur de la communication de Jakobson d'un retour qualitatif sur le message émis,
- il permet de s'adapter aux règles de la proxémique, particulièrement handicapante pour le chirurgien-dentiste,
- il aide le praticien à ne pas rater le premier contact grâce à son aspect instantané,
- il renseigne le praticien sur l'établissement de la confiance du patient,
- il donne de précieux renseignements sur l'état du patient au cours du déroulement du rendez-vous, et plus précisément pendant le déroulement des soins,
- et enfin il permet d'éliminer les interférences, ou comme le dit le Dr Bourrassa "d'en mesurer au moins l'impact" [8].

Cette dernière remarque du Dr Bourrassa précise l'utilité du *feedback* : s'il ne constitue pas une assurance de bien communiquer, il sert à valider la communication comme étant bonne ou mauvaise, et permet en définitive de s'adapter en temps réel.

242. Validation par le patient : empathie du praticien

Nous venons de voir que le feedback est un moyen à la disposition du praticien pour valider sa communication ; toutefois celle-ci n'est valable qu'une fois entérinée par le patient également. Il nous reste ensuite à déterminer les critères de validation du patient.

Un patient accepte de se faire soigner par un praticien s'il l'estime capable de répondre à ses attentes. Il mesure cette capacité non pas, nous l'avons vu, selon des critères techniques, mais selon des critères humains : en un mot en fonction de la confiance accordée. Et la confiance se crée si le praticien se montre empathique.

L'empathie est définie par Le Petit Larousse comme étant la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. Le Dr Bourrassa la définit par rapport à la sympathie et l'antipathie [8]. *Pathos* signifie en grec la souffrance, la sympathie signifiant souffrir avec. Chaque préfixe définit donc la distance qu'il existe entre les sujets sympathiques, empathiques ou antipathiques. La sympathie entraîne une implication personnelle, une souffrance du praticien devant la souffrance du patient, qui ne lui permet pas d'exercer son art librement, ou du moins pas durablement avec de nombreux patients. L'antipathie signifie qu'on ne souffre pas avec, donc qu'aucune compréhension n'est possible. La distance appropriée à la relation thérapeutique est donc l'empathie, qui permet la compréhension sans trop de souffrance. La différence entre sympathie et empathie est toutefois ténue, et de nombreuses années sont parfois nécessaires au praticien pour trouver la bonne distance avec ses patients, assez proche pour soigner correctement, mais suffisamment éloigné pour ne pas souffrir trop.

Néanmoins, notre propos n'est pas ici la préservation de la santé du praticien, mais la validation de la communication par le patient. Le Dr Nossintchouck ajoute dans cet esprit un nouvel élément à la définition de l'empathie : il s'agit selon lui de la réceptivité au vécu de l'autre, mais aussi de la communication de celle-ci [28]. En effet, être réceptif à la douleur du patient est une chose, mais si le patient ne s'en aperçoit pas, l'apport de cette faculté est très limité. Le Dr Bourrassa ajoute : "prouver qu'on est à l'écoute est un levier puissant de communication". [8] Le patient a, en d'autres termes, besoin de se sentir écouté. Ici réside toute la dimension humaine de la profession. Bien sûr le patient a aussi besoin d'un geste technique pour le délester de ses caries ou l'alourdir d'un bridge, mais s'il n'est pas écouté, s'il se sent incompris et s'il ne comprend pas, il ne fera pas confiance au praticien et ne pourra pas se laisser soigner.

Ainsi, en reprenant le raisonnement à l'envers, si le praticien se montre empathique, le patient se sent écouté, et accorde alors sa confiance, qui est la clé de l'établissement d'une saine relation thérapeutique.

Si nous ne retenons qu'une chose de l'étude des concepts théoriques de la communication, que constitue la deuxième partie, c'est que la seule règle du communicateur est la souplesse, permettant de s'adapter aux feedbacks incessants. Et c'est avec ce précepte en tête que nous allons aborder, en troisième partie, les outils comportementaux utiles au chirurgien dentiste.

Car, comme le rappelle à très juste titre le Dr Ronald Nossintchouck :

« les moyens de communication ne font pas la communication. »

Nous allons cependant voir que les différentes techniques de communication développées au cours du siècle passé, utilisées à bon escient, peuvent être très utiles en odontologie.

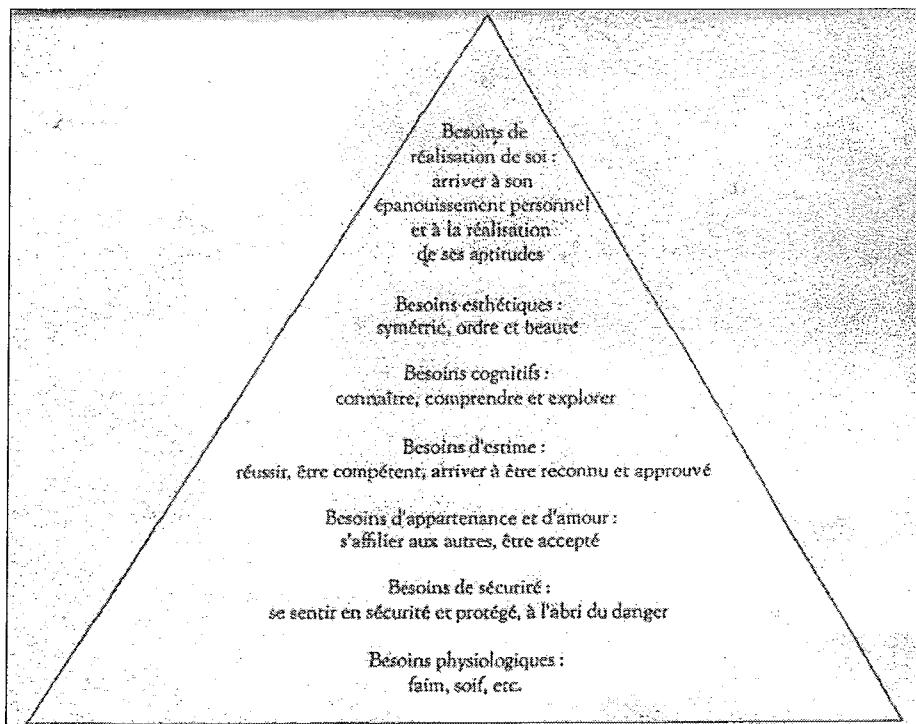
TROISIEME PARTIE

OUTILS COMPORTEMENTAUX UTILES AU CHIRURGIEN-DENTISTE

31. Techniques de motivation

311. Théorie de la motivation

Commençons l'étude des outils de motivation par un exemple de méthode applicable en odontologie : la théorie de la motivation est décrite par le Dr Bourrassa dans son *Manuel de dentisterie comportementale* [8]. Cette théorie repose sur le prédicat suivant : "pour provoquer l'apparition de nouveaux comportements chez un patient, il faut savoir agir sur les motivations qui correspondent aux besoins réels." L'auteur tire cette notion de besoin réel d'une théorie psychologique générale, **la pyramide de Maslow** [fig.9]. Il s'agit d'une pyramide dont chaque niveau correspond à des besoins spécifiques de l'être humain : s'il manque un niveau, alors tous les niveaux supérieurs ne peuvent s'accomplir, et toute l'énergie de l'individu est consacrée à la recherche de ce niveau de besoins. Tout en bas figurent les besoins vitaux tels que l'alimentation, et tout en haut figurent les besoins d'accomplissement de la personnalité.



[fig.8] La pyramide de Maslow

L'exemple choisi par le Dr Bourrassa est une pathologie pulpaire aiguë : l'avènement d'une telle pathologie confère à l'individu un besoin spécifique, le besoin de sécurité. Jouer sur ce besoin donne alors de bons résultats : le patient ayant compris le lien entre hygiène dentaire et pulpite se brossera plus les dents. Mais ceci ne durera qu'un temps, car le fait de retrouver une situation pulpaire normale lui fera monter un échelon de la pyramide. Le besoin de sécurité n'aura plus court, puisque le patient ne se sent plus menacé. Aussi le niveau d'hygiène se dégradera-t-il de nouveau. Le praticien maintenant sa communication sur ce besoin sera mis en échec, car jouer sur un besoin satisfait n'est pas un levier de motivation. Il aurait fallu passer à un niveau de besoin supérieur tel que l'estime de soi.

Il existe des constantes en terme de niveau de besoin dans une même société : dans la nôtre, le besoin de sécurité n'est souvent pas un levier de motivation efficace, car il est déjà satisfait. Le besoin de réalisation de soi est, lui, souvent trop élevé ; le levier de motivation le plus efficace est selon l'auteur l'estime de soi.

La motivation reste un problème récurrent posé au chirurgien-dentiste. Avec cette première approche, nous proposons une solution simple pour tenter de motiver les patients. Notons que cette technique requiert de la part du praticien une connaissance minimum de la psychologie de son patient. Le temps passé avec lui à discuter de ses habitudes d'hygiène peut être mis à profit dans ce sens. L'approche psychologique du patient, même dans une discipline aussi technique que l'odontologie, semble désormais indispensable. Le Dr Bourrassa écrit à ce sujet : "les sciences de la santé redécouvrent, après un hiatus compréhensible causé par un emballement justifié pour les nouvelles technologies thérapeutiques, que la prise en compte des facteurs psychologiques est un ingrédient essentiel, tant de la relation entre l'intervenant et son patient, que du succès médical de l'intervention comme telle." Le soin d'une carie causée par de mauvaises habitudes d'hygiène est en effet inefficace, si celui-ci n'est pas assorti d'une motivation à l'hygiène : réaliser le soin, c'est s'intéresser aux conséquences de la maladie, motiver à l'hygiène c'est s'en prendre aux causes. Or la motivation est autrement plus difficile à créer, et en outre n'est pas rémunérée dans notre système de soin, à l'exception des bilans bucco-dentaires chez les jeunes patients, effort louable témoignant d'un souci de santé publique grandissant pour la prévention.

Il apparaît ainsi que le simple problème de la motivation se révèle en fait être non seulement difficile à gérer au quotidien, mais en plus relever d'une véritable politique de santé engagée. Nous nous contenterons ici de souligner que des techniques simples existent, et que les défis psychologiques posés par la pratique quotidienne peuvent parfois être relevés grâce à des connaissances tout à fait accessibles.

312. Epistémologie de la psychologie

Les connaissances fondamentales utilisées dans cette partie sont tirées de l'Introduction à la Psychologie d'Alain Lieury [55], et leur application à l'odontologie est guidée par le Manuel de dentisterie comportementale du Dr Bourrassa. [8]

Avant de poursuivre notre panorama des techniques de motivation, arrêtons nous un instant sur l'épistémologie de la psychologie. La plupart des techniques de motivation de l'individu sont en effet tirées des grands courants de psychologie. Aussi, une étude succincte des différents mouvements permet-elle de mettre en évidence ceux qui sont les plus adaptés à l'odontologie.

L'origine de la psychologie est attribuée de manière consensuelle à Wilhelm **Wundt** (1832-1927) qui crée en 1879 le premier laboratoire de psychologie à l'université de Leipzig, en Allemagne. On appelle aujourd'hui ce premier mouvement **la psychologie structuraliste** : Wundt et ses étudiants tentent de déterminer les éléments qui sont à la base de la réflexion, de la conscience, des émotions et des autres activités mentales, ainsi que les types de combinaison de ces éléments et les lois qui les régissent pour former l'expérience. Le structuralisme est à la psychologie ce que l'anatomie est à la médecine, c'est à dire les bases définissant les composants et les structures de l'esprit humain et de l'expérience humaine. Cette approche théorique n'est pas d'une grande utilité en odontologie, ce qui intéresse le chirurgien-dentiste étant le comportement du patient, mais pas ses causes psychologiques fondamentales.

Parallèlement, William **James** (1842-1910) établit les fondements de **la psychologie fonctionnaliste**. Essentiellement américaine, cette école est tributaire d'un héritage scientifique caractérisé par l'influence prépondérante de Charles Darwin. Ainsi, James, d'abord médecin puis psychologue par la suite, critique la conscience telle que les structuralistes la définissent. Il postule alors, sous l'influence évolutionniste, que la fonction principale de la conscience est l'adaptation à l'environnement. Le fonctionnalisme traite des façons dont l'expérience nous permet de fonctionner de manière plus adaptée à notre environnement. Un des apports conséquents des fonctionnalistes est leur pragmatisme : ils développent une méthode d'observation objective, qui se substitue à l'introspection utilisée par les structuralistes comme moyen d'investigation. Nous sommes toutefois encore loin d'une psychologie directement applicable en odontologie.

C'est en 1913 que John Broadus **Watson** (1878-1958) révolutionne la psychologie en s'intéressant spécifiquement au comportement. Il fonde le **behaviorisme**, appelé aussi **psychologie comportementale**. Rejetant à la fois

le structuralisme et le fonctionnalisme, Watson s'en tient exclusivement aux comportements observables. Il développe une psychologie expérimentale, basée sur l'observation des comportements de sujets sous l'effet de différents stimuli. Conçue comme une discipline objective et purement expérimentale, la psychologie délaisse ainsi les aspects mentalistes pour s'appuyer uniquement sur des schèmes de comportement perceptibles. Et cette nouvelle conception de la psychologie, contrairement aux précédentes, laisse entrevoir de possibles applications en odontologie.

Dans le même esprit, Ivan Petrovitch **Pavlov** (1849-1936) réalise des expériences l'amenant à formuler sa désormais célèbre théorie du conditionnement : si on présente un stimulus neutre, par exemple le son d'une cloche, juste avant de donner de la nourriture à un chien et que l'expérience est répétée plusieurs fois, le chien finira par saliver rien qu'au son de la cloche. Watson et Pavlov posent donc les bases de la psychologie comportementale dont l'objectif est la capacité de prévoir la réponse à un stimulus connu, donc de prédire le comportement, et ensuite de modifier ce comportement. A cet effet, Pavlov a développé des modèles de conditionnement, définis comme des modifications de comportement induites par des conditions particulières de l'environnement. Nul doute que ses travaux sont directement applicables en odontologie, c'est pourquoi nous décrirons ultérieurement ces conditionnements.

Cinquante ans plus tard, un nouveau courant de psychologie a vu le jour : **la psychologie cognitive**. Elle est une prolongation du behaviorisme dans la mesure où elle s'intéresse aux phénomènes qui prennent place entre la stimulation du sujet par l'environnement et sa réaction observable. Une des théories particulièrement représentative de ce mouvement est **la théorie de l'apprentissage social** du canadien **Albert Bandura** (né en 1925). Les quatre postulats de cette théorie sont les suivants :

- tout apprentissage humain relève de la cognition,
- l'individu ne réagit pas aux événements eux-mêmes, mais à la représentation qu'il s'en fait,
- chez tout individu, les pensées, les émotions et les comportements sont liés,
- l'individu ne fait pas que réagir passivement aux événements extérieurs, sa relation avec l'environnement social est également active en ce sens qu'il recherche ou évite certaines situations.

La prise en compte de l'interaction permanente entre les variables comportementales, cognitives, affectives et environnementales forme donc l'apport fondamental de la psychologie cognitive. L'individu n'est plus considéré, comme dans la psychologie comportementale, comme un simple sujet interagissant avec une situation donnée, mais comme un individu qui réagit à sa

représentation de la situation, elle-même dépendante de sa connaissance et donc de son expérience passée. Naturellement, le patient craintif au cabinet dentaire utilise des mécanismes décrits par cette théorie, aussi reviendrons-nous sur cette conception.

Ces deux courants de pensée, comportemental et cognitiviste, ont cheminé côté à côté et sans animosité, comme si la psychologie dans son ensemble avait mûri et permis à différentes thèses de se développer conjointement : ces croisements ont permis l'avènement d'un **courant cognitivo-comportemental**, qui accepte les éléments des deux théories. Contrairement à la théorie comportementale selon laquelle l'action de l'environnement est déterminante et univoque, la théorie cognitivo-comportementale considère la pression environnementale comme une simple partie du système. La méthode de modification du comportement dans la théorie cognitivo-comportementale est particulièrement adaptée à l'odontologie, nous développerons cette méthode très prochainement.

Enfin, relatons l'avènement d'un dernier courant de pensée : **la psychologie sociale**. Le développement de ce mouvement est dû à l'introduction de la notion d'être social dans la recherche de compréhension de l'individu : il existe non seulement des interactions permanentes entre l'individu et la société dans laquelle il évolue, mais même pris isolément, l'individu garde en mémoire des représentations de type social qui interviennent dans l'élaboration de ses comportements. La psychologie sociale est une science expérimentale, faisant notamment appel aux statistiques au cours des phases d'investigation. Certaines de ses applications sont directement liées à l'exercice de l'odontologie, comme nous le verrons au paragraphe 315.

Ainsi, la psychologie constitue-t-elle un vaste champ de recherche. Le panorama que nous venons de dresser est loin d'être exhaustif, mais tel n'est pas notre ambition : nous cherchons seulement à dégager les applications de ces recherches utiles en odontologie. C'est pourquoi nous allons consacrer trois paragraphes aux mouvements les plus en rapport avec le comportement du patient en odontologie - à savoir la psychologie comportementale, la psychologie cognitive et la psychologie sociale - puis nous discuterons de leur utilité pour le chirurgien-dentiste : nous verrons qu'au cœur du problème se situe le changement du comportement du patient.

313. Psychologie comportementale

Décrivons à présent les conditionnements mis en évidence par Pavlov. L'auteur a décrit deux types de conditionnement : le renforcement positif, et le renforcement négatif.

Le renforcement positif est un conditionnement comparable à un encouragement : le praticien renforce un comportement préexistant en signifiant à son patient le bien-fondé de ce comportement. Le Dr Bourrassa [8] donne comme exemple un cas d'odontologie pédiatrique : un premier rendez-vous passé avec l'enfant à lui expliquer qu'il est nécessaire qu'il coopère sans réaliser de soins est un renforcement positif. En effet la coopération obtenue lors du premier rendez-vous est consolidée, puis réutilisée au deuxième rendez-vous pour réaliser les soins nécessaires. Cette technique est très simple à mettre en oeuvre, et semble très efficace dans certains cas. Les psychologues sociaux ont affiné la notion : ce qu'ils appellent l'étiquetage est un renforcement positif, et leur mérite est d'avoir statistiquement prouvé son efficacité. Nous exposerons cette notion au paragraphe 315.

Le renforcement négatif est un conditionnement inverse : le sujet se soustrait à une expérience parce qu'il a déjà vécu une expérience semblable et désagréable. A titre d'exemple, nous rapporterons le cas d'un patient dont le plan traitement nécessitait quatre séances d'avulsions : la première séance se passe bien, la deuxième moins, et le patient s'oppose totalement à l'avulsion lors de la troisième séance. Les circonstances des extractions sont intervenues comme renforcement négatif. La simplicité du mécanisme n'a d'égale que son efficacité : ce renforcement est un écueil que le chirurgien-dentiste doit s'efforcer d'éviter.

Nous soulignerons donc les très nombreuses occurrences de ce type de phénomène intervenant au cours des séances de soin, et ce même à l'insu du praticien. C'est pourquoi il est difficile d'exercer l'odontologie sans tenir compte de ces paramètres. Leur interaction avec le bon déroulement des soins ne manquera pas d'apparaître clairement aux praticiens attentifs aux feedbacks que nous nous sommes attardés à décrire en deuxième partie : nous ne pensons pas qu'il soit possible d'éviter tous les renforcements négatifs, car, à notre avis, il semble irréalisable de ne jamais faire ressentir de douleur au patient. Néanmoins remarquer que le patient subit un renforcement négatif permet de s'adapter ultérieurement, en tentant de compenser ce frein à une saine évolution de la relation.

314. Psychologie cognitive

Le Dr nossintchouck livre dans son manuel de communication en odontologie [28] un bel exemple de technique de motivation faisant appel à la psychologie cognitive. Il s'agit de ce qu'il appelle la méthode de confrontation.

L'auteur assortit son exposé d'un moyen mnémotechnique pour retenir les quatre étapes du déroulement de cette méthode : DESC, à savoir description de la situation, effets, solutions et conséquences.

- Description de la situation : après avoir établi son diagnostic, le praticien expose au patient en des termes compréhensibles la situation dans laquelle il se trouve. Prenons l'exemple d'une gingivite : le patient saigne des gencives au brossage, et diminue de ce fait son hygiène dentaire. Le dentiste montrera alors au patient la présence de tartre, le cas échéant.
- Effets de la situation : le praticien explique à présent au patient le lien entre présence de tartre et inflammation gingivale.
- Solution adaptée : intervient alors un enseignement à l'hygiène.
- Conséquences : le patient est responsabilisé, il a compris les causes de son problème, et connaît désormais les raisons et les moyens de pallier son défaut d'hygiène.

Cette technique extrêmement simple fait intervenir la cognition du patient. Rapprochons-la des postulats de la théorie de l'apprentissage social de Bandura exposés au paragraphe 312. Il s'agit bien là d'un apprentissage humain relevant de la cognition. Avant d'arriver au cabinet, le patient ignorait le lien entre gingivite et présence de tartre, il réagissait à l'événement saignement des gencives selon sa représentation, dont on ignore le contenu. Toujours est-il qu'il était erroné ou incomplet, puisqu'il diminuait l'hygiène au lieu de l'augmenter. La représentation qu'il aura en sortant du cabinet sera plus conforme à la réalité de la biologie de sa bouche. Enfin, les pensées et les comportements de l'individu étant liés, le changement de pensée au sujet du saignement des gencives modifiera le comportement.

Cet exemple limpide est certainement à la portée d'une très grande majorité de patients. Mais dans des cas plus complexes, l'intelligibilité de la situation par le patient peut constituer une limite à cette technique. Et sans même parler d'intelligence, certains patients ne désirent pas comprendre les mécanismes de leurs problèmes de dents. L'anxiété liée à la verbalisation des problèmes peut également être un facteur limitant. Ainsi cette technique n'est-elle pas systématiquement utilisable, mais lorsqu'elle est appropriée, elle peut donner d'excellents résultats.

315. Psychologie sociale

Dans leur ouvrage intitulé Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens [56], Joule et Beauvois exposent un exemple de technique de psychologie sociale particulièrement adapté à l'odontologie : il s'agit de la comparaison de différentes méthodes pour obtenir d'enfants de CM 2 qu'ils se laissent réaliser une injection par une infirmière. Nous autres chirurgiens-dentistes ne pouvions pas rêver meilleur exemple. Afin de bien comprendre les techniques employées, nous commencerons par définir quelques notions de base de la psychologie sociale.

Définitions

La consistance du comportement est une notion liée à celle de personnalité. Il s'agit d'une certaine constance dans le comportement global d'un individu : il est possible de prédire le comportement de quelqu'un en observant ses comportements précédents. Ceux-ci sont dépendants de sa personnalité, qui est définie ainsi par les auteurs : ce qui permet de comprendre pourquoi les gens se comportent différemment les uns des autres dans une même situation et de la même manière dans des situations semblables. On entrevoit donc la notion de consistance du comportement dans cette définition.

L'effet de gel correspond à une adhérence de l'individu à une décision qu'il a prise au préalable. Cette notion a été mise en évidence par Kurt Lewin en 1947 [57]. Il s'agit d'un phénomène que se proposent d'utiliser les psychologues sociaux dans leurs techniques d'influence du comportement : si on sait à l'avance qu'un individu persévrera dans une décision, on peut lui faire prendre cette décision au préalable et le confronter alors à la situation où l'on souhaite qu'il réagisse d'une manière donnée. Grâce à sa consistance de comportement et à l'effet de gel, on peut donc prédire le comportement d'un individu à l'avance, et ainsi le modifier.

La rationalisation *a posteriori* est un mécanisme de défense de l'individu utilisé après une prise de décision inconsistante : l'individu reconstruit *a posteriori* sa consistance afin de ne pas la perdre. Ce comportement est fréquemment observé chez le dentiste : le patient fait un effort pour venir se faire soigner et donc ajuster son comportement à sa décision de prendre soin de ses dents, mais devant le dentiste, il ne peut se résoudre à se laisser soigner. Le patient inventera alors toutes sortes d'excuses pour accorder son

comportement d'évitement à sa décision initiale de se faire soigner. Il en va de sa consistance en tant qu'individu, et donc de sa confiance en lui.

La soumission librement consentie est une expression très souvent utilisée par les auteurs de ce traité : elle correspond à une attitude du sujet qui a trait aux notions philosophiques épineuses de consentement, de libre arbitre et d'autonomie. Comme nous l'avons défini au chapitre 132, la relation unissant patient et praticien a considérablement évolué, pour passer d'un modèle paternaliste à un modèle autonomiste. Néanmoins, l'autonomie étant une notion fondamentale très relative, cette soumission librement consentie nous a semblé particulièrement appropriée à l'influence éthique que peut exercer un praticien sur son patient dans le modèle autonomiste : si le patient de 1950 se soumettait spontanément aux décisions du praticien, le patient de l'an 2000 consent lui aussi à se soumettre, mais après les explications qui assurent sa liberté de choix. En définitive, cette notion subtile développée grâce aux recherches des psychologues sociaux nous est d'un grand secours en odontologie devant les nouvelles exigences des patients.

La technologie des circonstances est l'apanage des habiles manipulateurs : à la lumière des notions que nous venons de définir, les auteurs proposent d'organiser subtilement les circonstances afin d'aiguiller les décisions des sujets. C'est précisément cette technologie qui permet d'établir la soumission librement consentie. Il ne s'agit pas d'appliquer une stratégie persuasive, mais de faire appel à une technologie comportementale. Afin de ne pas rester trop abstrait, nous allons prochainement éclairer ces notions théoriques d'exemples adaptés à l'odontologie.

Le pied dans la porte est une des techniques de manipulation proposées dans ce petit traité. Il s'agit de faire prendre une décision peu coûteuse à un individu, qu'on choisit de telle sorte qu'il ne la refuse que rarement, afin d'engendrer chez lui un effet de gel qui lui fera prendre une seconde décision, elle plus engageante. Carducci et Deuser ont prouvé l'efficacité de cette technique dans une expérience visant à augmenter le nombre de donneurs d'organes [58] : ils proposent à des individus de remplir un questionnaire sur le don d'organe une semaine avant de les confronter à la possibilité de prendre une carte de donneur. Ils comparent ensuite cette technique à une classique stratégie persuasive, la première est en effet beaucoup plus performante. Voyons maintenant comment Joule et Beauvois font pour convaincre des enfants de se laisser piquer.

Une expérience de piqûre chez des enfants de CM 2

L'objectif est d'amener des enfants à accepter qu'une infirmière leur fasse une piqûre. Nous allons voir que si les auteurs peuvent tendre vers cet objectif

en mettant en oeuvre un pied dans la porte, ils multiplient leurs chances en y insérant ce qu'ils appellent un étiquetage bien choisi.

Des élèves de CM 2 sont, dans une première phase de la recherche, invités à goûter une soupe délibérément écœurante. Les expérimentateurs prétendent être intéressés par leur goût, et les laissent naturellement libres d'accepter ou de refuser. L'institution scolaire étant ce qu'elle est, très peu ont le cran de refuser. Un tiers des enfants est étiqueté de façon interne ("Je vois que tu es un enfant courageux. Tu sais ce que ça veut dire courageux?"), un autre de façon externe ("Je vois que tu comprends que les adultes savent ce qui est bon pour les enfants."), les enfants du dernier tiers ne faisant l'objet d'aucun étiquetage.

Une semaine plus tard, les chercheurs reviennent dans les classes en prétextant travailler pour un certain docteur ayant inventé de nouvelles aiguilles, censées faire moins mal, mais qu'il faut réaliser un test avant de s'en servir pour la vaccination à grande échelle. Seront-ils volontaires pour essayer ces aiguilles? Aux élèves ayant accepté, les chercheurs montrent alors la photo de quatre aiguilles dont la taille varie de 1,5 à 5 centimètres. Ils doivent choisir celle qu'ils souhaitent essayer.

Deux constats s'imposent. Premier constat : la technique du pied dans la porte s'avère efficace car les élèves ayant été invités à goûter la soupe sans être étiquetés sont plus nombreux à accepter de se faire piquer que ceux d'un groupe contrôle, n'ayant pas reçu cette invitation. L'effet de gel a fonctionné, et les enfants ont été constants dans leur comportement. Second constat : les élèves ayant fait l'objet d'un étiquetage interne lors de la première phase de l'expérience sont plus nombreux à accepter la piqûre que ceux ayant reçu un étiquetage externe. En somme les élèves les moins nombreux à accepter de payer de leur personne sont ceux du groupe contrôle (25%), puis viennent ceux qui ont eu un étiquetage externe (45%), puis ceux qui n'ont pas eu d'étiquetage (58%), viennent enfin ceux qui ont eu un étiquetage interne (70%). Ces derniers sont même prêts à payer le prix fort : non seulement ils sont plus enclins à accepter qu'une infirmière les pique, mais encore ils ont tendance à choisir les aiguilles les plus grosses. L'étiquetage interne, qui revient à attribuer à l'élève un trait de personnalité socialement désirable "tu es courageux", s'avère donc d'une extrême efficacité.

Transposée au cabinet dentaire, cette expérience peut servir au praticien : le premier rendez-vous sans soins avec un enfant peut facilement faire l'objet d'un pied dans la porte avec étiquetage, afin de solliciter l'effet de gel au second rendez-vous. Toutefois les auteurs nous mettent en garde : "Evidemment, aucune stratégie manipulatrice n'est efficace à tous les coups. Tout est affaire de probabilités." Or le praticien désémparé devant un seul enfant réticent, même si la technique qu'il utilise est statistiquement valide, ne pourra compter que sur sa souplesse pour s'adapter. C'est pourquoi il est recommandé de maîtriser plusieurs techniques.

316. Discussion : le changement

Nous venons de dresser un panorama de quelques techniques utilisables par le chirurgien-dentiste pour motiver son patient à changer de comportement : la théorie de la motivation et la pyramide de Maslow, la psychologie comportementale et les conditionnements pavloviens, la psychologie cognitive et l'apprentissage social de Bandura, la psychologie sociale et les techniques de manipulation sont autant d'outils comportementaux utiles au chirurgien-dentiste. Utiles car ce que recherche en définitive le praticien, c'est la modification du comportement du patient, en un mot son **changement**. En effet, d'une part, le patient arrive au cabinet avec un ou des problèmes de dents, mais ceux-ci sont liés à un comportement qu'il devra changer pour éviter de récidiver, et d'autre part, le comportement le plus fréquent du patient chez le dentiste est teinté de crainte et d'évitement, comportement donc incompatible avec les soins, qui devra aussi changer pour que le dentiste puisse travailler.

Ainsi, le changement de comportement que doit provoquer le dentiste chez son patient est-il de deux types : changement d'habitudes au domicile pour le premier type et changement d'attitude au cabinet pour le second type. Pour ce faire, la plupart des techniques de motivation sont applicables aux deux versants du changement. Les techniques de relaxation que nous allons aborder en deuxième partie sont plus spécifiquement dévolues au second type de changement, à savoir, au cabinet.

Il reste toutefois un problème : **la pérennité du changement**. Si dans le second type un changement temporaire est nécessaire, il n'en va pas de même pour le changement des habitudes à domicile. Dans le second type, une prescription type anxiolytique suffit parfois car la médication fait effet suffisamment longtemps. Nous discuterons de ce type de changement en deuxième partie. Mais dans l'autre type, le praticien doit véritablement faire changer son patient, au même titre que le psychothérapeute. Ceci laisse entrevoir la difficulté de la tâche, à laquelle en outre le chirurgien-dentiste est très peu formé.

Le cas idéal vers lequel le praticien s'efforce de mener son patient est un changement définitif. Reprenons les différentes techniques étudiées sous cet angle :

- Nous avons vu avec la théorie de la motivation qu'un changement même strictement nécessaire un moment pouvait être temporaire en fait. Le Docteur Bourassa préconise alors un suivi du patient et une adaptation du praticien.
- La psychologie comportementale laisse entrevoir que bien des conditionnements négatifs peuvent entraver le travail du dentiste : nous touchons en outre à la sphère de la vie privée où de nombreux paramètres, notamment éducatifs et relationnels, interviennent.

- La psychologie cognitive, quant à elle, ne suffit bien souvent pas à engendrer ce type de changement : le mécanisme de compréhension puis d'intellectualisation ne saurait suffire à établir un changement définitif. Le patient peut très bien comprendre le lien entre risque carieux et hygiène dentaire sans toutefois faire le nécessaire. C'est la différence entre opinion et comportement : le Docteur Charon [12] souligne la différence significative qu'il existe entre les déclarations des français en ce qui concerne le brossage de dents et la réalité : les ventes de dentifrice en France correspondent au tiers de ce que les français annoncent comme fréquence de brossage.

- La psychologie sociale, enfin, offre des pistes pour tendre vers ce cas idéal : selon Joule et Beauvois [56], le sentiment de liberté qui accompagne la prise de décision renforce l'effet de gel et favorise la pérennisation de la modification de comportement. Toutefois, si une décision prise grâce à la psychologie sociale semble pouvoir durer le temps d'un plan de traitement, nous doutons de son efficacité à très long terme.

Nous déduisons donc de cette étude que le changement est difficile à obtenir, que le cas idéal du changement définitif est utopique, et que la réponse du problème passe par un suivi du patient. **Aussi, devant la difficulté de la tâche, pensons-nous que le praticien ne doit pas limiter son champ d'action, mais au contraire multiplier les approches possibles du patient.** Et pourtant la manipulation souffre d'une mauvaise réputation. Selon Joule et Beauvois, cette réputation est le fait de raisons idéologiques ayant trait au changement : "l'image que nous avons généralement de l'homme nous incite à considérer qu'il ne peut changer qu'à la faveur d'un processus naturel de maturation des idées ou qu'à la suite de l'acquisition de nouvelles informations. Si l'on s'en tient à cette image, les tentatives d'influence, pour être respectables ne peuvent que reposer sur la persuasion et l'argumentation." Or nous avons mis en évidence les limites de cette option en odontologie. Alors comment influencer le comportement du patient? D'une manière générale, et toujours selon Joule et Beauvois, il n'existe que deux façons d'obtenir de quelqu'un qu'il fasse ce qu'on voudrait le voir faire : l'exercice du pouvoir et la manipulation. L'exercice du pouvoir est exclu depuis l'extinction du modèle paternaliste, il ne nous reste donc aujourd'hui que la manipulation. Tout est affaire de terminologie, mais il s'agit bien, littéralement et sans connotation, de manipuler le patient de façon éthique, c'est à dire pour son bien.

32. Techniques de relaxation

321. Distraction

La première idée, la plus simple aussi, pour alléger l'anxiété d'un patient, est de le distraire. Bandler et Grinder prétendent qu'il est toujours possible de détourner l'attention de quelqu'un [59]. Selon les auteurs, il est même possible de détourner l'attention d'un patient d'une vive douleur physiologique. Il apparaît donc clairement que leur savoir présente un intérêt majeur pour le chirurgien-dentiste.

Bandler et Grinder expliquent que l'être humain a un niveau limité d'attention consciente : la règle est de sept plus ou moins deux éléments d'information simultanés. Il suffit donc de leur en fournir neuf pour les distraire. La théorie est donc très simple. En pratique, fournir neuf éléments de distraction à un patient anxieux qui investit tous ses efforts dans l'alimentation de son stress peut s'avérer plus délicat.

Voyons donc deux exemples. Le premier est tiré de l'expérience de Milton Erickson, le père de l'hypnose ericksonienne, dont nous parlerons au chapitre 324. Il s'agissait pour lui de soulager une femme mourant d'un cancer, pour laquelle les analgésiques les plus puissants ne faisaient plus effet, et très sceptique au sujet de l'hypnose. Erickson, assis dans sa chaise roulante, se balance d'avant en arrière, et lui dit, en s'accordant à ses croyances : "Vous êtes venue me voir uniquement parce que votre médecin vous l'a conseillé, et vous ne comprenez pas comment des mots pourraient vous soulager. (...) Je vais vous poser une question : si cette porte s'ouvre tout à coup, et qu'elle laisse passer un énorme tigre se léchant les babines et vous regardant fixement, à votre avis, quelle douleur ressentiriez-vous?". L'anecdote peut paraître grotesque. Néanmoins, le point important est contenu dans la tournure elliptique : s'accorder à ses croyances. Nous verrons lors de l'explication de la programmation neuro-linguistique que pour communiquer efficacement avec quelqu'un, il convient de se plier à son système de croyances. Toujours est-il qu'après avoir ancré et amplifié ce contexte dans lequel la douleur n'existe pas, Erickson est parvenu à soulager durablement la patiente. Et il racontait par la suite que les médecins ne comprenaient pas quand la patiente disait qu'elle avait un tigre sous son lit, et qu'elle l'écoutait ronronner.

Le second exemple est tiré de l'expérience de Bandler et Grinder. Ils eurent un jour à soulager un patient qui souffrait terriblement du dos pour une cause

physiologique reconnue particulièrement douloureuse. Ils dirent au patient : "les gens les plus mûrs et les plus intelligents sont ceux qui sont capables de considérer les choses depuis différents point de vue perceptuels." Ils obtinrent alors du patient qu'il pratique un exercice chez lui, afin de tester la semaine suivante son degré de maturité et d'intelligence : il devait trouver à quoi il ressemblait, allongé dans son lit, d'abord vu d'un angle de sa chambre, puis de l'angle opposé, puis de tous les points situés entre les deux. Le test consisterait alors à lui demander de dessiner cette vue d'un point choisi, et permettrait de mesurer son intelligence. Quand il est revenu la semaine suivante, il avait fait son travail de façon très méthodique. Et il a déclaré n'avoir pas eu mal de la semaine, absorbé qu'il était par la tâche que lui avaient confiée les thérapeutes.

Ces exemples sont fondés sur une idée simple, mais leur réalisation demande un véritable talent de psychothérapeute, qui ne fait pas partie des attributions du dentiste. Toutefois, quelques tentatives ont eu lieu dans ce sens dans la profession : l'installation récente d'écrans de télévision au dessus du fauteuil, dont nous parlions en première partie, procède de ce principe. La distraction musicale, dont nous allons parler au chapitre 323, est également établie sur cette idée simple. Aussi, la distraction a-t-elle sa place dans le lot de techniques dont dispose le chirurgien-dentiste pour apaiser craintes et douleurs du patient.

322. Training autogène de Schultz

Ce souci d'apaiser l'anxiété du patient au cabinet dentaire est ancien dans la profession, en atteste l'âge de la deuxième méthode que nous abordons : le training autogène a été développé par J.H. Schultz entre 1908 et 1912. [60] Cette technique est récurrente dans la littérature odontologique, et l'auteur consigne dans ses écrits les applications utiles à l'odontologie.

Nous allons dans un premier temps nous attacher à décrire la méthode, aussi appelée "autodéconcentration concentrative". L'exercice se compose de cinq phases successives :

- tout d'abord, le sujet doit être dans un environnement où les stimuli extérieurs sont réduits : la température doit être moyenne, la salle à demi plongée dans l'obscurité, et l'atmosphère sonore tranquille. Le sujet se plonge dans une attitude qui fait éviter toute tension musculaire, et reste dans un état passif.

- Puis il ferme les yeux.

- Il subit ensuite une induction au calme : on fait dire au patient : "je suis tout à fait calme".

- Alors le sujet réalise ce que l'auteur appelle l'expérience de pesanteur. Il s'agit de faire sentir au patient le poids de ses membres les uns après les autres, puis de généraliser cette sensation.

- Enfin, le patient doit être envahi par une sensation de chaleur, pouvant débuter par le même bras utilisé pour démarrer la quatrième étape.

On conseille alors au patient de répéter l'exercice qu'il vient d'accomplir trois fois par jour pendant quinze jours pour obtenir une généralisation du phénomène, et une induction plus rapide et plus efficace.

On notera les similitudes de cette méthode avec la sophrologie, que nous aborderons au chapitre 324. Il s'agit de techniques de relaxation comparables, qui recentrent l'individu sur lui-même afin d'évacuer son stress.

Voyons maintenant les applications que l'auteur propose pour le training autogène.

Tout d'abord son utilité est l'autosédation, c'est à dire l'amortissement de la résonance émotionnelle des affects. Selon Schultz, "il se produit au cours des perturbations émotionnelles des oscillations des plus violentes, qui modifient chaque fois l'ensemble de l'organisme." Le patient anxieux devant son chirurgien-dentiste subit ce type de modifications, et afin de réduire sa crainte peut utiliser cette technique de gestion du stress : l'autosédation peut faciliter le rendez-vous.

Mais, plus encore, l'auteur annonce pouvoir modifier la perception d'expériences sensorielles, à savoir les amplifier ou les réduire. Nous avons déjà parlé en première partie du lien entre anxiété et perception sensorielle, et notamment de la douleur. Par ce biais, le training autogène semble pouvoir influer sur la perception de la douleur au cabinet dentaire. Schultz écrit à ce sujet : "ce sont surtout les dentistes qui, à l'occasion, m'ont exprimé leur stupéfaction lorsqu'ils avaient la possibilité de travailler avec des patients suffisamment entraînés. Ils constataient en effet que des interventions d'ordinaire très douloureuses étaient supportées sans réaction aucune."

Dans sa thèse de 2e cycle d'odontologie [61], dont le sujet regroupe training autogène, hypnose et sophrologie, M. Thelliez-Demazières axe son travail sur l'amélioration potentielle de la relation praticien-patient que peut engendrer cette technique. En effet, outre la réduction stricte de l'anxiété du patient, ce souci peut rejaillir sur la relation, par la reconnaissance du patient qui se sent écouté, et par la non communication du stress au praticien pendant le travail technique.

Ainsi le training autogène est une technique ancienne et simple, dont l'apport peut être intéressant en odontologie. Toutefois, d'autres techniques plus récentes et plus performantes ont été développées depuis, et nous allons nous y intéresser à présent.

323. Musicothérapie

La musicothérapie jouit comme la manipulation d'une réputation négative, à la différence que si la seconde semble dangereuse, la première n'est pas prise au sérieux. Nous allons exposer ici des expériences scientifiquement validées, qui prouvent pourtant l'efficacité de l'incidence de la musique sur l'anxiété.

Des enregistrements électrophysiologiques de certaines manifestations neurovégétatives, engendrées par l'environnement sonore du cabinet dentaire, ont permis de constater et d'apprécier le pouvoir stressant ou relaxant du bruit et de la musique : ces expériences ont notamment été menées par le Professeur Henri Vinard. [62]

Les conclusions de l'auteur montrent que la turbine et le téléphone constituent les éléments les plus stressants du cabinet dentaire, et qu'une musique lente, régulière et mélodieuse, induit une situation de détente subjective, accompagnée des réactions neurovégétatives caractéristiques d'un état de relaxation physiologique.

Nous choisissons ici de relater une partie seulement de l'expérience menée par l'auteur, particulièrement éloquente. La méthode utilisée est une mesure de quatre paramètres neurovégétatifs pendant l'administration d'un soin dentaire sans musique, puis avec une musique supposée relaxante. Les quatre paramètres sont les suivants :

- AED : l'Activité ElectroDermale est considérée comme un témoin particulièrement sensible et fiable des variations du niveau de vigilance. Elle est mesurée à la paume des mains par des électrodes qui enregistrent des variations de résistance et de potentiel. Le repos sensoriel correspond à une activité électrodermale nulle ; la veille active, et plus encore toute forme d'émotion correspondent à une activité électrodermale d'autant plus importante que le niveau de vigilance est élevé.

- FC : la Fréquence Cardiaque est un bon indicateur du niveau de stress du patient.

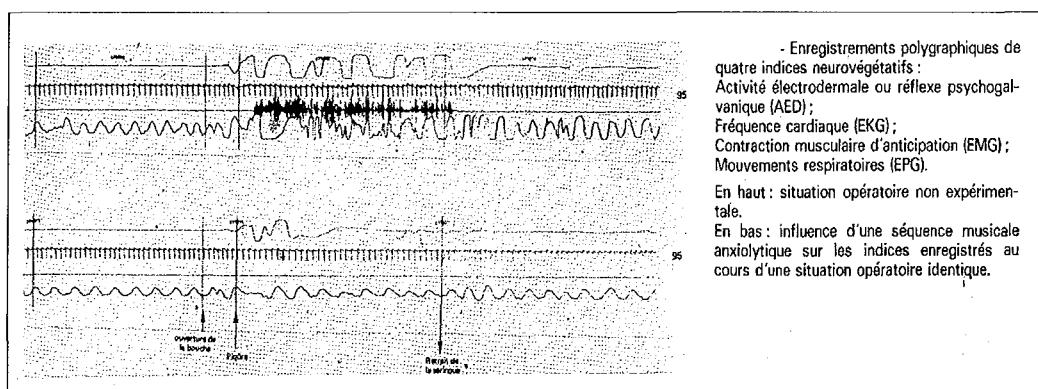
- CMA : les Contractions Musculaires d'Anticipation sont également mesurées par des électrodes et renseignent l'expérimentateur de la même manière que l'AED.

- MR : les Mouvements Respiratoires enfin donnent des indications sur la respiration, qui semble être la fonction la plus perturbée par l'émotion.

La juxtaposition de ces quatre éléments permet d'appréhender convenablement et surtout de quantifier le stress du patient. Les résultats sont consignés sous la forme d'un graphique [fig.9]. Sur les quatre courbes du haut, dont l'enregistrement a été réalisé pendant un soin sans musique, on peut voir les manifestations du stress du patient comme autant de désordres sur les courbes. Sur les quatre courbes du bas, le même soin est réalisé en musique.

L'extrait utilisé est un Aria de Bach, dont l'auteur suppose "qu'elle est susceptible de favoriser une relaxation et une détente aussi bien subjective que neurovégétative." Il apparaît très clairement que la musique nivelle les réactions neurovégétatives du stress lié au soin.

La musicothérapie peut donc être d'un grand secours en odontologie. Elle fait partie de l'ensemble des techniques dont dispose le chirurgien-dentiste pour gérer l'anxiété de son patient. Elle a en outre le mérite d'être extrêmement simple à mettre en oeuvre.



[fig.9] Graphique de H. Vinard.

324. Hypnose

Dans la lignée des techniques permettant de réduire le stress du patient, on trouve ensuite l'hypnose. Le Docteur Bourassa y consacre un chapitre dans son manuel de dentisterie comportementale [8], et a également écrit un ouvrage dédié en partie à l'hypnose en odontologie [63].

L'hypnose a notamment été développée par un nancéien, Hippolyte **Bernheim** (1840 -1919), dont l'école nancéienne s'opposait à l'époque aux idées d'un autre père de l'hypnose, Jean Martin **Charcot** (1825 -1893). Mais l'hypnose telle que nous la connaissons et pratiquons le plus souvent aujourd'hui s'appelle l'hypnose ericksonienne, du nom de son inventeur américain Milton **Erickson** (1901 -1980). L'hypnose se définit comme un état de conscience modifiée du sujet, qui peut être induit par une autre personne, et chez qui une variété de phénomènes peut apparaître spontanément à la suite d'une stimulation verbale ou autre. Cet ensemble de phénomènes dans lequel on

retrouve une altération de la mémoire et de la conscience augmente le niveau d'aptitude du sujet à produire un comportement. Mais plus généralement, l'hypnose est un phénomène naturel que chacun vit au quotidien dans des situations particulières : selon Bandler et Grinder [59], le meilleur exemple de ces états de conscience modifiés vécus au quotidien est l'ascenseur. Quand on monte dans un ascenseur, on se déconnecte de ses sensations pour se laisser aller à une rêverie rendue possible par la situation. L'hypnose est donc un phénomène naturel avant d'être un outil, et cette conception élimine bien des idées fausses véhiculées à son sujet.

En odontologie, on utilise l'hypnose pour créer, par suggestions simples en rapport direct avec le but recherché, le climat de détente nécessaire à l'établissement d'une relation efficace et au bon déroulement des soins.

La séance d'hypnodontie, comme l'appelle le Docteur Bourassa, **se déroule en trois étapes** :

- tout d'abord, le dentiste réalise chez son patient une induction simple, ce qui revient à accroître sa concentration en captant toute son attention. Le patient se relaxe et entre en "transe".

- Viennent ensuite les suggestions positives directes : le praticien suggère au patient d'adopter des comportements qui faciliteront son intervention. Par exemple, l'hypnodontiste peut proposer une réduction des sécrétions salivaires, des écoulements sanguins et des sensations douloureuses pendant toute la durée du traitement. De telles perspectives sont particulièrement intéressantes pour la pratique dentaire, parfois rendues difficiles par une salivation ou un saignement abondants.

- Enfin, le praticien doit entretenir et renforcer les efforts de relaxation et la concentration du patient tout au long de l'intervention, et ce grâce à des méthodes de distraction telles que la musique par exemple.

Le Docteur Bourassa dénombre alors **sept applications possibles de l'hypnose en odontologie** :

- favoriser une bonne communication entre thérapeute et patient,
- réduire la peur et l'anxiété,
- accroître le confort du patient,
- réduire la quantité d'anesthésique utilisée,
- diminuer la salivation, les saignements et les nausées,
- accroître la coopération du patient,
- et atténuer les douleurs post-opératoires.

L'hypnose peut en outre favoriser certaines anesthésies, se substituer même tout à fait à l'usage de certains anesthésiques, et favoriser l'élimination de mauvaises habitudes orales comme la bruxomanie, et les algies temporo-mandibulaires. De telles applications sont un atout considérable pour la pratique de la dentisterie ; toutefois l'hypnose demande un long travail de la part du chirurgien-dentiste avant qu'elle ne soit opérationnelle.

Dans la mesure où l'hypnodontie accroît le confort du patient, elle s'inscrit

dans une pratique médicale centrée sur le bien-être. A ce titre, cette approche trouve sa juste place dans le mouvement médical contemporain, qui cherche un rapprochement fonctionnel entre les sciences appliquées et les sciences humaines. La relaxation et l'hypnose clinique ajoutent donc des outils supplémentaires à la panoplie d'outils comportementaux dont dispose le dentiste. Ainsi peut s'opérer l'évolution vers une dentisterie moderne où les progrès techniques seront appuyés par des innovations venant des sciences humaines.

325. Sophrologie

Une des innovations remarquables des sciences humaines du XXe siècle est la sophrologie caycédienne, du nom de son inventeur colombien Alfonso **Caycedo**, né en 1932 à Bogota. Diplômé de la faculté de médecine de Madrid, Caycedo s'intéresse au début de sa carrière de neuropsychiatre à l'hypnose, mais s'éloigne rapidement de ce mouvement pour créer en 1960 la sophrologie. Cette nouvelle discipline partage tout de même avec l'hypnose l'utilisation d'états de conscience modifiés, et notamment ce que l'auteur appelle l'état de conscience sophronique.

Selon Jean-Yves Pecollo, un chirurgien-dentiste français reconvertis dans l'exercice de la sophrologie [64], cette discipline diffère de l'hypnose par son intention : si parfois le discours inducteur de l'état sophronique s'apparente à celui des techniques hypnotiques, l'éthique de la sophrologie est de rendre le sujet plus conscient de lui-même qu'il ne l'était, contrairement à l'hypnose, où le sujet est soumis au pouvoir de suggestion du thérapeute. J-Y. Pecollo donne une définition étymologique et générale de la sophrologie : pour lui, il s'agit de la science de la conscience. Concrètement, la sophrologie est un ensemble de techniques de relaxation, aux applications diverses, et dégageant une véritable philosophie humaniste. La technique sophrologique la plus caractéristique est la **relaxation dynamique** inventée par Caycedo. Elle conduit, à travers une évolution progressive, sur quatre niveaux, à une intégration consciente des paramètres corporels et existentiels de l'être humain :

- la première étape est une éducation du système sensoriel du sujet : étant la base structurelle du moi, ce système est développé grâce à une concentration et à un lâcher-prise engendrés par le discours du thérapeute ;
- la seconde étape est une prise de conscience de l'émotionalité de l'individu, succédant donc à la prise de conscience de la corporalité. Pour Caycedo, c'est la répétition des sensations qui crée l'émotion, c'est à dire la résonance du monde extérieur sur le monde intérieur ;
- la troisième étape est une méditation qui permet de délaisser l'individualité

pour se tourner vers l'universel : on n'accède à ce niveau de conscience que grâce à une grande concentration, fruit d'un long travail sophrologique ;

- la quatrième étape, enfin, est un retour à l'individualité, un retour à la nécessité d'exister au quotidien, mais allégé de sa pesanteur initiale : la conscience sophronique acquise permet d'intégrer les contraintes du quotidien avec moins de souffrance.

Cette brève description de la sophrologie laisse clairement entrevoir l'apport qu'elle peut constituer pour l'exercice quotidien de l'odontologie : n'avons nous pas souvent affaire à des individus totalement décentrés d'eux-mêmes, complètement extériorisés dans leur anxiété ? La relaxation dynamique de Caycedo peut être d'un grand secours au chirurgien-dentiste qui se heurte au stress de son patient, au moins dans ses deux premières étapes, la conscience sophronique étant réservée à un développement personnel dépassant le cadre de l'odontologie.

Des études ont été réalisées pour évaluer l'impact de la sophrologie sur l'anxiété de patients devant subir des soins médicaux. Nous en citerons deux : tout d'abord, le travail d'une équipe d'un hôpital de Marseille [65] a mis en évidence l'incidence de la sophrologie sur la fréquence cardiaque et sur la respiration. Tout comme la musicothérapie, la sophrologie réduit ces indicateurs physiologiques du stress du patient. Les conclusions de cette étude soulignent tout de même que le corps médical doit suivre un entraînement approprié. Quelques années plus tard, une équipe du C.H.U. de Toulouse Rangueil a réalisé une étude [66] mettant en relation la relaxation sophrologique et une échelle d'anxiété, la S.T.A.I. (State Trait Anxiety Inventory). Les conclusions prouvent également l'efficacité de la sophrologie lorsqu'elle est utilisée pour réduire l'anxiété des patients.

Ainsi, quels que soient les marqueurs d'anxiété utilisés, il s'avère que la sophrologie est efficace pour réduire le stress du patient. Soulignons toutefois que cette technique nécessite de la pratique de la part du praticien. Il s'agit d'ailleurs d'une des limites de l'application des techniques de relaxation au cabinet dentaire, auxquelles nous allons nous intéresser maintenant.

326. Limites

Les techniques de motivation précédemment décrites nous permettent d'adapter un discours inhérent à la relation développée avec chaque patient. Mais les techniques de relaxation, quant à elles, correspondent plus à une tâche supplémentaire au cours du déroulement du rendez-vous : voyons quelles

peuvent être les limites à leur mise en oeuvre.

A part la musicothérapie, les techniques de relaxation que nous venons de voir nécessitent toutes une compétence spécifique de la part du praticien, dépassant le cadre de l'odontologie : la distraction proposée par Bandler et Grinder ne saurait se passer d'un réel talent de communicateur, le training autogène implique un entraînement, l'hypnose est certainement la technique de relaxation la moins accessible, et la sophrologie demande également une pratique régulière pour être efficace. La **compétence du praticien** est donc le premier facteur limitant dans la mise en oeuvre de la relaxation du patient.

Une fois encore, à part la musicothérapie, qui se déroule simultanément aux soins, les quatre autres méthodes de relaxation impliquent du temps, un moment préalable aux soins leur étant entièrement consacré. Le **temps** est donc le deuxième facteur limitant : en effet, l'organisation d'un cabinet dentaire nécessite un timing parfois serré, et chaque praticien est libre de consacrer plus ou moins de temps à la gestion de l'anxiété de ses patients. Nous pensons que perdre un peu de temps au début de la relation pour en augmenter la qualité peut en faire gagner par la suite. Mais aucune étude ne peut prouver cette thèse, et chaque praticien est libre de résoudre cette équation comme bon lui semble. Toujours est-il que ces techniques de relaxation allongent potentiellement la durée d'un rendez-vous.

Le troisième facteur limitant concerne le patient : une véritable **coopération** de sa part est nécessaire, et son absence entrave la relaxation. Certains patients seront plus réceptifs à une méthode qu'à une autre, mais le praticien peut difficilement cumuler toutes les compétences pour passer de l'une à l'autre. Lorsque la coopération du patient n'est pas au rendez-vous, on parle de patient "difficile". Nous reviendrons sur cette notion de patient "difficile" en quatrième partie, mais soulignons déjà que certains cas ne seront pas résolus par ces techniques de relaxation. Il faudra alors se diriger vers d'autres solutions que ces outils comportementaux auxquels nous nous sommes intéressés ici : les prémédications, la sédation consciente, et en dernier lieu l'anesthésie générale sont autant de recours lorsque la relaxation n'est pas efficace. Enfin, pour le cas particulier d'un traumatisme psychologique vécu précédemment chez un dentiste, il existe une technique empruntée à la programmation neuro-linguistique appelée dissociation-désensibilisation, sur laquelle nous allons nous pencher à présent.

33. Technique de dissociation-désensibilisation : la Programmation Neuro-Linguistique (PNL)

331. Vers une définition de la PNL

3311. Bandler et Grinder

Richard Bandler et John Grinder sont les fondateurs de la PNL.

Richard Bandler est mathématicien et informaticien. Formé par ailleurs à la philosophie et à la logique, il s'est également intéressé au développement de l'intelligence artificielle. Il a étudié par la suite la psychologie à l'université de Santa Cruz, en Californie, au début des années 70. Il est aujourd'hui docteur en psychologie, et directeur de *The First Institute of NLP and DHE (Design Human Engineering)*.

John Grinder est linguiste de formation. Il était professeur à l'université de Santa Cruz en 1972, lorsque Richard Bandler lui demanda de superviser sa thèse de doctorat : c'est précisément cette rencontre qui a engendré la création de la PNL.

Leur premier ouvrage en commun est paru en 1975, et s'appelle *The Structure of Magic*. C'est pourquoi on date la naissance de la PNL en 1975. Le titre évocateur annonce la démarche suivie par les auteurs pour développer leur nouvelle théorie.

Bandler et Grinder sont indéniablement de brillants communicateurs, frisant parfois l'insolence tant leurs opinions sont tranchées : le récit des conférences qu'ils donnent (les références ont été précédemment citées : [53], [54] et [59]) les montre particulièrement vifs et réactifs, et résolument provocateurs. Ils utilisent leur verve tant pour faire réagir leur auditoire, que pour faire changer leurs patients. Leur mérite est toutefois d'avoir voulu rendre leurs travaux accessibles au plus grand nombre, leurs facultés n'étant pas d'un grand secours si elles ne sont pas enseignées. Ceci explique en partie le succès qu'a connu la PNL depuis 1975, mais cette technique a aussi ses détracteurs. Nous reviendrons sur les limites de la PNL après avoir tenté de définir cette nouvelle discipline. Pour ce faire, nous allons débuter par la description de la démarche originale de Bandler et Grinder.

3312. La démarche originale

Bandler et Grinder ont initialement remarqué que certains psychothérapeutes étaient plus performants que d'autres. Ils ont donc sélectionnés les meilleurs d'entre eux, les ont observé, filmé, puis ont modélisé les patterns cognitifs, linguistiques et comportementaux, communs à ces thérapeutes exceptionnels. Il s'agit principalement de Milton Erickson (hypnose ericksonienne), Fritz Perls (Gestalt thérapie) et Virginia Satir (thérapie familiale). Soulignons ici l'importance qu'a eu la vidéo dans la création de la PNL : cet outil a permis de découper et d'observer plus finement les caractéristiques d'une communication efficace.

Milton Erickson est cité dans transe-formation, un ouvrage sur la PNL et l'hypnose ericksonienne [59] : " bien que Richard Bandler et John Grinder soient loin d'une description complète de ma méthodologie, ils fournissent une bien meilleure explication de la manière dont je travaille que celle que je pourrais moi-même fournir. Je sais ce que je fais, expliquer comment je le fais est beaucoup trop difficile pour moi."

La PNL a donc pour point de départ une mét-a-analyse des techniques de communication les plus performantes. Elle permet d'analyser systématiquement les personnes exceptionnelles afin que leurs expériences soient accessibles au plus grand nombre. Elle intègre donc un processus de modélisation, auquel Robert Dilts s'est particulièrement intéressé : l'histoire se répète, puisqu'il était étudiant à Santa Cruz en 1975 lorsque Bandler et Grinder, finissant leur ouvrage fondateur, lui donnèrent le goût de la PNL. L'apport de Dilts, initialement étudiant en sciences politiques, est une systématisation de la modélisation utilisée par la PNL [67].

Le point de départ étant posé, les auteurs ont pu développer une théorie et ses applications, en puisant dans les acquis des sciences humaines.

3313. Les sources de la PNL

La PNL accorde une place importante à l'inconscient, on ne saurait donc dresser une liste de ses sources sans commencer par l'incontournable **Sigmund Freud** (1856 -1939). Même si la PNL est très éloignée de la psychanalyse, toutes deux s'accordent à dire qu'il existe un déterminisme inconscient derrière chaque comportement. La différence réside dans sa signification : Freud cherchait à interpréter l'inconscient, la PNL considère simplement les buts de l'inconscient. Bandler prétend que "le but n'a pas besoin d'avoir une signification dans le sens où Freud pensait qu'il en avait une." [59] Toujours est-il que la découverte de l'inconscient reste le fruit du travail du père de toutes les psychologies, S. Freud.

Chronologiquement aussi proches de la PNL que Freud en était éloigné, viennent ensuite les trois thérapeutes évoqués plus haut. **Milton Erickson** (1901 -1980) tout d'abord, grâce à ses travaux sur l'hypnose, a surtout apporté à la PNL sa capacité à créer un lien puissant avec le patient. Bandler raconte une courte histoire particulièrement pertinente à ce sujet [59] : Erickson fut un jour invité à rencontrer un patient d'un hôpital psychiatrique avec qui aucun thérapeute n'avait réussi à entrer en contact. Ce patient restait enfermé dans un mutisme total, et faisait inlassablement le tour de sa chambre en se frottant la tête contre les murs. Erickson entre, le regarde, et se met à faire le tour de la chambre en se frottant la tête contre le mur. Aussitôt, le patient qui n'avait jamais adressé la parole à personne s'arrête, et lui demande : "mais qu'est ce que vous faites?" Le contact était établi, et le modèle de la *synchronisation non verbale* cher à la PNL inventé (cf. 3324). Erickson utilisait en outre, avant sa modélisation par la PNL, le concept d'*ancrage* (cf. 3326).

Fritz Perls (1893 -1970) ensuite, est le fondateur de la *Gestalt thérapie*. La grande nouveauté de cette approche psychologique, créée en 1951, réside dans le traitement de l'interaction de l'individu avec son environnement : *gestalt* vient du verbe allemand *gestalten*, qui signifie mettre en forme. L'individu met en effet en forme le monde via ses moyens de perception. Bandler et Grinder utilisent ce postulat pour établir le concept de *méta-modèle* : la représentation qu'un individu a du monde n'est pas le monde, elle est modifiée par l'interaction personnelle qu'il entretient avec le monde, et du méta-modèle découle cette représentation.

Cet apport est complété par Grinder et sa formation de linguiste : la théorie de la *grammaire générative* de **Noam Chomsky**, linguiste américain né en 1928, étaye ce concept. D'après Chomsky, les pensées ne sont pas intrinsèquement reliées à un langage particulier, mais peuvent s'exprimer par de multiples expressions linguistiques : en découle l'existence d'une "structure profonde" et d'une "structure de surface" différentes. Aussi, Bandler et Grinder s'attachent-ils à établir les liens entre ces deux structures, afin d'accéder à la structure profonde de leurs patients par l'intermédiaire de leur structure de surface.

Ce n'est pas un hasard si un des fondateurs de la PNL, théorie psychologique, est linguiste : Chomsky, par ses avancées en linguistique, met en évidence le lien essentiel existant entre linguistique et psychologie. Il lance notamment un défi fondamental aux psychologues comportementaux de l'époque en rédigeant une critique acerbe des travaux de **Burrhus Skinner** en 1959. Skinner (1904 -1990), au demeurant étudié et commenté par Bandler et Grinder [11], était un comportementaliste dans la lignée de Pavlov, avec notamment la célèbre boîte de Skinner, outil dévolu à l'étude du comportement du rat. Chomsky rend caduques les généralisations de Skinner du rat à l'homme grâce à sa théorie de la grammaire générative, et entame la transition de la psychologie comportementale vers la psychologie cognitive. Ainsi, l'étude poussée de la linguistique nécessite-t-elle une connaissance des processus

mentaux, qui relient les mots à leur sens, et Grinder met à profit ce lien essentiel pour inventer la PNL.

Virginia Satir (1916 -1988) enfin, est à l'origine de la thérapie familiale. Bandler et Grinder modélisent une technique qu'elle utilise fréquemment pour résoudre des problèmes familiaux : le recadrage [11]. Nous avons déjà évoqué cette technique au chapitre 112, il s'agit de modifier le cadre de perception d'un événement afin d'en changer le sens. Virginia Satir a fondé avec le psychologue américain **Gregory Bateson** (1904 -1980) l'école de Palo Alto, à laquelle Bandler s'est naturellement intéressé : Bateson faisait partie du mouvement de *la cybernétique*, cette science de l'information, qui ne se penche pas sur les composantes de la communication, mais sur le comportement global des parties, et surtout sur leurs interactions. Le développement de l'intelligence artificielle, à laquelle Bandler, nous le disions en introduction, s'est intéressé, est une conséquence du développement de la cybernétique. Bateson a écrit deux ouvrages traitant de la notion d'*écologie de l'esprit* [70], notion reprise en PNL : toute intervention thérapeutique se doit de respecter l'environnement dans lequel évolue le sujet, c'est-à-dire quelle doit être écologique.

De ce pôle d'influence que constitue **l'école de Palo Alto**, Bandler et Grinder ont notamment donné leur importance à certaines notions dans leur théorie, telles que *le feedback*, cher à la cybernétique, et *la congruence de la communication*, grande qualité de Virginia Satir, expliquant le caractère brillant de ses interventions : la congruence est la capacité du communicateur à se mettre à la portée de son interlocuteur. On note qu'Erickson possédait également indéniablement cette faculté. Les auteurs eux-mêmes soulignent leur étonnement quant à la découverte de ressemblances dans les techniques de Satir et Erickson : "lorsque vous écoutez Virginia Satir et Milton Erickson faire de la thérapie, vous avez l'impression que ce sont les deux thérapeutes les plus différents au monde. Et pourtant, les formes d'intervention qu'ils utilisent pour produire les résultats étonnantes auxquels ils parviennent se ressemblent beaucoup, du moins à notre point de vue." [53]

Nous citerons pour finir le psychologue américain **Georges A. Miller**, né en 1920, et représentant d'un mouvement cognitiviste de la psychologie. Ses travaux ont permis de mettre en évidence la sélectivité de la perception d'un individu, notamment lorsque les sollicitations dépassent le chiffre sept plus ou moins deux. Nous avons évoqué cette découverte au chapitre 311, lorsque nous envisagions comment distraire les patients au cabinet dentaire. Bandler et Grinder ont utilisé ses travaux sur la perception lors de l'élaboration de la PNL.

Les références multiples constituant ce paragraphe se justifient d'une part par les très nombreuses occurrences de chacune d'entre elles dans les ouvrages de PNL, et d'autre part par la tentative de compréhension des auteurs, de leur démarche et de leur théorie, que nous cherchons à établir ici. Bandler et Grinder, deux universitaires avides de connaissances, ont donc puisé dans de très nombreuses théories psychologiques et autres, dont la liste est ici loin

d'être exhaustive, afin d'élaborer leur propre théorie de la communication. La PNL apparaît donc comme une synthèse engagée de près d'un siècle d'innovations en psychologie, de Freud à la thérapie familiale, en passant par le comportementalisme, le cognitivisme et l'hypnose, mais aussi de la linguistique et des sciences de la communication telles que la cybernétique. Nous allons donc maintenant nous attacher à dégager les principes fondateurs de la PNL retenus par Bandler et Grinder.

3314. Les principes de la PNL

Les principes de la PNL sont nombreux, mais selon Dilts [67], il est possible de les regrouper en trois catégories : la PNL est un **modèle** de la représentation que se fait l'individu du monde, elle est une **méthode** d'observation du sujet, et elle est une **technologie** d'intervention grâce à un système de valeurs.

33141. La perception du monde

Le méta-modèle

Tout d'abord, la PNL propose une théorie de l'organisation de la perception du monde par l'être humain. **Le méta-modèle** évoqué précédemment permet de rendre compte des mécanismes par lesquels l'individu se construit une image du monde, qui diffère significativement de la réalité de ce monde. Lassus [68] rappelle les trois principaux processus qui font de la perception du monde un phénomène très personnel :

- **la généralisation** est le processus par lequel des éléments du modèle d'une personne se détachent de leur expérience d'origine et en viennent à représenter toute la catégorie dont l'expérience est un exemple. L'aptitude à la généralisation est essentielle pour l'apprentissage, mais engendre également des erreurs dans la perception du monde.

- **l'omission** est un processus par lequel nous accordons une attention sélective à certaines dimensions de notre expérience, et en excluons d'autres. Les sollicitations continuellement subies par les humains dans le monde sont ramenées à un nombre assimilable par notre cerveau : il s'agit du chiffre sept de Miller.

- **la distorsion** est le processus qui nous permet de faire des changements dans notre expérience des données sensorielles. Elle est notamment à l'origine des différences de perception d'une même situation par deux individus différents.

Au cabinet dentaire, nous sommes fréquemment confrontés à des problèmes

de généralisation, d'omission et de distorsion dans la perception de l'événement par le patient : nombreux sont les patients anxieux qui redoutent à tort une intervention parfaitement indolore par généralisation, nombreux sont ceux qui ne retiennent par omission sur dix rendez-vous que celui où ils auront ressenti une douleur, et nombreux sont ceux qui, par distorsion, vont ressentir une douleur insoutenable quand le dentiste leur écarte la joue avec un miroir.

Les canaux de perception

La PNL propose ensuite d'affiner le modèle des paramètres de **perception** précédant les phénomènes que nous venons de décrire. Il s'agit des cinq sens reliant notre cerveau au monde qui nous entoure, mais cette affirmation n'est naturellement pas une découverte en soi. Pour la PNL, il existe quatre systèmes, le goût et l'odorat n'en formant qu'un : le système auditif, le système visuel, le système kinesthésique et le système du goût et de l'odorat. Cette base a permis de remarquer que chaque personne utilise préférentiellement un ou deux systèmes. Le corollaire est la possibilité, pour le communicateur ayant remarqué le système préférentiel de son interlocuteur, d'adapter son discours à celui-ci, de telle sorte que le message soit plus pertinent pour lui. Il s'agit là d'une mécanique empruntée notamment à l'hypnose ericksonienne, qui utilise grandement la saturation des différents canaux pour mettre en transe le sujet.

33142. L'observation du sujet

Les micro-comportements

La PNL propose ensuite au communicateur d'affiner l'observation du sujet. Le principe avancé par Bandler et Grinder, et que nous avons énoncé au chapitre 221, est le suivant : **on ne peut pas ne pas communiquer**. C'est à dire que chaque individu produit de très nombreux comportements et micro-comportements en permanence et de façon inconsciente. Notons que certains d'entre eux sont bien connus : voir une personne rougir a une signification claire dans la société. L'apport de la PNL consiste donc à multiplier le nombre de comportements observables, d'où l'idée de micro-comportements. Les mouvements des membres, la posture, le rythme respiratoire, la couleur de la peau, les mouvements des nombreux muscles du visage, les tics buccaux, la position des yeux, le mouvement des sourcils sont autant de messages qu'envoie le sujet lors d'une conversation. Le travail de cette observation apprend rapidement au communicateur à repérer une plus grande proportion de ces messages très nombreux et très fréquents. Il s'agit de rendre consciente une communication qui jusqu'alors ne l'était pas.

La congruence

En guise d'exemple, nous citerons le problème de l'incompatibilité soulevé par Bandler et Grinder au cours d'une de leurs conférences [53], et souvent observé au cabinet dentaire : le dentiste demande au patient si celui-ci a peur, le patient répond verbalement par un non catégorique, et non-verbalement par la moue qu'il ferait s'il était devant un tigre affamé. L'exemple est caricatural, mais ce type de défaut de congruence entre communication verbale et non-verbale est souvent visible à des niveaux plus fins d'observation. Cette notion de congruence découle de l'affinement de l'observation du sujet, et de l'attention simultanée portée aux différents canaux de communication. Bandler et Grinder ont alors relevé chez les thérapeutes qu'ils ont observés différentes stratégies de réponse : celui-ci peut ignorer le message verbal pour tenter de retrouver l'expérience vécue comme désagréable ; il peut ignorer le message non-verbal et faire son intervention sans se soucier de l'appréhension du patient ; plus original, il peut répondre par le même type d'incongruence, à savoir dire "comme j'en suis heureux" en fronçant ostensiblement les sourcils ; enfin il peut tenter l'incongruence inverse en déclarant "je ne vous crois pas" et intervenir sur le champ. Mais peu importe le type de réponse, Bandler et Grinder soulignent que très souvent les praticiens adoptent un type de réponse parmi ceux-ci, et l'appliquent systématiquement devant cette situation. Les auteurs préconisent alors l'élargissement du panel de réponses du praticien, et l'adaptation de la réponse au cas par cas. En découle le troisième grand principe de la PNL : la flexibilité.

Le feedback

Mais avant de débattre des paramètres de la flexibilité du communicateur, nous désirons insister sur le caractère permanent que requiert l'observation du sujet. Certes celle-ci est un préalable à l'intervention et permet de définir ses objectifs et ses moyens. Mais elle permet également une validation ou invalidation de la pertinence de la communication *a posteriori*. Il s'agit naturellement de la notion largement développée en deuxième partie : le feedback.

33143. La flexibilité du communicateur

La loi de la variété requise

Dans son énumération des principes de la PNL, Dilts [67] évoque **la loi de la variété requise**. Nous avons vu que la PNL proposait en première intention de modéliser des stratégies de communication sélectionnées pour leur efficacité. Un problème posé par cette démarche est donc de pérenniser l'efficacité, en créant un modèle suffisamment souple pour lui conserver la caractéristique pour laquelle il a été choisi : en effet un processus qui a été efficace par le passé est susceptible de ne pas continuer à l'être au fil des modifications de l'environnement. Grâce au feedback notamment, à l'évaluation permanente des résultats, le communicateur sera renseigné sur son efficacité, chargé à lui de s'adapter alors.

Bandler et Grinder donnent à ce sujet un exemple caricatural et provocateur, comme ils les aiment, au cours de l'une de leur conférence destinée à des psychothérapeutes [53] : "si vous êtes ingénieur et que vous construisez une fusée, que celle-ci ne décolle pas quand vous pressez sur le bouton, que faites vous? Vous changez votre comportement de façon à pouvoir identifier les modifications à opérer pour vaincre le principe de gravité. En psychothérapie par contre, lorsque la fusée ne décolle pas, on tire une conclusion bien particulière : on dit qu'on est face à un client qui résiste." Les fondateurs posent ici une valeur fondamentale de la PNL : il n'existe pas de résistance chez les patients, mais seulement de mauvais communicateurs. Certes cet axiome est provocateur, mais il a l'avantage d'augmenter considérablement la puissance de la technique : en effet la flexibilité engendre une poursuite plus assidue du résultat escompté. Transposé à l'odontologie, ce précepte concerne les patients dits "difficiles" : quel dentiste n'a pas rencontré un patient impossible à soigner? Bandler et Grinder diraient que seule la communication est inadéquate. Grâce à la PNL on peut donc envisager de prendre en charge un plus grand nombre de patients, y compris ceux qui se montrent d'abord particulièrement réticents aux soins dentaires. Nous nous arrêterons sur les travaux du Dr Anastasio au chapitre 332, car ils proposent justement de prendre en charge grâce à la PNL les jeunes patients qui refusent habituellement de se laisser soigner les dents.

La définition de l'objectif

La flexibilité implique toutefois au préalable une définition précise de l'objectif poursuivi, et du résultat escompté. En effet **la définition de l'objectif** interfère significativement avec le résultat obtenu : Bandler raconte [53] qu'au cours de sa carrière de professeur de mathématiques, il a un jour enseigné sa discipline à un groupe d'étudiant de linguistique qui n'entendait rien aux mathématiques. Il

a donc choisi de transposer les concepts qu'il devait enseigner dans un référentiel linguistique, se mettant ainsi à la portée de ses interlocuteurs, idée qui fut immédiatement couronnée d'un succès. Mais Bandler souligne qu'en leur rendant ce service, il a renforcé leurs modes d'apprentissage rigides. A savoir donc si l'objectif est de donner aux étudiants le moyen de comprendre un concept mathématique grâce à leurs acquis, ou de leur enseigner à comprendre les mathématiques en ajoutant de nouveaux acquis.

Ainsi, la définition de l'objectif apparaît-elle comme un préalable incontournable à l'intervention proprement dite. Et plus il sera défini précisément, plus l'intervention pourra être pertinente. En odontologie, l'objectif est souvent de soigner la dent atteinte du patient. Toutefois, cet objectif ne tient pas compte de la façon dont le patient va vivre ce soin. Par exemple, pour soigner un enfant de huit ans particulièrement réticent et nécessitant une pulpotomie, une technique d'intervention peut être la coercition. Mais ce recours au traitement de force ne manquera pas de créer un précédent, et une crainte du dentiste particulièrement tenace chez cet enfant pour toute sa vie. Les dentistes rencontrent fréquemment des patients adultes disant avoir une peur du dentiste depuis une ancienne intervention particulièrement douloureuse. Nous prétendons alors, à la lumière des acquis de la PNL, que l'objectif était mal défini, et que cette intervention, bien que nécessaire, a causé plus de tort au patient que de bien : certes sa dent est soignée, mais à quoi bon si une peur tenace l'accompagne toute sa vie, et l'empêche de soigner ses dents suffisamment tôt pour éviter moult rages de dents? L'objectif n'était pas **écologique**, c'est à dire qu'il tenait compte de la dent malade, mais pas de son environnement : nous arrivons donc au principe de la PNL qui achèvera notre description de ceux-ci.

La notion d'écologie

La technique du recadrage, que nous avons évoquée au chapitre 112, est décrite par Bandler et Grinder en six étapes [11]. Or, la sixième étape s'intitule **vérification de l'écologie**. Dans cette technique d'intervention, les auteurs préconisent donc une vérification systématique de ce paramètre : il s'agit de s'assurer *a posteriori* que l'intervention n'interférera pas avec un autre système du sujet sur lequel on vient de procéder à un recadrage. L'écologie est donc au sens large l'environnement dans lequel vit le sujet, son système de représentations mais aussi son entourage. Par exemple, les auteurs rapportent le cas d'une patiente qui voulait arrêter de fumer [11], ce qui est intrinsèquement une mauvaise habitude. Néanmoins, cette patiente avait l'habitude de fumer une cigarette tous les soirs avant de se coucher en discutant avec son mari. Aussi, une fois qu'elle y parvint, elle perdit cet échange systématique avec son mari, et sa relation s'en vit dégradée. L'intervention isolée "arrêter de fumer" n'était donc pas écologique, quoique louable pour la santé de la patiente.

La définition de l'objectif d'une intervention doit donc systématiquement intégrer une vérification de l'écologie. Et l'intervention odontologique n'échappe pas à cette règle, comme nous l'avons vu. D'autant plus que le dentiste cherche fréquemment à modifier les habitudes quotidiennes de ses patients : il s'agit certes d'habitudes d'hygiène bucco-dentaires, mais nul doute que ces habitudes occupent une place dans la vie du patient qui dépasse le cadre de la sphère oro-faciale.

Ainsi, les principes de la PNL incluent-ils :

- **un modèle de la représentation du monde** bâtie par l'individu grâce au méta-modèle et à l'observation des canaux de perceptions reliant l'individu au monde qui l'entoure ;
- **une méthode d'observation du sujet**, grâce au recueil des micro-comportements, et aux notions de congruence et de *feedback* ;
- **une technologie d'intervention** grâce à un système de valeurs regroupant notamment la loi de la variété requise, la définition de l'objectif et la notion d'écologie.

3315. Propositions de définition de la PNL

Selon les auteurs, les définitions de la PNL diffèrent significativement. Pour Christian Balicco, de l'Association Française pour l'Information Scientifique (AFIS), "donner une définition de la PNL semble impossible tant la diversité de celles qu'il a consultées est grande." [71] Nous allons toutefois en citer quelques unes qui ont retenu notre attention.

Dilts [67] donne une définition étymologique et, en tant que disciple de Bandler et Grinder, s'en tient à la décision que les auteurs ont pris lorsqu'ils se sont intéressés à la désignation de leur travail.

La composante **neuro-** concerne le système nerveux. En effet une grande partie de la PNL a trait à la compréhension et à l'utilisation des principes et des patterns du système nerveux. L'expérience humaine serait une combinaison ou une synthèse de l'information que nous recevons et que nous traitons au moyen de notre système nerveux.

La composante **linguistique** découle de l'interaction étroite existant entre la communication et le langage. Comme nous l'avons vu, l'étude de la linguistique inclut inévitablement, à partir d'un certain niveau d'analyse, des données psychologiques. Car toute interaction et toute communication sont façonnées par le rapport que nous entretenons au langage.

La composante **programmation**, enfin, a trait à l'organisation psychologique de l'individu. Les processus d'apprentissage, de mémorisation et de créativité de l'homme sont une fonction de programmes préétablis, mais aussi modifiables.

Tout comportement est le résultat d'une stratégie suivant un but, conscient ou inconscient.

Cette définition rend donc à l'aspect neurologique sa place dans le concept de PNL : aspect peu évoqué jusqu'ici, il convient de souligner que la PNL est aussi une théorie sur le fonctionnement du cerveau. Nous avons vu dans l'épistémologie de la psychologie que chaque mouvement psychologique posait ses propres postulats, notamment sur le lien entre comportement et cerveau. La PNL n'échappe pas à cette recherche, mais au lieu de fonder la réflexion sur un postulat limitant, elle propose plus pragmatiquement de définir les plus petites unités de représentations sensorielles qui nous servent à effectuer le codage de l'expérience.

Pour les auteurs français Josiane **de Saint-Paul** et Alain **Cayrol** [54], formés en 1982 en Californie par Bandler et Grinder eux-mêmes, la PNL est **l'étude de la structure de l'expérience**. Cette définition peut sembler réductrice devant les ramifications des concepts formant la PNL. Toutefois, elle a un caractère exact, car elle correspond à la démarche de laquelle découle tous ces concepts : ce serait donc une manière d'approcher l'homme dans son fonctionnement psychologique, fournissant aussi bien des modèles de représentation de son fonctionnement, que des méthodes d'intervention pour modifier celui-ci.

Selon John O.**Stevens**, psychologue américain qui a préfacé *Les secrets de la communication* [53], la PNL est **une approche puissante et claire de l'expérience humaine et de la communication**. Stevens inclut donc dans sa définition la notion de puissance, qui fait suite à notre avis de l'absence de postulat de la PNL, si ce n'est la recherche perpétuelle et intransigeante du résultat. C'est en effet de l'observation des thérapeutes qui obtenaient des résultats que tout a commencé. Le seul *credo* des auteurs semble en effet être l'efficacité, et la pérennisation de celle-ci. La communication, terme récurrent dans les différentes définitions de la PNL, semble donc incontournable pour définir la PNL.

Ainsi, d'une façon plus générale, nous retiendrons de la PNL qu'elle est **une modélisation de l'intuition des communicateurs les plus efficaces**. Nous pensons qu'il est difficile de définir la PNL sans se référer à la démarche originale, car elle seule englobe les multiples facettes qu'adopte la théorie de la communication qui en découle. En outre le seul but de la PNL, l'efficacité dans la communication, figure dans la définition car il justifie les moyens que se sont donnés les auteurs pour établir les principes de leur théorie, toujours afin d'augmenter la puissance du modèle. La PNL n'est donc pas une invention, Bandler et Grinder le disent eux-mêmes : "en fait la PNL nous aide à faire des choses que nous savions déjà faire : il y a toujours eu des gens qui apprenaient à exploiter des façons très inhabituelles de développer leurs aptitudes personnelles." [53] Elle est juste un modèle qui permet à qui le souhaite d'utiliser ces capacités.

3316. Les applications de la PNL

Six ans après la création de la PNL, en 1981, Bandler et Grinder déclaraient : "nous avons à peine commencé à identifier les usages que nous pourrions faire de la PNL" [53]. Aujourd'hui, la PNL est utilisée par des thérapeutes, mais elle est aussi enseignée dans les écoles de commerce, les formations de management, et même dans certains cours de pédagogie. A première vue, les compétences d'un psychothérapeute, d'un enseignant, d'un manager ou d'un négociateur ne sont pas les mêmes. Et pourtant elles ont toutes trait à la communication, et la PNL est d'un grand secours dans tous les domaines où la communication joue un rôle prépondérant. Nous ne nous hasarderons donc pas à établir une liste des applications possibles de la PNL.

Soulignons toutefois qu'il est naturel que la PNL puisse être utile au chirurgien-dentiste, puisque la communication prend en odontologie une place chaque jour plus importante, ou du moins patients et praticiens lui accordent chaque jour une place plus importante.

3317. Les limites de la PNL

La PNL étant difficile à définir de façon exhaustive, sa liste d'applications étant inachevée, et ses principes très généraux, il est difficile d'en définir les limites d'un point de vue fondamental. Toutefois, si l'aspect tentaculaire de la PNL rend la caractérisation intrinsèque de ses limites difficile, cette théorie connaît de nombreux détracteurs : nous nous sommes intéressés ici à l'Association Française pour l'Information Scientifique (AFIS), qui a pour but de promouvoir l'information scientifique auprès du grand public, et de mettre en garde contre les "pseudo-sciences". Cet organisme indépendant a été créé en 1968, et bénéficie aujourd'hui d'un important comité de soutien composé de chercheurs, notamment du CNRS et de l'INRA, et de professeur des universités. C'est pour cette association que Christian Balicco, docteur en psychologie et membre de l'American Psychology Association, a rédigé un article tentant de définir les fondements scientifiques de la PNL [71].

La PNL est-elle une science?

L'auteur commence par discuter les sources de la PNL et leur complexité : il rappelle à ce titre et fort justement que les sources ne suffisent pas à valider à un travail scientifique. Il est en effet souvent reproché à la PNL de simplifier de nombreuses disciplines fondamentales particulièrement complexes telles que la cybernétique, la linguistique ou la neurologie. Par ailleurs, Balicco reproche à la PNL la généralisation des techniques d'hypnose ericksonienne, alors

qu'Erickson reconnaissait lui même que certains sujets étaient plus réceptifs que d'autres à ces techniques de mise en transe. La PNL ne conserverait donc pas la même puissance avec tous les sujets. L'auteur rappelle également que l'école de Palo Alto ne bénéficie pas d'un consensus dans le milieu scientifique.

La notion de programmation est ensuite interrogée, et Balicco dénonce un raccourci dans l'interprétation du fonctionnement du cerveau par cette vision déterministe du comportement. Bandler et Grinder précisent pourtant dans leurs séminaires ne pas s'intéresser à la vérité, mais seulement au résultat [53]. Ce problème de l'interprétation du comportement se pose à tous les mouvements de psychologie, mais la PNL, si toutefois elle est un mouvement de psychologie, ce dont elle n'a pas la prétention, propose de se détacher de ce débat fondamental stérile, un peu à la manière de l'émergence du *behaviorisme*, qui laissa de côté les questions handicapantes, car sans réponse, sur les origines des comportements.

Enfin, pour les fondements scientifiques de la PNL, Balicco rappelle que le principe abondamment répété de lien entre position des yeux et mécanisme de pensée concomitant n'a jamais été validé scientifiquement. Pour le reste de l'interprétation de la gestuelle, nous renvoyons à la mise en garde de Bandler et Grinder exposée au chapitre 212 sur l'interprétation abusive des micro-comportements.

Ainsi Balicco répond-il à cette question par une mise en garde sur l'absence de validation scientifique de la PNL. Nous adhérons à son opinion : **on ne peut pas considérer la PNL comme une science**. Nous rappelons toutefois que Bandler et Grinder n'ont nullement qualifié leur théorie de science, et que leur seul but est la recherche de l'efficacité dans la communication. C'est pourquoi dissocier la PNL de son intention première la dénature. Aussi, la conclusion catégorique de Balicco qui qualifie la PNL de "fraude intellectuelle" nous semble-t-elle exagérée, et provient à notre sens plus de la façon dont elle est diffusée que de la PNL elle-même.

La PNL est-elle éthique?

Le problème posé est celui de **la manipulation**. La PNL est en effet une technique qui se propose d'influencer le comportement d'autrui. Naturellement, le risque de dérive existe, mais, comme nous l'avons exposé dans le chapitre 315 sur la psychologie sociale, la manipulation souffre d'une mauvaise image, malgré l'omniprésence des relations d'influence, et son aspect incontournable.

Certes la PNL propose de manipuler, et le manipulateur fait un choix éthique ou non pour sa "victime". Mais le choix éthique n'a à notre sens rien à voir avec la technique employée, et, comme toute technique de manipulation, elle peut être utilisée de façon éthique ou non. Pour notre part, le chirurgien-dentiste peut

naturellement utiliser ses capacités pour faire changer les habitudes d'hygiène du patient, ou pour lui vendre contre son gré des prothèses onéreuses. Ce risque de dérive mercantile a toujours existé et existera toujours. Nous pensons que ce n'est toutefois pas une raison pour brider la diffusion des techniques de manipulation.

Un autre problème du caractère éthique de la PNL vient de son utilisation en psychothérapie. Balicco dénonce le fait que quiconque puisse s'improviser maître praticien PNL, mais il s'agit là d'un problème parfaitement extérieur à la PNL, problème de société dont débattent les sénateurs au moment même où nous écrivons ces lignes [72]. Il s'agit d'un problème sociologique : l'engouement pour les psychothérapies et les méthodes de développement personnel dans nos sociétés occidentales est tel qu'il laisse la part belle au développement de cohortes de thérapeutes. Sherry Turkle, une sociologue américaine, parlait même d'exception française en la matière, et a rédigé un essai entièrement consacré à l'étonnante force de l'engouement français [73]. Or, ce phénomène nuit d'une manière générale au respect des règles éthiques, et favorise la vente de thérapies, séminaires et formations de PNL à visée mercantile. La PNL a donc été victime de son succès, et trouve ici sa vraie limite.

La vraie limite de la PNL : sa diffusion

Ainsi la PNL n'est-elle pas une science, et peut-elle être détournée comme technique de manipulation, dans un but mercantile notamment. Nous constatons par ailleurs que la majorité des détracteurs de la PNL s'appuient sur ces éléments pour élaborer leur critique, parfois tout à fait pertinente. Néanmoins les dérives dénoncées sont plus le fruit de la dénaturation de l'outil initial par sa diffusion que d'un véritable défaut intrinsèque. Et c'est précisément là que le travail de Bandler et Grinder atteint sa limite : l'idée originale était de mettre à la portée de tous les capacités des plus brillants communicateurs, mais ils n'avaient pas prévu que leur propre travail pourrait être dénaturé par sa diffusion aléatoire, et par là même rendu à son tour inaccessible, du moins dans sa forme initiale.

332. Présentation d'un cas clinique

Grâce à la définition de la PNL et de ses principes, nous allons à présent pouvoir commenter un cas clinique odontologique faisant appel à ces techniques. Notre étude porte sur une vidéo réalisée par le Docteur Daniel Anastasio, praticien hospitalier au CHR de Thionville et maître praticien PNL. Cette vidéo a été enregistrée en 1997, et relate par un plan séquence de dix minutes le déroulement d'un premier rendez-vous avec un enfant particulièrement réticent aux soins dentaires. L'absence totale d'artifices dans la réalisation donne une tonalité documentaire au film, et permet de rendre très précisément compte de la technique utilisée. Le film est préfacé par son auteur de la sorte :

"Cet enregistrement est le fruit d'un travail de plusieurs années sur l'approche de l'enfant dit "difficile" au cabinet dentaire. Il est basé sur l'utilisation par le praticien d'un outil de communication : la programmation neuro-linguistique. Il s'agit d'une technique qui permet d'entrer en relation avec l'enfant par le langage non-verbal, de donner une réalité sensorielle à une expérience à travers les cinq sens, et de faire accéder l'enfant à son pouvoir créatif et imaginaire."

On notera tout d'abord le souci sémantique de désignation du patient réticent, renvoyant au principe de PNL d'absence de résistance des patients. On retrouve ensuite dans la définition de la PNL proposée les éléments que nous avons dégagé précédemment, à savoir les techniques d'observation et de communication. Puis l'auteur définit en une phrase le principe de l'intervention proprement dite, à savoir l'utilisation des ressources propres de l'enfant pour l'aider à vivre la séance de soins.

Nous avons choisi de commenter cette vidéo selon un plan chronologique, afin de rendre le plus justement compte des étapes empruntées par le praticien pour emmener l'enfant vers un partenariat bénéfique.

3321. Le patient

Marie – nous avons modifié son prénom – est une enfant de 9 ans. C'est la première fois qu'elle est reçue en consultation chez le Dr Anastasio, mais deux précédents rendez-vous chez deux dentistes s'étaient suffisamment mal passés pour empêcher la réalisation des soins nécessaires.

Lors de ce nouveau rendez-vous, intervient en tout premier lieu une conversation avec l'accompagnant : celle-ci permet de recueillir des informations précieuses, telles que le récit succinct des précédents rendez-vous

chez un dentiste. Cette conversation permet également de créer une **relation triangulaire** entre le praticien, l'enfant et ses parents. Le Dr Anastasio explique ce paramètre dans un article [9] : l'auteur préconise de toujours établir le premier contact en présence des parents, ce qui permettra d'établir cette relation, grâce à laquelle le praticien peut recueillir des informations sur l'enfant et son comportement, notamment lors de séances de soins antérieures.

Par ailleurs cet entretien permet de commencer une observation fine du comportement de l'enfant, et ce afin d'entamer sans plus attendre la communication avec l'enfant.

3322. Synchronisation non-verbale

Dès la sortie de l'accompagnant, Marie se met à pleurer. Le praticien ne dit rien, met ses mains sur le visage comme l'enfant, et adopte son attitude prostrée. En un mot, il se synchronise non-verbalement avec l'enfant afin d'établir le contact. Cette phase va durer deux minutes, ce qui représente un temps qui semble très long lorsque deux êtres se font face sans parler. Le praticien sera toutefois dérangé au cours de cette phase, par une sollicitation extérieure : quelqu'un frappe à la porte et entre, le praticien demande calmement à la personne de sortir, le travail de synchronisation nécessitant une interaction exclusive entre les deux protagonistes. On notera que ce petit événement dénote la spontanéité du praticien, et l'absence totale de mise en scène du film réalisé.

La synchronisation non-verbale établie à ce niveau sera prolongée quand ce sera nécessaire au cours du rendez-vous, c'est l'observation de l'enfant qui guidera la nécessité d'intensifier parfois le contact.

3323. Empathie

C'est donc seulement à la troisième minute du rendez-vous que le praticien s'adresse à l'enfant pour lui demander son prénom. La petite patiente répond immédiatement, et la conversation s'engage : il lui demande son âge et reste pendant tout ce temps synchronisé.

Alors, dès la troisième réplique, le praticien témoigne son empathie à l'enfant : "je comprends que tu pleures." Nous avons vu que l'empathie était un levier puissant de communication. Associée au contact établi et maintenu par synchronisation non-verbale, son efficacité est ici prouvée : c'est à ce moment qu'on observe la première modification du comportement de l'enfant. Marie se

calme en effet légèrement, ses sanglots s'espacent, et son attitude se détend légèrement.

Le praticien énonce alors clairement son intention de regarder les dents de la patiente, et commence à la diriger : il l'invite à s'asseoir et Marie s'exécute sans discuter. Jusqu'ici le praticien maintient la synchronisation, et la prise de contact a duré quatre minutes. Lorsqu'on regarde la vidéo, on est dérouté par ce temps passé sans parler ou presque, qui semble une éternité. Toutefois, quatre minutes, dans l'absolu, c'est un temps très bref pour obtenir la coopération d'une enfant de 9 ans qui jusque là refusait catégoriquement d'ouvrir la bouche devant un dentiste.

3324. L'examen clinique

L'examen clinique va durer moins de trente secondes. Le praticien se désynchronise au moment où Marie ouvre la bouche, pour entrer dans son rôle convenu de chirurgien-dentiste ; il observe la mandibule en gardant sa position normale, demande à Marie d'incliner la tête en arrière, elle s'exécute, il regarde le maxillaire ; puis il lui demande de serrer les dents en écartant au préalable ses joues, Marie obéit et il peut observer un instant son occlusion. L'examen est terminé.

Plus encore que l'efficacité et la rapidité du praticien expérimenté, ce qui nous surprend au visionnage du film, c'est la coopération impeccable de Marie, qui, il y a cinq minutes, était une enfant qui refusait de se laisser soigner.

Le praticien se synchronise alors à nouveau dès qu'il a fini son investigation, en descendant son siège pour se mettre assis comme Marie devant elle.

3325. Les ancrages

L'ancrage est une notion de PNL que nous n'avons pas encore abordée ; aussi allons-nous la définir avant de poursuivre la description du rendez-vous avec Marie. Tout vécu d'une situation sensorielle comprend des éléments visuels, auditifs, kinesthésiques, olfactifs et gustatifs. **L'ancrage correspond à la faculté d'un seul élément de faire vivre à nouveau la situation dans son intégralité** [59]. On a tous eu l'expérience de sentir un parfum particulier à un moment donné, et de se retrouver instantanément dans un autre lieu et un autre temps. Le parfum sert de déclencheur, et l'état de conscience du souvenir est immédiatement réactivé. Encore une fois, la PNL n'a rien inventé, mais seulement modélisé ce qui existait déjà : en atteste le plus célèbre exemple

d'ancrage, bien antérieur à la PNL, à savoir la madeleine de Proust. Or, le bruit d'une turbine est un bruit si spécifique qu'il constitue un ancrage puissant, comme en atteste Philippe Delerm dans un témoignage publié dans l'Indépendantaire de février 2007 : "dans la sieste assassinée, la roulette du dentiste est un personnage à part entière. Son bruit résonne comme la madeleine de Proust pour mon héros. Livré aux mains du praticien, il régresse et voit déferler tous ses souvenirs d'enfance ; ce grondement sourd devient le symbole de l'infantilisation." [74] Cet exemple montre un ancrage à effet négatif, mais cet outil peut être utilisé différemment, comme nous allons le voir avec les gestes du Dr Anastasio dans la suite du rendez-vous avec Marie.

Après s'être resynchronisé avec la petite patiente, le praticien va mobiliser la crainte qu'elle avait ressentie lors des précédents rendez-vous : à la cinquième minute, Marie est calme quand le praticien lui demande "alors tu as vu deux dentistes?", et Marie éclate en sanglots. Elle entame alors un récit catastrophé de ses précédents rendez-vous : "Ils m'ont fait mal" déclare-t-elle en suffoquant. Tout en restant synchronisé, et en acquiesçant aux termes de la patiente ("ils t'ont fait mal"), le praticien ancre cet état de ressource en lui touchant le ventre. **L'ancrage kinesthésique du ventre** correspondra donc désormais au souvenir douloureux des précédents rendez-vous chez le dentiste. L'ancrage de ce précédent état de ressource aura nécessité une minute, au cours de laquelle Marie aura revécu son angoisse, mais nous allons voir que ce retour en arrière sera utilisé pour changer l'attitude de la patiente face aux soins dentaires.

Alors, à la sixième minute du rendez-vous, le praticien propose un exercice à la petite patiente. Et tout en lui énonçant le début de l'exercice, il lui touche la main. Il va commencer à créer un nouvel état de ressource chez sa patiente, et afin de se le rendre accessible, il l'ancre : **l'ancrage kinesthésique de la main** correspondra donc désormais au nouvel état de ressource.

La création de deux ancrés kinesthésiques qui, nous le verrons, serviront tout au long du rendez-vous, a nécessité deux minutes. C'est donc à la septième minute de la consultation que va pouvoir commencer le travail de dissociation-désensibilisation proprement dit.

3326. La dissociation-désensibilisation

Le praticien commence donc l'exercice évoqué plus haut : il demande à Marie d'imaginer un écran blanc dont il mime la présence dans son champ de vision. Puis il lui demande d'y imaginer Marie se faisant soigner les dents lors des précédents rendez-vous. La petite patiente recommence à pleurer. Malgré tout, le praticien insiste, et lui demande de regarder l'écran : à cinq reprises et avec une certaine fermeté, il l'invite à persévérer. Alors il énonce clairement la différence qui réside entre la scène qui se joue sur l'écran, où Marie souffre, et

la scène que Marie vit au moment même : "ce n'est pas toi sur cet écran". Il cherche à dissocier la patiente de son souvenir douloureux. Cependant, au bout d'une minute d'efforts, Marie retombe en sanglots et demande : "je ne veux plus voir ça s'il vous plaît". Le praticien accepte et consent à effacer l'écran imaginaire.

Il lui demande alors de souvenir d'un moment particulièrement heureux de sa vie. Marie arrête de pleurer et se met à raconter des vacances en Bretagne. Elle évoque notamment la couleur de la mer. Le praticien part alors de ce souvenir pour renforcer la sensation de quiétude qui en émane : il l'invite à établir un contact plus étroit avec les sensations que lui procuraient cette situation grâce à sa perception par différents canaux. "Ecoute les vagues, regarde-les, ressens la sensation qu'elles te procurent." Conjointement, il lui touche la main, réactivant ainsi l'ancrage kinesthésique de la main, et y associant **un nouvel état de ressources**. On notera que ce nouvel état de ressources a émané de la patiente elle-même, ce qui lui confère toute sa pertinence. "Maintenant, *tout en étant bien*, tu vas imaginer à nouveau l'écran blanc." La liaison utilisée par le Dr Anastasio pour aiguiller la patiente de son nouvel état de ressource vers le retour à l'exercice revêt dans le modèle de Milton Erickson une grande importance : Bandler et Grinder insistent sur ce point dans leur modélisation des interventions d'Erickson [59]. L'élégance des transitions est en hypnose ce qui permet de maintenir le sujet en transe, et de l'amener à réaliser ce qu'on veut le voir faire.

Marie est alors à nouveau devant l'écran imaginaire, et, du moins pour l'instant, ne pleure plus. Forte de son nouvel état de ressource, elle peut entamer la description de la scène que lui demande le praticien. Toutefois, grâce à un *feedback* constant dû à l'observation de Marie, le praticien sent qu'elle est sur le fil du rasoir, qu'elle hésite entre une description franche de la situation et un retour à ses pleurs réconfortants. Aussi, n'hésite-t-il pas à réactiver kinesthésiquement ou auditivement le nouvel état de ressources, accompagnant ainsi la patiente jusqu'à **la dissociation** : elle annonce, parlant d'elle à la troisième personne : "sur l'écran, Marie pleure, elle crie." Avoir amené une patiente de 9 ans à parler d'elle à la troisième personne est un bon signe de la dissociation escomptée. Toutefois, le travail de dissociation-désensibilisation nécessite de la patience, et le praticien sera amené à réactiver de nombreuses fois cette dissociation afin de mener à bien la désensibilisation à venir.

Le praticien lui demande alors ce qu'il faudrait à Marie sur l'écran pour qu'elle arrête de pleurer. Elle répond une première fois : "il faudrait que le dentiste ait jamais existé" et éclate en sanglots. Cette première réponse n'est certes pas très constructive. Mais inlassablement, le praticien réactive la dissociation, lui rappelle qu'elle n'est pas la fille de l'écran, et lui rappelle auditivement son nouvel état de ressources en évoquant la mer de Bretagne. Puis il réitère sa question. Deuxième réponse : "il faudrait qu'elle sorte de chez le dentiste". C'est déjà mieux, le praticien reformule cette fois sa question : "et que devrait faire le dentiste pour que Marie se sente bien?" Troisième réponse : "qu'il ne fasse pas

mal". Voilà enfin une réponse exploitable, le praticien en profite immédiatement : "imagine Marie se faisant soigner les dents par le dentiste et qu'il fait ce qu'il faut pour qu'elle n'ait pas mal". La réponse, non dénuée d'une spontanéité touchante, prouve que la patiente n'est pas encore désensibilisée : "je peux pas imaginer ça, c'est même pas vrai". Patiemment, le praticien reprend : "imagine Marie se faisant soigner les dents et change le dentiste, imagine qu'avec le nouveau dentiste, ça se passe bien, d'accord?" Marie acquiesce alors franchement. Il lui demande enfin comment Marie se sent maintenant sur l'écran. La petite patiente répond qu'elle est contente. A force de patience, **la désensibilisation** a finalement eu lieu, puisque Marie peut désormais se concevoir se faisant soigner les dents tout en étant contente.

La phase de dissociation-désensibilisation a nécessité dix minutes. Ajoutées aux sept minutes de préparation, puis au petit quart d'heure que va passer le praticien à réaliser un *tell show do* classique, le rendez-vous aura duré une demi-heure. Ce rendez-vous préparatoire n'aura certes pas permis de réaliser des soins, mais il permettra de réaliser tous les soins nécessaires dans des conditions tout à fait acceptables pour le praticien comme pour la patiente, lors de tous les rendez-vous ultérieurs.

3327. Préparation du rendez-vous suivant

Le praticien réalise à présent une présentation classique du cabinet et de ses instruments, selon la technique du *tell show do*. Cette technique, que l'on doit à Addelston, préconise de présenter successivement tous les instruments en les faisant voir, puis sentir avec la main, puis sentir introduits de façon passive en bouche. Au cours de cette phase, l'approche d'une turbine notamment ne manque pas d'effrayer la petite patiente. Toutefois le praticien a désormais des outils puissants à son service, et il n'hésite pas à réactiver les ancrés quand c'est nécessaire.

Enfin, il pose les règles du rendez-vous suivant : il annonce à Marie qu'elle viendra seule dans la salle de soin et qu'elle ne pleurera pas.

Ainsi, ce premier contact aura permis d'annuler les effets des précédents rendez-vous, et aura par ailleurs rempli toutes les exigences d'un premier rendez-vous pédiatrique : examen clinique, prise de contact, établissement de la confiance et préparation de la suite. Pourtant l'attitude initiale de la petite patiente ne laissait pas présager d'un tel résultat au bout d'une demi-heure. C'est pourquoi nous soulignons l'efficacité de la PNL comme outil de communication. Et nous allons à présent débattre de sa place en odontologie.

333. Discussion : la place de la PNL en odontologie

La PNL est donc un outil particulièrement efficace. Nous venons de voir à quel point son utilisation en odontologie était pertinente, notamment lors de la nécessité d'une désensibilisation d'un précédent traumatisme. Nous ne possédons pas de statistiques, mais le nombre de patients ayant subi ce type de traumatisme paraît élevé, et la persistance d'un mauvais souvenir chez le dentiste semble illimitée : de nombreux adultes voire personnes âgées racontent, lorsqu'on le leur demande, un rendez-vous très ancien mais particulièrement frais dans leur mémoire, au cours duquel ils ont ressenti une peur ou une douleur intenses. Le recours à la PNL ne connaît donc pas de limite d'âge : **les indications de la PNL ne se limitent pas à l'odontologie pédiatrique.**

Par ailleurs, la technique de dissociation-désensibilisation n'est qu'une des applications possibles de la théorie générale de communication que constitue la PNL en odontologie. La notion de traitement écologique, c'est à dire qui respecte le patient dans sa totalité et dans son environnement, s'applique à toutes les prises en charge odontologiques. Le *feedback* est également un enseignement riche s'appliquant en permanence au cours des consultations dentaires. La loi de la variété requise, enfin, permet un abord différent du patient réticent aux soins dentaires. En définitive, la PNL étant une théorie générale de la communication, et la communication, comme nous nous attachons à l'établir au cours de ce travail, étant une implication de l'exercice de l'odontologie, le recours à ses principes et techniques peut être fréquent : nous citerons comme exemples le recours au langage non-verbal, la synchronisation, ou encore la congruence du comportement. Mais revenons un instant au film que nous venons de décrire : le Dr Anastasio a été dérangé pendant la phase de synchronisation non-verbale, et sa réaction a alors été très spontanée. Ce rendez-vous n'avait en effet pas fait l'objet d'une préparation spécifique, la PNL est plutôt un travail de fond de la communication, qui permet d'acquérir la souplesse nécessaire pour s'adapter à toutes les situations possibles dans un cabinet dentaire. **Les indications de la PNL en odontologie ne se limitent donc pas à la dissociation-désensibilisation.**

Quelles sont alors les limites des indications de la PNL en odontologie? On ne peut pas parler d'indication de la PNL au même titre que l'indication d'un antibiotique. Si les indications des traitements dentaires répondent à des consensus scientifiques, les indications en matière de communication répondent à l'appréciation instantanée de chaque praticien. La limite de l'application des théories de communication est donc souvent la connaissance que le praticien a de celles-ci. L'intérêt grandissant pour la communication dans la profession mènera peut être un jour les universités d'odontologie à élaborer des enseignements dédiés à cet aspect de la profession. Toutefois, pour l'heure, ces capacités relèvent uniquement de l'intérêt spontané qu'y porte chaque praticien. **La PNL telle que nous venons de la décrire, a tout de même trait à un cas**

particulier, et la technique de dissociation-désensibilisation relève de l'exercice spécialisé, vers lequel les omnipraticiens peuvent aiguiller leurs patients les plus réticents, car elle nécessite une connaissance approfondie, et une expérience dans la pratique de plusieurs années.

Quel intérêt l'omnipraticien trouve-t-il alors dans une connaissance, même succincte, de la PNL? Elle lui permet tout d'abord d'éviter de faire des erreurs de communication. Au cours de notre étude bibliographique, nous avons relevé des erreurs de communication dans des ouvrages pourtant dédiés à cette discipline : les auteurs abordent notamment la puissance du toucher dans la communication. Joule et Beauvois [56], en particulier, parlent de l'influence du toucher dans la communication sans évoquer la notion d'ancrage : il convient de savoir que l'on ancre un état lorsqu'on touche le patient, afin de ne pas commettre l'erreur de réactiver un mauvais état au mauvais moment. La PNL, même sans grande pratique, permettra par ailleurs à l'omnipraticien de faciliter d'une manière générale sa communication.

Après avoir décrit en troisième partie les outils comportementaux utiles au chirurgien-dentiste, nous allons à présent, dans une quatrième partie en forme d'annexe, cibler quelques situations où l'interaction de la communication et de l'exercice de l'odontologie est prégnante.

En effet, nombreuses sont les contraintes liées à l'exercice de l'odontologie rejaillissant sur le cahier des charges de la communication, et vice versa.

Aussi, la mise en pratique de ce que nous avons appris au cours de notre recherche semble-t-elle un corollaire incontournable.

Voici donc quatre exemples de situations courantes au cabinet dentaire où la communication joue un rôle primordial.

QUATRIEME PARTIE

ANNEXES

APPLICATIONS PRATIQUES AU CABINET DENTAIRE

41. Les patients dit "difficiles"

Pour commencer cette annexe relatant la confrontation permanente du chirurgien-dentiste à la communication, nous allons revenir de façon plus générale sur une notion dont Marie était un bon exemple : il s'agit des patients dit "difficiles". Cette dénomination figure dans de nombreuses publications, mais certains auteurs nous invitent à relativiser cette notion.

Dans son article sur l'approche de l'enfant difficile au cabinet dentaire [9], le Dr Anastasio caractérise ce type de patient en odontologie pédiatrique par son comportement de refus face aux soins. L'auteur propose dans cet article un outil de communication comme une solution parmi d'autres pour améliorer le contact avec l'enfant : il s'agit de **la communication non-verbale**. L'auteur retrace le déroulement d'une consultation en éclairant le lecteur sur les points critiques d'un tel rendez-vous : le premier contact, l'explication des soins, l'élaboration d'un plan de traitement en fonction du comportement de l'enfant, le problème de l'anesthésie et l'âge de l'enfant sont autant de paramètres que le praticien doit prendre en compte afin d'élaborer une stratégie efficace.

Transposé à l'adulte, le comportement d'évitement des soins peut se transformer en **absentéisme**. Certes ce phénomène est un handicap pour l'organisation du cabinet. Mais là n'est pas la seule interprétation : en terme de communication, l'absentéisme est un message adressé au praticien, et doit faire l'objet d'un recadrage. La communication peut donc aider le praticien à gérer la situation avec le patient, mais aussi à gérer son propre stress par une nouvelle interprétation du préjudice porté à l'organisation de son planning.

Pour le Docteur Charon, les patients difficiles sont comme **un miroir** qui nous fait prendre conscience de nos propres faiblesses [12]. Si tel n'était pas le cas, alors tous les patients seraient faciles ou difficiles quel que soit le praticien. Mais en réalité il semble bien que tel patient soit difficile avec tel praticien et facile pour tel autre. Le patient n'est donc pas difficile pris isolément, c'est la relation qui pose un problème. Et cette difficulté relationnelle est un défi lancé à la capacité d'adaptation du praticien. On retrouve cette nuance dans les écrits de Bandler et Grinder, qui prônent la souplesse de la communication. Dans leur domaine, il ne s'agit pas de patients difficiles mais de "**résistance**" [53]. Les auteurs, provocateurs comme à leur habitude, prétendent qu'il n'existe pas de patients résistants mais seulement des mauvais communicateurs.

Ainsi, à la lueur des défis lancés par la communication, les patients dits "difficiles" sont perçus différemment. Fort de ces enseignements, le praticien peut réagir plus sereinement face à eux : il pourra mieux s'adapter, et essayer successivement plusieurs outils comportementaux jusqu'à trouver une solution adéquate.

42. Aspects légaux et communication

La légitimité de la communication dans l'exercice de l'odontologie est justifiée par ce que le Dr Nossintchouk appelle **la synergie de validation de la communication** : selon l'auteur, la communication est justifiée par l'activité thérapeutique, l'éthique, la déontologie, mais aussi par le cadre légal imposé au chirurgien-dentiste.

Nous assistons actuellement à la croissance de l'encadrement légal de l'exercice de l'odontologie, et la communication a récemment fait son apparition dans les textes de loi : **la loi du 4 mars 2002 inscrit le devoir d'information du patient dans les devoirs légaux du praticien**.

Nous commencerons par brosser un panorama des sources du droit en odontologie, puis nous nous intéresserons successivement aux problèmes légaux posés par la communication orale, puis écrite.

Les sources du droit en odontologie

L'exercice de l'odontologie est soumis à un cadre légal sans cesse réactualisé, et les sources du droit sont nombreuses. J.Carbonnier [75] parle de **pluralisme juridique**, c'est à dire que les textes de loi relatifs à l'odontologie sont disséminés dans de nombreux codes, quatre plus exactement, dont seuls deux lui sont entièrement consacrés.

- **Le code de déontologie** des chirurgiens-dentistes, tout d'abord, décrit les devoirs des chirurgiens-dentistes entre eux et envers les patients. Ce sont les instances ordinaires qui veillent à son respect. Toutefois une étude exhaustive de ce code révèle que sur les 81 articles le composant, seuls deux (les articles 27 et 31) concernent les relations praticien-patient, ce code ayant plus pour vocation d'encadrer les relations confraternelles. Selon Alain Béry [51], "le code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne prend en compte le patient qu'accessoirement à son objet principal", ce qui attise le phénomène de pluralisme juridique.

- **La convention nationale** régit les devoirs des chirurgiens-dentistes conventionnés en matière d'honoraires. Son respect est assuré par la vigilance des caisses d'assurance maladie.

- **Le code de la santé publique** définit la pratique de l'art dentaire grâce à l'article 5 du 13 juillet 1972 modifiant l'article L373 : "la pratique de l'art dentaire

comporte le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche, des dents et des maxillaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, dans les conditions prévues par le code de déontologie des chirurgiens-dentistes." La loi du 4 mars 2002 correspond par ailleurs à l'article L1111-4 de ce code.

• **Le code pénal** encadre également l'exercice de la profession, avec notamment l'article 226-13, concernant le secret professionnel.

La communication orale

L'évolution de la relation soignant-soigné a consacré une place aujourd'hui importante à **l'information du patient**. La nature de cette information est définie par le code de déontologie et par la loi du 4 mars 2002. Toutefois, selon David Jacotot [76], ce texte reste évasif sur bien des points et "pour éviter tout litige, le praticien doit non seulement être pédagogue, mais aussi psychologue."

En pratique, l'information du patient se fait par oral au cours de la consultation. Mais en cas de litige, c'est au praticien d'apporter la preuve qu'il a informé le patient. Nul texte de loi n'implique une preuve écrite, c'est un système de preuve libre, mais il est évident qu'il est plus facile de prouver que l'information a été délivrée s'il en existe une trace écrite. Le dossier médical peut recéler ce type de document. Par ailleurs, le code de la santé publique précise que l'information est délivrée lors d'un entretien personnalisé : le législateur semble donc privilégier la communication orale à la communication écrite.

La communication orale est initialement une nécessité pour la relation thérapeutique, mais elle est devenue une obligation légale. Son élaboration doit donc se faire dans le respect des implications complémentaires de la relation thérapeutique et de la loi.

Le consentement éclairé, récemment inscrit dans le code de la santé publique, est également une nouveauté dans la pratique médicale. Le plus souvent ce consentement est recueilli de façon orale, d'autant plus qu'en cas de litige, et contrairement au défaut d'information, il revient au patient plaignant d'apporter la preuve du défaut de consentement, en vertu de la notion d'aptitude à la preuve de l'article 1315 du code civil [76].

Cet encadrement par la loi de la pratique médicale accroît la complexité de l'exercice au quotidien. En effet, nous nous sommes attachés au cours de ce travail à montrer pourquoi la communication était indispensable dans l'exercice de l'odontologie, mais l'évolution juridique de l'encadrement de notre profession ajoute des nouvelles préoccupations dans la manière de communiquer.

La communication écrite

Deux documents clés constituent l'essentiel de la communication écrite : le devis et le dossier médical.

Le devis est un document qui apparaît dans le code de déontologie, dans la convention et dans le code de la santé publique. Pour ce dernier code, soulignons qu'il s'agit d'un article concernant les soins esthétiques (L6322-2), et que la dentisterie est concernée par ce problème juridique de l'esthétique qui voit basculer l'obligation de moyen propre à la médecine vers une obligation de résultats. Au demeurant, le devis reste un document écrit incontournable, et au final peu litigieux car très formaté.

Le dossier médical était initialement un document réservé au praticien. Mais depuis le 4 mars 2002, et sous la pression de l'opinion publique, il est devenu un document libre d'accès pour le patient. D'où sa présence dans ce chapitre, puisqu'il devient alors un vecteur de information. L'article L1111-7 alinéa 4 du code de la santé publique constraint le praticien à communiquer ce dossier au patient sans intermédiaire dans un délai de huit jours. Comme pour le devis, cette nouveauté ne complique pas outre mesure l'exercice de l'odontologie, ce dossier étant avant tout une nécessité pour le suivi thérapeutique. Sa réception par le patient peut d'ailleurs être discutée en terme de pertinence de communication : on comprend aisément le souci de transparence à l'origine de cette évolution, mais l'accès du patient à une information brute n'est certainement pas le meilleur moyen de communication.

Ainsi, la communication est-elle régie sur bien des points par des textes de loi. L'évolution de l'opinion engendre un développement de la législation qui implique des mutations dans l'exercice quotidien de l'odontologie. Mais le rapport entre droit et société n'est pas à sens unique, et ce cadre légal, pensé pour s'adapter aux évolutions de la société, la modifie au final également. Il existe ainsi des effets pervers à cette législation plus invasive, telle que la communication abrupte des risques encourus par un patient avant une intervention : la loi veut améliorer la communication, mais la rend parfois moins humaine.

43. Nouvelles technologies : l'avènement du numérique

L'essor de l'intérêt pour la communication en odontologie s'accompagne de l'émergence de nouveaux moyens de communication. En effet, la distinction que nous venons d'établir entre communication orale et communication écrite est désormais assortie d'un troisième type de support : le support technologique.

L'arrivée de **la radiologie numérique**, tout d'abord, a révolutionné la façon de travailler des chirurgiens-dentistes. Nous ne discuterons pas ici de la comparaison du pouvoir diagnostic des différents types d'imagerie, mais nous soulignerons l'impact pédagogique et psychologique que peut avoir l'affichage instantané d'une radio numérique sur un écran contigu au fauteuil. Le Docteur Nossintchouck constate que la communication est ainsi engagée avant même que le praticien n'ait eu le temps de parler [28]. Cet aspect conforte la nouvelle conception de la relation patient-praticien, dont nous parlions au chapitre 132 : c'est un véritable partenariat qui s'installe entre le dentiste et son patient, la découverte simultanée des clichés donnant un caractère transparent à l'investigation radiologique.

Renforçant plus encore cette idée de partenariat, **la caméra intraorale** est un outil plus spécifiquement dévolu à la communication. Augmentant selon ses adeptes le pouvoir diagnostic, et réduisant selon ses détracteurs le temps de travail effectif, la caméra intraorale n'en reste pas moins une façon inédite de présenter au patient sa propre bouche. L'impact émotif est garanti, une image agrandie d'une carie profonde mais indolore en distal d'une 8 ne manque pas de justifier l'intervention du dentiste, qui jusqu'alors ne pouvait compter que sur la confiance aveugle que lui accordait son patient. Mais ne nous méprenons pas, il ne s'agit pas là d'un relais de la confiance au second plan ; celle-ci reste capitale malgré les évolutions techniques.

En terme de psychologie, ces nouvelles technologies favorisent une stratégie de communication faisant appel à la psychologie cognitive : en effet la responsabilisation croissante du patient doit s'accompagner d'une plus grande compréhension des mécanismes se jouant dans sa bouche. Mais ce type de communication moderne ne supplante donc pas les autres outils comportementaux, notamment dans la gestion du stress.

Enfin, nous constatons que l'essor simultané de la communication et des technologies n'est pas nouveau : selon le Docteur Nossintchouck [28], les premières publications sur la communication et la gestion du stress dans la sphère odontologique ont été concomitantes de l'électrification des fauteuils dans les années 70. Comme nous l'évoquions au chapitre 122 sur la réalité du cabinet dentaire, les évolutions simultanées de la technique et de la façon dont on souhaite prendre en charge le patient semblent indissociables. Au demeurant, de la poule ou de l'oeuf, on ne saura jamais qui fut le premier...

44. Communication des échecs thérapeutiques

L'échec thérapeutique fait partie de l'exercice de l'odontologie, comme il fait partie de l'exercice de toutes les spécialités médicales. Notre propos n'est pas de débattre ici de ses causes, qui sont nombreuses et ne se limitent pas à la faute technique, mais de la stratégie de communication consécutive. Comme le dit le Docteur Bourrassa, "les erreurs techniques sont une réalité, **charge au praticien de ne pas doubler l'erreur technique d'une erreur de communication.**" [8]

En effet, le litige entre patient et praticien est une succession d'événements funestes, dont le premier peut être un échec thérapeutique avec ou sans faute technique. Le deuxième est alors une mauvaise communication, et le troisième le litige, puis le contentieux éventuellement. Une communication réussie permet de désamorcer en amont cet enchaînement indésirable.

Pour le Docteur Nossintchouck, la solution au problème réside dans le souci porté à l'élaboration du **pronostic** [48]. En effet l'évolution de la notion **d'information du patient** implique désormais la communication au préalable des risques encourus par le patient : seuls les risques exceptionnels - et la notion d'exception devient sévère, puisqu'elle n'inclut plus que les risques inférieurs à 4 pour 1000 - peuvent ne pas être communiqués au préalable au patient. Cette parade est en théorie très efficace, tant il est vrai qu'un patient conscient des risques encourus accepte plus facilement l'apparition *a posteriori* de l'un d'eux. Toutefois, en pratique, cette obligation légale procède d'un mécanisme de **déresponsabilisation du praticien** devant les risques encourus, sans parler du coût psychologique pour le patient d'une telle pratique.

Car effectivement, l'échec thérapeutique est par essence lié à la notion de **responsabilité médicale**. Il existe différents niveaux de responsabilité : en cas de contentieux, il s'agit de la responsabilité civile du praticien, dont la vocation première est d'indemniser la victime, et non pas, comme le rappelle David Jacotot [76], de jeter le discrédit sur le praticien. Ainsi, la responsabilité est-elle juridiquement définie, du moins par la jurisprudence. Mais encore une fois, en pratique, la responsabilité de la communication de l'échec thérapeutique est plus d'ordre éthique que légal, même si un défaut d'éthique peut mener à assumer ses responsabilités civiles devant les instances compétentes, c'est bien là leur rôle. Remarquons simplement que ces instances fondent leur raisonnement en cas de litige sur la jurisprudence, c'est à dire sur des consensus, plus que sur une définition essentielle de la responsabilité.

Le problème fondamental réside donc dans une **éthique de la vérité** : comme le rappelle Michela Marzano [45], le discours philosophique a souvent maintenu la vérité comme un principe moral. Kant considère que la vérité est un devoir, mais il souligne lui-même l'ambiguïté de la notion de vérité : selon lui, il

ne faut pas confondre vérité et franchise. Si l'homme ne doit pas mentir, il ne doit pas pour autant dire toute la vérité. Parfois rester réservé est une façon de respecter autrui beaucoup plus qu'en étant complètement franc. Il est vrai que ce problème essentiel de la vérité concerne plus les maladies incurables et la fin de vie que la communication des échecs thérapeutiques en odontologie. Néanmoins, dans une moindre mesure, le praticien confronté à l'annonce d'un échec thérapeutique doit résoudre une équation de communication particulièrement compliquée. Ni l'annonce abrupte déculpabilisante, ni l'occultation coupable ne sont acceptables, et le praticien doit alors jongler avec sa sensibilité et celle de son patient.

CONCLUSIONS

Ainsi la relation patient-praticien en odontologie est-elle soumise à des contingences bien spécifiques. On retrouve certes de nombreux points communs avec la médecine, notamment l'évolution actuelle des attentes des patients, mais la sphère oro-faciale reste une zone anatomique singulière, et le chirurgien dentiste est confronté à une attitude toute particulière du patient qui ne se comporte pas comme chez son médecin.

La communication qui en découle est elle-même tout à fait spécifique. De l'interruption de la communication verbale à l'aspect psychosomatique des affections bucco-dentaires, le patient souffrant de maux dentaires fait du chirurgien-dentiste un thérapeute à part.

Alors, afin de s'adapter constamment aux doléances et besoins, parfois contradictoires, de ses patients, le praticien a accès à tout un panel de techniques de communication. Toutefois, **les moyens de communication ne font pas la communication**, et seule la perspicacité du praticien permet d'élaborer une communication pertinente.

En pratique, les situations génératrices de problèmes de communication au cabinet dentaire sont très nombreuses. **Et ces problèmes de communication ont trait à des domaines aussi variés que la psychologie, le droit, l'éthique ou même la philosophie.** On comprendra donc aisément que les sollicitations en la matière exigent beaucoup du chirurgien-dentiste.

La communication en odontologie est donc un vaste terrain de recherche. Or cette science jeune s'intéresse depuis peu à cette composante indissociable de la pratique. L'essor de l'intérêt que lui porte la profession est donc prometteur. Les nombreux progrès réalisés ces dernières décennies dans les disciplines fondamentales de l'odontologie s'accompagneront très certainement bientôt de grands progrès en communication ; alors peut être que dans quelques générations, l'image publique du dentiste aura complètement changé.

Après quelques années consacrées à l'étude théorique et scientifique des dents, notre arrivée en clinique fut une révélation sur la nature de la profession : la confrontation aux doléances et questionnements des patients laisse immédiatement entrevoir la place incontournable de la communication dans l'exercice de l'odontologie. Puis, en observant quelques praticiens particulièrement avisés dans le domaine, notre goût pour cette discipline s'est développé, et c'est tout naturellement que nous l'avons choisie comme sujet de thèse. Ce travail nous a beaucoup apporté pour l'exercice quotidien de l'odontologie.

Tout d'abord, l'étude de la communication en odontologie a permis de valider certaines intuitions. En effet nombre de composantes du comportement et des

croyances spontanées du praticien ont trouvé une justification par ce travail : la musicothérapie en est un exemple frappant. Les travaux du Dr Vinard apportent la preuve de la pertinence de la technique, malgré son aspect fantaisiste de prime abord.

De manière plus générale, le développement des sciences de la communication est une forme de lutte contre un certain obscurantisme, contre un déni d'une composante inhérente à chaque instant de toute vie sociale. L'élaboration de ce travail et les recherches réalisées nous ont permis de lutter contre notre propre spontanéité en la matière, de justifier les comportements pertinents comme d'éliminer ceux qui altéraient la communication, et de relativiser des *a priori* erronés : à titre d'exemple, nous citerons l'hypnose, qui jouit à tort d'une réputation sulfureuse, et la manipulation, qui derrière des aspects négatifs, se révèle incontournable.

Certains outils comportementaux nous ont par ailleurs délivré des messages optimistes : le traitement des patients difficiles dans l'esprit de la PNL est un réconfort pour le praticien qui s'est heurté quelques fois à la cuisante déception que constitue l'impossibilité de soigner un enfant réticent.

En outre, le développement des sciences de la communication est prometteur : lorsque nous mesurons l'écart qui sépare la fantaisie d'un training autogène de Schultz de la pertinence d'une PNL maîtrisée, nous émettons un avis optimiste pour l'avenir de la communication.

Plus concrètement, cette étude nous aura permis de moins nous focaliser sur les dents du patient, et de replacer la pathologie dentaire dans son contexte, c'est-à-dire un contexte psychosomatique : la carie dentaire est une manifestation de certains comportements du patient, qu'il convient de dépister avant d'utiliser la turbine. La notion de traitement écologique nous aide beaucoup dans notre pratique quotidienne.

Par ailleurs, le catalogue des outils comportementaux nous donne une idée plus claire du panel de possibilités devant un défi de communication, et nous permet de mobiliser plus vite une nouvelle technique en cas d'échec, en un mot d'augmenter notre flexibilité, caractéristique de la communication que nous nous sommes attachés à décrire comme indispensable.

Enfin, l'étude des caractéristiques de la communication nous a permis de différencier une bonne communication d'une mauvaise : à défaut de toujours bien communiquer, avec élégance dans les transitions et efficacité dans la manipulation, nous repérons désormais plus facilement nos erreurs.



BIBLIOGRAPHIE

- [1] GUISSE A.M. Concept de santé : du biologique au culturel, du professionnel au profane. *L'information dentaire* n°12 ; 04/03/1988.
- [2] BERNARD J., LANGANEY A. Si Hippocrate voyait ça. Paris : Lattès ; fevrier 2003.
- [3] CLARKE R. René Leriche où l'humanisme en chirurgie. Paris : Seghers, Savants du monde entier ; 1962.
- [4] Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Conférence internationale sur la santé. New York : 19-22 juin 1946. <http://www.who.int/governance/fr/>
- [5] VALENTIN C.M. Interrelations psychiques et organiques. *Réalités cliniques*, vol.5, n°2, 1994, pp.209-220.
- [6] ROZENCWEIG D. Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Paris : Quintessence, 2000.
- [7] LUNDEGREN N., AXTELius B., HAKANSSON J., ACKERMAN S. Dental treatment need among 20 to 25 years old Swedes : discrepancy between subjective and objective need. *Acta. Odontol. Scand.* Avril 2004 ; 62(2):91-6.
- [8] BOURRASSA M. *Manuel de dentisterie comportementale*. Méridien, 1998.
- [9] ANASTASIO D. Approche de l'enfant difficile au cabinet dentaire à l'aide d'une communication non-verbale. *Actualités Odonto-Stomatologiques* ; n°210, Juin 2000.
- [10] ANASTASIO D. Les soins dentaires chez l'enfant : approche psychologique. *Actualités Odonto-Stomatologiques* ; n°176, Décembre 1991.
- [11] BANDLER R., GRINDER J. *Le recadrage : transformer la perception de la réalité grâce à la PNL*. Interéditions ; 2005.
- [12] CHARON J., JOACHIM F. *Service patient, service gagnant*. Cdp ; 1995.
- [13] PERNY J.C. *Le stress et la fatigue du chirurgien-dentiste au cours de son exercice*. Thèse de 2e cycle ; université de Nancy 1 ; 1991.
- [14] BODIN C. *La fatigue professionnelle du chirurgien-dentiste*. Thèse de 2e cycle ; université de Nantes ; 1991.
- [15] WESTERLOPPE G. *Le stress dans la vie professionnelle du chirurgien-*

- dentiste. Thèse de 2e cycle ; université de Lille 2 ; 1978.
- [16] CAMUS S. Le stress du chirurgien dentiste face aux soins pédodontiques. Thèse de 2e cycle ; université de Nancy 1 ; 1998.
- [17] DUBOIS-DUMONT J. La peur de faire mal et de mal faire des étudiants en odontologie. Thèse de 2e cycle ; université de Reims ; 2003.
- [18] GAMELIN D. Le stress professionnel du chirurgien dentiste. Thèse de 2e cycle ; université de Lille 2 ; 2004.
- [19] FLOURENT J. A propos du stress du chirurgien-dentiste, analyse statistique. Thèse de 2e cycle ; université de Lille 2 ; 2006.
- [20] VALERI D. Le stress du dentiste. Indépendante n°1 : pp 74-78 ; 01/10/2002.
- [21] HAISCH M.A. Outcomes assessment survey to determine patient satisfaction. *J. Contemp. Dent. Pract.* Février 2000 15;1(2):89-99.
- [22] KELLY M.A., LANGE B., DUNNING D.G., UNDERHILL T.E. Reasons patients stay with a dentist. *J. Dent. Pract. Adm.* Janvier-Mars 1990;7(1):9-15.
- [23] BRETON-CORTES C. La représentation du chirurgien-dentiste dans le cinéma de fiction : analyse psycho-sociologique à partir de 15 films. Thèse de 2e cycle ; université de Nancy 1 ; 1993.
- [24] GRAVIER O. Perception de l'acte odontologique à travers les œuvres des scénaristes et des dessinateurs de bande-dessinées. Thèse de 2e cycle ; université de Nantes ; 1995.
- [25] NOGUEROL B., FOLLANA M., SICILIA A., SANZ M. Analysis of oral health in the Spanish mass media. *Community Dent. Oral. Epidemiol.* Février 1992;20(1):15-9.
- [26] ABRAHAMSSON K.H., HAKEBERG M., STENMAN J., OHRN K. Dental beliefs : evaluation of the Swedish version of the revised Dental Belief Survey in different patient groups and in a non-clinical student sample. *Eur. J. Oral. Sci.* Juin 2006 ; 114(3):209-15.
- [27] ABRAHAMSSON K.H., HAKEBERG M., BERGGREN U., CARLSSON S.G. The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. *Eur. J. Oral. Sci.* Avril 2003; 111(2):99-105.
- [28] NOSSINTCHOUK R. Communiquer en Odonto-Stomatologie. Cdp : 2003.

- [29] ROBIN O., ALAOUI-ISMAILI O., DITTMAR A., VERNET-MAURY E. Emotional responses evoked by dental odors: an evaluation from autonomic parameters. *J. Dent. Res.* Août 1998; 77(8):1638-46.
- [30] VINARD H. Psychophysiological influences of the auditory function in dental practice. Paris : revue odontostomatologique. Janvier-Février 1978; 7(1):41-3.
- [31] CANBEK K., WILLERSHAUSEN B. Survey of the effectiveness of masking noises during dental treatment: a pilot study. *Quintessence international*. Juillet-Août 2004; 35(7):563-70.
- [32] ENKLING N., MARWINSKI G., JOHREN P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. *Clin. Oral. Investig.* Mars 2006; 10(1):84-91.
- [33] GRYTTEN J., HOLST D., ROSSOW I., VASEND O., WANG N. 100 000 more adults visit the dentist: a few results of november 1989. *Nor Tannlaegeforen Tid. Juin 1990*; 100(10):414-22.
- [34] KANEKANE K., PENHA S.S., BORSATTI M.A., ROCHA R.G. Dental anxiety in an emergency dental service. *Clin. Oral. Investig.* Mars 2006; 10(1):84-91.
- [35] LUNDGREN J., BERGGREN U., CARLSSON S.G. Psychophysiological reactions in dental phobic patients with direct vs. indirect fear acquisition. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. Mars 2004; 35(1):3-12.
- [36] VAN WIJK A.J., HOOGSTRATEN J. Experience with dental pain and fear of dental pain. *J. Dent. Res.* Octobre 2005; 84(10):947-50.
- [37] KLAGES U., KIANIFARDL S., ULUSOY O., WEHRBEIN H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. *Community Dent. Oral. Epidemiol.* Avril 2006; 34(2):139-45.
- [38] FIX J.D. *Neuroanatomie*. Paris, Bruxelles : de Broeck; 1996.
- [39] CROSSMAN A.R., NEAVY D. *Neuroanatomie*. Paris : Elsevier; 2004.
- [40] PENFIELD The cerebral cortex of a man. New York : Hafner, 1968. pp 44-57.
- [41] LANDOUZY J.M. *Mal de dos, mal de dent*. Paris : Quintessence; 2005.
- [42] PIAGET J. *La psychologie de l'enfant*. Que sais-je N°369. Paris 1969 :

pp. 7, 10, 16, 22.

- [43] VAUGHAN V.C., McKAY R.J. *Traité de pédiatrie*. Doin, tome 1, pp 59-62.
- [44] TOURETTE C., GUIDETTI M. *Introduction à la psychologie du développement*. Armand Colin, Paris 2002.
- [45] MARZANO M. *Je consens donc je suis*. Puf 2006.
- [46] LEMOINE P. *L'enfer de la médecine...est pavé de bonnes intentions*. Robert Laffont 2005.
- [47] Le Littré en ligne. <http://francois.gannaz.free.fr/Littre/xmllittré.php?>
- [48] NOSSINTCHOUCK R. *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*. Cdp 1998.
- [49] VASSAL J.P. *Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté*. SNPMD, Paris, 2003.
- [50] Le Monde.fr <http://www.lemonde.fr/cgi-bin/ACHATS/acheter.cgi?>
- [51] BERY A. *Le contrat de soins*. Sid, 1997.
- [52] JAKOBSON R. *Essais de linguistique générale*. Paris, éditions de Minuit. 1963.
- [53] BANDLER R., GRINDER J. *Les secrets de la communication. Les techniques de la PNL*. Les éditions de l'Homme. 2005.
- [54] CAYROL A., DE SAINT PAUL J. *Derrière la magie. La programmation neuro-linguistique (PNL)*. Interéditions 2005.
- [55] LIEURY A. *Introduction à la psychologie*. Dunod, Paris, 2000.
- [56] JOULE R.V., BEAUVOIS J.L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. PUG, 2002.
- [57] LEWIN K. *Group decision and social change*. Dans NEWCOMB T., HARTLEY E. *Readings in social psychology*. New York, Holt, 1947.
- [58] CARDUCCI B.J., DEUSER P.S. *The foot-in-the-donor technique : initial request and organ donation*. Basic Appl Soc Psych. 1984; 5(1):75-81.
- [59] BANDLER R., GRINDER G. *Transe-formation. Programmation neuro-linguistique et techniques d'hypnose ericksonienne*. Interéditions, 2005.

- [60] SCHULTZ J.H. Training autogène. Bibliothèque de psychiatrie, 1974.
- [61] THELLIEZ-DEMAZIERES M. Amélioration des relations patient-praticien par la pratique du training autogène et de l'hypnosophrologie. Thèse de 2e cycle, université de Lille 2, 1975.
- [62] VINARD H., RAVIER-ROSENBLAUM C. Influence psychosomatique de l'environnement sonore au cabinet dentaire. Revue d'odontostomatologie, tome 18, n°2, 1989.
- [63] BOURRASSA M. L'hypnose en médecine, en médecine dentaire et en psychologie. Méridien, 2005.
- [64] PECOLLO J.Y. La sophrologie au quotidien. J'ai lu, 2005.
- [65] TREGAN D., CAILLEUX-KREITMANN J., NEGRE-GARNIER C. Patient admission and induced abortion. A different mode : homeopathy and sophrology. Soins Gynecol. Obstetr. Pueric. Pediatr. 1994 Mar;(154):37-9.
- [66] LEOPHONTE P., DELON S., DALBIES S., FONTES-CARRERE M., DE CARVALHO E.G., LEPAGE S. Effects of preparation on anxiety before bronchoscopy. Rech. soins infirm. 2000 Mar;(60):50-66.
- [67] DILTS R. Modéliser avec la P.N.L. Interéditions, Paris, 2004.
- [68] DE LASSUS R. La communication efficace par la P.N.L. Marabout, 1992.
- [69] BANDLER R., GRINDER J. Un cerveau pour changer. Interéditions, Paris, 2002.
- [70] BATESON G. Vers une écologie de l'esprit. Seuil, Paris. Tome 1, 1977. Tome 2, 1980.
- [71] BALICCO C. La programmation neuro-linguistique. www.pseudoscience.org ;Association Française pour l'Information Scientifique (AFIS).
- [72] Psychothérapeutes : les errements de la législation. www.lemonde.fr, édition du 31/01/07.
- [73] TURKLE S. La France freudienne. Fayard, 1981.
- [74] DELERM P. Indépendante n°45, février 2007, p.12.
- [75] CARBONNIER J. Sociologie juridique. Armand Colin, Paris , 1972.

[76] JACOTOT D. Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire. Texto éditions. Paris, 2005.



ICONOGRAPHIE

[fig.1] <http://www.sirona.fr>

[fig.2] <http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhadfauteuilceltic1941>

[fig.3] CROSSMAN A.R., NEAVY D. Neuroanatomie. Paris : Elsevier; 2004.

[fig.4] CROSSMAN A.R., NEAVY D. Neuroanatomie. Paris : Elsevier; 2004.

[fig.5] CROSSMAN A.R., NEAVY D. Neuroanatomie. Paris : Elsevier; 2004.

[fig.6] Indépendante n°45, février 2007, p.. Vue d'artiste.

[fig.7] <http://www.linguistes.com/langue/jakobson.gif>

[fig.8] BOURRASSA M. Manuel de dentisterie comportementale. Méridien, 1998. p.58 : La pyramide de Maslow.

[fig.9] VINARD H., RAVIER-ROSENBLAUM C. Influence psychosomatique de l'environnement sonore au cabinet dentaire. Revue d'odontostomatologie, tome 18, n°2, 1989.



CHEVALIER (Grégoire) – La communication : un outil indispensable à la relation praticien-patient en odontologie.

NANCY 2007 : 132 p. : 30 cm

Th. : Chir-Dent : Nancy : 2007

Mots clés : Relation praticien-patient

Anxiété

Relaxation

Programmation-Neuro-Linguistique

Psychologie

CHEVALIER (Grégoire) – La communication : un outil indispensable à la relation praticien-patient en odontologie.

Th. : Chir-Dent. : Nancy : 2007

La relation praticien-patient en odontologie est soumise à des contingences bien spécifiques. Outre les particularités liées à l'anatomie de la zone oro-faciale, le chirurgie-dentiste est confronté à une attitude du patient propre au cabinet dentaire.

La communication entre patient et praticien qui en découle est donc spécifique également. Au-delà du schéma classique de la communication, celle-ci répond à des règles définies tant par le déroulement des soins que par le rapport qu'entretient le patient avec sa bouche.

Aussi proposons nous un catalogue des outils comportementaux utiles au chirurgien-dentiste pour faire face aux défis posés par la communication au cabinet dentaire. Techniques de relaxation, techniques de motivation, différentes théories de psychologie et de communication (PNL notamment) sont autant de moyens pour le praticien de faire face aux exigences de l'exercice de son art.

Enfin, nous abordons quelques cas pratiques de situations potentiellement conflictuelles au cabinet dentaire afin de dégager les solutions pour le chirurgien-dentiste désireux de traiter les problèmes en amont.

JURY : Président : J.P. LOUIS Professeur des Universités

Juge : C. STRAZIELLE Professeur des universités

Juge : M. WEISSENBACH Maître de Conférences

Juge : D. ANASTASIO Praticien Hospitalier

Juge : J.L. MATHIS Docteur en Chirurgie Dentaire

Adresse de l'auteur : Grégoire CHEVALIER
107 boulevard Poniatowski
75012 Paris



FACULTE D'ODONTOLOGIE

Jury : Président : J.P. LOUIS – Professeur des Universités
Juges : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
D. ANASTASIO – Praticien Hospitalier
M. WEISSENBACH – Maître de Conférences des Universités
J.L. MATHIS – Docteur en Chirurgie Dentaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

présentée par: **Monsieur CHEVALIER Grégoire**

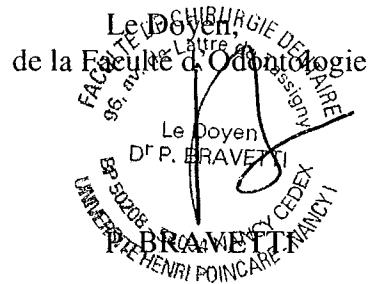
né(e) à: **REMIREMONT (Vosges)**

le **13 avril 1981**

et ayant pour titre : **«La communication : un outil indispensable à la relation praticien-patient en Odontologie»**

Le Président du jury,

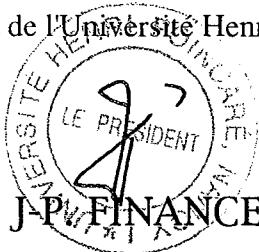
J.P. LOUIS



Autorise à soutenir et imprimer la thèse

NANCY, le *19. 03. 2007*

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1



CHEVALIER (Grégoire) – La communication : un outil indispensable à la relation praticien-patient en odontologie.
NANCY 2007 : 132 p. : 30 cm

Th. : Chir-Dent : Nancy : 2007

Mots clés : Relation praticien-patient
Anxiété
Relaxation
Programmation-Neuro-Linguistique
Psychologie

CHEVALIER (Grégoire) – La communication : un outil indispensable à la relation praticien-patient en odontologie.

Th. : Chir-Dent. : Nancy : 2007

La relation praticien-patient en odontologie est soumise à des contingences bien spécifiques. Outre les particularités liées à l'anatomie de la zone oro-faciale, le chirurgie-dentiste est confronté à une attitude du patient propre au cabinet dentaire.

La communication entre patient et praticien qui en découle est donc spécifique également. Au-delà du schéma classique de la communication, celle-ci répond à des règles définies tant par le déroulement des soins que par le rapport qu'entretient le patient avec sa bouche.

Aussi proposons nous un catalogue des outils comportementaux utiles au chirurgien-dentiste pour faire face aux défis posés par la communication au cabinet dentaire. Techniques de relaxation, techniques de motivation, différentes théories de psychologie et de communication (PNL notamment) sont autant de moyens pour le praticien de faire face aux exigences de l'exercice de son art.

Enfin, nous abordons quelques cas pratiques de situations potentiellement conflictuelles au cabinet dentaire afin de dégager les solutions pour le chirurgien-dentiste désireux de traiter les problèmes en amont.

JURY : Président : <u>J.P. LOUIS</u>	Professeur des Universités
Juge : <u>C. STRAZIELLE</u>	Professeur des universités
Juge : <u>M. WEISSENBACH</u>	Maître de Conférences
Juge : <u>D. ANASTASIO</u>	Praticien Hospitalier
Juge : <u>J.L. MATHIS</u>	Docteur en Chirurgie Dentaire

Adresse de l'auteur : Grégoire CHEVALIER
107 boulevard Poniatowski
75012 Paris