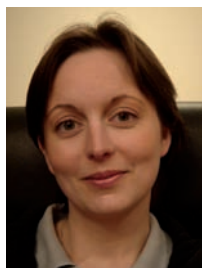


Le plan de traitement : pas d'adhésion sans communication

Nous employons, dans le cadre de l'exercice quotidien, une terminologie technique dont le sens résonne pour nous comme une évidence, mais qui constitue pour les patients un jargon pour le moins hermétique. Il apparaît que ces derniers renoncent le plus souvent à réclamer des éclaircissements... que nous n'avons d'ailleurs pas toujours le temps de leur offrir spontanément, ou qui sont considérés à tort comme un élément secondaire de la démarche thérapeutique.



Dr Anne
SERGENT-DELATTRE

■ Docteur en
Chirurgie dentaire
(Valenciennes)

Dans le contexte actuel d'évolution de notre pratique professionnelle, il faut franchir ce mur sémantique, casser l'image péjorative que nous renvoyons, et de ce fait, aborder les soins avec plus de sérénité, dans un contexte de confiance et de compréhension. Ainsi éclairé, le patient sera d'autant plus enclin à adhérer au plan de traitement.

Pour être compris, il nous faut le comprendre, appréhender ses préjugés et idées reçues, constamment confortés par les médias. Le mystère et la symbolique liés à la cavité buccale, l'incompréhension qui en découle et la peur de l'inconnu sont autant d'éléments expliquant en partie l'angoisse rencontrée chez certains individus, sans compter les facteurs d'anxiété générés par le cabinet lui-même (bruits, odeur caractéristique, matériel). Ceci souligne l'importance de la communication, élément déterminant de la relation thérapeutique. Elle contribuera à réduire le stress du patient, celui du praticien, mais aussi à prévenir d'éventuels conflits.

Les idées reçues

Notre profession souffre d'idées reçues liées à l'image renvoyée par le chirurgien-dentiste, à l'influence familiale et culturelle, à la douleur potentielle ou à son souvenir et au coût des soins³. Embrasser la profession nous a tous valu un certain nombre de réflexions dont la plus courante reflète bien cet état de faits : « *Comment être attiré par un métier qui se limite à faire des trous dans les dents et à les reboucher ?* », ou encore : « *Passer sa vie à travailler dans la bouche des gens, c'est vraiment répugnant !* » Cette vision simpliste n'est, fort heureusement, pas partagée par tous, mais elle met en valeur le fait que la variété, la complexité et l'intérêt de la profession n'est pas une évidence pour une partie de nos contemporains. Les connaissances des patients sur la dentisterie sont bien souvent limitées : qui peut, en effet, expliquer intuitivement l'origine de la lésion carieuse ou définir la composition de l'amalgame ?

La presse écrite grand public, comme le cinéma, renvoie le plus souvent une image négative du chirurgien-dentiste. Elle suscite réticence et interrogations

des patients concernant la qualité des soins, leur nécessité, et le montant des honoraires qui en découle. On retrouve les mots « arnaques », « hors de prix », remettant en cause notre bonne foi, même envers des actes dont les honoraires sont fixés par le « diktat » de la nomenclature ! Ces affirmations - aux termes délibérément racoleurs - confortent lecteurs et spectateurs dans leurs préjugés : « *Le dentiste fait peur, fait mal... et encaisse.* » Cette petite phrase assassine trouve sa source dans une maxime bien connue outre-atlantique : « *drill, fill, bill* » (fraisier, remplir, et facturer).

Il faut donc aujourd'hui nous rendre à l'évidence : toutes les explications que nous ne fournirons pas à nos patients, d'autres - de préférence extérieurs à la profession - s'en chargeront en prenant soin de nous tailler au passage un costard toutes saisons.

Informé avant de soigner est aujourd'hui incontournable, y compris sur le plan médico-légal, et doit se faire dans un langage adapté au patient. La première habitude à prendre est, par exemple, d'indiquer au patient la ou les dents sur lesquelles l'intervention va se dérouler, et si une anesthésie est prévue. Cela peut paraître stupide, mais qui n'a jamais entendu à la suite d'une explication le patient dire : « *OK, c'est bien, est-ce que j'aurai une piqûre ? Parce que j'ai horreur des piqûres !* » Dans le même esprit, la réponse à un jeune patient pusillanime sera : « *Ici, on ne fait pas de piqûres : uniquement des anesthésies. Le matériel est le même mais l'approche est différente.* » Et curieusement, le voilà rassuré...

Autre facteur hautement anxiogène : le **souvenir d'enfance**, ou plus largement tout élément cognitif lié à un traitement antérieur. La prise en charge d'un nouveau patient ainsi « terrorisé » doit s'accompagner d'une rupture nette avec l'image qu'il s'est construite : il doit acquérir - parfois progressivement - la preuve indiscutable que nous n'avons plus rien de commun avec ce qui a suscité ses angoisses. Une fois encore, cette étape ne peut être réalisée qu'avec une communication efficace et une écoute attentive, mais va immanquablement conditionner très largement les



Dr Benoît DELATTRE

■ Docteur en
Chirurgie dentaire
(Assevent)



Julien ROCHAT

■ Groupe
Edmond Binhas

possibilités de mise en place du plan de traitement et la fidélisation du patient.

La symbolique liée à la cavité buccale, la peur de l'inconnu et l'incompréhension peuvent expliquer en partie les états de stress rencontrés. La bouche étant le reflet de notre personnalité mais aussi de notre intimité (hygiène, niveau social...), elle reste un lieu privilégié⁷ dont l'invasion « à la hussarde », sans un mot ou presque, par des mains étrangères gainées de latex, peut générer un malaise évident, parfois non exprimé, ce qui est encore pire. La cavité buccale fait partie de ces zones anatomiques que l'on ressent mais que l'on ne peut voir qu'indirectement grâce au miroir. Elle tient néanmoins une place considérable, où se concentrent plaisir et souffrance : elle est en effet nutrition, sensation, respiration, affection, séduction, sensualité, expression et communication, et ce dès la naissance.

Source de douleur dès le plus jeune âge, la bouche voit coïncider l'éruption dentaire au sevrage et à la séparation maternelle difficile. Rappelons également que la pulpite vient au palmarès de l'intensité douloureuse en seconde place derrière la crise de colique néphrétique ! Le sujet a malheureusement tendance à assimiler, au fil du temps, la douleur intense liée à la pulpite et l'acte thérapeutique du chirurgien-dentiste. Il convient, dans le cadre d'une démarche globale d'amélioration de la relation thérapeutique, de s'approprier progressivement, en début de séance de soins, le « périmètre de sécurité » du patient. Ainsi faut-il à tout prix éviter de se jeter directement dans sa cavité buccale, après l'avoir laissé dans un relatif isolement et une totale immunité tactile en salle d'attente. Un passage de quelques minutes au bureau, pour évoquer les suites éventuelles de la séance précédente et exposer le contenu de la séance du jour, constitue une immersion progressive vers l'acte à venir, propre à induire une plus grande sérénité relationnelle.

Le mal-être lié à notre intervention en bouche peut être atténué en exprimant le fait que ce ressenti est parfaitement normal, dans la mesure où nous intervenons « à l'intérieur » du corps, même si nous n'avons pas pratiqué nous-mêmes l'ouverture par laquelle nous pénétrons.

La place primordiale de la communication dans la relation thérapeutique

La communication est donc un élément déterminant de la relation thérapeutique puisqu'elle permettra de développer avec le patient une relation de confiance durable³.

Le chirurgien-dentiste communiquera de façon simple et directe pour permettre au patient d'intégrer l'information, de la comprendre et de l'accepter. Il doit se montrer avenant, attentif, empathique, efficace et humain en s'adaptant à la personnalité² et au

langage de chacun. De plus, à l'inévitable panorama de nos techniques thérapeutiques, passionnant pour nous mais incroyablement barbant pour le reste du monde, nous préférons un exposé exhaustif des problèmes relevés chez le patient, des avantages que lui apportera le traitement, et des risques encourus à laisser les choses en l'état.

À ce niveau de l'échange, la présentation des plans de traitement passant tout de même obligatoirement par la case « réalisation technique », il nous paraît intéressant, voire primordial de disposer d'outils iconographiques et de modèles de démonstration concernant les actes courants bien que méconnus du grand public. Nous conseillons à ce titre, pour l'avoir largement expérimenté, l'usage de modèles d'arcades comportant chaque élément de prothèse fixée, amovible et implantaire, ainsi qu'un support illustré, de préférence à partir de photos plutôt que de schémas, destiné à présenter les résultats des actes d'odontologie conservatrice, endodontie, paro, etc. En outre, et afin d'éviter de perdre la confiance du sujet, il nous faut maîtriser notre comportement non verbal (ton, intensité de la voix, gestes, posture, expression faciale, regard⁵...), ce dernier ne devant évidemment pas contredire le message oral à transmettre.

Le patient participe également à l'échange, verbalement ou non : il ne se borne pas à recevoir passivement le message. Il est du rôle du praticien d'être attentif, à l'écoute, de marquer de l'intérêt aux remarques du sujet et enfin de détecter les indices non verbaux⁶ - l'expression faciale le plus souvent - et de les comprendre afin d'ajuster son comportement. Dans ces échanges, le praticien apprend ou cherche à connaître son patient, il doit être à la recherche de ses « déclics émotionnels » afin de le guider vers la démarche thérapeutique dont il a besoin. Cette phase débute dès la première consultation, dont le déroulement et la qualité conditionnent 80 % de l'acceptation du plan de



© B. Delattre



© B. Delattre

traitement. Il est primordial d'accorder à cette étape souvent négligée le temps nécessaire pour rassurer le patient, cerner ses attentes, puis évaluer ses besoins en matière de soins, non sans lui exposer notre propre vision de la dentisterie, comme par exemple la nécessité d'une approche globale pour une plus grande tranquillité sur le long terme. Il faut garder à l'esprit que l'adhésion du patient à la thérapeutique proposée, sa décision de l'accepter, seront guidées par l'envie, alors que l'élaboration du plan de traitement se fait essentiellement selon ses besoins. Il nous appartient donc, au travers de la relation établie avec le sujet, de susciter l'envie correspondant à ses besoins.

L'acquisition de cette capacité à écouter et à s'exprimer passe par une phase de réflexion et de remise en question qui peut sembler démesurée en regard du bénéfice attendu, tant il faut modifier nos habitudes, allant même jusqu'à bannir certains termes anxiogènes pourtant usités quotidiennement. Ainsi, des formules anodines comme « *ne vous inquiétez pas* », supposent implicitement qu'il y a de quoi se faire du souci... mais il faut déployer bien des efforts pour la remplacer naturellement par « *rassurez-vous* »... qui veut pourtant dire rigoureusement la même chose.

Développer une relation plus humaine basée sur le respect réciproque permettra ainsi d'effacer le stéréotype du dentiste dominateur et sadique, mais aussi d'éviter ou tout au moins de réduire les conflits potentiels³.

Le consumérisme croissant qui touche notre société s'avère un autre écueil dans la relation soignant-soigné. Nos patients deviennent de véritables « consommateurs de santé »¹, de plus en plus exigeants en matière d'informations aussi bien au niveau des soins qu'au niveau de leur coût⁸. Il est donc essentiel de créer un climat de confiance et de réaliser une dentisterie de qualité adaptée à la demande de chacun. Cette exigence en matière de renseignements n'est pas forcément à considérer comme un handicap, dans la mesure où elle reflète un certain intérêt du patient

à l'égard de nos actes. Le « hic » réside dans le fait qu'elle est souvent combinée à un aspect moins louable de cette évolution sociale, consistant à placer la réhabilitation buccale au rang d'une dépense comme une autre... En clair, nos devis prothétiques sont mis en concurrence avec le remplacement de la machine à laver ou le désir compulsif d'achat d'un écran plat pour ne rien manquer de la Coupe du Monde...

La prise de conscience par le patient que la préservation de son capital santé est essentielle et sans comparaison avec une dépense « électro-ménagère » ne peut se faire sans l'établissement d'un climat de confiance reposant sur une communication efficace, basée en partie, par exemple, sur des outils iconographiques et des modèles concrets permettant une meilleure compréhension, motivation, et donc acceptation du plan de traitement.

Conclusion

L'établissement d'un bon contact, dès le premier rendez-vous, est primordial et représente une chance unique et une composante déterminante pour la suite des relations entre le patient et le cabinet. L'écoute empathique, l'effort de compréhension de l'autre, l'exclusion de tout préjugé, entraînement affectif personnel ou jugement moral sont les conditions à réunir afin d'établir un rapport serein et efficace⁴. Développer une meilleure communication permet de cerner les besoins réels, les motivations et les craintes de l'autre, de répondre ainsi à ses attentes et de lui donner satisfaction.

Une relation de qualité peut se résumer en trois mots : sensibilité, compétence et réciprocité, et demeure le meilleur moyen de développer la motivation du patient et d'obtenir sa coopération.

Un comique français a dit : « *Il y a trois choses qu'on ne peut regarder en face : la mort, le soleil... et son chirurgien-dentiste.* ». Nous ne pouvons rien pour les deux premiers protagonistes de cet anathème relationnel, mais il nous appartient pleinement d'en exclure le troisième élément. ◆

Bibliographie

1. Binhas E. Le colloque singulier, un « redoutable outil » de communication. *Clinic* 2002 ; 23, n°4 : 271
2. Bourassa M. Dentisterie comportementale, Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire, Paris, Editions du Méridien, Maclean Hunter Santé, 1998
3. Sergent-Delattre A. Élaboration, pour un usage didactique au cabinet dentaire, d'un fascicule exposant les actes thérapeutiques élémentaires chez l'adulte. Thèse D. Chir. Dent., Lille, 2004
4. Froment J. et al. La relation patient praticien. Paris, ADF, 1999
5. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient, techniques, art et erreurs de la communication. Paris, Masson, 2001
6. Rozenzweig D. Manuel de prévention dentaire. Paris, Masson, 1998
7. Saint-Pierre F. La Bouche, entre plaisir et souffrance. Paris, Ed. ESKA, 2000
8. SCP. Gasquet-Masson-Vassal. Avenir, droits et devoirs professionnels. *Inf. Dent.*, 1996 ; 78, n°25 : 1855-1878