



HAL
open science

La communication : clef de voûte de la relation praticien patient

Vincent Richaud

► **To cite this version:**

Vincent Richaud. La communication : clef de voûte de la relation praticien patient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03124528

HAL Id: dumas-03124528

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03124528>

Submitted on 28 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est 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 toute poursuite pénale.



Université
de Paris

UNIVERSITÉ DE PARIS

UFR D'ODONTOLOGIE - MONTROUGE

Année 2020

N° M028

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 07 mai 2020

Par

Vincent RICHAUD

La communication : clef de voûte de la relation praticien-patient

Dirigée par M. le Docteur Adrian Brun

JURY

M. le Docteur Benjamin Salmon

Président

M. le Docteur Charles-Daniel Arreto

Assesseur

Mme le Docteur Violaine Smail-Faugeron

Assesseur

M. le Docteur Adrian Brun

Assesseur

M. le Docteur Sébastien Jungo

Invité



Tableau des enseignants de l'UFR

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MÂÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN Mme TAÏHI
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	Mme WULFMAN	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Liste mise à jour le 04 novembre 2019

Remerciements

À M. le Professeur Benjamin Salmon

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifié en Chirurgie orale

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, UFR d'Odontologie – Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de service de l'hôpital Bretonneau

En vous remerciant de l'honneur que vous me faites de présider ce jury, merci du temps que vous consacrez à notre formation. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

À M. le Docteur Charles-Daniel Arreto

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien hospitalier, Assistance publique - Hôpitaux de Paris

En vous remerciant de me faire l'honneur d'apporter votre expérience et la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

À Mme le Docteur Violaine Smail-Faugeron

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur de l'Université Pierre et Marie Curie

Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie – Montrouge

Praticien hospitalier, Assistance publique - Hôpitaux de Paris

C'est pour l'ensemble de tes compétences et de ta pédagogie durant ma formation que j'ai souhaité ta place au sein de mon jury. Je suis honoré que tu aies accepté d'y siéger et je t'accorde ma profonde gratitude.

À M. le Docteur Adrian Brun

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, UFR d'Odontologie - Montrouge

Merci à toi de m'avoir accompagné tout le long de ce travail, de ta patience et de tes conseils. Ta sensibilité et ton humanité m'ont beaucoup apporté, je t'exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir encouragé, soutenu et dirigé dans ce travail de thèse d'exercice.

À M. le Docteur Sébatien Jungo

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, UFR d'Odontologie - Montrouge

En vous remerciant pour l'ensemble des conseils que vous m'avez apporté pour l'élaboration de ce travail. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	1
INTRODUCTION.....	3
1 : LA RELATION PRATICIEN-PATIENT	4
1.1 LES BASES DE LA COMMUNICATION	4
1.1.1. <i>Définition</i>	4
1.1.2. <i>La communication interpersonnelle avec le patient.....</i>	4
1.1.3. <i>Les distances entre les individus</i>	5
1.1.4. <i>Objectifs de la communication</i>	6
1.2 LA COMMUNICATION VERBALE.....	8
1.2.1 <i>Effet placebo et nocebo</i>	8
1.2.2 <i>Le lexique du praticien</i>	9
1.2.3 <i>Le lexique du patient</i>	10
1.2.4 <i>La communication para-verbale ou prosodie</i>	11
1.2.5 <i>L'utilisation des silences</i>	12
1.3. LA COMMUNICATION NON-VERBALE	13
1.3.1 <i>La place de la communication non-verbale.....</i>	13
1.3.2 <i>La communication non-verbale dans la relation praticien-patient</i>	14
1.3.3 <i>Position et posture.....</i>	15
1.3.4 <i>Le regard.....</i>	16
1.3.5 <i>Expression faciale</i>	16
1.3.6 <i>Autres éléments de communication non verbale</i>	18
1.4. AUTRES OUTILS DE COMMUNICATION.....	20
1.4.1 <i>Les supports matériels</i>	20
1.4.2 <i>Les outils d'imagerie</i>	21
1.4.3 <i>La photographie</i>	21
1.5 L'EMPATHIE DANS LA RELATION PRATICIEN-PATIENT	22
1.5.1 <i>Qu'est-ce que l'empathie ?.....</i>	22
1.5.2 <i>L'apport de l'empathie</i>	23
2 : L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	24
2.1. QU'EST-CE QUE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ?	24
2.1.1. <i>Le concept.....</i>	24
2.1.2. <i>Les principes</i>	24

2.2. LES OUTILS DE COMMUNICATION DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	26
2.2.1 L'acronyme OuVER	26
2.2.2 Les questions ouvertes.....	26
2.2.3 La valorisation du patient.....	27
2.2.4 L'écoute réflexive.....	27
2.2.5 Résumer	28
2.2.6 Partager l'information.....	28
2.2.7 Créer l'évocation.....	29
2.3. UTILISATION DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL.....	30
2.3.1 Les stades du changement	30
2.3.2 L'utilisation en chirurgie dentaire.....	31
3 : COMMUNICATION INTERCULTURELLE	33
3.1 CONTEXTE GENERAL	33
3.1.1. Quelques éléments de langage	33
3.1.2. Essentialisme et préjugés : les écueils à éviter	34
3.2. LA SANTE ET LA RELIGION, VALEURS CULTURELLES FORTES.....	35
3.2.1. La santé	35
3.2.2 Religion et spiritualité.....	37
3.3 LA BARRIERE LINGUISTIQUE	42
3.3.1 L'interprétariat	42
3.3.2 Autres moyens de communications et limites	43
DISCUSSION	46
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	49
TABLE DES FIGURES.....	53
TABLE DES TABLEAUX.....	54

Introduction

L'importance qu'occupe la communication avec le patient dans notre consultation médicale dépasse l'intérêt qui lui est porté aujourd'hui. Pourtant elle a une place fondamentale dans bien des aspects de la profession. L'acte technique ne constitue en lui-même qu'une partie de notre prise en charge. Tout ce qu'il y a autour relève de la communication : qu'elle serve à transmettre des méthodes de brossage, à établir une relation de confiance, à expliquer nos traitements, à résoudre des conflits ou à simplement discuter avec nos patients pour mieux les connaître.

Ainsi, l'action de communication est une **compétence** qui peut, et qui doit être améliorée. Néanmoins les formations sur le sujet restent rares dans le milieu de la santé et d'autant plus à destination spécifiques des chirurgiens-dentistes.

Dans une première partie nous explorerons les techniques relationnelles, qui sont à la fois verbales et non-verbales que nous utilisons de façon quasi-instinctive dans notre relation praticien-patient et comment les optimiser.

Nous nous intéresserons ensuite à une méthode comportementale spécifique, l'entretien motivationnel. Nous verrons comment nous pouvons utiliser celui-ci pour inciter nos patients à modifier leur comportement au quotidien, notamment dans une optique d'adhésion à de meilleures méthodes de brossages indispensables à la santé orale.

La troisième partie se focalisera sur les relations inter-culturelles. S'il est aisé et naturel de communiquer avec des individus qui nous sont proches culturellement, linguistiquement et intellectuellement, comment procéder avec un patient qui ne partage pas entièrement notre environnement ? Comment varie la vision de la santé selon les cultures ? Quelle est l'influence des religions sur la façon d'aborder la santé ?

1 : La relation praticien-patient

1.1 Les bases de la communication

1.1.1. Définition

La communication peut être définie simplement comme le : « Don ou partage d'information via la parole, l'écriture ou tout autre médium ».¹

Néanmoins, suite à l'essor de l'étude des sciences de l'information et de la communication au XX^e siècle, des définitions plus précises ont pu être données. *Paul Watzlawick*², membre fondateur de l'« école de Palo Alto » (courant de pensée et de recherche se focalisant notamment sur la communication interpersonnelle) distingue la **communication**, qui implique une relation et du contenu, de **l'information**, qui n'implique que du contenu. Il érige également un axiome pour toutes ses recherches : il est impossible de ne pas communiquer, tout comportement (activité ou inactivité, parole ou silence) envoie un message que les autres, de fait, ne peuvent ignorer car ils communiquent eux-mêmes.

1.1.2. La communication interpersonnelle avec le patient

La relation qui s'établit entre le dentiste et le patient est spécifique, c'est une relation entre un soignant doté de connaissances et d'habilités précises et une personne cherchant à résoudre un problème, parfois malade ou en souffrance. C'est la communication entre ces deux personnes (communication **interpersonnelle**) qui va déterminer la confiance, si importante, de cette relation.

Nous avons tous une façon intuitive de communiquer, déterminée par notre caractère, certains sont plus doués que d'autres mais la communication s'apprend et s'améliore par la pratique. Pour qu'une communication soit interpersonnelle elle nécessite :

- Une **courte distance** entre les deux communicants,
- La possibilité pour les deux communicants d'émettre et de recevoir des **messages verbaux et non-verbaux**.

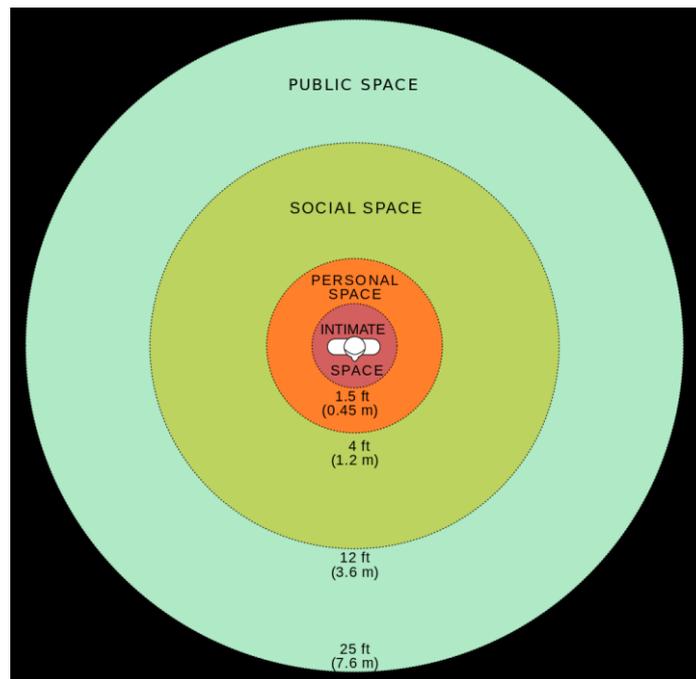
¹ Oxford University Press, « Communication ».

² Watzlawick et Bavelas, *Une logique de la communication*.

1.1.3. Les distances entre les individus

Edward T.Hall³ étudie en 1963 les distances physiques qui régissent notre intimité, il en établit une catégorisation (qui varie selon les individus et les cultures).

Figure 1 : Les distances interpersonnelles



Source : Hall, *La dimension cachée*, 1963.

- **La distance publique (3,60m ou plus)** : Utilisée pour s'adresser à un public ou interpeller au loin, est rare au cabinet dentaire, se limitant à la salle d'attente.

- **La distance sociale (1,20m à 3,60m)** : Distance usuelle pour discuter avec une connaissance ou un étranger, peu utilisée au cabinet dentaire en dehors de la salle d'attente ou de l'accueil.

- **La distance personnelle (45cm à 1,20m)** : Spontanément établie lors d'une discussion avec un ami ou la famille, c'est une distance protectrice qu'on crée autour de soi afin de préserver son intimité. Cette distance permet d'apprécier la communication verbale et non verbale du patient et convient parfaitement pour l'entretien clinique.

- **La distance intime (du contact physique à 45cm)** : Réservée aux proches intimes, un non-respect de cette distance crée un inconfort et un malaise variable selon les personnes. C'est à cette distance que le chirurgien-dentiste travaille.

³ Hall, *La dimension cachée*.

Nous sommes donc confrontés à une situation inhabituelle : nous pénétrons la sphère intime d'inconnus. Cette proximité est consentie car nécessaire mais elle n'est pas naturelle et peut engendrer de l'anxiété et un sentiment de perte de contrôle chez le patient.

Cette situation, qui devient le quotidien du chirurgien-dentiste, doit être subtilement amenée au patient via des contacts préalables normés dans nos schémas culturels. Ainsi, un contact oculaire, un sourire, des gestes d'ouverture ou encore le serrage de main dans la salle d'attente et durant la consultation préparent le terrain pour la distance d'intimité. Dans certaines cultures, ces gestes intimes peuvent être mal perçus et mieux vaut les éviter. Pour cela une lecture des expressions non verbales (mimiques du visage, regard fuyant, contact physique furtif) permet généralement de déceler de la gêne.

1.1.4. Objectifs de la communication

1.1.4.1. La compréhension

Faire passer le **contenu** du message est un objectif primordial du bon communicant. Dans notre relation thérapeutique, notre message doit être le plus explicite possible, sans aucune ambiguïté, dans le but d'**informer** correctement le patient.

Rappelons que, d'après le Code de la santé publique, « l'information [du patient] incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser »⁴.

Le consentement (ou le refus) du patient fait logiquement écho à sa bonne information.

1.1.4.2. La création d'une relation de confiance avec l'interlocuteur

Un message bien clair et structuré n'aura que peu d'impact en absence d'une **confiance** mutuelle entre les communicants. Au premier abord, nous aurons toujours des réticences à croire un individu tout juste rencontré. Dans une relation classique, cette confiance s'acquière avec le temps et dépend de critères propres à chacun.

La relation praticien-patient est différente car le statut de « professionnel » accorde une légitimité initiale aux propos du soignant. Bâtir cette relation de confiance passe aussi par un plaisir non feint de communiquer avec la personne, sans autre objectif que de passer un agréable moment.

⁴ Code de la santé publique, Article L1111-2.

Néanmoins, cette confiance est fragile et peut être remise en cause par le patient (échec d'une thérapeutique, retards répétés, mépris des doléances, douleurs, aspect financier omniprésent etc...).

1.1.4.3. Augmenter la satisfaction du patient

La satisfaction du patient lors du premier rendez-vous se base essentiellement sur les capacités relationnelles du chirurgien-dentiste : un praticien à l'écoute, intéressé, questionnant le patient est aujourd'hui mieux vu qu'un praticien monopolisant la conversation, paternaliste, détaché. C'est dans un second temps que ses capacités techniques vont renforcer la relation de confiance.

Une étude observationnelle, réalisée en 2016 par *Boissy et al*⁵ s'est intéressée à la formation en communication à destination des médecins ayant pour but d'améliorer la satisfaction des patients. Sur une cohorte de 3488 médecins, 1537 d'entre eux ont été formés durant 8h, via vidéo, sur des techniques de communication. Le groupe témoin était constitué de 1951 médecins n'ayant reçu aucune formation.

La satisfaction des patients après consultation avec les médecins a été analysée selon plusieurs critères : informations claires, temps passé, connaissance des antécédents médicaux, explications, écoute et respect. Ces critères ont été résumés par un score de satisfaction.

L'étude révèle que les médecins ayant suivi la formation obtiennent un meilleur score de satisfaction, sont plus empathiques, se sentent eux-mêmes plus efficaces et moins stressés.

Une méta-analyse confirme que la satisfaction du patient est directement corrélée aux capacités relationnelles du praticien⁶.

1.1.4.4. Induire une action

La communication qui tend à faire agir son interlocuteur n'est pas aisée, elle nécessite une bonne compréhension de la proposition, une démonstration logique de son intérêt et qu'une relation de confiance soit instaurée.

Dans notre pratique, l'acceptation du traitement est l'action initiale que l'on souhaite chez le patient.

⁵ Boissy et al., « Communication skills training for physicians improves patient satisfaction ».

⁶ Hall, Roter, et Katz, « Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters ».

1.1.4.5. L'influence sur l'attitude

La transmission de nos messages est étroitement liée à notre volonté d'influer sur les individus avec lesquels nous communiquons. La communication est notre médium pour exprimer nos expériences, ressentis, opinions, jugements ou valeurs et, implicitement ou non, nous souhaitons parfois modifier le comportement de notre entourage.

Dans le milieu médical, l'**éducation thérapeutique** est un exemple de tentative d'influence des praticiens sur le comportement des patients, elle est notamment utilisée dans le traitement des maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique base son approche sur un changement de paradigme dans la communication avec le patient : celui-ci, confronté à une maladie aigüe adoptait autrefois une attitude passive renforcée par un comportement directif et paternaliste du praticien. La maladie chronique, elle, est synonyme de rôle actif du patient dans son traitement et oblige le praticien à établir une relation de « quasi-partenariat » avec son patient.

Dans notre pratique quotidienne, en tant que chirurgien-dentiste, l'apprentissage des techniques d'hygiène orale, étape clé de nos consultations, est une forme d'éducation thérapeutique ayant pour but la prévention et le traitement des maladies carieuses et parodontales.

1.2 La communication verbale

1.2.1 Effet placebo et nocebo

Un **placebo** est une thérapeutique, sans efficacité reconnue, induisant une amélioration des symptômes chez le patient via un effet psychologique. Un **nocebo**, à l'inverse est un phénomène perçu comme négatif par le patient (alors qu'il est objectivement inoffensif) induisant une apparition ou une aggravation de symptômes.

Il a été montré⁷ que la prévision par le patient d'un événement négatif induisait une augmentation de sa perception douloureuse et inversement, créant ainsi une forme d'effet nocebo.

Dans ces études, cette prévision négative est induite via des messages écrits (« attention très chaud »), visuels (la couleur rouge) et verbaux avant de pratiquer un stimulus douloureux.

*Colloca et al.*⁸ montrent que des suggestions verbales anxiogènes peuvent transformer un stimulus tactile en douleur et un stimulus douloureux de faible intensité en douleur de forte intensité.

⁷ Koyama et al., « The subjective experience of pain : where expectations become reality ».

⁸ Colloca, Sigauco, et Benedetti, « The role of learning in nocebo and placebo effects ».

D'autres études^{9,10} mettent en évidence que la communication verbale influe sur la prévision douloureuse du patient ainsi que sa réponse à un placebo.

En somme, la communication verbale module directement la perception douloureuse du patient, phénomène bien connu en pédodontie où le champ lexical de la douleur (« piqûre », « mal », « souffrir » etc...) est généralement proscrit, l'éviter chez l'adulte est également souhaitable.

1.2.2 Le lexique du praticien

Le lexique médical et dentaire est très fourni en mots qui nous servent à converser entre collègues et confrères, avec l'assistant(e) et pour lire la littérature scientifique. Par habitude prise durant les études, il nous arrive d'utiliser ce jargon avec le patient. Sans pour autant infantiliser le patient, utiliser des termes compréhensibles de tous est favorable pour une meilleure communication.

La médecine est un domaine qui laisse rarement indifférent : comprendre le fonctionnement de son corps, l'avancée des thérapeutiques, les médicaments sur le marché sont des sujets qui passionnent. Le succès de l'émergence de sites internet consacrés à la santé au début des années 2000 (notamment *doctissimo*, premier site de santé en France) montre que les patients sont désireux d'informations, et souhaitent s'« émanciper » du médecin. Tout un pan du lexique médical s'est ainsi popularisé, sans pour autant qu'il soit réellement compris.

Une étude¹¹, publiée par le *British dental journal*, révèle que des mots tels que « bénin », « lésion », « ulcère » sont fréquemment mal compris par les patients. Le mot « tumeur » reste le moins bien interprété, 49 % des interrogés le définissent en utilisant les termes « cancer » ou « malin ». 30 % répondent également qu'une « biopsie » est un test de diagnostic cancéreux. La maîtrise de la langue native (ici l'anglais) et le niveau d'étude est corroboré à la compréhension de ce jargon médical.

Tout auditeur a une capacité maximale de nouvelles informations qu'il peut enregistrer en une séance. Si ces informations sont trop complexes, trop éloignées des connaissances du patient, celui-ci sera moins à l'écoute. C'est au chirurgien-dentiste d'analyser le niveau de compréhension du patient, certaines professions scientifiques (ingénieurs, médecins, biologistes ...) saisiront davantage la signification de notre vocabulaire et souhaiteront parfois s'engager sur des discussions plus techniques (la composition d'une résine, d'un ciment, le principe du traitement endodontique). Si, parfois, la

⁹ Williams et Podd, « The placebo effect: dissolving the expectancy versus conditioning debate. »

¹⁰ Voudouris, Peck, et Coleman, « The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response ».

¹¹ Hayes et al., « Patient understanding of commonly used oral medicine terminology ».

curiosité pousse un patient à définir notre vocabulaire, c'est plutôt la timidité qui prévaut et des explications trop techniques resteront incomprises.

L'utilisation d'un vocabulaire sur-spécialisé peut avoir plusieurs conséquences :

- Dialogue déséquilibré,
- Marginalisation des symptômes, de la pathologie du patient,
- Image condescendante du praticien,
- Incompréhension des explications,
- Anxiété liée à la symbolique forte de certains mots (chirurgie, biopsie, lambeau...),
- Appropriation du vocabulaire professionnel (sans le comprendre, ou partiellement) par le patient qui l'utilisera pour contester une thérapeutique.

Il convient donc au chirurgien-dentiste de définir, avec des mots simples, les abbréviations et le jargon qu'il utilise. Une bonne façon de se constituer un vocabulaire didactique consiste à faire répéter aux patients, selon leurs termes, les explications reçues.

1.2.3 Le lexique du patient

Le lexique dentaire du patient se développe par le biais de son entourage, des médias, de ses expériences passées chez d'autres chirurgiens-dentistes. Il convient de savoir décoder certains termes afin d'en apprécier les conséquences cliniques, en voici une liste d'exemples non exhaustive :

Tableau 1 : Interprétations du vocabulaire employé par le patient

Déclaration du patient	Décodage
« Je fais des kystes/abcès à répétition » « Lorsque ça arrive je prends/ on me donne des antibiotiques »	Antécédents d'infections
« J'ai les dents qui se déchaussent » « Ma gencive descend /monte » « J'ai des trous entre les dents »	Objectivation par le patient de récessions parodontales
« Cette dent est plombée /obturée/soignée/couronnée/est un implant/ est un bridge »	Le patient se remémore d'un soin sur une dent mais il existe souvent une confusion entre les termes.
« J'ai du tartre »	Englobe la présence de tartre/ de colorations exogènes/ de biofilm.

« Je suis allergique à ... »	Correspond soit à une allergie réelle soit à une intolérance, la reformulation permet de clarifier.
« Mon nerf est à vif », « J'ai une rage de dent »,	Signifie généralement une douleur vive d'origine pulpaire

Source : Auteur, d'après Nossintchouk, *Communiquer en odonto-stomatologie*, 2003.

1.2.4 La communication para-verbale ou prosodie

Le ton, le volume de notre voix, l'intonation et le rythme de nos phrases ou encore notre accent enrichissent notre communication verbale. Ces éléments constituent la communication **para-verbale ou prosodie** (parfois catégorisés dans la communication non-verbale).

Il a été démontré¹² que la communication para-verbale permettait de faire passer nos émotions à l'interlocuteur : par exemple, la peur d'un patient va être exprimée par une augmentation du volume et du ton de sa voix, ainsi que par un rythme irrégulier de ses phrases. D'autres études montrent encore qu'elle favoriserait l'apprentissage et la mémoire¹³.

La prosodie influe sur l'opinion que les patients portent sur nous : dans cette étude¹⁴ il a été montré que les chirurgiens au ton de voix « dominant » sont moins sujets aux plaintes que les autres chirurgiens.

Il est possible d'optimiser cette communication afin d'être plus audible par le patient :

- Régulation du rythme verbal : marquer des poses et maintenir un débit lent afin de faciliter la compréhension.
- Travailler son élocution : éviter les tons monotones ou trop brusques, articuler correctement les mots.
- Réguler la puissance : voix assez forte pour que le patient entende sans effort.
- S'enregistrer parler pour déceler les points améliorables.

Une conversation possède une certaine logique que nous apprenons tous à maîtriser, elle contient notamment des informations implicites, des non-dits que l'auditeur décrypte via **inférence**

¹² Murray et Arnott, « Toward the simulation of emotion in synthetic speech : a review of the literature on human vocal emotion ».

¹³ Hupp et Jungers, « Beyond words : comprehension and production of pragmatic prosody in adults and children ».

¹⁴ Ambady et al., « Surgeons' tone of voice : a clue to malpractice history ».

(« opération qui consiste à admettre une proposition en raison de son lien avec une proposition préalable tenue pour vraie »).

Il a été montré¹⁵ que la prosodie servait d'inférence dans la compréhension d'un message : la phrase « Cela ressemble à un zèbre » dite avec une voix monocorde, mettant l'accent sur le dernier mot, est comprise comme une interprétation affirmative (« Cela ressemble à un ZEBRE [et c'en est un] »). Une hausse de l'intonation sur le mot « ressemble » induira une interprétation négative (« Cela RESSEMBLE à un zèbre [mais ce n'en est pas un] »). De la même façon, la prosodie est utilisée pour faire de l'ironie.

Il arrive que l'auditeur et le communicant construisent des inférences différentes, ce qui induit des **malentendus**, chacun interprétant d'une façon différente un même mot ou phrase. Afin d'éviter les malentendus, mieux vaut limiter les messages implicites et l'ironie lors des explications au patient.

1.2.5 L'utilisation des silences

Le silence est un instrument de communication très intéressant, il permet de ponctuer une conversation et possède diverses interprétations qui varient selon la culture, le type de relation intercommunicants, la situation. Dans les conversations occidentales, les silences tendent à être réduits pour favoriser un flux de paroles rapide, dans les conversations orientales ils sont valorisés, symbole de la réflexion et de la sagesse de l'interlocuteur.

Le silence possède plusieurs fonctions communicatives, il sert par exemple à indiquer à nos interlocuteurs que l'on souhaite prendre la parole et que l'on réclame leur attention. Il a été montré qu'un long silence précède un énoncé plus complexe, avec plus d'informations¹⁶.

Schegloff et al¹⁷ établissent une classification des silences dans la conversation :

- Le « gap », période de silence lorsqu'un participant prend son tour de parole (« ponctuation normale » de la conversation).
- Le « lapse », silence qui suit le dernier parlant sans qu'il n'y ait de suite à la conversation (marque la fin d'une conversation, ou d'une partie de celle-ci).
- La « pause », silence au cours du tour de parole d'un des participants (signe une réflexion, ou une incompréhension).

¹⁵ Kurumada et al., « Is it or isn't it : listeners make rapid use of prosody to infer speaker meanings ».

¹⁶ Rochester, « The significance of pauses in spontaneous speech ».

¹⁷ Schegloff, Jefferson, et Sacks, « The preference for self-correction in the organization of repair in conversation ».

Dans notre dialogue avec le patient nous utiliserons tacitement ces silences afin de l'engager à poursuivre ses explications ou pour marquer notre compréhension (augmentation de la durée des « gaps »).

En revanche un silence trop long durant l'entretien ou accompagné d'une autre activité (consulter un dossier, des radios, être dos au patient) peut être considéré comme un manque d'intérêt.

1.3. La communication non-verbale

1.3.1 La place de la communication non-verbale

La communication non-verbale est à la fois consciente et inconsciente, elle englobe les gestes, les expressions faciales, le regard, la posture du communicant mais aussi ses odeurs, ses habits, son « style » (coupe de cheveux, tatouages, piercings, accessoires), son architecture intérieure.

Dans le monde animal, la posture, les regards, les mimiques servent à démontrer la supériorité, à attirer un partenaire sexuel, à délimiter un territoire.

Avant l'acquisition de la parole, c'est le langage non verbal qui prime dans l'ontogénèse de l'être humain : l'enfant communique via la vue, le toucher, l'ouïe. Ce langage vient ensuite enrichir la communication verbale, sans jamais disparaître.

Notre comportement non-verbal dialogue à notre place et est un révélateur de notre culture, de notre âge ou encore de nos opinions politiques aux individus qui nous entourent.

Dans un article journalistique publié en 1973¹⁸, l'écrivain italien *Pier paolo pasolini* décrypte l'apparition de « gens aux cheveux longs » dans les années 1966-1967 : sans tenir aucun discours politique verbal, leur langage non verbal suffisait à se poser en opposition de la société, dans un prélude des contestations de mai 1968.

En 1967, *Mehrabian et Ferris*, établissent une équation, dite des 7 %-38 %-55 % : la compréhension d'un message passerait à 7 % par les mots utilisés, à 38 % par le ton de la voix et à 55 % par le langage corporel. L'étude est régulièrement mal interprétée et ne se révèle vraie que dans une situation particulière : lorsque les mots et le langage non verbal se contredisent, c'est le langage non verbal qui est compris¹⁹.

¹⁸ Pasolini, *Écrits corsaires*.

¹⁹ Mehrabian et Ferris, « Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. »

Ainsi, si le praticien consulte le dossier médical tout en disant au patient « continuez, je vous écoute », celui-ci ne le trouvera sûrement pas réceptif. Mais si l'on souhaitait communiquer uniquement en gesticulant et en émettant des onomatopées, il y a peu de chance que 93 % de notre message soit compris.

En réalité, la compréhension d'un message repose sur une bonne combinaison des 3 types de communications (verbale, para-verbale et non verbale).

La communication non verbale a connu une grande exposition médiatique ces 30 dernières années. A titre d'exemple : la *synergologie*, discipline créée en 1996 par Phillipe Turchet, affirme que la psychologie d'un individu se reflète sur son langage corporel. Ne s'appuyant sur aucune donnée scientifique²⁰, la synergologie a pourtant eu un écho important dans le grand public par le biais de reportages et interviews.

De nombreux « coachs en communication » ont également émergés sur internet, promettant de devenir un « leader charismatique » ou de « vaincre sa timidité » en modifiant sa façon de communiquer, notamment non verbale²¹.

Pourtant, même si elle ne prétend pas révolutionner les rapports humains, la recherche sur le comportement non verbal est bien fournie et possède des applications pratiques²².

1.3.2 La communication non-verbale dans la relation praticien-patient

1.3.2.1. Le langage non verbal du praticien

La situation du patient en consultation est particulière, sa position de « malade » engendre anxiété, peur et sur-émotivité (angoisse du diagnostic, crainte de l'équipement et d'un environnement non familial, isolement de son entourage).

Afin de se rassurer, le patient va rechercher dans notre langage non-verbal des messages qu'il estime « dissimulés ». Cela peut, par exemple, passer par l'analyse des mimiques afin d'évaluer notre déception par rapport à un diagnostic ou au comportement du patient.

La relation praticien-patient étant asymétrique, les patients, en position d'« infériorité », vont analyser notre langage non-verbal afin d'y déceler notre opinion sur eux (il a par exemple été montré

²⁰ Lardellier, « Pour en finir avec la « synergologie » : une analyse critique d'une pseudoscience du « décodage du non-verbal » ».

²¹ « Charisme développement "Comment améliorer sa communication non verbale ?" »

²² Plusquellec et Denault, « The 1000 most cited papers on visible nonverbal behavior : a bibliometric analysis ».

que des employés subordonnés cherchaient dans le comportement non verbal des indices sur l'humeur ou l'opinion de leurs supérieurs²³).

1.3.2.2. Le langage non verbal du patient

Le langage non verbal est un important vecteur d'émotions, le chirurgien-dentiste va pouvoir y lire la douleur, la surprise, la peur de ses patients. Ces émotions, rarement expérimentées ailleurs que dans un contexte médical, sont d'autant plus difficiles à exprimer verbalement ou à dissimuler.

Des éléments non verbaux peuvent également servir de diagnostic pour le praticien (halitose, dysharmonie faciale due à une tuméfaction).

1.3.3 Position et posture

Par le biais de sa posture le praticien montre qu'il est attentif, à l'écoute du patient. Afin que la discussion paraisse naturelle le praticien doit montrer sa réceptivité à la fois physique et psychologique. Si l'esprit est accaparé par d'autres éléments (stress, dépression, fatigue, désintérêt) il est impossible d'être dans une écoute active.

Il faut ainsi appliquer un « comportement postural d'écoute » :

- Face-à-face avec le patient, afin de visualiser le visage de l'interlocuteur et ses expressions
- Posture naturelle, détendue, droite
- Éviter le masque et les gants qui obstruent la communication non-verbale

La distance appropriée lors de la consultation est la distance personnelle (voir 1.1.3) soit entre 1,30m et 45cm, ni plus (empêche une bonne communication non-verbale) ni moins (inconfort du contact intime).

Le praticien devrait essayer de ne pas se placer en retrait du patient, c'est une position d'écoute défavorable qui oblige le patient à se contorsionner pour communiquer. Il convient également de communiquer à la même hauteur, une position basse par rapport au chirurgien-dentiste rappelant un rapport d'autorité.

Le patient possède également son propre langage corporel que nous apprenons à décrypter de façon intuitive. Cela peut passer par son positionnement sur le fauteuil : confortable ou tendu (les mains ou pieds croisés, les mains en posture défensive à proximité du visage, saisie crispée des bords du fauteuil ou d'un objet). Nous prenons également l'habitude d'analyser son comportement, calme ou agité

²³ Exline, Ellyson, et Long, « Visual behavior as an aspect of power role relationships ».

(reste toujours debout durant la consultation, frotte compulsivement ses mains ou pieds, est à l'affut de chaque mouvement du praticien au fauteuil, se contorsionne pour l'observer manipuler du matériel).

1.3.4 Le regard

Au cours de l'évolution, la fonction du contact visuel s'est transformée, passant d'un moyen d'indiquer son hostilité pour un prédateur à une signification d'approche au sein d'espèces sociables. Notre regard sert d'indicateur à la création et au maintien d'un contact avec notre interlocuteur, les yeux étant l'élément principal de notre attention durant une conversation.

Il a été montré que le regard et le contact visuel jouaient un rôle clé dans la croissance cognitive et sociale de l'enfant, et ce dès le plus jeune âge²⁴. L'un des premiers signes de la présence d'un syndrome du trouble autistique (caractérisé par un déficit en capacités sociales et communicatives) est l'évitement du regard d'autrui.

Un contact visuel mutuel entraîne des effets cognitifs et émotionnels regroupés sous le terme anglais de « **eye contact effect** » : Il augmente l'incidence d'une conversation verbale entre les deux personnes et diminue les silences, il améliore l'attention et la perception spatiale de l'environnement, il accroît notre identification des visages et expressions faciales, il influe positivement sur notre attractivité ou nous fait paraître plus intelligent^{25 26}.

Maintenir un contact visuel avec nos patients, notamment durant nos explications, est donc un facteur non négligeable d'une communication réussie : plusieurs études irriguent dans ce sens, particulièrement chez les patients dont la communication verbale est diminuée.

1.3.5 Expression faciale

Les muscles de notre visage nous permettent de créer toute une palette d'expressions faciales. Initiées au XIX^e siècle par *Darwin*, les études décrivant le lien entre émotion et expressions faciales se sont multipliées après guerre.

*P. Ekman*²⁷ révèle l'existence de 6 émotions « primaires » universelles à tout être humain et analysables sur le visage. Pour cela, il présente des photographies de mimiques faciales réalisées par des acteurs à

²⁴ Okumura, Kobayashi, et Itakura, « Eye contact affects object representation in 9-month-old infants ».

²⁵ Cary, « The role of gaze in the initiation of conversation ».

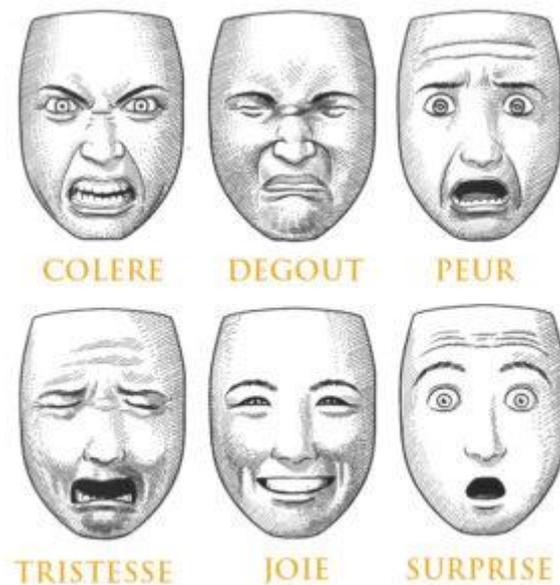
²⁶ Wheeler et al., « Eye contact and the perception of intelligence ».

²⁷ Ekman, « Facial expression and emotion ».

une tribu de Papouisie-Nouvelle-Guinée recluse du monde moderne, les membres de la tribu parviennent à associer ces 6 émotions aux différentes expressions faciales, sans connaître leurs cultures ou le contexte de la photographie :

- Tristesse : bouche en « U » inversé, yeux dans le vide, paupières rabaissées
- Joie : fronçage autour des yeux, joues remontées, mouvements des muscles qui plissent les yeux, sourire
- Colère : lèvres serrées, regard fixe et concentré, fronçage des sourcils
- Dégoût : lèvre supérieure remontée et fronçage du nez
- Peur : bouche entrouverte, sourcils haussés et rapprochés, paupières haussées
- Surprise : sourcils levés, yeux écarquillés, bouche ouverte

Figure 2 : Les 6 expressions primaires



Source : McCloud, *Faire de la bande dessinée*, 2007.

Ces expressions primaires possèdent un ancrage génétique ancien dans l'évolution, c'est pourquoi elles sont universelles. Elles vont ensuite se combiner entre elles afin d'en créer de nouvelles comme

la haine, l'amour, le désir, la honte, l'intérêt, la culpabilité.... Ces émotions sont apprises et s'expriment différemment selon la culture de l'individu.

Analyser les expressions faciales de notre patient est probablement l'une de moyens les plus performant de connaître son état d'esprit. C'est notamment une façon d'apprécier la **douleur** : sourcils, nez et yeux froncés, joues et lèvre supérieure relevées, bouche en « U » inversée. Elle peut ainsi être facilement reconnaissable, même sans éléments verbaux, durant un soin au fauteuil par exemple et permettre au praticien de réagir

1.3.6 Autres éléments de communication non verbale

Le praticien doit également être conscient d'autres messages non verbaux, notamment ceux concernant l'aspect, la propreté, l'odeur, l'ambiance sonore du cabinet ainsi que la tenue du praticien. Ces éléments sont importants car ils constituent la 1^{ère} impression du patient à son entrée dans le cabinet.

1.3.6.1 Le cabinet²⁸

L'esthétique, l'agencement, le choix des meubles et décorations du cabinet donnent déjà un aperçu au patient de notre personnalité, qui peut rapidement se transformer en a priori sur nos capacités. Une salle d'attente étroite, sombre, meublée sommairement résonne négativement au patient. Un espace ouvert, lumineux, décoré, entretenu va transmettre une impression de modernité et de propreté qui sont des qualités cruciales pour les patients.

La décoration du cabinet reste personnelle mais elle suscitera toujours l'intérêt du patient et peut servir à apaiser son anxiété. La présence d'oeuvres d'art et de végétaux possède également des vertues apaisantes, en veillant toutefois à éviter les œuvres agressives ou évoquant le monde dentaire.

Une bonne insonorisation est également souhaitable, personne ne souhaite entendre le bruit des instruments, l'entretien avec le dentiste ou encore la présentation des devis à travers les murs durant son attente. Le passage de musique en salle d'attente est également une bonne idée, celle-ci possédant des propriétés anxyolitiques²⁹.

²⁸ Arreto, Brunet-Canonne, et Fioretti, *Consulter en odontologie : la relation praticien patient*.

²⁹ Thoma et al., « The effect of music on the human stress response ».

Certaines odeurs peuvent rappeler négativement des expériences dentaires postérieures et doivent être éliminées rapidement, c'est notamment le cas des résines, de la dentine ayant chauffée ou de l'eugénoL.

La salle d'attente peut également servir de lieu pour l'information, notamment la prévention sur les maladies parodontales, l'érosion, le bruxisme et toute autre pathologies souvent méconnues des patients. Cette communication peut passer par des affiches, des prospectus, des écrans et se doit d'être didactique.

1.3.6.2 Tenue et apparence

L'apparence physique du praticien a une influence sur l'opinion du patient, c'est une première impression qui peut aussi bien être un frein qu'un accélérateur dans la relation.

Une enquête par questionnaire³⁰ révèle que la taille et la beauté physique du médecin influent positivement sur ses compétences supposées, à l'inverse de l'âge et de la corpulence. De façon plus générale, l'apparence physique joue un rôle déterminant dans la perception des compétences d'autrui dans le monde du travail.

Concernant l'art corporel (piercings et tatouages), celui-ci ne semble pas influencer sur les aptitudes que les patients nous portent³¹, néanmoins aucune étude française n'existe, sachant que la vision de l'art corporel varie grandement d'un pays à l'autre.

La tenue du praticien doit également refléter un certain professionnalisme : éviter de porter des habits civils visibles sous la blouse, porter des chaussures exclusives au cabinet, porter soin à la propreté des mains et des ongles, éviter les bijoux, attacher les cheveux longs.

Dans une étude³² s'intéressant à la tenue des médecins, c'est la blouse blanche associée à un pantalon et des chaussures neutres qui inspiraient le plus confiance au patient (à l'exception de la tenue de bloc lors des chirurgies), à l'inverse des tenues « casuels » (jeans, baskets, t-shirt avec et sans blouse). Peu pratique, la blouse blanche est rarement utilisée en cabinet dentaire, une tunique à manches courtes et un pantalon constituant souvent la tenue standard.

³⁰ Macé et Wolff, « Les médecins grands et beaux sont-ils plus souvent perçus comme de « grands » médecins ? »

³¹ Cohen et al., « An observational study of patients' attitudes to tattoos and piercings on their physicians : the art study ».

³² Petrilli et al., « Understanding patient preference for physician attire : a cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the usa ».

1.3.6.3 La couleur

La psychologie des couleurs s'intéresse à l'impact émotionnel que nous transmettent les couleurs, elle est régulièrement utilisée dans le marketing, la publicité, l'architecture. Les couleurs peuvent être exploitées pour leurs propriétés dans la décoration du cabinet et dans notre tenue vestimentaire.

Il semblerait que nous associons certaines couleurs à des émotions, avec de grandes variations culturelles, le noir et le rouge restants immanquablement symboles de colère et de peur dans la majorité des pays³³. La symbolique de la couleur rouge reste la plus étudiée, couleur du sang elle évoque aussi bien la vie que la mort, elle est régulièrement décrite comme couleur de la colère, de l'agression, du désir sexuel. C'est aussi la couleur de l'interdit et du danger (panneaux, alarmes, sirènes).

Le bleu et le vert tendent à rappeler la nature (« le bleu de l'océan », « le vert de la végétation ») et possèdent donc une connotation positive et apaisante : le bleu est régulièrement associé à l'ouverture et la paix, le vert au calme et au succès.

Notre réaction à une couleur est néanmoins dépendante du contexte³⁴. Au cabinet dentaire, la couleur rouge peut rapidement être rapprochée à celle du sang et doit être évitée, la couleur blanche est synonyme de propreté et est adéquate pour les murs du cabinet, le fauteuil et les meubles.

Une étude³⁵ s'intéressant à l'impact des couleurs sur l'anxiété révèle que le jaune et le rouge sont désagréables, le vert et le bleu plaisants et calmants, ils sont donc à favoriser dans notre communication non-verbale.

1.4. Autres outils de communication

Nous disposons dans nos cabinets dentaires de toute une palette d'outils qui peuvent servir de vecteurs de communication, c'est notamment le cas de la radiographie et de la photographie qui sont régulièrement utilisées par les dentistes pour « concrétiser » leurs explications³⁶.

1.4.1 Les supports matériels

Ils regroupent :

- Les prospectus distribués aux patients.

³³ Hupka et al., « The colors of anger, envy, fear, and jealousy : a cross-cultural study ».

³⁴ Elliot et Maier, « Color psychology : effects of perceiving color on psychological functioning in humans ».

³⁵ Jacobs et Suess, « Effects of four psychological primary colors on anxiety state ».

³⁶ Maybury et al., « Use of communication techniques by maryland dentists ».

- Les schémas et croquis, réalisés progressivement devant le patient, accompagnent le fil de nos explications et permettent de partager notre vision.
- Les modèles d'études, ils permettent aux patients d'observer leur dentition avec une vue globale et externe, de visualiser leur sourire, des malpositions éventuelles, les soins à effectuer.
- Des prothèses de démonstration, qui servent à montrer l'aspect de futures prothèses, notamment amovibles, souvent source d'angoisse pour les patients.
- Les modèles pour l'éducation à l'hygiène orale.
- Les miroirs.

1.4.2 Les outils d'imagerie

Les radiographies possèdent une grande richesse d'informations : pédagogiques d'abord, on peut y apercevoir les différents tissus de la dents, l'os qui les entoure, les lésions carieuses, parodontales, infectieuses et les restaurations prothétiques. Elles nous permettent ensuite d'expliquer au patient notre diagnostic et nos thérapeutiques. Nos outils de radiographies numériques possèdent encore une certaine « aura technologique » qui a la faveur des patients, surtout avec l'amélioration de la qualité, la quasi instantanéité des clichés et la radiographie 3D.

Les caméras intra-buccales retransmettent directement sur un écran la situation per-opératoire, elles peuvent parfois servir à faire visualiser au patient la présence d'une fêlure ou bien le traitement endodontique si le patient y porte un intérêt.

1.4.3 La photographie

Les clichés photographiques intra-buccaux nous sont très utiles afin de montrer aux patients la situation initiale dans laquelle nous débutons le traitement. Réalisés à l'aide d'écarteurs et d'appareils adéquats, ils ont un impact plus fort qu'un simple reflet de miroir et mettent en relief les malpositions, les restaurations inesthétiques, l'inflammation de la gencive, l'aspect du sourire, les dyschromies etc... Utilisés quasi-systématiquement en orthodontie, ils permettent au patient d'objectiver l'évolution de notre traitement en réalisant des montages « avant/après » au fort impact psychologique.

Utilisant des photographies du sourire manipulées dans un logiciel, un projet visuel esthétique peut également être présenté au patient, celui-ci est une représentation idéale de l'intégration des futures restaurations prothétiques dans le sourire. Ce projet n'est montré qu'à titre indicatif, sans qu'il ne soit jamais une promesse de résultat pour le patient.

1.5 L'empathie dans la relation praticien-patient

1.5.1 Qu'est-ce que l'empathie ?

L'empathie est la faculté à s'identifier à autrui, à comprendre ce qu'il ressent. Elle se distingue de la sympathie qui est une participation aux sentiments d'autrui. Dans notre profession cela reviendrait à souffrir avec nos patients, tandis que l'empathie est une compréhension de la souffrance éprouvée.

L'antipathie est un rejet des sentiments de quelqu'un, l'apathie est une insensibilité vis-à-vis d'autrui.

L'empathie médicale est une capacité plus complexe encore, elle réside dans la compréhension de la situation du patient malade, la communication de cette compréhension et l'action thérapeutique en rapport à cette compréhension. L'empathie médicale n'est souvent considérée que via sa composante émotionnelle, et la crainte qui l'accompagne : « être trop impliqué avec les patients » et tomber dans la sympathie. Néanmoins, comme le montre *Morse*³⁷, il existe d'autres composantes à l'empathie :

- La composante morale : c'est une motivation intrinsèque altruiste qui crée l'empathie, basée sur une ouverture d'esprit aux autres, une croyance en une compréhension universelle entre les êtres humains et un besoin d'aider l'autre. La composante cognitive : c'est la capacité intellectuelle à comprendre un autre point de vue, à l'analyser et le critiquer de façon objective, à l'aide de nos connaissances scientifiques.
- La composante comportementale : c'est notre réponse communicative à la situation de l'autre, c'est notre empathie « exprimée ».
- La composante émotionnelle : elle rejoint la définition plus stricte de l'empathie, c'est notre capacité subjective à empathiser.

Les composantes comportementales et cognitives peuvent se travailler, il a été montré que des formations (majoritairement en communication) peuvent améliorer l'empathie des soignants³⁸.

³⁷ Morse et al., « Exploring empathy : a conceptual fit for nursing practice? »

³⁸ Kiosses, Karathanos, et Tatsioni, « Empathy promoting interventions for health professionals : a systematic review of rcts ».

1.5.2 L'apport de l'empathie

L'approche centrée sur la personne développée par le psychologue états-unien *Carl Rogers* est une thérapeutique qui se base essentiellement sur l'empathie et la valorisation du patient. L'objectif est de réussir à créer un climat de non-jugement, positif, de respect qui va inciter le patient à se « redécouvrir » et à s'améliorer.

La médecine centrée sur la personne, et de fait l'utilisation de l'empathie, se répand depuis le début du XXI^e siècle. On peut choisir de l'appréhender comme une opposition à une ancienne forme de médecine ou par idéalisme humaniste, mais le choix d'une vision pragmatique nous montre qu'elle améliore tout simplement l'efficacité de nos thérapeutiques.

Plusieurs études révèlent que l'empathie agit comme un placebo dans la perception de la douleur³⁹ et qu'elle décroît l'anxiété et le stress chez les patients⁴⁰.

L'observance et la motivation du patient sont également influencés : des patients diabétiques ont un meilleur contrôle de leur diabète lorsqu'ils sont suivis par des praticiens empathiques⁴¹. Même la durée d'un simple rhume semble diminuer lors d'une prise en charge empathique⁴². L'empathie est également corrélée à la satisfaction du patient et à sa compréhension de la maladie⁴³. De plus, une approche empathique améliore le diagnostic⁴⁴.

³⁹ Chassany et al., « Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis : a randomized multicenter study. »

⁴⁰ Weiss et al., « Associations of physician empathy with patient anxiety and ratings of communication in hospital admission encounters ».

⁴¹ Hojat et al., « Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. »

⁴² Rakel et al., « Perception of empathy in the therapeutic encounter : effects on the common cold ».

⁴³ Mercer et al., « General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in scotland : a pilot prospective study using structural equation modeling ».

⁴⁴ Beckman et Frankel, « The effect of physician behavior on the collection of data ».

2 : L'entretien motivationnel

2.1. Qu'est-ce que l'entretien motivationnel ?

2.1.1. Le concept

Imaginée initialement comme technique d'intervention dans le changement des comportements addictifs au cours des années 80 par deux psychologues, *William R. Miller* et *Stephen Rollnick*⁴⁵, l'entretien motivationnel s'est depuis élargi à de nombreux autres domaines, dont celui de l'éducation thérapeutique. S'inspirant de l'approche centrée sur la personne de *Roger.C.*, l'entretien motivationnel s'en démarque par la présence d'un objectif précis.

Il se base sur une approche collaborative avec le patient visant à faire émerger une volonté de sa part à changer de comportement ; une motivation **intrinsèque**. Contrairement à une motivation **extrinsèque**⁴⁶ qui baserait la réalisation d'une action sur ses conséquences (« je passe les brossettes parce que mon dentiste me le reprochera si je ne le fais pas »), la motivation **intrinsèque** provient de l'individu lui-même (« je passe les brossettes parce que je suis convaincu que c'est utile »).

L'entretien motivationnel n'est pas constitué d'une palette de techniques qui forcerait le patient à faire ce qu'il ne souhaite pas, mais plutôt d'un changement dans la façon de communiquer du thérapeute. Une des spécificités de l'entretien motivationnel est la résolution de l'**ambivalence**, cette incapacité à effectuer un changement même en ayant conscience des bienfaits de celui-ci.

2.1.2. Les principes⁴⁷

2.1.2.1. Empathie et respect de l'autonomie du patient

L'entretien doit se dérouler comme un **partenariat** entre deux « experts » : le soignant, expert dans son domaine, et le patient, expert de sa situation. Le patient se connaît, sait comment il réagit, comment il objective les choses, il n'existe pas de réponses pré-établies qui vont le faire changer d'avis.

⁴⁵ Miller et Rollnick, *Motivational interviewing : preparing people for change*.

⁴⁶ Ryan et Deci, « Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being ».

⁴⁷ « AFDEM "L'entretien motivationnel qu'est-ce-que c'est ?" »

Le praticien se doit d'être **empathique** (via son écoute il doit être capable de s'identifier au patient), **positif** (il doit croire en ses capacités d'évoluer) et **valorisant** (chercher et reconnaître les capacités du patient). S'il parvient à l'être, le patient va peu à peu dévoiler ses craintes, espérances et valeurs qui constituent notre matériel pour amorcer le changement.

Il faut s'assurer du respect de l'**autonomie** de l'individu, ce sentiment d'être à l'origine de ses propres actions. Cela induit de ne jamais chercher à contraindre le patient, c'est lui qui possède les capacités nécessaires au changement.

Dans cette optique de partenariat thérapeutique, certaines attitudes et comportements sont à éviter afin de ne pas braquer le patient : l'interrompre, le faire culpabiliser, le juger, lui faire peur.

2.1.2.2 Explorer l'ambivalence du patient et induire une dissonance cognitive

L'ambivalence est une phase courante qui précède un changement. L'individu connaît les avantages qu'il tirerait d'un changement de comportement mais ne passe jamais le pas car il envisage l'aspect négatif de ce changement/ l'aspect positif de sa situation actuelle. Les effets des comportements à risque sont souvent connus du grand public, un débat interne s'est donc déjà installé chez le patient avant de venir consulter son praticien.

On peut séparer l'ambivalence du patient en deux discours, le **discours-changement** et le **discours-maintien**, notre objectif vise à déceler ou induire le discours-changement chez le patient et à pousser son développement.

De cette manière, une **dissonance cognitive** est créée : le patient doit en venir à la conclusion que son comportement rentre en conflit avec ses valeurs et objectifs afin de sortir *du statu quo*.

2.1.2.3 Accompagner la résistance du patient

L'ambivalence est souvent directement exprimée par le patient : « j'ai envie d'arrêter de fumer mais ça me calme », « j'aimerais passer les brossettes mais je n'ai vraiment pas le temps ». Il ne faut pas avoir peur d'explorer le **discours-maintien** du patient, il fait parti intégrante de son ambivalence.

Notre réaction instinctive, modélée par nos connaissances et notre rôle, est d'argumenter en faveur du changement : « si vous ne passez pas vos brossettes, vous perdrez vos dents ». Ce **réflexe correcteur** a souvent un effet inverse à celui souhaité, en imposant notre point de vue (qu'il connaît souvent déjà) on impose notre autorité et on prive l'individu de son autonomie. Pour rester maîtres de leur situation, les individus vont contre-argumenter en faveur de leur comportement et se braquer.

Si le patient demeure trop opposé au changement, il faut lui montrer que l'on comprend son point de vue tout en l'encourageant à trouver des solutions ou comportements alternatifs venant de lui-même.

2.2. Les outils de communication de l'entretien motivationnel⁴⁸

2.2.1 L'acronyme OuVER

L'entretien motivationnel n'est pas une séance de soin spécifique que l'on utilise ponctuellement, ses principes doivent s'intégrer à la communication globale du praticien. Pour faciliter la mise en pratique de ces principes, *Miller et Rollnick* proposent 4 outils de communication que l'on regroupe sous l'acronyme mnémotechnique français **OuVER** :

- Utilisation de questions **ouvertes**
- **V**alorisation du patient
- **E**coute réflexive
- **R**ésumer

Depuis sa création, l'entretien motivationnel s'est enrichi d'outils complémentaires à ceux-ci : **l'évocation et le partage d'information.**

2.2.2 Les questions ouvertes

Les questions ouvertes sont des invitations à parler, utilisées correctement elles permettent au patient d'explorer en profondeur sa situation (« Pouvez-vous m'en dire davantage ? », « Quel est votre ressenti par rapport à cela ? », « Pouvez-vous préciser et détailler cette douleur ? »).

Le praticien doit les manier afin de diriger et recentrer la conversation si besoin (« Qu'entendez-vous par là ? », « Auriez-vous des exemples ? », « Quel impact cela a-t-il sur vos dents ? »).

Elles doivent servir d'initiateur pour discuter du changement, des attentes et des possibilités de celui-ci avec le patient. A l'inverse, l'utilisation de questions fermées est à proscrire durant un entretien motivationnel, celles-ci n'apportent que peu d'informations et sont des freins à la discussion.

⁴⁸ Lécallier et Michaud, « L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique ».

2.2.3 La valorisation du patient

Il faut encourager les valeurs du patient qui le confortent dans l'objectif de modifier son comportement, ces valeurs divergent selon l'individu et l'objectif. Dans le cadre dentaire ce sont souvent des valeurs liées à la sécurité (« j'ai peur d'avoir mal, de perdre des dents, d'abîmer ma santé »), l'esthétique (« je n'aime pas les tâches sur mes dents »), l'estime de soi (« j'ai l'impression d'avoir mauvaise haleine », « j'ai honte de vous montrer ma bouche »). Il faut apprendre à repérer et valoriser ces valeurs, elles vont servir à développer la motivation intrinsèque du patient.

Complimenter le patient sur ses tentatives antérieures, ses succès ou ses initiatives de changement est une bonne méthode pour accroître sa motivation. Reconnaître l'indépendance et la liberté de choix que le patient exprime dans son ambivalence permet également de diminuer sa résistance.

2.2.4 L'écoute réflexive

L'écoute réflexive vise à écouter le patient et à lui refléter son propre discours, ainsi celui-ci peut davantage prendre conscience de sa situation et l'approfondir. Les reflets sont des affirmations et non des questions, ils permettent d'orienter la discussion tout en laissant le patient s'exprimer. Il ne faut pas s'efforcer de répondre à chaque propos du patient : il suffit de sourire, d'hôcher la tête, de le regarder dans les yeux afin de lui signifier notre écoute.

Il existe différentes formes d'écoute réflexive utiles dans le cadre de l'entretien motivationnel :

-L'écoute réflexive simple, elle reste factuelle et a l'objectif de faire comprendre au patient que nous l'avons écouté.

Patient : « Mes gencives saignent lorsque je me brosse les dents »

Praticien : « Vous me disiez que vos gencives saignaient lors du brossage »

-L'écoute réflexive amplifiée renvoie de façon exagérée ses propos au patient.

Patient : « C'est trop difficile de passer les brossettes au fond »

Praticien : « Vous pensez que vous n'y arriverez jamais »

-L'écoute réflexive de contenu vise à paraphraser les propos du patient afin de les clarifier ou de lui montrer notre compréhension.

Patient : « J'ai souvent l'impression de sentir mauvais de la bouche en ce moment, cela me dérange beaucoup »

Praticien : « Vous pensez avoir un problème d'haleine »

-**L'écoute réflexive double**, elle a pour but de dégager l'ambivalence du patient, mieux vaut débiter la phrase avec le discours-maintien et la terminer avec le discours-changement.

Patient : « Je sais que si je ne suis pas assidu avec mon brossage je risque d'abimer mes gencives, mais je suis tellement débordé en ce moment. »

Praticien : « Il est vrai que le brossage et le passage des brossettes prennent du temps mais d'un autre côté si vous parvenez à l'inclure dans votre planning vos gencives iront mieux »

-**Le reflet des émotions** est l'interprétation des sentiments du patient via son discours verbal et non-verbal (regard, débit de parole, expressions faciales etc...). Le patient peut réfuter ou approfondir cette interprétation.

Patient (bras croisés, désinvolte) : « C'est vous le dentiste, c'est à vous de me trouver une solution »

Praticien : « Vous êtes frustrés de devoir faire un effort pour aller mieux »

Patient : « cela fait de nombreuses années que je n'ai pas vu de dentiste, je n'ai jamais réussi à trouver la force d'y aller »

Praticien : « Vous avez peur de ce qui vous y attend ».

2.2.5 Résumer

Le praticien va condenser l'essentiel de l'entretien ou d'une partie clé du discours de façon régulière (toutes les trois questions ou reflets environ).

Synthétiser permet de reconstruire de façon plus cohérente les éléments donnés par le patient, peut servir d'amorce pour une transition vers un autre sujet et montre notre compréhension au patient.

Il est important de faire réentendre au patient son ambivalence, ses objectifs et ses éléments motivationnels durant ces résumés.

2.2.6 Partager l'information

Le praticien peut ponctuellement apporter des informations complémentaires au cours de la discussion, plutôt que de simplement « donner » une information il est recommandé d'effectuer un « partage » de celle-ci en 3 étapes (demander-fournir-demander) :

1^{ère} étape : demander au patient ce qu'il connaît sur un sujet, c'est également une façon d'évaluer les compétences et connaissances du patient.

Praticien : « Que savez-vous sur les brossettes interdentaires ? »

2^{ème} étape : fournir l'information au patient, en lui demandant sa permission au préalable afin de respecter son autonomie.

Praticien : « Me permettez-vous de vous détailler l'influence du tabac sur votre maladie parodontale ? »

3^{ème} étape : demander au patient son opinion sur l'information, cela nous permet de diriger la discussion où l'on souhaite.

Praticien : « Que pensez-vous de ce que je viens de vous expliquer ? »

2.2.7 Créer l'évocation

L'entretien motivationnel permet d'induire **l'évocation** de situations passées ou futures chez le patient qui révèlent ses motivations intrinsèques et son discours-changement. Pour cela le praticien dispose de plusieurs techniques :

-Demander au patient d'extrapoler sur le futur

Praticien : « Comment imaginez-vous votre santé dentaire dans 10 ans ? »

- Lui faire parler d'événements passés

Praticien : « Parlez-moi de cet abcès que vous avez eu il y a quelques mois »

-Utiliser une échelle décimale afin d'évaluer sa motivation

Praticien : « Sur une échelle de 1 à 10, à quel niveau estimeriez-vous probable un changement de votre comportement ? »

-Lui faire explorer des situations opposées

Praticien : « Selon vous, si vous décidiez d'arrêter le tabac, quel effet favorable cela aurait sur votre santé bucco-dentaire ? Et à l'inverse, comment l'imaginez-vous si vous continuez de fumer ? »

-Demander des exemples ou des détails

Praticien : « Vous me disiez que quelqu'un vous a mentionné votre haleine ? »

2.3. Utilisation de l'entretien motivationnel

2.3.1 Les stades du changement

Les étapes qui aboutissent à un changement de comportement sont décrits et synthétisés par *Prochaska et Di Clemente*⁴⁹ via le concept de « modèle transthéorique du changement » :

1^{er} stade : la précontemplation

Le patient ne sait pas ou ne réalise pas qu'il a un problème, ce sont ses proches qui le poussent à consulter ou il vient pour une autre raison. C'est une situation fréquemment rencontrée avec la maladie parodontale. Notre tâche est alors d'informer le patient et de débiter l'éducation thérapeutique.

2^{ème} stade : la contemplation ou réflexion

Le patient reconnaît qu'il a un problème mais n'est pas encore décidé à changer, c'est à ce stade que l'entretien motivationnel commence à se montrer utile : en utilisant les techniques d'écoute, d'interrogation et d'évocation nous allons explorer l'ambivalence du patient.

3^{ème} stade : la préparation

Le patient est décidé à changer. Il faut continuer de lui partager de l'information et lui offrir des solutions concrètes. Par exemple, en l'encourageant à constamment avoir des brossettes en sa possession ou à mettre une alarme sur son portable afin de les passer. On peut également fixer avec le patient un cap, un objectif à atteindre.

4^{ème} stade : l'action

Le changement se concrétise, il est observable mais n'est pas encore ancré dans le comportement. Il est important de valoriser le choix du patient et de l'encourager à poursuivre ses efforts.

5^{ème} stade : le maintien

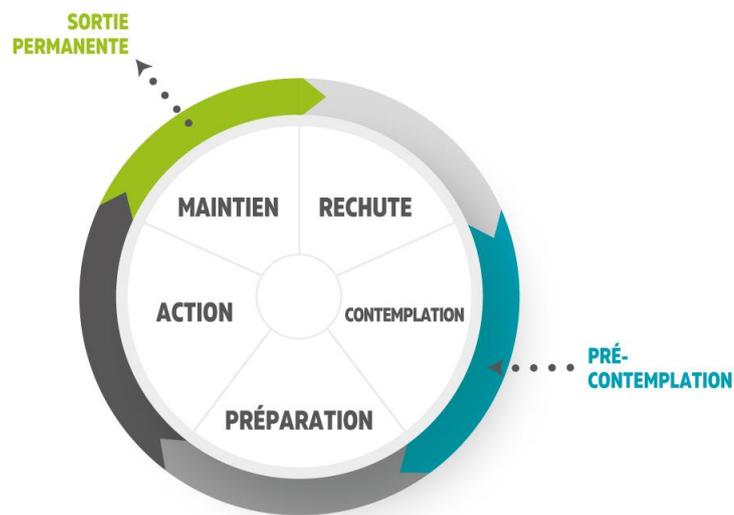
Le patient est parvenu à maintenir son comportement sur une période de temps prolongée. Il convient, encore une fois, de valoriser ses capacités et d'éviter une rechute.

⁴⁹ Haute autorité de santé, « Modèle transthéorique des changements ».

6^{ème} stade : la rechute

L'abandon du comportement par le patient n'est pas rare. Il faut dédramatiser la rechute tout en expliquant au patient qu'elle fait partie du processus de changement. Il ne faut pas culpabiliser le patient tout en explorant les raisons de la rechute.

Figure 3 : Le modèle transthéorique du changement



Source : Pysmontréal, « Stades du changement - Prochaska et Diclemente », 2017.

Ce modèle nous est utile car il nous aide à situer le patient dans une chronologie du changement, mais il doit uniquement servir de repère et ne constitue pas un protocole à suivre pour pratiquer l'entretien motivationnel.

2.3.2 L'utilisation en chirurgie dentaire

Malgré son nom, l'entretien motivationnel n'est pas une méthode qui s'applique le temps d'un entretien avec le patient. Son efficacité s'apprécie lorsque nous intégrons pleinement ses outils à notre communication : l'entretien motivationnel incite le patient à parler, il va ainsi nous délivrer des informations difficilement obtenables autrement.

Couplé à notre travail d'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel est particulièrement pertinent dans la motivation à l'hygiène orale⁵⁰ et le sevrage tabagique⁵¹.

Dans une revue systématique⁵² de *Kopp et al* regroupant 5 articles sur l'apport de l'entretien motivationnel en parodontologie : 2 attestaient d'une amélioration d'indices parodontaux (indice de plaque, de saignement, profondeur des poches parodontales), 1 attestait d'une amélioration du brossage interdentaire, les 2 dernières ne montrant pas d'améliorations significatives.

Le potentiel de l'entretien motivationnel reste cependant difficile à prouver, il existe peu d'articles sur le sujet et une trop grande hétérogénéité entre eux pour pouvoir réaliser des méta-analyses pertinentes.

Néanmoins l'entretien motivationnel n'est pas plus chronophage que tout autre séance d'éducation thérapeutique. De plus, il se base sur un comportement empathique et centré sur l'écoute du patient, dont l'apport sur la satisfaction du praticien et du patient a été montré dans la première partie.

⁵⁰ Cascaes et al., « Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health : a systematic review ».

⁵¹ Ramseier et Suvan, « Behaviour change counselling for tobacco use cessation and promotion of healthy lifestyles . A systematic review ».

⁵² Kopp et al., « Motivational interviewing as an adjunct to periodontal therapy a systematic review ».

3 : Communication interculturelle

3.1 Contexte général

Dans sa démarche thérapeutique, le praticien doit prendre en compte les individualités du patient et moduler ainsi sa séance de soins. Lors de notre enseignement il nous est régulièrement répété que l'« on ne soigne pas une bouche, mais un patient », et en effet, apprendre à connaître notre patient est une étape clé de la relation praticien-patient. Ces individualités peuvent être aussi diverses que le milieu socio-économique, la religion, la profession, l'âge, le sexe... L'une des plus importantes étant son héritage culturel et ethnique.

La France a été témoin de nombreux déplacements de population au cours des siècles (notamment au XX^e et XXI^e siècle) aboutissant à une société multiculturelle. En 2015, c'est 6,1 millions d'immigrés (personnes nées à l'étranger) qui vivent en France, soit 9,7 % de la population totale⁵³. Les descendants d'immigrés sont eux estimés à 7,5 millions soit 11,2 % de la population totale⁵⁴. Une addition des deux représente 14 millions de personnes soit 20,9 % de la population totale.

Dans notre pratique il est donc courant d'être confronté à des patients dont la culture peut varier, avec plus ou moins d'intensité, à la nôtre.

Comment intégrer cet aspect dans notre dialogue avec le patient ?

3.1.1. Quelques éléments de langage ⁵⁵.

La **culture** est l'ensemble des valeurs, croyances, comportements, symboles, rituels et coutumes uniques à un groupe particulier de personnes et transmises de génération en génération

Elle sert souvent de schéma de vie pour l'éducation, la religion, la famille et le rapport à la santé.

L'ethnie est un groupe ayant une origine géographique commune et possédant une culture homogène.

En France les statistiques ethniques sont interdites, ce qui n'est pas le cas aux Etats-Unis qui distingue sa population en groupes ethniques (blancs américains, afro-américains, asio-américains, amérindiens, océano-américains, autres).

⁵³ Institut national de la statistique et des études économiques, « Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2015 ».

⁵⁴ Breuil-Genier, Borrel, et Lhommeau, « Les immigrés, les descendants d'immigrés et leurs enfants ».

⁵⁵ Spector, *Cultural diversity in health & illness*.

La **compétence culturelle** (ou « **cultural competence** » en anglais), expression anglaise désignant les capacités du soignant à comprendre et prendre en compte le contexte culturel du patient. C'est cette compétence que le praticien doit apprendre à développer.

L'**assimilation culturelle** est le processus par lequel un individu abandonne peu à peu sa culture au détriment de la culture dominante. Ce processus d'**acculturation** est lent et souvent incomplet, il peut s'effectuer sur plusieurs générations.

3.1.2. Essentialisme et préjugés : les écueils à éviter

La pensée **essentialiste**⁵⁶ prend ses racines dans la pensée philosophique antique. Aristote crée le concept d'« essence » : ce qu'une chose est. Il construit ensuite une classification des espèces dans laquelle l'humain s'intègre, ainsi qu'une catégorisation au sein de l'espèce humaine (notamment une essence féminine et une essence masculine). L'essentialisme suppose que l'« essence » d'un être détermine son existence, autrement dit, que malgré son libre arbitre et sa pensée, un individu se conformera à ce qui le définit initialement. Le **culturalisme** est une vision essentialiste de la société où chaque individu se voit imputer des comportements et des idées issus de sa culture dont il ne peut dériver.

Notre jugement peut être soumis à des **préjugés**⁵⁷ qui le rendent impartial, l'**ethnocentrisme** (penser que son ethnie/ sa culture sont supérieures à une autre) est l'un de ces biais. Il en existe de tous types : penser qu'un homme est supérieur à une femme (machisme) qu'une classe sociale est supérieure à une autre (classisme).

Un **stéréotype** est la croyance que tous les individus d'un groupe sont identiques sans tenir compte de son vécu, de son appropriation d'autres cultures, de sa personnalité propre.

Stéréotypes et préjugés sont des barrières dans notre relation avec les patients, afin de les éviter il faut s'informer sur les habitudes et modes de vie des patients, poser des questions sur leurs croyances, demander leur avis, toujours rester ouvert d'esprit.

⁵⁶ « Eve "C'est quoi, l'essentialisme ?" »

⁵⁷ Simmers, *Diversified health occupations*.

3.2. La santé et la religion, valeurs culturelles fortes

3.2.1. La santé

En France, la médecine occidentale (ou « médecine moderne ») est la norme. Basée sur la science, elle met en relation chimie, biologie, physique afin de nous soigner. Ainsi nous pensons que c'est la présence de microorganismes, les troubles cellulaires, le vieillissement qui sont la source des maladies. La bactériologie nous permet aujourd'hui notamment de comprendre davantage la maladie carieuse et parodontale et nous sert de base dans la prévention et le traitement.

Les médecines non occidentales ou « traditionnelles » restent néanmoins fortement pratiquées, non basées sur la science, elles utilisent spiritualité, plantes, minéraux, exercices manuels pour soigner. Il en existe autant qu'il existe de cultures et certaines pratiques peuvent s'entremêler à l'échelle d'un continent.

Chaque culture possède sa propre conception de la santé, de son rapport à la douleur et des traitements efficaces.

Quelques exemples sont présentés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 2 : Vision traditionnelle de la santé dans la culture subsaharienne

Culture	Vision de la santé	Causes de la maladie	Traitement
Afrique subsaharienne	<ul style="list-style-type: none">● Maintien de l'équilibre individu/ environnement social et spirituel (dualité corps/esprit)● Bonne relation avec les ancêtres	<ul style="list-style-type: none">● Maladie comme punition des dieux / des esprits ou suite à une faute morale.● Lié à la destinée de chacun et à ses ancêtres	<ul style="list-style-type: none">● Soigneurs traditionnels : herboristes, sages-femmes, devins● Traitements : décoctions d'herbes, prières, charmes, amulettes, talismans, rituels

Source: Omonzejele, « African concepts of health, disease, and treatment: an ethical inquiry », 2008.

Tableau 3 : Vision traditionnelle de la santé dans la culture nord-africaine

Culture	Vision de la santé	Causes de la maladie	Traitement
Afrique du nord	<ul style="list-style-type: none"> ● La santé est directement liée à la spiritualité 	<ul style="list-style-type: none"> ● La maladie punition : fait suite à des excès, une faute morale ou religieuse ● La maladie épreuve : manifestation divine qui teste l'individu via la maladie ● La maladie agression : possession par un démon, mauvais œil, sorcellerie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Soigneurs traditionnels : Marabouts, magiciennes ● Traitements : décoctions d'herbes, parfums, magie, incantations, saignées

Source : Belhadj, « Croyances et médecine traditionnelle en Afrique du Nord », 2017.

Tableau 4 : Vision traditionnelle de la santé dans la culture asiatique

Culture	Vision de la santé	Causes de la maladie	Traitement
Asiatique	<ul style="list-style-type: none"> ● La santé provient d'une harmonie spirituelle et physique avec la nature ● Balance entre deux forces : le ying et le yang (le froid et le chaud) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Déséquilibre ying/yang ● Environnement malsain ● Forces spirituelles (dieu, esprits, ancêtres) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Soigneurs traditionnels : herboristes, shamans, médecins ● Traitements : décoctions d'herbes, restauration de l'équilibre ying yang (application de chaud et de froid), acupuncture

Source: Batra, Gupta, et Erbas, « Oral health beliefs, attitudes, and practices of south asian migrants : a systematic review », 2019.

On remarquera que malgré les distances géographiques on retrouve avec constance cette philosophie spirituelle et morale. Là où la médecine occidentale s'intéresse davantage à la cause de la maladie, la médecine traditionnelle va également se pencher sur la personnalité de l'individu.

Avec l'assimilation culturelle et les progrès de la médecine occidentale il est rare en France de croiser des patients adhérents totalement à ces croyances, néanmoins elles peuvent influencer sur leurs réponses à nos explications, à la prise de médicaments, à la proposition thérapeutique.

C'est face à des pathologies chroniques, difficilement soignables, aux complications multiples (comme le VIH, le diabète, le cancer, les douleurs articulaires...), que les patients vont chercher ailleurs des réponses qu'ils ne trouvent pas dans la médecine occidentale.

De la même façon les maladies parodontales gardent une mythologie de fatalité et d'incurabilité pour les patients qui peuvent se tourner vers des méthodes traditionnelles. Confrontés à l'utilisation de produits ou remèdes artisanaux le praticien devrait garder un esprit ouvert et ne pas les rejeter, s'ils sont sans dangers sur la santé. Dans le cas contraire (acide, tabac, sucre) il faut longuement, et de façon pédagogique, expliquer leur nocivité car s'ils sont fortement ancrés dans les habitudes culturelles du patient celui-ci sera réticent à leur arrêt. Refuser un traitement peut être aussi une façon d'asseoir son indépendance culturelle et d'antagoniser la culture occidentale.

3.2.2 Religion et spiritualité

Spiritualité et religion sont une composante incontournable de chaque groupe culturel. La France, à l'inverse des pays anglo-saxons, n'effectue pas de statistiques ethniques ou religieuses officielle : c'est la loi « informatique et libertés » de 1978 qui le stipule (« Il est interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel qui font apparaître, directement ou indirectement, les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses...»). Les instituts de sondages ne sont pas contraints par cette loi concernant les statistiques religieuses, ils peuvent donc questionner les français sur leurs confessions s'ils ne refusent pas d'y répondre.

Sans atteindre la précision d'un recensement, les sondages révèlent que la croyance religieuse n'est pas marginale en France : près de 37 % des français se déclarent croyants⁵⁸, soit près de 4 patients sur 10 de nos cabinets.

Nous détaillerons sommairement quelques-unes des religions les plus pratiquées en France, tous les chiffres donnés concernant le nombre de pratiquants proviennent de sondages uniquement.

La **religion**⁵⁹ est un concept difficilement définissable, c'est au XIXe siècle que des universitaires occidentaux décidèrent de comparer les croyances et rites d'autres pays à la religion chrétienne afin

⁵⁸ Observatoire de la laïcité, « Rapport des français à la religion et aux convictions : chiffres clés ».

⁵⁹ Pattison, « Religion, spirituality and health care : confusions, tensions, opportunities ».

de les considérer, ou non, comme des religions. Ainsi le bouddhisme et l'hindouisme, du fait de la présence de textes sacrés et de règles morales et éthiques bien codifiées, furent considérés comme des religions. A l'inverse les rites traditionnels africains tels que l'animisme ou le shamanisme ne furent considérés que comme des superstitions. De façon simpliste, on pourrait définir une religion comme un système organisé de croyances en un être supérieur (humain ou non), les croyances en termes de vie, de naissance, de santé, de maladie, de mort proviennent souvent d'une religion.

La **spiritualité** est une notion plus récente, ayant pris de l'ampleur avec le déclin des grandes religions monothéiques après-guerre. Elle se base sur une croyance en un monde non matériel, la recherche d'un sens à la vie, la « transcendance de soi ». La spiritualité peut parfois se mêler à une religion déjà existante mais elle reste bien plus personnelle et peut varier au cours de la vie de l'individu.

La vision occidentale de la santé possède elle aussi ses croyances : la douleur doit être supprimée et la mort est ce qu'il peut arriver de pire. Pour certaines personnes religieuses la douleur et la mort sont considérées comme faisant partie d'une destinée divine.

Néanmoins, de façon générale, les croyances religieuses s'imbriquent bien avec la conception occidentale de la santé, aider les malades et ceux qui souffrent est une valeur positive dans la majorité des religions, le soignant est donc bien vu.

Communiquer avec un patient religieux c'est d'abord évaluer son propre rapport avec la religion. Suis-je religieux mais hostile à d'autres religions ? Religieux mais ouvert à toutes spiritualités ? Non croyant et hostile aux religions ? etc...

Montrer son hostilité et sa suspicion à un patient religieux est généralement contre-productif, il risque de se braquer et de rejeter le traitement.

3.2.2.1 Le patient de confession bouddhiste ⁶⁰

Essentiellement pratiqué dans les pays les plus orientaux du continent Eurasien (Thaïlande, Laos, Vietnam, Chine, Japon...), le bouddhisme se développe dans les pays occidentaux depuis les années 1970.

Dans la religion bouddhiste, la bonne santé provient d'un équilibre entre l'esprit et le corps, entre l'individu et son environnement. Lorsque cet équilibre est rompu, la maladie apparaît. Le *karma* est la croyance d'une corrélation entre les actions d'un individu et ses conséquences sur son futur. Le *karma*

⁶⁰ Phan van song, « Bouddhisme et santé ».

est donc un facteur dans la survenue des maladies. La religion bouddhiste ne remet pas en cause la médecine moderne et encourage son utilisation pour soigner, elle l'associe juste à l'aspect religieux et moral.

Les bouddhistes croient en une continuité de la vie après la mort, la *renaissance* : c'est la réincarnation d'une âme dans le corps d'un autre être, humain ou animal. C'est la croyance en cette réincarnation qui fait que beaucoup de bouddhistes (et d'hindous) sont végétariens. Souhaitant atteindre leur prochaine vie avec un corps indemne, certains bouddhistes peuvent hésiter longuement devant une ablation chirurgicale (comme une extraction dentaire par exemple).

3.2.2.2 Le patient de confession chrétienne ⁶¹

La religion chrétienne catholique est la plus représentée en France, en 2010 c'est 64 % des français interrogés qui se disaient catholiques, mais la pratique religieuse reste bien plus rare et concernerait entre 10 et 15 % des Français⁶². La pratique protestante et orthodoxe est minoritaire et engloberait environ 3-4 % de la population.

Religion « historique et traditionnelle » du pays, ses coutumes et notre culture se sont enrichies mutuellement. Ainsi les jours de fêtes et de repos sont inscrits dans le calendrier ce qui ne bouscule pas nos habitudes de travail. Il n'existe pas d'interdit alimentaire ou médicamenteux dans la religion catholique. Les chrétiens effectuent un jeûne chaque année, pendant une période de 46 jours avant Pâques, le Carême.

La souffrance physique est considérée comme rédemptrice chez les catholiques (par analogie de la souffrance du Christ), certains patients peuvent donc la valoriser et refuser des traitements antalgiques (ce n'est pas le cas chez les protestants et orthodoxes), néanmoins le pape Pie XII autorise leur utilisation en 1959.

3.2.2.3 Le patient de confession juive ⁶³

Faible en termes de fidèles dans le monde (14,6 millions d'après la Jewish Databank), le nombre de juifs en France est comparativement élevé : avec 453 000 individus c'est le 3^e pays (après Israël et les Etats-Unis) en étant le plus peuplé⁶⁴. Leur livre sacré est la *Torah* et six cent treize préceptes (mitsvot)

⁶¹ Levy, *Soins, cultures et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*.

⁶² Camus, « Qui sont les catholiques de France ? »

⁶³ Levy, *Soins, cultures et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*.

⁶⁴ Jewish databank "2018 world jewish population" .

dictent le mode de vie des juifs croyants. Une personne est considérée comme juive si elle est née de mère juive ou si elle est convertie en accord de la loi juive. Au contraire des autres religions, on reste juif même si l'on ne croit plus ou que l'on se convertis, ainsi il faut différencier le juif non croyant, le juif croyant modulant sa pratique et le juif orthodoxe qui suit tous les préceptes de la religion.

Le jour de spiritualité du judaïsme est le samedi, c'est le jour du shabbat. Ce jour est entièrement consacré à la prière, à l'étude de la Torah, au repos et à la famille. Il débute le vendredi soir, vingt minutes avant le coucher du soleil et se termine le samedi à la tombée de la nuit. Pendant cette période les pratiquants n'utilisent aucun moyen moderne de communication et de transport (voiture, téléphone, électricité) : contacter ou soigner un patient croyant durant le shabbat peut donc s'avérer difficile. La mortification et le dolorisme n'existent pas dans la religion juive, tous les traitements antalgiques sont donc acceptés. Le judaïsme interdit de nombreux médicaments, principalement ceux contenant de la gélatine animale, les praticiens peuvent se procurer le *guide médial*, répertoire des médicaments autorisés (« kasher »).

3.2.2.4 Le patient de confession musulmane ⁶⁵

C'est la 2^{ème} religion en termes de population dans le monde, elle est pratiquée majoritairement par les populations arabes (Maghreb et Moyen-orient), turques (Turquie), perses (Iran) et sud-asiatiques (Inde, Pakistan et Bangladesh). Le *Coran* est le livre sacré des musulmans, il les encourage à garder une bonne santé, à manger avec modération, à soigner les malades. Les médecins et soignants sont cités dans le *Coran* et sont donc appréciés. L'islam distingue ce qui est *halal* (ce qui est licite, acceptable) de ce qui est *haram* (illicite et interdit). L'islam autorise aux individus l'utilisation de médicaments pour soulager les souffrances, morphines et opiacés sont donc autorisés. Le vendredi est le jour de la grande prière, celle-ci a lieu le midi et est suivie d'une réunion amicale/familiale l'après-midi, c'est un jour de repos hebdomadaire.

Les musulmans pratiquent un jeûne le 9^{ème} mois de l'année musulmane (le Ramadan) entre l'aube et le coucher du soleil.

Le Siwak est une racine d'arbuste utilisée traditionnellement pour l'hygiène orale dans les pays musulmans, elle possède des propriétés antimicrobiennes et anti-biofilm et son usage est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé.

⁶⁵ Sirois, Darby, et Tolle, « Understanding muslim patients : cross-cultural dental hygiene care ».

Les patients qui l'utilisent semblent être davantage exposés aux récessions gingivales⁶⁶, mais tout comme nous le faisons avec la brosse à dent, un apprentissage d'une technique non invasive permet de stopper les destructions. Face à la situation d'un patient utilisant le Siwak mieux vaut expliquer la nécessité d'y associer une hygiène interdentaire plutôt que de forcer l'utilisation d'une brosse à dent.

Figure 4 : Bâtons de Siwak



Source : Aljadhey et al., « Self-medication in central saudi arabia », 2015.

3.2.2.5 Le patient de confession hindoue ⁶⁷

3^{ème} religion mondiale en effectifs de croyants, L'hindouisme se répartit majoritairement entre 3 nations : L'Inde, le Népal et Maurice. Prenant source dans les mêmes textes sacrés (ceux de la civilisation *védique*) que le bouddhisme, l'hindouisme s'en distingue par la croyance en un principe universel (le *Brahman*) et plusieurs dieux. La croyance en la réincarnation reste toutefois un principe similaire au bouddhisme, induisant les mêmes comportements.

3.2.2.6 Quelle influence sur notre pratique ?

Le jeûne est un acte religieux fréquent, même s'il est autorisé au malade de ne pas l'effectuer, mieux vaut reporter les rendez-vous dentaires non urgents en période de jeûne : l'utilisation d'anesthésiques, de matériaux d'empreintes ou encore le rinçage peuvent être vus comme une rupture du jeûne. Un jeûne peut parfois créer une xérostomie et induire une halitose du fait de la présence de composés sulfurés.

⁶⁶ Haque et Alsareii, « A review of the therapeutic effects of using miswak (*salvadora persica*) on oral health ».

⁶⁷ Levy, *Soins, cultures et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*.

Le bouddhisme et l'islam interdisent l'alcool, il est donc recommandé d'éviter de prescrire des bains de bouche en contenant.

Comme vu précédemment, certaines religions disposent d'un jour de repos hebdomadaire différent du Dimanche, mieux vaut proposer des rendez-vous en dehors de ces jours.

Des gestes et attitudes qui nous paraissent polies ou habituelles peuvent gêner des patients très croyants, en voici certaines :

- Serrer la main de son patient peut être mal vu, notamment s'il est du sexe opposé. Une salutation cordiale est préférable.
- Un contact visuel trop insistant, notamment avec une personne du sexe opposé, peut être considéré comme un signe de non-respect.
- Le contact tactile est réservé aux proches et à la famille, mieux vaut l'éviter au-delà du nécessaire.
- En aucun cas le praticien ne doit retirer lui-même le couvre-chef du patient (*kippa*, voile, foulard ou perruque par exemple).

3.3 La barrière linguistique

Il arrive qu'à la barrière culturelle se rajoute celle de la langue. Pour les patients ne parlant pas français la compréhension du système de santé, l'accès à la prévention, l'observance des traitements sont des obstacles supplémentaires à surmonter.

3.3.1 L'interprétariat ⁶⁸

En consultation, le recours à un interprète formé au vocabulaire médical et étranger à la famille est idéal, même si rarement possible. Maintenir un contact visuel et gestuel avec le patient, et non avec l'interprète, est primordial afin d'établir un lien de confiance.

Si l'interprète est un membre de la famille, plusieurs biais de communication sont inévitables :

- Le patient peut dissimuler des informations intimes (la fréquence du brossage ou le tabagisme par exemple).
- L'interprète, impliqué émotionnellement, va laisser transparaître sa propre opinion sur les symptômes, la douleur, la maladie du patient.

⁶⁸ Fitch, « Cultural competence and dental hygiene care delivery: integrating cultural care into the dental hygiene process of care ».

- Faire traduire les enfants, qui maîtrisent rarement les deux langues et leurs termes médicaux, et qui vont éluder les sujets sensibles.
- Création d'un transfert de responsabilités / perte d'autonomie du patient vers son entourage.

En France, le recours à l'interprétariat médical s'est surtout développé dans le milieu hospitalier mais il reste exceptionnel dans les cabinets de ville. La méconnaissance et la mise en place complexe du système d'interprétariat, suivi du coût financier sont les principaux freins évoqués par les praticiens. Les associations proposant des interprètes professionnels sont réparties de façon très hétérogène géographiquement en France, on peut en retrouver une liste, non exhaustive, dans la brochure de la HAS sur le sujet⁶⁹.

3.3.2 Autres moyens de communications et limites

Dans le cas où la présence d'un interprète est impossible, il est indispensable de prendre le temps d'essayer de se comprendre mutuellement via **l'écoute active** et la **reformulation**. Dans un questionnaire évaluant l'utilisation de moyens alternatifs de communication en l'absence d'interprète, adressé à 130 médecins généralistes, 93 (71 %) déclaraient utiliser les gestes et le regard, 65 (50 %) communiquaient via une langue commune (l'anglais généralement), 39 (30 %) faisaient des dessins ou schémas et 28 (21 %) recouraient à internet⁷⁰.

On peut également mentionner l'utilisation de pictogrammes, notamment via *Medipicto*, une application développée par l'AP-HP. Son contenu dentaire reste inexistant mais il peut s'avérer utile pour procéder à l'interrogatoire médical et à l'évaluation de la douleur. Ne pas oublier que, si l'on souhaite créer une narration via une suite de pictogrammes, la lecture s'effectue de droite à gauche dans certains pays et le sens peut être totalement inversé.

⁶⁹ Haute autorité de santé, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé ».

⁷⁰ Chaaban, « Evaluation de la pratique des medecins generalistes sur l'utilisation d'interprètes professionnels face a un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue francaise a toulouse ».

Figure 5 : Exemple de l'évaluation de la douleur via pictogrammes



Source : Auteur, Capture d'écran de l'application mobile Medipicto, 2020.

Ces moyens de communications sont utilisés fréquemment mais ils donnent uniquement l'illusion de se faire comprendre par le patient. Ils ne permettent pas d'expliquer des pathologies ou des protocoles de façon poussée comme l'éducation thérapeutique d'une maladie chronique (diabète, VIH, parodontite...).

Tableau 5 : Limites et risques des méthodes alternatives à l'interprétariat

Moyens de communication	Limites et risques
Recours à une langue tierce	Rarement une bonne maîtrise commune de la langue : faible vocabulaire, impossibilité d'énoncer des nuances, difficile d'y intégrer des émotions, inadaptée à la situation médicale
Pictogrammes, dessins et schémas	Communication unilatérale Pictogrammes non universels et difficiles à utiliser par des patients qui n'y sont pas habitués Impossible de vérifier la compréhension par reformulation

<p>Sites de traduction en ligne</p>	<p>Communication unilatérale</p> <p>N'existe pas pour toutes les langues et peu fiable pour certaines (traductions erronées)</p> <p>Traduit littéralement, sans possibilités de nuances, sans figures de style</p> <p>Induisent des réponses binaires, sans développement possible</p>
-------------------------------------	--

Source : Haute autorité de santé, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », 2017.

Discussion

Les réflexions débutées il y a trente ans sur la communication praticien-patient en médecine peinent à s'installer en odontologie. Si elles sont aujourd'hui abordées dans le cadre de la formation initiale au cours de séminaires, d'ateliers de jeux de rôle et de groupes de paroles, la forte technicité de notre profession tend à prendre le dessus sur l'aspect relationnel. Il est d'ailleurs trop rare que des conférences ou formations continues s'intéressent au sujet de la communication.

Pourtant, comme nous l'avons vu, un accroissement des capacités relationnelles du praticien a un réel impact dans notre quotidien : diminution des conflits, augmentation de la satisfaction et de la confiance du patient, amélioration du suivi, de l'observance, de la prise en charge douloureuse et anxieuse, et des résultats cliniques.

Notre manuscrit démontre qu'il est possible d'obtenir ces résultats en favorisant des comportements simples à mettre en place, en s'appuyant sur des études traitant des différents aspects de la communication.

Ces études mettent l'accent sur l'importance de l'empathie du praticien, le rôle du langage verbal et non-verbal et réaffirment la place centrale que doit occuper le patient et son individualité dans notre démarche médicale.

De ces préceptes sont nés plusieurs méthodes comportementales, dont l'entretien motivationnel que nous avons choisi de développer. Par le biais d'outils relationnels et d'une philosophie d'écoute active, l'entretien motivationnel vise à faire évoluer le comportement du patient. Ainsi, il s'additionne parfaitement à notre démarche d'éducation thérapeutique.

L'un des grands défis de la communication centrée sur le patient est la prise en compte de son individualité. Nous avons choisi d'en explorer une composante centrale, la culture. L'aspect culturel n'est pas accessoire dans nos communications : source de préjugés, de malentendus et de méfiance, la culture impacte aussi bien notre vision que celle du patient.

Dépasser ces préjugés culturels est un défi permanent que doit s'imposer le chirurgien-dentiste, il en sera récompensé par l'établissement d'une relation de confiance avec le patient, si bénéfique à nos thérapeutiques. Connaître certaines spécificités culturelles est une première étape dans ce défi, c'est

dans cette optique que nous avons construit notre travail sur la communication interculturelle. Il convient de préciser que ce travail sur la culture n'est qu'une « introduction » superficielle et incomplète à un sujet bien plus vaste, l'objectif étant de susciter un intérêt chez le praticien qui poursuivra cet apprentissage tout au long de sa vie (professionnelle et personnelle).

L'amplitude de l'apprentissage en matière de communication dans l'enseignement initial est grande. Elle pourrait consister à accentuer les efforts déjà entrepris:

- Multiplier les études de vidéos de séances, simulées ou non, avec des patients comme il en existe déjà en parodontologie et pédodontie. Une façon d'impliquer plus concrètement les étudiants serait une analyse en travaux pratiques de leurs propres enregistrements audio/vidéo réalisés en clinique.
- Créer un enseignement interactif, accompagné de fiches reprenant les comportements basiques de communication à adopter au quotidien.
- Introduire l'importance de la communication interculturelle, servant d'incitation à développer l'ouverture d'esprit et la curiosité chez les étudiants.
- Favoriser l'apprentissage de l'entretien motivationnel et incorporer ses outils à l'apprentissage de l'éducation thérapeutique du patient.
- Faire appliquer ces méthodes comportementales dans des ateliers de jeu de rôle en travaux pratiques.

L'un des dangers à la déconsidération de cet enseignement est l'apparition de formations privées payantes en communication. Ces formations, se calquant sur celles déjà existantes dans le monde de l'entreprise et du marketing, promeuvent une approche axée sur le gain pécunier (acceptation de devis, « management » de l'équipe au cabinet, publicité du cabinet etc...) qui met souvent de côté l'aspect humain de notre profession.

Il existe de nombreux autres sujets que nous n'abordons pas mais qui pourraient compléter notre travail : l'exploration de la communication avec l'enfant, avec les patients souffrant de troubles psychiques/ du spectre autistique, avec la personne âgée dépendante, avec le patient phobique etc... Il existe autant de sujets potentiels qu'il existe de caractères individuels, n'oublions pas que la personnalité d'un patient est l'ensemble de ses individualités et non pas une seule de celles-ci.

Conclusion

Compétence liminaire de notre profession, mais si souvent déconsidérée, la communication mérite une plus grande exposition. Les chirurgiens-dentistes en saisissent généralement l'importance, mais ils la considèrent immuable et iné. Pourtant, nous avons montré qu'il est possible de créer une véritable stratégie communicative à mettre en œuvre, aux résultats concrets et au bénéfice du patient, et du praticien.

L'amélioration de cette capacité passe très certainement par le développement de la formation sur le sujet, mais également par une amélioration globale de nos conditions d'exercices : libérer le temps nécessaire à une bonne communication c'est envisager une consultation où les contraintes temporelles et financières seraient moins prononcées.

Bibliographie

- Ambady, N, D LaPlante, T Nguyen, R Rosenthal, N Chaumeton, et W Levinson. « Surgeons' tone of voice : a clue to malpractice history ». *Surgery* 132, n° 1 (2002): 5-9. <https://doi.org/10.1067/msy.2002.124733>.
- Arreto, C.-D., A Brunet-Canonne, et F Fioretti. *Consulter en odontologie : la relation praticien patient*. Rueil-Malmaison : Editions CdP, 2006.
- Beckman, H. B., et R. M. Frankel. « The effect of physician behavior on the collection of data ». *Annals of internal medicine* 101, n° 5 (1984): 692-96. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>.
- Boissy, A., A.K. Windover, D. Bokar, M. Karafa, K. Neuendorf, R.M. Frankel, J. Merlino, et M.B. Rothberg. « Communication skills training for physicians improves patient satisfaction ». *Journal of general internal medicine* 31, n° 7 (2016): 755-61. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>.
- Breuil-Genier, P., C. Borrel, et B. Lhommeau. « Les immigrés, les descendants d'immigrés et leurs enfants ». Consulté le 14 février 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373887?sommaire=1373905>.
- Camus, E. « Qui sont les catholiques de France ? » *Le monde*, 24 janvier 2014. https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/01/24/qui-sont-les-catholiques-de-france_4354161_3224.html.
- Cary, M.S. « The role of gaze in the initiation of conversation ». *Social Psychology* 41, n° 3 (1978): 269-71. <https://doi.org/10.2307/3033565>.
- Cascaes, A.M, R.M Bielemann, V.L Clark, et A.J.D Barros. « Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health : a systematic review ». *Revista de saúde pública* 48, n° 1 (2014): 142-53. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004616>.
- Chaaban, S. « Evaluation de la pratique des medecins generalistes sur l'utilisation d'interprètes professionnels face a un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française a toulouse ». Thèse de doctorat, Université Paul Sabatier, 2014. <http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/1/2014TOU31041.pdf>.
- Charisme développement. « Comment améliorer sa communication non verbale? » *Charisme développement* (blog), 7 novembre 2018. <https://charismedeveloppement.fr/ameliorer-sa-communication-non-verbale/>.
- Chassany, O., F. Boureau, F. Liard, P. Bertin, A. Serrie, P. Ferran, K. Keddad, I. Jolivet-Landreau, et S. Marchand. « Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis : a randomized multicenter study. » *The journal of rheumatology* 33, n° 9 (2006): 1827-34.
- Code de la santé publique. Article l1111-2, L1111-2 Code de la santé publique § (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927568&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>.
- Cohen, M., D. Jeanmonod, H. Stankewicz, K. Habeeb, M. Berrios, et R. Jeanmonod. « An observational study of patients' attitudes to tattoos and piercings on their physicians : the art study ». *Emergency medicine journal* 35, n° 9 (2018): 538-43. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2017-206887>.
- Colloca, L., M. Sigaud, et F. Benedetti. « The role of learning in nocebo and placebo effects ». *Pain* 136, n° 1 (2008): 211-18. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.006>.
- Ekman, P. « Facial expression and emotion ». *American psychologist* 48, n° 4 (1993): 384-92. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.4.384>.

- Elliot, A.J, et M.A Maier. « Color psychology : effects of perceiving color on psychological functioning in humans ». *Annual review of psychology* 65, n° 1 (2014): 95-120. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115035>.
- Eve. « C'est quoi l'essentialisme ? » *EVE* (blog), 21 octobre 2015. <https://www.eveprogramme.com/14474/cest-quoi-lessentialisme/>.
- Exline, R.V., S.L. Ellyson, et B. Long. « Visual behavior as an aspect of power role relationships ». In *Nonverbal communication of aggression*, édité par P. Pliner, L. Krames, et T. Alloway, 21-52. Boston: Springer US, 1975.
- Fitch, P. « Cultural competence and dental hygiene care delivery : integrating cultural care into the dental hygiene process of care ». *Journal of dental hygiene* 78, n° 1 (2004): 11-21.
- Hall, E.T. *La dimension cachée*. Paris: Ed du Seuil, 1971.
- Hall, J. A., D. L. Roter, et N. R. Katz. « Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters ». *Medical care* 26, n° 7 (1988): 657-75. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00002>.
- Haque, M.M., et S.A. Alsareii. « A review of the therapeutic effects of using miswak (salvadora persica) on oral health ». *Saudi medical journal* 36, n° 5 (2015): 530-43. <https://doi.org/10.15537/smj.2015.5.10785>.
- Haute autorité de santé. « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé », 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf.
- . « Modèle transthéorique des changements ». Consulté le 14 février 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf.
- Hayes, E., R. Dua, E. Yeung, et K. Fan. « Patient understanding of commonly used oral medicine terminology ». *British dental journal* 223, n° 11 (2017): 842-45. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.991>.
- Hojat, M., D.Z. Louis, F.W. Markham, R.C. Wender, C. Rabinowitz, et J.S. Gonnella. « Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. » *Academic medicine* 86, n° 3 (2011): 359-64. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>.
- Hupka, R.B., Z. Zaleski, J. Otto, L. Reidl, et N.V. Tarabrina. « The colors of anger, envy, fear, and jealousy : a cross-cultural study ». *Journal of cross-cultural psychology* 28, n° 2 (1997): 156-71. <https://doi.org/10.1177/0022022197282002>.
- Hupp, J.M, et M.K. Jungers. « Beyond words : comprehension and production of pragmatic prosody in adults and children ». *Journal of experimental child psychology* 115, n° 3 (2013): 536-51. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2012.12.012>.
- Institut national de la statistique et des études économiques. « Population par sexe, âge et situation quant à l'immigration en 2015 », 2015. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3569308?sommaire=3569330&geo=FE-1>.
- Jacobs, K.W., et James F. Suess. « Effects of four psychological primary colors on anxiety state ». *Perceptual and motor skills* 41, n° 1 (1975): 207-10. <https://doi.org/10.2466/pms.1975.41.1.207>.
- Jewish databank. « 2018 world jewish population ». Consulté le 10 octobre 2019. [https://www.jewishdatabank.org/content/upload/bjdb/2018-World_Jewish_Population_\(AJYB,_DellaPergola\)_DB_Final.pdf](https://www.jewishdatabank.org/content/upload/bjdb/2018-World_Jewish_Population_(AJYB,_DellaPergola)_DB_Final.pdf).
- Kiosses, V.N, V.T. Karathanos, et A. Tatsioni. « Empathy promoting interventions for health professionals : a systematic review of rcts ». *Journal of compassionate health care* 3, n° 1 (2016): 7. <https://doi.org/10.1186/s40639-016-0024-9>.
- Kopp, S.L., C.A. Ramseier, P. Ratka-Krüger, et J.P. Woelber. « Motivational interviewing as an adjunct to periodontal therapy a systematic review ». *Frontiers in psychology* 8 (2017). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00279>.
- Koyama, T., J.G. McHaffie, P.J. Laurienti, et R.C. Coghill. « The subjective experience of pain : where expectations become reality ». *Proceedings of the national academy of sciences of the united states of america* 102, n° 36 (2005): 12950-55. <https://doi.org/10.1073/pnas.0408576102>.

- Kurumada, C., M. Brown, S. Bibyk, D.F. Pontillo, et M.K. Tanenhaus. « Is it or isn't it : listeners make rapid use of prosody to infer speaker meanings ». *Cognition* 133, n° 2 (2014): 335-42. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.05.017>.
- Lardellier, P. « Pour en finir avec la « synergologie » : une analyse critique d'une pseudoscience du « décodage du non-verbal » ». *Communication* 26, n° 2 (2008): 197-223. <https://doi.org/10.4000/communication.858>.
- L'Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. « L'entretien motivationnel qu'est-ce-que c'est? » *AFDEM* (blog), 23 décembre 2014. <https://afdem.org/entretienmotivationnel/qu-est-ce-que-c-est/>.
- Lécallier, D., et P. Michaud. « L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique ». *Alcoologie et addictologie* 26 (2004): 129-34.
- Levy, I. *Soins, cultures et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. 2^e éd. Paris : De Boeck-Estem, 2008.
- Macé, S., et F.C. Wolff. « Les médecins grands et beaux sont-ils plus souvent perçus comme de « grands » médecins ? » *Journal de gestion et d'économie médicales* Vol. 32, n° 4 (2014): 245-62.
- Maybury, C., A.M. Horowitz, Min Qi Wang, et D.V Kleinman. « Use of communication techniques by maryland dentists ». *Journal of the american dental association* 144, n° 12 (2013): 1386-96. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0075>.
- Mehrabian, A., et S.R. Ferris. « Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. » *Journal of consulting psychology* 31, n° 3 (1967): 248-52. <https://doi.org/10.1037/h0024648>.
- Mercer, S.W, M. Neumann, M. Wirtz, B. Fitzpatrick, et G. Vojt. « General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in scotland : a pilot prospective study using structural equation modeling ». *Patient education and counseling* 73, n° 2 (2008): 240-45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.022>.
- Miller, W.R., et S. Rollnick. *Motivational interviewing : preparing people for change*. 2nd éd. New York : Guilford Press, 1991.
- Morse, J. M., G. Anderson, J. L. Bottorff, O. Yonge, B. O'Brien, S. M. Solberg, et K. H. McIlveen. « Exploring empathy : a conceptual fit for nursing practice? » *Image--the journal of nursing scholarship* 24, n° 4 (1992): 273-80. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x>.
- Murray, L.R., et J.L. Arnott. « Toward the simulation of emotion in synthetic speech : a review of the literature on human vocal emotion ». *The journal of the acoustical society of america* 93, n° 2 (1993): 1097-1108. <https://doi.org/10.1121/1.405558>.
- Nossintchouk, R. *Communiquer en odonto-stomatologie : obligations et stratégies*. Paris : Éd. CdP, 2003.
- Observatoire de la laïcité. « Rapport des français à la religion et aux convictions : chiffres clés ». Gouvernement.fr. Consulté le 14 février 2020. <https://www.gouvernement.fr/rapport-des-francais-a-la-religion-et-aux-convictions-chiffres-cles>.
- Okumura, Y., T. Kobayashi, et S. Itakura. « Eye contact affects object representation in 9-month-old infants ». *Plos one* 11, n° 10 (2016): e0165145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165145>.
- Oxford University Press. « Communication ». In *Lexico dictionaries*, 2019. <https://www.lexico.com/en/definition/communication>.
- Pasolini, P.P. *Écrits corsaires*. Paris : Flammarion, 1976.
- Pattison, S. « Religion, spirituality and health care : confusions, tensions, opportunities ». *Health care analysis* 21, n° 3 (2013): 193-207. <https://doi.org/10.1007/s10728-013-0245-4>.
- Petrilli, C.M., S. Saint, J.J. Jennings, A. Caruso, L. Kuhn, A. Snyder, et V. Chopra. « Understanding patient preference for physician attire : a cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the usa ». *Bmj open* 8, n° 5 (2018): e021239. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021239>.

- Phan van song, P.M. « Bouddhisme et santé ». Consulté le 17 octobre 2019. http://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_175005-bouddhisme-et-sante.pdf.
- Plusquellec, P., et V. Denault. « The 1000 most cited papers on visible nonverbal behavior : a bibliometric analysis ». *Journal of nonverbal behavior* 42, n° 3 (2018): 347-77. <https://doi.org/10.1007/s10919-018-0280-9>.
- Rakel, D., B. Barrett, Z. Zhang, T. Hoelt, B. Chewing, L. Marchand, et J. Scheder. « Perception of empathy in the therapeutic encounter : effects on the common cold ». *Patient education and counseling* 85, n° 3 (2011): 390-97. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.009>.
- Ramseier, C., et J. Suvan. « Behaviour change counselling for tobacco use cessation and promotion of healthy lifestyles . A systematic review ». *Journal of clinical periodontology* 42 (2014). <https://doi.org/10.1111/jcpe.12351>.
- Rochester, S. R. « The significance of pauses in spontaneous speech ». *Journal of psycholinguistic research* 2, n° 1 (1973): 51-81. <https://doi.org/10.1007/BF01067111>.
- Ryan, R., et E. Deci. « Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being ». *The american psychologist* 55 (2000): 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
- Schegloff, E.A., G. Jefferson, et H. Sacks. « The preference for self-correction in the organization of repair in conversation ». *Language* 53, n° 2 (1977): 361. <https://doi.org/10.2307/413107>.
- Simmers, L. *Diversified health occupations*. 6th ed. Clifton Park: Delmar learning, 2004.
- Sirois, M.I., M. Darby, et S. Tolle. « Understanding muslim patients : cross-cultural dental hygiene care ». *International journal of dental hygiene* 11, n° 2 (2013): 105-14. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2012.00559.x>.
- Spector, R.E. *Cultural diversity in health & illness*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 2004.
- Thoma, M.V., R. La Marca, R. Brönnimann, L. Finkel, U. Ehlert, et U.M. Nater. « The effect of music on the human stress response ». *Plos one* 8, n° 8 (2013). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070156>.
- Voudouris, N.J., C.L. Peck, et G. Coleman. « The role of conditioning and verbal expectancy in the placebo response ». *Pain* 43, n° 1 (1990): 121-28. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)90057-K](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)90057-K).
- Watzlawick, P., et J.B Bavelas. *Une logique de la communication*. Paris: Ed. du Seuil, 1986.
- Weiss, R., E. Vittinghoff, M.C. Fang, J.E.W Cimino, K.A. Chasteen, R.M. Arnold, A.D. Auerbach, et W.G. Anderson. « Associations of physician empathy with patient anxiety and ratings of communication in hospital admission encounters ». *Journal of hospital medicine* 12, n° 10 (2017): 805-10. <https://doi.org/10.12788/jhm.2828>.
- Wheeler, R.W., J.C. Baron, S. Michell, et H.J. Ginsburg. « Eye contact and the perception of intelligence ». *Bulletin of the psychonomic society* 13, n° 2 (1979): 101-2. <https://doi.org/10.3758/BF03335025>.
- Williams, S., et J. Podd. « The placebo effect : dissolving the expectancy versus conditioning debate. » *Psychological bulletin* 130, n° 2 (2004): 324-40. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.324>.

Table des figures

Figure 1 : Les distances interpersonnelles	5
Figure 2 : Les 6 expressions primaires.....	17
Figure 3 : Le modèle transthéorique du changement.....	31
Figure 4 : Bâtons de Siwak.....	41
Figure 5 : Exemple de l'évaluation de la douleur via pictogrammes	44

Table des tableaux

Tableau 1 : Interprétations du vocabulaire employé par le patient	10
Tableau 2 : Vision traditionnelle de la santé dans la culture subsaharienne.....	35
Tableau 3 : Vision traditionnelle de la santé dans la culture nord-africaine.....	36
Tableau 4 : Vision traditionnelle de la santé dans la culture asiatique.....	36
Tableau 5 : Limites et risques des méthodes alternatives à l'interprétariat.....	44

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie - Montrouge

Docteur Adrian BRUN

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président d'Université de Paris

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

La communication : clef de voûte de la relation praticien patient

Résumé :

Qu'elle influe sur notre capacité à faire passer des informations, à faire de l'éducation thérapeutique ou encore à accroître la confiance que nous porte le patient, la communication n'est pas une compétence accessoire pour le chirurgien-dentiste. Le développement des sciences psychologiques au cours du XXe siècle a permis de décrypter notre façon de réagir aux stimuli verbaux et non-verbaux des individus qui nous entourent, il est ainsi possible d'optimiser notre communication. Nous explorons quelques unes des nombreuses facettes de la communication dans le cadre de la consultation dentaire : celle de l'entretien motivationnel en parodontie, « consultation phare » de notre éducation thérapeutique parodontale et celle de la relation interculturelle, comment s'effectue le dialogue avec des individus ne partageant pas la même culture, la même vision de la santé, la même langue ?

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Odontologie en santé publique -- Dissertation universitaire ; Communication non verbale -- Dissertation universitaire ; Relations dentiste-patient -- Thèses et écrits académiques ; Communication interculturelle -
- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Public Health Dentistry -- Academic Dissertation ; Nonverbal Communication -- Academic Dissertation

Université de Paris
UFR d'Odontologie - Montrouge
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge