



HAL
open science

Les implications de la communication en chirurgie-dentaire

Eitan Abourmad

► **To cite this version:**

Eitan Abourmad. Les implications de la communication en chirurgie-dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-04534886

HAL Id: dumas-04534886

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04534886v1>

Submitted on 5 Apr 2024

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 PARIS CITÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE

Année 2022

N° D131

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 21 novembre 2022

Par

Eitan ABOURMAD

Les implications de la communication en chirurgie-dentaire

Dirigée par M. le Docteur Olivier Grajezyk

JURY

Mme le Professeur Sylvie Séguier

Président

Mme le Professeur Sibylle Vital

Assesseur

Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalm

Assesseur

M. le Docteur Axel Azogui

Assesseur

M. le Docteur Olivier Grajezyk

Invité



L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse d'exercice comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation, auprès du ou des titulaires des droits. Le droit de citations doit s'exercer avec rigueur et discernement. Certaines citations peuvent comporter un extrait textuel de la source. Cet extrait textuel doit être relativement court (une quinzaine de lignes tout au plus), mis entre guillemets ou clairement séparé du corps du texte et bien évidemment référencé en citation. En ce qui concerne la citation sans extrait textuel (mention d'idées ou concepts originaux, données chiffrées, figures, etc.), il faut également en citer la source. Toute figure, tableau, graphique reproduit doit également être accompagné de la citation de la source. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse d'exercice. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers.

Eitan ABOURMAD

Tableau des enseignants de l'UFR d'Odontologie

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme M. AUJAY DE LA DURE-MOLLA Mme É. DURSUN Mme S. VITAL	M. P.-J. BERAT (MCU associé) Mme A.-L. BONNET M. F. COURSON Mme M. RIOU (MCU associé) Mme A. VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme E. LE NORCY	M. C. DUNGLAS M. P. GARREC Mme A. KAMOUN Mme B. VI-FANE
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme S. AZOGUI-LEVY M. P. PIRNAY	Mme A.-C. BAS Mme A. GERMA Mme V. SMAIL-FAUGERON Mme A. TENENBAUM
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme F. ANAGNOSTOU M. M. BIOSSE DUPLAN Mme M.-C. CARRA Mme M.-L. COLOMBIER Mme M. GOSSET	M. A. BRUN M. D. GUEZ M. S. JUNGO (MCU associé) M. S. KERNER
	CHIRURGIE ORALE	Mme G. LESCAILLE M. L. MAMAN Mme L. RADOÏ M. Y. ROCHE	Mme V. BAAROUN M. B. COURRIER Mme A.-L. EJEIL M. F. GAULTIER M. N. MOREAU M. T. NGUYEN Mme J. ROCHEFORT Mme I. TAÏHI M. H. TARRAGANO
	BIOLOGIE ORALE	Mme A. C. AZEVEDO (PU associée) Mme C. BARDET (PR) Mme A. BERDAL Mme C. CHAUSSAIN M. V. DESCROIX M. B. FOURNIER M. B. GOGLY Mme R. KOZYRAKI Mme S. SÉGUIER	Mme C. ANDRIQUE (MCU associée) M. C.-D. ARRETO M. J. BOUCHET (MCF) Mme H. CHARDIN M. P. COLLIN Mme M.-H. COTTET Mme A. COUDERT (MCF) M. F. FERRÉ Mme C. GORIN Mme S. HOUARI-MEJRI Mme J. ISAAC (MCF) M. O. LE MAY M. G. LIGNON (MCU associé) Mme N NOWWAROTE (MCU associé) M. B. PAIVA (MCF)
3. RÉHABILITATION ORALE (DÉBUT)	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme T. BOUKPESSI M. P. COLON Mme C. GAUCHER	Mme F. BERÈS Mme C. BESNAULT M. É. BONTE Mme A.-M. COLLIGNON M. F. DECUP Mme A. HARTMANN M. G. KUHN Mme C. MESGOUÉZ-MENEZ Mme C. MOCQUOT Mme N. PRADELLE PLASSE Mme M. ZANINI

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
3. RÉHABILITATION ORALE (SUITE)	PROTHÈSES	Mme M.-V. BERTERETCHE Mme A. BRAUD M. O. FROMENTIN M. C. RIGNON-BRET M. B. TAVERNIER Mme C. WULFMAN	M. J.-M. CHEYLAN Mme H. CITTERIO Mme M.-J. CRENN M. M. DAAS M. D. DOT M. L. DUPAGNE (MCU associé) M. N. EID M. S. ESCURE Mme I. FOUILLOUX Mme L. FRIEDLANDER M. P. GATEAU M. D. MAURICE M. P. MOULIN M. P. RENAULT Mme É. SARFATI M. J.-E. SOFFER M. P. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. Y. BOUCHER Mme L. JORDAN M. J.-F. N'GUYEN M. B. SALMON	M. J.-P. ATTAL M. C. AZEVEDO Mme R. BENBELAÏD Mme A. BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) Mme J. BOSCO M. D. BOUTER M. J.-L. CHARRIER M. M. CHERRUAU M. H. DIAKONOFF (MCU associé) M. R. FELIZARDO M. B. FLEITER M. P. FRANÇOIS Mme F. MANGIONE M. A. PORPORATI (MCU associé) Mme F. TILOTTA
PROFESSEURS ÉMÉRITES		M. C. BÉRENHOLC M. P. BOUCHARD Mme M.-L. BOY-LEFÈVRE Mme M. FOLLIGUET Mme M. WOLIKOW M. R. GARCIA M. J.-J. LASFARGUES M. A. LAUTROU M. G. LEVY	M. B. PELLAT Mme A. POLIARD M. J.-L. SAFFAR

Liste mise à jour le 28 septembre 2022

Remerciements

À Mme le Professeur Sylvie Séguier ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Chef de service de l'hôpital Louis Mourier ;

Je voudrais vous remercier pour tous les changements que vous avez apportés à l'hôpital en devenant notre chef de service. Vous avez su apaiser les tensions qui existaient auparavant, et nous permettre de conjuguer une atmosphère agréable à un travail productif et enrichissant. Vous avez su rester accessible et à l'écoute des étudiants, en gardant une communication agréable.

À Mme le Professeur Sibylle Vital ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Ancien Interne des Hôpitaux ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ;

Je voudrais vous remercier de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. En tant qu'enseignante, vous avez toujours été bienveillante avec les étudiants, et vous avez établi une atmosphère de confiance afin de nous permettre d'évoluer de manière constructive. En tant que vice-doyenne vous avez également toujours été à l'écoute des différentes doléances des étudiants, et nous vous en sommes profondément reconnaissants.

À Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalp ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;

Je voudrais vous remercier de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Votre sourire et votre bonne humeur ont toujours été pour nous une bouffée d'air frais au sein du travail quotidien à l'hôpital. Votre bienveillance à notre égard nous a permis de toujours nous sentir soutenus et valorisés dans le cadre de notre évolution clinique.

À M. le Docteur Axel Azogui ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux, UFR d'Odontologie - Université Paris Cité ;

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Vous m'avez apporté un certain nombre de conseils dans la réalisation de ma thèse ainsi que dans le choix du sujet. Malgré les différences d'universités et de centres de soins, vous demeurez extrêmement accessible pour les étudiants.

À M. le Docteur Olivier Grajezyk ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Praticien Attaché des Hôpitaux ;

Je voudrais vous remercier d'avoir accepté de diriger ce sujet de thèse. Vous avez su apporter toutes les remarques nécessaires au succès de sa mise en œuvre. Vous illustrez d'ailleurs parfaitement ce sujet, puisqu'en tant qu'enseignant, vous avez tenu à établir une communication saine et agréable avec les étudiants, en sachant nous enseigner et nous faire progresser avec sourire et bonne humeur. Votre bienveillance nous a toujours mis en confiance et nous a donné envie de progresser constamment.

Résumé et indexation en français et anglais

Résumé :

La communication est un aspect fondamental de la chirurgie dentaire, tant en milieu libéral qu'en milieu hospitalier. Les différentes relations humaines qui s'y établissent peuvent parfois s'avérer complexes et nous devons donc apprendre à gérer au mieux ces relations. En effet, différents mécanismes se mettent en place lors de la communication et des relations humaines s'établissant dans le cadre des soins buccodentaires. Il existe certains moyens pouvant résoudre les différentes tensions qui sont engendrées par les relations de communication. Ces solutions s'appliquent de manière concrète, tant en milieu hospitalier qu'en milieu libéral. La communication dans le cadre des soins buccodentaires est également encadrée d'un point de vue juridique.

Discipline ou spécialité :

Méthodes pédagogiques

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

fMeSH : Étudiant dentisterie ; Relations dentiste-Patient

Rameau : Communication interpersonnelle ; Communication -- Droit

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Abstract :

Communication is a fundamental aspect of dental surgery, both in private and hospital settings. The different human relationships that are established there can sometimes be complex, and we must therefore learn to manage these relationships as well as possible. Indeed, different mechanisms are put in place during communication and human relations established in the context of oral care. There are certain solutions in order to solve the various tensions which can be generated by the relations of communication. These solutions apply in a concrete way, both in hospitals and in private practice. Communication in the context of oral care is also regulated from a legal point of view.

Branch or specialty :

Education

English keywords (MeSH) :

Students, Dental ; Dentist-Patient Relations

Publication type (MeSH) :

Academic Dissertation

Liste des abréviations

- AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
- CNV : Communication Non-Violente
- MCU-PH : Maître de Conférences Universitaires – Praticien Hospitalier
- PH : Praticien Hospitalier
- PU-PH : Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier
- SMART : Spécifique, Mesurable, Ambitieux, Réaliste, Temporellement défini
- URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Table des matières

INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODES	3
1 : LA COMMUNICATION	4
1.1 PROBLEMATIQUE ET GENERALITES	4
1.2 MOYENS PROPOSES.....	7
1.2.1 <i>La Communication Non Violente (CNV)</i>	7
1.2.2 <i>La formulation positive</i>	14
1.2.3 <i>La communication non verbale</i>	15
1.2.4 <i>La méthode SMART</i>	16
2 : APPLICATION EN CHIRURGIE DENTAIRE	19
2.1 EN MILIEU HOSPITALIER.....	19
2.1.1 <i>Relation étudiant-patient</i>	21
2.1.2 <i>Relation étudiant-enseignant</i>	22
2.2 EN MILIEU LIBERAL	24
2.2.1 <i>Relation avec l'assistante dentaire/la secrétaire médicale</i>	24
2.2.2 <i>Relation avec le prothésiste</i>	28
2.3 PATIENTS A BESOINS SPECIFIQUES.....	29
2.3.1 <i>Les enfants</i>	30
2.3.2 <i>Patient en situation de handicap</i>	32
2.3.3 <i>Patient malentendant</i>	33
2.3.4 <i>Patient âgé dépendant</i>	34
2.3.5 <i>Famille du patient</i>	35
3 : ASPECTS JURIDIQUES	37
3.1 CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	37
3.2 ANALYSE DE L'ARTICLE	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41
TABLE DES FIGURES	45

Introduction

La communication est un aspect fondamental de la chirurgie dentaire, tant en milieu libéral qu'en milieu hospitalier. Les différentes relations humaines qui s'y établissent peuvent parfois s'avérer complexes et nous devons donc apprendre à les gérer au mieux.

Nous définirons les mécanismes se mettant en place lors des relations s'établissant dans le cadre des soins buccodentaires.

Nous tenterons d'éclaircir les aspects et les implications de la communication. Nous proposerons alors plusieurs moyens pour pallier les écueils que l'on peut rencontrer. Ainsi, nous décrirons les principes de la Communication Non Violente et ses applications. Nous développerons également le principe consistant à adopter systématiquement une formulation positive. Nous nous intéresserons aux différents aspects de la communication non-verbale, alliée indispensable de la communication verbale. Enfin, nous exposerons la méthode SMART et les objectifs qu'elle permet de fixer dans le cadre relationnel.

Nous nous proposerons par la suite d'étudier les applications concrètes des méthodes exposées auparavant, tant au cabinet dentaire qu'en milieu hospitalier. Les diverses relations qui s'établissent à l'hôpital seront décrites, notamment entre les étudiants qui réalisent les soins et leurs patients, mais également avec leurs enseignants. Nous évoquerons ensuite les contacts qui s'établissent entre les acteurs d'un cadre de soin en milieu libéral (assistantes dentaires, secrétaires médicales, laboratoire de prothèse etc.). Enfin, nous aborderons les précautions à prendre lors de la prise en charge de patients à besoins spécifiques (enfants, personnes handicapées, malentendantes, patients âgés dépendants, famille du patient).

En dernier lieu, nous analyserons les aspects juridiques de la communication, tels qu'ils figurent dans le Code de Déontologie Médicale.

Matériel et Méthodes

La rédaction de cette thèse repose sur des connaissances issues de la littérature. La communication est un sujet très vaste et qui a été longuement traité.

En effectuant des recherches bibliographiques à l'aide des mots clés : « Communication », « Formule positive », « Relation médecin-malade », « Empathie », nous avons trouvé un certain nombre d'ouvrages sur les mécanismes et les implications de la communication. Par l'analyse d'extraits de ces ouvrages, nous avons pu construire les différentes parties de cette thèse.

De nombreux articles (scientifiques mais aussi de presse) ont également été trouvés grâce à cette recherche (en utilisant PubMed et les archives de l'Université de Paris entre autres, pour les articles scientifiques).

Certaines thèses ont été consultées afin de permettre la rédaction de certains sujets : Marie-Charlotte Caizergues, Les relations entre les chirurgiens-dentistes et les laboratoires de prothèses : évaluation des pratiques professionnelles dans les Alpes Maritimes ; Delphine Garrigue Huet, Christelle Rosenstrauch, Dominique Carlie, Communication avec les soignants et les familles.

Enfin, le cours de Pédodontie donné au S4, intitulé : « Développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent » a permis de développer la sous-partie traitant de la relation avec les patients enfants.

1 : La communication

1.1 Problématique et généralités

Définition : « La communication désigne l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur), en vue d'atteindre certains objectifs ». (Anzieu. D et Martin. J Y, la dynamique des groupes restreints) (1).

La relation patient-praticien est un échange à double sens d'informations, qui peuvent être écrites, verbales ou non, et même comportementales entre les acteurs.

La communication étant omniprésente dans le cadre de santé dans lequel évolue un chirurgien-dentiste, ses implications sont multiples et peuvent varier d'une situation à une autre, d'un patient à un autre.

Lors de cette relation de soins, la notion de discernement est fondamentale, afin de s'assurer que l'interlocuteur saisit bien le message qui lui est transmis. Il ne suffit pas de savoir transmettre un message, mais il faut se soucier de sa compréhension et de son acceptation par son interlocuteur. (Code de Déontologie Médicale, édition février 2021, p. 8) (2).

Cependant, le discernement pourrait être altéré par la douleur par exemple, ou bien par des demandes irréalistes, des déficiences mentales et/ou physiques du patient. Dans le cas d'une personne en situation de handicap mental ou sensoriel (comme la surdité par exemple), la communication ne s'établit pas de la même manière qu'avec celle qui ne l'est pas.

La question de la communication avec les personnes en situation de handicap est particulièrement complexe. En voulant aider et accompagner celles-ci, on peut, malgré nous, générer une certaine forme d'exclusion. Par exemple, certaines personnes malvoyantes cherchent à être acceptées en tant que personnes responsables et autonomes à part entière, et lorsqu'un professionnel de santé leur prend le bras pour les aider à se diriger, il peut leur retirer ce sentiment et générer chez eux de la frustration ou un sentiment de discrimination, alors même que cela provenait d'une bonne intention.

Il faut donc apprendre à aider et à accompagner sans exclure, autant dans le comportement que dans les relations.

De même, l'âge de l'interlocuteur et les problèmes cognitifs que cela peut parfois impliquer, agit sur la qualité de la communication. La personne est-elle malentendante ? Est-elle autonome ? Faut-il l'aider à se déplacer ou lui faire sentir qu'elle garde son autonomie ? Faut-il orienter les choix de diagnostic et ne lui proposer que ce qu'on la croit capable de comprendre ou d'accepter ?

Le niveau socio-économique revêt une importance particulière. La manière d'exprimer des idées, la manière de se comporter et de dégager un message verbal ou non, varie selon la culture, la nationalité, la religion, les croyances, l'âge, ou même le niveau socio-économique.

Si les soins s'effectuent en milieu hospitalier ou en milieu libéral la communication ne sera pas la même. Les populations sont-elles différentes entre les patients d'un cadre hospitalier et ceux d'un cadre libéral ?

« Une grande majorité des conflits qui apparaissent entre les professionnels de santé et les patients proviennent souvent d'un défaut de communication, qui est souvent mal, ou maladroitement utilisée » (Dominique Wolton) (3).

Les origines de ce manque diffèrent selon les spécificités de chaque patient (4) et de chaque praticien (5). On peut néanmoins relever certaines causes communes et fréquentes :

- L'asymétrie de la relation entre un soignant et un soigné ;
- L'insuffisance d'écoute et/ou d'explications du praticien qui sous-estime l'attente anxieuse du patient ;
- Le manque de temps des médecins, qui se retrouvent de plus en plus débordés par les tâches administratives.

Le 20 juin 2006, le groupe de travail de la Commission XV de l'Académie de médecine a proposé les recommandations suivantes :

- La prise de conscience de la place majeure de la communication dans la relation patient-praticien et des manques constatés dans ce domaine est le préalable indispensable d'un changement de mentalité.
- Plusieurs modèles de relations entre le soignant et le soigné ont été présentés, et c'est l'attitude empathique (6) qui a été mise en valeur. Ce modèle, basé sur l'attention portée au patient, sur l'écoute, le dialogue et la solidarité permet d'établir une distance équilibrée entre le patient et le praticien. Cependant, il s'oppose à la sympathie, qui consiste à créer une familiarité excessive avec le patient. Cet état d'esprit sera déterminant dans la communication avec le soigné, surtout s'il est anxieux par exemple.
- L'information du patient et de sa famille dans un vocabulaire simplifié, avec des termes expliqués, voire répétés si besoin, est la clé de la relation médicale.

Certaines études ont permis d'objectiver un lien direct entre la qualité de la communication patient-praticien et l'amélioration de l'état de santé des patients (7,8). Lorsqu'ils étaient plus informés, et lorsqu'ils se sentaient rassurés, des effets directs sur leur état de santé se faisait ressentir, y compris pour le taux de diabète de certains patients (9). Même pour des patients atteints de cancers, une diminution des douleurs engendrées par la maladie a pu être mise en évidence (10–12). Dans ce cadre, il est fondamental d'optimiser la qualité de la relation soignant-soigné.

L'enjeu de la communication dans le cadre de santé est donc tout à fait essentiel, et c'est la raison pour laquelle il faut s'intéresser de plus en plus aux solutions que l'on peut proposer afin de favoriser une amélioration considérable de la relation entre le praticien et l'ensemble de ses interlocuteurs dans son cadre de soins.

Nous nous proposerons donc, dans cette partie, d'analyser plusieurs outils qui ont pour vocation d'améliorer la qualité de notre relation avec nos patients, mais également avec tous les acteurs du système de santé auquel nous appartenons.

1.2 Moyens proposés

1.2.1 La Communication Non Violente (CNV)

La Communication Non Violente (CNV) est une méthode qui fut établie par le psychologue Marshall B. Rosenberg, dans les années 60. Selon lui (13), ce sont « le langage et les interactions qui renforcent notre aptitude à donner avec bienveillance et à inspirer aux autres le désir d'en faire autant ». L'empathie est au cœur de la CNV. Il constate le rôle déterminant du langage et de l'usage des mots.

Le Centre pour la Communication Non Violente (*The Center for Nonviolent Communication, CNVC*) évoque ainsi une « communication consciente » caractérisée essentiellement par l'empathie, l'authenticité et la responsabilité (14).

David Servan-Schreiber développe le processus de la CNV en utilisant une formule simplifiée.

Il explique que le premier principe consiste à supprimer tout jugement de l'autre, et à le remplacer par une observation objective. Ceci permet de faire en sorte que la réponse de l'interlocuteur n'aura pas pour but de se défendre face à une critique ou face à un jugement.

Le second principe consiste à mettre en avant son propre ressenti, au lieu de souligner les reproches faits à l'autre. L'interlocuteur ne peut pas contester un ressenti, qui demeure toujours personnel et légitime. Cela lui permet alors de se concentrer sur le sujet évoqué au lieu de tenter encore de se défendre. Le conseil donné pour parvenir à cette fin est de débiter ses phrases par « je », pour être « dans l'authenticité et l'ouverture » (15).

« L'objectif de la CNV est de favoriser l'élan du cœur et nous relier à nous-mêmes et aux autres, laissant libre cours à notre bienveillance naturelle » (Marshall Rosenberg).

Le processus de Communication Non Violente peut être utilisé de trois manières (16) :

- Communiquer avec soi-même afin de clarifier ce qui se passe en soi (*auto-empathie*) ;
- Communiquer avec l'autre de manière à favoriser la compréhension et l'acceptation du message (*expression authentique*) ;
- Recevoir un message de l'autre, l'écouter en favorisant le dialogue quelle que soit sa manière de s'exprimer (*empathie*).

Pour que ce processus favorise réellement la coopération et le dialogue, cela suppose :

- Une attention au moment présent : en effet, lorsque l'interlocuteur parle, il ne faut pas penser à ce qu'on va lui répondre, sinon l'écoute ne serait pas attentive. Il faut l'écouter pleinement.
- Une intention claire de favoriser le dialogue et la coopération.

Wayland Myers propose certaines règles à suivre afin d'appliquer ces principes. Il propose de porter son attention sur 4 points (17) :

- *Observation (O)* : décrire la situation de manière objective et irréfutable ;
- *Sentiment (S)* : exprimer son ressenti concernant une situation donnée ;
- *Besoin (B)* : clarifier le(s) besoin(s) qui est la source du sentiment ressenti ;
- *Demande (D)* : exprimer une demande qui soit réalisable, concrète, précise et formulée positivement.

Dans une relation de communication, l'ordre de ces quatre points importe peu. L'expression du ressenti (S) peut tout à fait précéder la description de la situation (O). De même, la formulation des besoins (B) qui ont engendré le ressenti peut aussi passer avant l'expression de celui-ci.

Le fait de respecter ces quatre étapes permettent d'augmenter les chances d'être compris par l'interlocuteur, et de trouver une solution qui convienne aux deux.

➤ Observation :

Lorsqu'on décrit une situation, on exprime plusieurs choses :

- Des observations objectives (ce qu'on a vu ou entendu, et qui pourrait être vérifié par un tiers) ;
- Des évaluations (juger en bien ou en mal, qualifier la personne ou la situation) ;
- Des interprétations (tirer des conclusions basées sur des présupposés).

La CNV ne repousse pas intégralement les évaluations et les interprétations. Ces dernières demeurent légitimes, et peuvent tout à fait être exprimées. Il faut seulement préciser qu'elles découlent d'une imagination personnelle, et, de la sorte, bien les distinguer des observations objectives.

Il est cependant conseillé de fuir le jugement et l'évaluation. En effet, si l'interlocuteur perçoit un jugement de valeur, ou une estimation de sa personne, il focalisera son attention sur sa défense, puisqu'il se sentira visé personnellement, au lieu d'essayer de comprendre la demande. Lorsque l'on met l'accent sur des actes concrets, en décrivant des événements de manière objective, on lui permet de faire la distinction entre sa personne et ses actes. Ainsi, il ne se sentira plus enfermé dans un jugement figé, de lui ou du monde, et les futures formulations de demandes d'actions précises à réaliser seront mieux acceptées.

Si un praticien veut reprocher à son assistante dentaire des retards répétés, il lui faudra éviter des formules telles que : « Vous êtes toujours en retard ». Techniquement, c'est faux, elle n'est pas toujours en retard. Il ne s'agit donc pas d'une observation objective, mais d'un jugement de sa personne. Elle s'efforcera alors de se défendre contre ce qu'elle perçoit comme une accusation, et elle ne fera pas l'effort de comprendre ce qui lui est demandé et reproché. Ainsi, un constat objectif des faits sera plus constructif : « C'est la troisième fois que vous arrivez en retard cette semaine ». Elle ne pourra le nier, puisqu'il s'agit d'une observation concrète. Elle peut alors faire la distinction entre sa personne et ses actes, en travaillant sa ponctualité par exemple.

Lorsqu'il n'y a pas une véritable intention de communiquer, et que l'un des deux acteurs recherche le pouvoir ou la compétition, on se retrouve alors face à un obstacle. La première étape demeure la volonté de travailler ensemble en bonne entente.

➤ Sentiment (17) :

Le piège le plus courant lors de l'expression de ressentis, est de mêler les émotions et la perception que l'on a de l'interlocuteur, de ses actes, et de ce que l'on interprète sur lui. Par exemple, dire à quelqu'un que l'on ressent qu'il nous ignore, parce qu'il ne nous a pas salué, ne constitue pas une description de ses sentiments. Il s'agit alors d'une interprétation de son comportement. Les émotions éprouvées ici peuvent être de la peine ou de la frustration.

De manière générale, à chaque fois que l'on utilise le pronom « tu » (ou « vous ») dans une phrase, il s'agit d'un jugement et non d'un sentiment. Pour évoquer ses sentiments, on évoque le pronom « je ».

Néanmoins, l'emploi du « tu » reste de mise :

- dans le cadre d'observations factuelles, comme dans l'exemple cité précédemment : « C'est la troisième fois que vous arrivez en retard cette semaine ».

- dans le cadre d'un reflet empathique, où on va l'utiliser pour refléter ce que fait la personne à laquelle on s'adresse : « Lorsque tu fais [action], est-ce que tu te sens [sentiment] parce que tu as besoin de [besoin] ? Et qu'aimerais-tu maintenant ? »

➤ Besoin (17) :

Il existe plusieurs obstacles à l'expression des besoins :

- Un conditionnement social ou familial qui réprime l'expression des sentiments ;
- Un manque d'habitude à verbaliser ses besoins ;
- Un manque de vocabulaire pour exprimer ses émotions et ses besoins ;
- Penser qu'on se retrouve en situation de faiblesse (risque d'être critiqué ou jugé) ;
- Sous-estimer la bienveillance de l'interlocuteur à notre égard.

« Tout conflit est l'expression tragique d'un besoin insatisfait » (Marshall Rosenberg) (18).

L'incapacité à exprimer un besoin risque très souvent d'engendrer une frustration, qui sera à l'origine de certaines tensions. En effet, le fait que l'autre ne satisfasse pas un besoin engendre souvent une frustration ou un manque, et ceci peut déboucher sur des tensions, voire des conflits.

Pour éviter cette situation, il faut avant tout savoir identifier ses besoins, mettre les bons mots sur ceux-ci, puis les exprimer convenablement et clairement, afin de permettre à l'interlocuteur de savoir que mettre en œuvre afin de le satisfaire. Sans cela, il risque d'y avoir de nombreux malentendus, de la crispation et de la déception : autant de ressentis négatifs, qui vont contribuer à créer un jugement et une image négatifs de l'autre dans l'imaginaire de la personne frustrée. Si les relations avec cette personne sont fréquentes et que cet écueil se reproduit constamment, cela débouchera certainement sur des conflits.

➤ Demande (16) :

Les besoins doivent ensuite être traduits en demandes applicables et concrètes qui permettront de satisfaire les besoins les plus fondamentaux de celui qui les énonce, ou bien d'anticiper les démarches à suivre dans le futur pour éviter certains problèmes qui pourraient se (re)produire à l'avenir. Les demandes formulées sous forme d'exigences, de menaces, d'ordre, ou de manipulation sont totalement exclues. Elles sont alors non seulement inutiles dans ce système, mais bien plus, elles peuvent entraîner des conséquences négatives comme de la peur, de la frustration ou de la réticence.

Tous ces sentiments sont opposés à la bienveillance et auront pour conséquence de créer un éloignement avec l'interlocuteur au lieu de créer un rapprochement nécessaire à un travail commun.

Pour qu'une demande ait toutes les chances d'être entendue, il faut qu'elle soit :

- Active et positive : demander ce que l'on veut, et pas ce que l'on *ne veut pas*, formulé dans un langage incitant à l'action.
- Consciente et explicite : les demandes implicites sont source de mauvaise interprétation et de désarroi pour ceux à qui elles s'adressent.
- Simple, claire et précise : le but de la demande doit être clair pour tous et sa réalisation doit être à la portée de l'interlocuteur.

M. Rosenberg fait la distinction entre « demande » et « exigence ». Il explique avoir constaté que les demandes sont fréquemment perçues comme des exigences, c'est-à-dire comme des actes de domination auxquels on peut répondre soit par la soumission soit par la révolte.

Nous allons à présent illustrer, par quelques exemples, les différents fonctionnements et les étapes de la Communication Non Violente.

Lors d'une séance de soins avec un enfant, ce dernier a du mal à rester la bouche ouverte, ce qui perturbe le bon déroulement des soins. De quelle manière s'y prendre afin de résoudre le problème sans le braquer, ni le frustrer ?

Première option : on peut choisir de réprimander l'enfant : « Arrête de fermer la bouche sans cesse ! Tu m'empêches de travailler correctement. Garde la bouche ouverte, sinon je ne pourrai pas te soigner ».

Dans ce cas, l'enfant peut se sentir responsable de la difficulté du praticien, il culpabilisera, et cela contribuera à diminuer son estime de soi. Il se sentira maladroit et cela créera un malaise chez lui. Pire encore, cela peut induire un sentiment d'opposition chez l'enfant, qui, consciemment ou non, développera le désir de nuire au travail du chirurgien-dentiste. Il aura l'impression d'avoir quelqu'un qui s'oppose à lui et cherche à lui imposer quelque chose, il ne comprend pas que la remarque a pour but d'améliorer sa prise en charge.

Tentons d'appliquer la méthode de la CNV dans ce cas :

1. Observation : « C'est la troisième fois que tu fermes la bouche ».
2. Sentiment : « Je suis bien embêté si tu fermes la bouche, car je ne peux plus continuer à te soigner correctement ! »
3. Besoin : « J'aurais vraiment besoin que tu gardes la bouche ouverte afin que je puisse poursuivre les soins correctement ».
4. Demande : « Penses-tu que tu serais capable de garder la bouche ouverte à partir de maintenant ? »

Ici, à aucun moment l'enfant n'a été accablé, ou ne s'est senti agressé. On ne lui a pas fait de reproches injustifiés ou exagérés. Il n'a pas été positionné comme fautif, au contraire, c'est le praticien qui, grâce à l'expression de son besoin, lui a fait comprendre qu'il cherchait seulement à le satisfaire, et non à le sermonner ou l'humilier. L'exemple a mis en scène un enfant, mais cela aurait été strictement identique si cela avait été un adulte. On a tendance à penser que les efforts déployés en matière de communication ne concernent que les patients enfants, mais en réalité, nous devons appliquer ces principes avec tout le monde, sans distinction.

Reprenons à présent l'exemple de l'assistante dentaire qui cumule les retards. On pourrait réagir de la manière suivante :

« Vous êtes sans cesse en retard, le matériel n'est pas prêt et les patients attendent déjà. Je vous ai déjà demandé plusieurs fois d'arriver à l'heure, toute l'organisation est chamboulée à présent ».

Dans ce cas, l'assistante dentaire aura l'impression que le praticien cherche à lui faire porter la charge de ses problèmes d'organisation et de sa responsabilité vis-à-vis des patients. Elle risque de se renfermer, et les relations peuvent très vite se détériorer. Elle n'aura plus la volonté de bien effectuer son travail, ce qui risque d'aggraver l'agacement du chirurgien-dentiste, et pourra la pousser, à terme, à quitter le cabinet.

À présent, tentons d'appliquer les principes exposés pour résoudre cette situation :

1. Observation : « C'est la troisième fois que vous arrivez en retard cette semaine ».
2. Sentiment : « J'ai beaucoup de mal à tout gérer lorsque je suis seul, je ne parviens pas à recevoir les patients à temps et j'en suis vraiment contrarié ».

3. Besoin : « Votre aide m'est vraiment indispensable afin que tout se passe au mieux. J'ai besoin que vous soyez là à temps ».
4. Demande : « J'aimerais que vous soyez plus ponctuelle à l'avenir ».

Ici l'assistante dentaire ne s'est pas sentie injustement réprimandée, on l'a mise sur le fait accompli. Elle comprend qu'elle a un véritable rôle à jouer, et cela permet de faire en sorte qu'elle se sente valorisée. Elle peut mieux comprendre le reproche, sans se sentir agressée ou jugée. Cela va lui donner envie de travailler sur sa ponctualité, et non d'en vouloir au praticien. Par une telle manière de communiquer, elle comprend l'utilité de sa présence et cherchera à se rendre plus disponible à l'avenir.

➤ Limites de la CNV

La Communication Non-Violente peut néanmoins présenter certaines limites. La forme langagière propre à celle-ci est issue d'un positionnement intérieur particulier vis-à-vis de soi-même et des autres, associé à différentes compétences internes. La congruence des mots, le fait que ceux-ci soient profondément sincères et portés par une intention claire de vie, fait pleinement partie de cette démarche et de ce processus.

Une présentation et utilisation de la CNV uniquement au travers de sa forme langagière n'est donc pas représentative de l'ensemble de ce processus.

Cependant, le langage étant sa partie concrète et facilement assimilable, il arrive que cette dernière soit réduite à sa forme, sans qu'en soit transmis, compris et mis en œuvre le fond.

Il peut arriver que la CNV soit considérée comme un moyen d'éviter certaines réactions violentes chez son interlocuteur ou de ne plus pouvoir être contesté par l'autre et d'ainsi obtenir exactement ce que l'on voulait en premier lieu. Cette forme de manipulation ne correspond pas à la conception de la communication non-violente. En effet, il ne s'agit pas de développer des capacités pour contrôler la violence de l'autre, mais pour interpréter cette violence autrement que comme une agression. Ce faisant, celui qui en applique les principes ne serait plus vulnérable aux critiques, reproches, colères ou autres violences et, ne craignant plus les réactions de l'autre, n'aurait pas d'intérêt à vouloir les éviter.

Dans cette vision de la communication, l'autre reste toujours libre et son réel consentement est essentiel. En théorie, celui qui applique tous ces principes préférera accueillir un refus qu'une acceptation forcée. Il recherche la satisfaction des besoins de lui-même et de l'autre, à égale mesure.

Enfin, son intention étant de permettre de répondre à ses besoins et à ceux de l'autre, la Communication Non Violente invite à être souple et créatif sur les manières de répondre à ses besoins. Pour cela, il faut être prêt à changer de « stratégie de satisfaction de ses besoins », afin de prendre également en compte les besoins de l'autre (19).

1.2.2 La formulation positive

Dans la vie quotidienne on a tendance à toujours mettre l'accent sur ce que l'on ne veut pas, et non sur ce que l'on veut. Cependant, l'inconscient, « n'entend pas la négation ». Ainsi, pour comprendre le sens d'une phrase négative, le cerveau va, en premier lieu, imaginer l'objet de la phrase sous sa formulation positive, puis repousser cette image. Lorsqu'une mère demande à son fils de ne pas courir, l'inconscient de l'enfant va faire en sorte qu'il va s'imaginer en train de courir, et c'est cette action qui sera retenue. Il ne faut donc pas lui en vouloir s'il se met alors à courir, au nez et à la barbe de sa mère...

Voici quelques extraits issus des dernières recherches en neurosciences de Roland Jouvent (20) :

« Dire : « N'aies pas peur » est en général le meilleur moyen d'effrayer. Pourquoi ? Car le cerveau, naturellement, n'entend pas la négation. C'est pourquoi si vous voulez être obéi rapidement et efficacement, n'employez pas la forme négative, mais plutôt une formulation positive : « Marche lentement » ou « Reste calme » seront des injonctions beaucoup plus efficaces que leur équivalent dans une forme négative. Sachez aussi que le calme ou l'autorité s'exprimeront davantage par la posture ou la gestuelle, qui sont beaucoup mieux comprises que le langage verbal. »

Compte tenu de cela, il est important de limiter au maximum les formulations négatives lors de la communication avec les patients. Il faudra donc éviter les phrases comme : « Cela ne fait pas mal », « Il n'y aura pas de piqûre », ou encore dire à un enfant : « Il n'y a pas de quoi avoir peur ».

En effet, par ces formulations, on laisse penser au patient qu'il y a lieu d'avoir mal, alors que celui-ci n'avait peut-être même pas pensé à la notion de douleur. On va éveiller, dans son imaginaire, que le soin aurait pu nécessiter une anesthésie, il risque alors d'associer le soin à des sentiments négatifs. De

même, dire à un enfant qu'il n'y a pas lieu d'avoir peur va l'effrayer, puisqu'il se dira que la peur a parfois sa place au cabinet. Ce sont les mots que le patient va enregistrer, et non le fait qu'on veuille les repousser.

Cette solution présente néanmoins certaines limites. En effet, dans certaines situations de soins, la formulation positive n'est pas toujours possible. De plus, le code de déontologie médicale exige que l'information transmise soit claire et exacte, et en cherchant à éviter certains sujets sensibles ou à orienter la formulation des phrases, il se peut que l'information ne soit pas donnée correctement, et que le consentement du patient ne soit plus pleinement éclairé (Code de Déontologie Médicale, édition février 2021, p. 8) (2).

1.2.3 La communication non verbale

Définition : « La communication dite « non verbale », parfois appelée « paralangage » désigne l'ensemble des moyens de communication naturels qui ne font pas partie du système linguistique, mais qui peuvent accompagner et renforcer la parole (expressions du visage, gestes, etc.). » (Larousse)

Elle est basée sur la compréhension implicite de gestes ou de signes non exprimés par le langage. Cette manière de transmettre un message est avant tout exprimée à travers les mouvements du corps, la posture, les gestes ou encore les différentes expressions du visage.

De la sorte, il peut parfois exister des ambiguïtés. Par exemple, un clin d'œil pourra être interprété de manière complètement différente selon les personnes, les cultures, ou le contexte. Certains le verront comme un signe de familiarité ou de complicité, d'autres comme un remerciement, ou encore comme un manque d'assurance dans certains cas.

La transmission d'un message passe donc aussi par le corps. Cette communication est alors qualifiée de « non verbale », ou « non verbalisée ».

La communication para-verbale appartient également à cette méthode (21). Il s'agit de signes qui accompagnent la verbalisation. C'est celle qui est utilisée le plus couramment, et qui permet de transmettre des informations sur l'état d'esprit, la mentalité, ou l'humeur de celui qui parle. L'exemple classique est celui de quelqu'un qui, pour indiquer une direction, la désigne du doigt. Croiser les bras

en signe de protestation discrète, la posture que l'on adopte en parlant, les mimiques ou tous les autres gestes qui viennent accompagner le langage en font partie.

Les gestes permettent parfois de transmettre un message de manière plus vigoureuse, plus prononcée que ce que l'on évoque par la parole. Le ton d'une phrase constitue également une forme de communication non verbale.

On parle alors d'intelligence non verbale lorsque l'on exploite l'écoute en coordination avec l'observation pour analyser celui qui transmet un message. Il s'agit d'une analyse en temps réel qui concerne l'ensemble de la manière de communiquer d'une personne, et de ses réactions dans une situation donnée. L'objectif de cette analyse est d'améliorer la qualité des relations aux autres. La maîtrise de cet art permet de faire en sorte que les relations et les échanges soient de meilleure qualité (Éric Goulard) (22–24).

Ainsi, le premier contact avec le patient, les gestes accueillant ou explicatifs dans une situation clinique donnée sont autant de paramètres qu'il va falloir savoir utiliser pour faire ressentir au patient de la confiance, de la bienveillance, et de la sérénité. La communication non verbale va permettre d'accompagner la verbalisation afin d'apaiser le patient et que la suite des soins se déroule bien.

Apprendre à gérer cette nouvelle manière d'échanger est certes fondamental, mais ce n'est néanmoins pas suffisant. La communication verbale doit également être riche et correctement employée pour que la relation de soins dans son ensemble se déroule sereinement. Ainsi, elle constitue un outil précieux, mais ne suffit pas à relever tous les défis.

1.2.4 La méthode SMART

Lors de sa pratique, le chirurgien-dentiste est amené à demander un certain nombre de tâches à plusieurs acteurs de son cadre de soins. Il peut s'agir de demander à un patient d'ouvrir la bouche, de la garder ouverte, de prendre correctement les médicaments qu'il lui a prescrits, ou encore de respecter un certain nombre de règles d'hygiène orale. Mais on peut également retrouver des demandes qui seront adressées à son assistante dentaire ou sa secrétaire médicale, qui peuvent être multiples, variées, et répétées un nombre incalculable de fois chaque jour. De même, certaines demandes sont adressées au prothésiste lorsque le cas clinique l'exige, ou même parfois à la femme de ménage du cabinet si le praticien est libéral et indépendant.

De la sorte, le chirurgien-dentiste revêt un rôle de « manager ». Dans ce cadre, il faut savoir de quelle manière adresser une demande pour qu'elle soit à la fois bien perçue, mais surtout mise en pratique convenablement.

Le concept visant à définir les objectifs comme centre du management est défini en 1954 par Peter F. Drucker (25) sans employer l'acronyme SMART. Sa méthode consiste alors à identifier des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs sur une période définie (26). Il ajoute également que pour calculer la performance, il faut prendre en compte les travailleurs dans la détermination des buts à atteindre.

George T. Doran est le premier à utiliser l'acronyme SMART (27) (intelligent en anglais). C'est un moyen mnémotechnique permettant d'énoncer et de décrire les objectifs que l'on veut exprimer le plus clairement possible, de la façon la plus simple à comprendre et dont les résultats sont réalisables. Pour lui, certains objectifs doivent être utilisés comme des lignes de conduite car tous ne peuvent pas répondre aux critères SMART (28).

- Spécifique (anglais : *Specific*) : un objectif spécifique et personnalisé. Il doit également être simple à comprendre, clair et précis pour être appliqué efficacement. En effet, la complexité ralentit l'action.
- Mesurable (anglais : *Measurable*) : un objectif est mesurable lorsqu'il est quantifié ou qualifié. Afin qu'il soit réalisable, la définition d'un seuil à atteindre, est nécessaire afin de savoir quelle est la quantité à atteindre. Il est impossible de définir un objectif qui ne peut être quantifié ou qualifié. Le praticien doit donc être précis dans ses conseils d'hygiène orale, ou dans l'explication de ses prescriptions. Demander d'utiliser les brossettes « une fois par jour minimum », et pas « une ou deux fois », ou bien prendre des antibiotiques « pendant 6 jours », et pas « environ une semaine ».
- Acceptable, ambitieux, ou atteignable (anglais : *Ambitious*) : un objectif est défini comme acceptable lorsqu'il est suffisamment grand, ambitieux pour représenter un défi et qu'il soit motivant. De plus, il doit être atteignable et donc raisonnable. Cela favorisera alors l'adhésion des participants. Lors de ses conseils d'hygiène orale, le praticien doit donc trouver l'équilibre afin que les règles qu'il donne au patient soient suffisantes pour améliorer son hygiène, sans être trop contraignantes pour lui, sans quoi le patient ne les mettra pas en pratique.

- Réaliste (anglais : *Realistic*) : un objectif est réaliste lorsqu'un seuil réalisable est défini, c'est-à-dire une quantité qui motivera le plus grand nombre, tout en évitant au maximum l'abandon de certains au fur et à mesure de la progression. Il peut donc être difficile de demander à une assistante dentaire de faire deux choses à la fois. Il faut alors établir un ordre de priorité afin de lui permettre d'accomplir les deux tâches, sans quoi elle ne pourra en réaliser aucune.
- Temporellement défini (anglais : *Time-bound*) : un objectif doit être délimité dans le temps. Il faut fixer une date butoir ou une durée limitée. Il doit être clairement défini dans le temps par des termes précis comme « dans 3 minutes », ou « d'ici 3 mois » et non par des termes flous comme « le plus rapidement possible » (29). On peut demander à un patient de garder la bouche ouverte pendant trois minutes par exemple. En revanche, lui demander de garder la bouche ouverte jusqu'à ce qu'on lui dise qu'il peut la fermer sera plus difficile à respecter.

2 : Application en chirurgie dentaire

2.1 En milieu hospitalier

La pratique de la chirurgie dentaire en milieu hospitalier s'organise d'une manière tout à fait précise. De nombreux acteurs y sont présents, et chacun y joue un rôle indispensable. Il existe une hiérarchie permettant d'organiser le fonctionnement d'un service dentaire hospitalier.

Le chef de service, qui est généralement accompagné d'un adjoint, orchestre l'ensemble du fonctionnement du service, qu'il s'agisse des emplois du temps, des commandes de matériel, des validations des étudiants, ou encore bien sûr des bilans financiers. Certains chirurgiens-dentistes ont une pratique exclusivement hospitalière. C'est le cas des PU-PH : Professeurs Universitaires – Praticiens Hospitaliers, mais également des PH : Praticiens Hospitaliers, qui eux, n'enseignent pas à l'Université. D'autres enseignants ont une pratique à la fois hospitalière et libérale, il s'agit des MCU-PH : Maîtres de Conférences Universitaires – Praticiens Hospitaliers. Enfin, un roulement d'enseignants s'établit à travers les AHU : Assistants Hospitalo-Universitaires, qui restent dans le service pour environ trois ou quatre ans.

Il existe généralement un cadre de santé, ainsi qu'une secrétaire, qui s'occupent des charges administratives liées au fonctionnement du service. S'ajoutent ensuite des secrétaires d'accueil, s'occupant de la prise de rendez-vous et de l'accueil des patients, des infirmières et des aides-soignants, qui gèrent la distribution des médicaments, du matériel et sa stérilisation.

Enfin, on retrouve les étudiants en chirurgie-dentaire, qui effectuent une grande partie des soins prodigués dans le service. Ils débutent leur activité clinique en quatrième année, et elle se prolonge jusqu'à la sixième année. Des années d'internat peuvent également s'ajouter à ce compte. Les soins sont donc pratiqués par des étudiants, eux-mêmes encadrés par une équipe d'enseignants pour chaque discipline, et de grades divers.

Plusieurs types de relations de communication se mettent donc en place, et nous nous concentrerons sur celles qui lient les étudiants et les patients d'une part, et les étudiants et les enseignants d'autre part.

Le statut de l'étudiant en milieu hospitalier est précis. Entre la troisième et la quatrième année, les étudiants passent de la théorie à la pratique. Malgré les stages cliniques déjà effectués en deuxième et troisième année, ils n'ont pas encore été confrontés réellement à la pratique, et ils vont devoir pour la première fois prendre en charge eux-mêmes les patients (30).

A ce stade de leurs études, les étudiants possèdent déjà un certain nombre de connaissances, mais il leur reste encore beaucoup à apprendre. Ils peuvent même se retrouver confrontés à des cas qui leur seront parfois partiellement inconnus.

Par ailleurs, ils n'ont pas encore l'expérience d'une relation avec un patient, en prenant la position du soignant. Il s'agit d'une certaine responsabilité, puisqu'alors, ce sont des êtres humains qui placent leur confiance et leur santé buccodentaire entre leurs mains (31).

Pour valider leur stage clinique, les étudiants doivent se montrer motivés, assidus, et consciencieux avec les patients tout au long de leurs différentes prises en charge. Ils doivent également montrer qu'ils possèdent bel et bien les connaissances qu'ils sont censés avoir acquises à ce stade de leur cursus universitaire, c'est-à-dire après avoir passé une année en clinique.

Ils doivent également faire preuve de progrès techniques au fur et à mesure des soins qu'ils pratiquent, leur habileté et leur aisance étant censée progresser au fil de l'année. L'ensemble de leur activité clinique est collecté dans un carnet de stage, dans lequel seront évalués tous les actes effectués au fil de l'année, selon les différentes disciplines. Il n'y a pas de nombre précis d'actes à réaliser afin de valider l'année de stage clinique, mais, néanmoins, celui-ci demeure tout de même un indicatif de l'activité clinique d'un étudiant pour une année donnée.

Les étudiants peuvent donc générer du stress selon les profils des uns et des autres, puisque tous ces paramètres s'ajoutent à leurs cours et leurs révisions en parallèle (32). Il peut donc apparaître que les difficultés inhérentes à la relation patient-praticien en tant que telles soient difficilement gérables par les étudiants. La bienveillance et l'accompagnement des enseignants constitue donc une aide précieuse dans ce contexte.

2.1.1 Relation étudiant-patient

L'étudiant s'apprête à soigner des patients pour la première fois, et ceci peut susciter du stress et diverses émotions. Il doit se concentrer afin d'appliquer le plus judicieusement possible ses connaissances, tout en faisant de son mieux pour réaliser les actes cliniques de la manière la plus irréprochable, alors même qu'il ne les maîtrise pas encore. La relation de communication avec le patient peut alors parfois passer en second plan pour l'étudiant.

La relation avec le patient doit toutefois avoir une place de choix dans ses préoccupations. Si la communication avec le patient se passe bien, alors cela deviendra plus facile, y compris pour un cas ardu. En revanche, si la communication ne se passe pas bien, de nombreuses difficultés apparaîtront.

En effet, lorsque l'étudiant fait en sorte de mettre en confiance le patient, et qu'il fait attention à sa relation avec lui, il pourra par la suite se concentrer sur les autres difficultés inhérentes aux soins qu'il doit aussi gérer. Il est plus aisé de réfléchir et de se concentrer avec un patient apaisé et serein qu'avec un patient méfiant et sur la défensive.

Il est donc recommandé d'appliquer les différents principes de communication :

- Adopter une attitude empathique, être à l'écoute des problèmes/demandes du patient, et tenter d'y répondre au mieux. Il faut bien différencier l'empathie et la sympathie. Éprouver de l'empathie pour un patient signifie que l'on ressent, que l'on comprend ses émotions. Éprouver de la sympathie signifie que l'on cherche à le soutenir ou que l'on éprouve du chagrin ou de la pitié pour lui. Avec les patients l'empathie est indispensable, mais il ne faut pas tomber dans la sympathie.
- Adopter un langage et une attitude positive où tout sera mis en œuvre afin de répondre aux doléances du patient, éviter d'évoquer certaines choses que le patient ne voudrait pas entendre. Par exemple, on ne dira pas à un patient ayant une hygiène défectueuse : « Vous présentez un manque d'hygiène dentaire ». On lui dira plutôt : « Il faut que l'on discute afin d'améliorer votre technique de brossage », ou bien « Nous verrons ensemble quelles techniques adopter afin que le brossage soit plus efficace ».
- Ne pas juger le patient. Selon les cultures, certains reproches peuvent être perçus tantôt comme une information, tantôt comme un jugement. Rien ne nous empêche de faire des

constats objectifs, sans jugement de valeur. Par exemple : « **Il y a** du tartre dans ce secteur » ; « **Il y a** 4 caries ». Il s'agit de constats objectivables et non de jugements. Les patients nous confient leur bouche afin qu'on les soigne, qu'on les aide, et pas pour être critiqués ou jugés. On évitera de formuler des phrases qui généralisent, et en employant une formule personnelle comme : « **Vous avez** beaucoup de caries », ou alors « **Vous avez** beaucoup de tartre ». A ce moment-là, on est déjà dans le jugement. Il faut garder des constats objectivables.

- Adopter une attitude accueillante. En effet, nous avons évoqué plus haut la communication non-verbale. Nous pouvons transmettre énormément de messages via ce type de communication, parfois bien plus que par la parole. L'étudiant a donc tout intérêt à sourire, à regarder le patient lorsqu'il lui parle, à faire certains signes avec ses bras pour installer le patient par exemple, à prendre soin de lui donner une serviette et à l'aider si son visage a été éclaboussé par un aérosol par exemple. Oui, le sourire est visible même derrière le masque !
- Lorsque l'on rencontre des tensions ou qu'on a des demandes à adresser aux patients (par rapport à un retard, à l'envoi d'un devis, ou à une attitude pendant le soin par exemple) il faudra alors suivre les différentes étapes de la communication non violente évoquées plus haut : observation, sentiment, besoin, demande.

Avec une communication fluide, sereine, et agréable avec le patient, l'étudiant pourra mieux se concentrer sur ses diagnostics, ses connaissances, ses actes de soin, et ses comptes-rendus aux enseignants.

2.1.2 Relation étudiant-enseignant

La relation que l'étudiant entretient avec les enseignants est fondamentale. L'enseignant constitue un repère auquel l'étudiant peut se fier, et grâce à qui il peut apprendre, évoluer, progresser.

Lorsqu'un étudiant ressent qu'il existe une relation de confiance avec un enseignant, que celui-ci cherche à lui transmettre un savoir, son expérience et à le faire progresser, il n'hésitera pas à lui poser certaines questions ou à lui demander de lui montrer et/ou de lui apprendre certaines choses. Il pourra mieux se concentrer sur le soin, améliorer sa technique et ses connaissances.

Bien évidemment, cela n'enlève rien au devoir d'évaluation de l'enseignant, qui se doit clairement de dire ce qui va et ce qui ne va pas. L'enseignant doit pouvoir constater que l'étudiant est assidu et motivé, sans quoi ce dernier recevra inmanquablement plus de reproches que d'encouragement.

Toutefois, ceci doit être accompli en respectant les règles de la communication :

- Adopter une attitude empathique, comprendre que l'étudiant se trouve dans un contexte de soins parfois difficile à gérer, parfois nouveau, et faire en sorte de l'aider à atteindre ses objectifs.
- Adopter un langage et une attitude positive en évitant d'évoquer certains sujets avec une formulation négative. Par exemple, il faudrait préférer des formules comme : « On fera en sorte que ça se passe mieux la prochaine fois », plutôt que : « C'était catastrophique aujourd'hui ».
- Il faut faire attention à juger les actes des étudiants, sans juger leur personne. De cette manière, l'étudiant comprendra que ce n'est pas lui qui est à remettre en cause, mais ses compétences. Cela lui permettra de se détacher de ses actes de soin, afin de les améliorer, puisque l'enseignant ne cherche qu'à le faire progresser. De même, il faudra évoquer des constats objectivables afin que le reproche soit perçu de manière constructive.
- Adopter une attitude d'accompagnement. Comme pour la relation étudiant-patient, la communication non-verbale demeure importante ici aussi. L'étudiant doit ressentir, à travers l'attitude de l'enseignant, que celui-ci est là pour l'aider et l'accompagner. Sourire, être présent si besoin, adopter un regard ouvert et bienveillant sont des attitudes à adopter pour que la relation soit de qualité.
- Lorsque l'on rencontre des tensions ou qu'on a des demandes à adresser aux étudiants (par rapport à un soin qui s'est mal passé, une attitude à bannir, du matériel à demander à l'étudiant, ou des reproches à lui adresser sur ses diagnostics ou certaines lacunes par exemple) il faudra alors suivre les différentes étapes de la communication non violente
- évoquées plus haut : observation, sentiment, besoin, demande.

2.2 En milieu libéral

Le cabinet dentaire est une micro-entreprise. En exerçant une pratique libérale de la chirurgie dentaire, nous sommes donc amenés à travailler avec de nombreux acteurs du système de soins : le patient, l'assistante dentaire, le laboratoire de prothèse, le fournisseur et la maintenance, la famille du patient, la femme de ménage du cabinet, la secrétaire médicale, ou éventuellement le (la) collaborateur(trice), mais également les différents partenaires fiscaux tels que l'URSSAF, la Sécurité Sociale, l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes etc.

Il nous appartient donc de veiller à ce que de bons rapports et une bonne communication s'établissent avec chacun de ces acteurs, afin que l'ensemble des soins et de la pratique en général se déroule au mieux.

2.2.1 Relation avec l'assistante dentaire/la secrétaire médicale

Lors de la pratique libérale, le chirurgien-dentiste se trouve au sein d'une structure de soins, dans laquelle se trouvent plusieurs acteurs avec lesquels il doit communiquer pour assurer le bon fonctionnement du cabinet. Parmi ces acteurs, on retrouve les secrétaires médicales et les assistantes dentaires.

En effet, ces dernières ont de plus en plus une place prépondérante dans la vie quotidienne et le fonctionnement du cabinet. Par ailleurs, récemment, la profession d'assistante dentaire a été reconnue comme faisant partie à part entière des professions de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 120).

Lors des soins, l'assistante dentaire revêt le rôle de partenaire du praticien. Par le travail qu'elle effectue, elle permet au soignant de se concentrer sur l'essentiel : les actes réalisés à proprement parler, et le dialogue avec le patient. Le fait de lui confier les tâches accessoires et chronophages lui permet donc de gagner du temps et d'améliorer sa pratique et ses relations avec les patients. Le duo formé par le praticien et l'assistante crée donc une alliance thérapeutique entre eux, afin de pouvoir prodiguer les meilleurs soins aux patients. Cette union constitue le joint entre le soignant et le soigné.

Mais tout n'est pas si simple. Les tâches que le chirurgien-dentiste confie à l'assistante dentaire peuvent être très diverses et très nombreuses : gérer l'accueil des patients, répondre au téléphone,

prendre les rendez-vous, réaliser les encaissements, expliquer les devis, les ententes financières, suivre la comptabilité et les stocks, effectuer la stérilisation, le rangement, l'asepsie, etc. (article R. 4393-8 du Code de la Santé Publique).

Figure 1 : Les clés d'une collaboration réussie



Source : Binhas, « Praticien-assistante : les clés d'une collaboration réussie », 2013.

Cependant, il se peut que le praticien soit déçu par l'assistante qu'il a décidé d'embaucher, car malgré tous les efforts qu'il a fournis afin de la former, elle ne réalise pas les tâches nécessaires comme lui, le souhaite ! Dans le cas où c'est lui qui a formé l'assistante, sa déception peut être tangible. De même, lorsqu'il n'a pas formé l'assistante et qu'il a recruté une assistante qualifiée, il peut également connaître certaines déceptions. Il se peut que, considérant qu'elle n'a pas besoin de formation, il ne lui ait pas bien expliqué le fonctionnement du cabinet, ou encore que l'assistante persiste à travailler de la même manière que dans son ancien cabinet.

Inversement, l'assistante dentaire peut connaître certaines déceptions en commençant à travailler dans un cabinet. Les pratiques peuvent être différentes de celles auxquelles elle était habituée, ses ambitions peuvent ne pas être prises en compte, et l'augmentation de son salaire au fil du temps peut demeurer une utopie.

Tout conflit naît d'une mauvaise communication (Marshall Rosenberg) (18). Ici, certaines tensions pourraient s'instaurer. Le praticien aura l'impression d'avoir passé du temps et fourni de l'énergie afin d'obtenir l'assistante qu'il lui faut, et celle-ci aura le sentiment qu'elle se dépêche toute la journée, qu'elle fait plusieurs choses à la fois, et qu'elle ne s'épanouit pas au sein de son nouveau cabinet.

Nous sommes donc ici en présence de deux personnes de bonne volonté, prêtes à fournir des efforts afin de bien travailler ensemble. Alors qu'est-ce qui ne fonctionne pas ? Les raisons principales pourraient être les suivantes (33) :

- Le praticien cumule les fonctions : il a appris à soigner, mais il n'a pas été formé à gérer, manager et communiquer. Il doit apprendre à adopter une vision globale de son cabinet, afin de pouvoir déléguer au mieux certaines tâches, ce qui lui permettra d'être plus efficace et plus productif.
- Le soignant pense à chaque étape de chaque soin, mais les informations qu'il donne à son assistante à l'oral sont souvent communiquées au coup par coup, parfois en présence des patients. Un manuel du cabinet n'existe pas toujours. Le praticien n'a pas non plus prévu de plan d'intégration pour une nouvelle arrivante.
- L'intitulé d'assistante dentaire peut parfois être source de malentendus. Certains chirurgiens-dentistes postent une annonce à la recherche d'une assistante dentaire, mais il se peut qu'ils recherchent en réalité une secrétaire médicale. D'autres, en revanche, ont besoin d'une aide clinique. Les attentes doivent donc être claires avant l'entretien afin d'éviter d'engager la mauvaise personne.
- Chaque cabinet est différent et il est judicieux pour l'assistante de s'adapter aux pratiques de son nouveau cabinet, afin que les soins se déroulent fluidement.
- On a tendance à vouloir se justifier au lieu de faire preuve d'écoute et d'empathie. Ceci est très souvent causé par un stress tangible, d'où l'importance d'établir une communication sereine et efficace.

Mais comment parvenir à surmonter ces écueils et à instaurer une collaboration efficace ?

Pour ce faire, il faut en premier lieu fixer un objectif à atteindre. Pour que la communication soit efficace et que le duo praticien-assistante se comprenne, ils doivent se mettre d'accord sur certains points avant d'en arriver à la pratique. Ils doivent déterminer s'ils parlent de la même chose, définir une action précise et sa mise en œuvre. Dans le cadre de cette alliance, l'assistante dentaire doit également accepter les pratiques du chirurgien-dentiste qu'elle a décidé d'accompagner.

Afin que la collaboration soit efficace et sereine, il est recommandé de :

- Définir un projet professionnel (donner du sens) ;
- Écrire et décrire l'organisation du cabinet, en rédigeant un manuel du cabinet par exemple ;
- Clarifier et hiérarchiser les priorités de l'assistante (fauteuil ou accueil, par exemple) ;
- Avoir de l'empathie, prendre du recul ;
- Être capable de s'auto-évaluer, de se remettre en question et de se former.

Les différences qui existent entre la relation du chirurgien-dentiste avec le patient et sa relation avec l'assistante ou la secrétaire sont les suivantes : ce n'est pas l'assistante qui a besoin du praticien, c'est lui qui a besoin d'elle, contrairement à la relation patient-praticien où c'est le patient qui a besoin de lui. De même, c'est lui qui emploie l'assistante dentaire, alors que dans sa relation avec le patient, c'est celui-ci qui règle le service rendu par le praticien.

Ceci est susceptible d'engendrer chez le praticien un sentiment autoritaire ou de supériorité envers l'assistante, ce qui serait source de conflits. Certes, l'assistante dentaire se doit d'aider et d'accompagner le praticien lors des soins, mais cela ne justifie pas l'omission des formules de politesse de base telles que « s'il vous plaît », « merci ». Il faut veiller à garder un ton calme et doux, en formulant les demandes comme des faveurs et non comme des ordres (différence entre demande et exigence) : « Pourriez-vous me donner une curette s'il vous plaît ? », et non « Donnez-moi une curette ».

Cela permet de faire en sorte que l'assistante ressente que son travail est valorisant, car valorisé par le praticien. Elle le fera alors de bonne volonté et avec application, tandis que si elle reçoit des ordres, elle se sentira contrainte et aura tendance à bâcler son travail. La considération qu'on accorde est primordiale afin de faire ressentir à tous les acteurs qui nous entourent qu'ils ont leur place, leur rôle à jouer, et c'est de cette manière qu'ils le feront de manière efficace et avec application.

Bien entendu, cela n'empêche en rien de rester ferme dans ses demandes, et de discuter des éventuelles erreurs ou des choses à améliorer.

Figure 2 : Les clés d'une collaboration réussie



Source : Binhas, « Praticien-assistante : les clés d'une collaboration réussie », 2013.

2.2.2 Relation avec le prothésiste

La communication avec le prothésiste est souvent négligée par un grand nombre de chirurgiens-dentistes. L'absence de contact direct avec lui engendre souvent la déconsidération de cet acteur du cadre de soins.

Le patient doit être la priorité du praticien. Il faut faire en sorte que tout soit mis en œuvre afin de lui fournir les meilleures solutions prothétiques possibles : des matériaux appropriés et des techniques efficaces sont essentiels pour une fonction et un résultat esthétique optimal. C'est la raison pour laquelle une étroite relation entre les chirurgiens-dentistes et les prothésistes est indispensable.

De plus, de nos jours, nous avons la possibilité de choisir une multitude de matériaux différents. Pour n'évoquer que la céramique, nous pouvons utiliser classiquement la céramique feldspathique, les vitrocéramiques, les céramiques infiltrées ou encore les céramiques polycristallines qui se déclinent chacune en différentes compositions. Il est vrai que le cursus des chirurgiens-dentistes les amène à suivre certaines formations en biomatériaux, mais ce n'est pas pour autant leur domaine de prédilection.

De manière générale, les concertations entre les chirurgiens-dentistes et les prothésistes concernant le choix et la mise en œuvre de ces matériaux sont limitées (34–36) et les instructions écrites ne sont pas toujours fournies par les chirurgiens-dentistes aux laboratoires (37,38). Ceci peut être dû à un manque de temps, un manque de connaissance de ces matériaux, un désintérêt envers les nouvelles techniques, ou encore une confiance aveugle envers le prothésiste. Le choix est donc souvent laissé au prothésiste, alors que les indications varient en fonction du cas clinique pour chaque matériau.

Une étude a mis en évidence le fait que les prothésistes ressentaient souvent un manque de reconnaissance de la part des chirurgiens-dentistes. En revanche, les praticiens les considéraient comme de véritables partenaires avec des compétences différentes mais tout aussi indispensables (39).

Afin d'optimiser les relations entre les laboratoires de prothèse et les chirurgiens-dentistes, il pourrait être utile d'établir des temps d'échange et de transmission. Ceux-ci pourraient avoir lieu au cabinet, au laboratoire, ou même au téléphone. Cela permettrait de mieux discuter des cas cliniques, des solutions prothétiques possibles, mais également d'évaluer la qualité des empreintes par exemple, afin d'améliorer la pratique. Avec un contact régulier établi de la sorte, de nombreux problèmes seraient évités d'emblée. Une bonne communication permettrait ainsi d'éviter les incompréhensions, les tensions (lors d'éventuels travaux à refaire, que ce soit à cause du manque d'éléments fournis par le chirurgien-dentiste ou non), ou encore d'autres surprises que le praticien découvre lorsqu'il reçoit le travail du laboratoire.

Bien que cela puisse représenter à priori une perte de temps de travail, ceci permettrait d'apporter une meilleure maîtrise de sa pratique, tant pour le praticien que pour le prothésiste, une meilleure efficacité, et, in fine, d'améliorer la satisfaction des patients.

Le fait d'accorder de l'importance à cette communication permettra également de témoigner une certaine reconnaissance envers le travail du prothésiste.

2.3 Patients à besoins spécifiques

Après avoir d'ores et déjà exposé différents aspects des relations avec les patients en général, nous nous concentrerons, dans cette partie, sur les relations établies avec les patients présentant des besoins spécifiques en matière de communication.

2.3.1 Les enfants

Avec un enfant, la relation thérapeutique est spécifique. En effet, l'enfant est un être en voie de développement et en perpétuel remaniement. Un enfant mineur est systématiquement accompagné par ses parents ou par un autre membre de sa famille. Il se doit d'ailleurs d'avoir une autorisation de soins signée par ses parents ou ses responsables légaux. Le soignant doit donc être capable de répondre à ses besoins et à ceux de ses parents en s'adaptant au contexte particulier de l'enfant et de son cadre familial. L'empathie prend bien sûr toute sa place ici.

Au cours de sa croissance, l'enfant passe par différentes étapes au cours desquelles son corps et son psychisme évoluent progressivement afin de devenir ceux d'un adulte. Il est donc primordial pour le praticien de bien savoir où se situe l'enfant, et de connaître les implications des différentes étapes de l'évolution de celui-ci afin que la prise en charge et la relation se déroulent dans des conditions optimales (40)

- Entre 1 et 2 ans, l'enfant découvre la marche, et explore ainsi le monde extérieur. Il n'est cependant pas encore apte à comprendre que les soins dentaires sont réalisés pour son bien, et il est difficile de faire en sorte qu'il coopère lors d'un acte de soin. Il éprouve encore un fort besoin de contact avec ses parents, qui doivent rester prêts de lui au cours de la séance. Chaque chose nouvelle peut entraîner un sentiment de peur à cet âge-là (41).
- À partir de 2 ans, l'enfant découvre le « non », il s'affirme en s'opposant à tout. Sa découverte du monde extérieur continue, et il commence à comprendre de plus en plus de choses. La communication verbale commence à prendre de la place. Il faut cependant continuer à utiliser les gestes et les images afin de le mettre en confiance et de s'assurer de sa bonne compréhension. Le bruit, la lumière ou les visages nouveaux peuvent encore créer de la peur chez lui.
- Entre 3 et 4 ans, l'enfant parle de mieux en mieux. Il raconte ce qui lui arrive, et questionne souvent : c'est l'âge du « pourquoi ? ». Ses fonctions intellectuelles et affectives se développent. Il a besoin d'être rassuré dans sa découverte de nouvelles choses, lorsqu'il découvre les règles de conduite imposées par les adultes par exemple (42).

Il commence à comprendre qu'une frustration peut être temporaire, ou qu'une récompense peut être retardée, sans pour autant être refusée. Il découvre le cabinet dentaire peu à peu, et cette découverte doit se faire en présence de ses parents, ce qui lui procure un sentiment de sécurité.

Il s'agit d'un âge créatif, l'enfant déborde d'énergie et de curiosité. En revanche, il n'apprécie pas que l'on découvre certaines parties de son corps, comme chez le médecin ou chez le chirurgien-dentiste en l'occurrence.

C'est grâce à des consultations répétées qu'il commence à comprendre qu'il n'a rien à craindre. Il ne se sent plus menacé et ses peurs se dissipent.

- De 4 à 6 ans, l'enfant écoute les explications qu'on lui délivre, il est capable de les comprendre, et d'obéir aux directives qu'on lui donne lors d'un soin par exemple. Il s'agit d'un âge où il s'identifie aux personnes de son entourage. Il développe son imagination, mais sa notion du temps et de l'espace est encore restreinte. C'est pourquoi il faut le rassurer et lui expliquer que les soins sont ponctuels : il retournera chez lui après.

À cet âge-là, il est très fier de ses nouvelles expériences, d'établir de nouvelles relations, et de montrer ce qu'il porte ou ce qu'il possède. Il a encore besoin de toucher pour découvrir certaines choses. La communication verbale ne suffit toujours pas. On peut le laisser toucher certains instruments afin de diminuer son anxiété. S'il sent qu'il a un rôle actif au sein du soin, il sera plus coopératif et fier d'avoir été « courageux ».

- Entre 6 et 11 ans, l'enfant découvre l'école. Il apprend beaucoup, et commence à chercher son identité. Il est de plus en plus indépendant, et ceci peut l'amener à être indiscipliné. Il faut donc mettre des limites et être ferme, tout en demeurant attentionné.

Les peurs ou les angoisses d'un enfant concernant les soins médicaux peuvent être liés à certaines expériences thérapeutiques antérieures. Il est donc préférable de s'en enquérir au préalable lors de l'entretien avec les parents, afin de déterminer son rapport avec les professionnels de santé.

Il faut adopter ce qu'on appelle une relation centrée sur l'enfant. Le soignant est tenu de faire en sorte que ses peurs diminuent, et d'obtenir de sa part une acceptation vis-à-vis de soins réguliers. Cette approche permet de considérer ses réponses émotionnelles et ses besoins psychologiques lors d'une séance de soins. Ce n'est pas à l'enfant de s'adapter au chirurgien-dentiste, c'est au praticien de se

mettre au niveau de l'enfant et d'écouter ses besoins afin que la réalisation des soins soit la plus sereine possible. En effet, la résistance au stress est très variable d'un enfant à l'autre, et c'est au praticien d'anticiper où se trouve l'enfant par rapport à son anxiété au cabinet (43).

Lorsque le chirurgien-dentiste est capable d'évaluer le niveau intellectuel de l'enfant et sa maturité socio-émotionnelle, il peut anticiper certaines réactions que l'enfant pourrait avoir lors du soin. Ceci permet de préparer le praticien à d'éventuels comportements qui, même s'ils ne sont pas optimaux pour la réalisation de certains traitements, sont des réponses appropriées à l'âge de l'enfant face à une situation inhabituelle et stressante.

Le soignant doit également mesurer les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'enfant. L'aptitude d'un enfant à « faire face » dépend de sa maturité, des expériences dentaires antérieures, de sa personnalité et des relations qu'il entretient avec les adultes de manière générale.

Bien que pour les enfants, la communication verbale ne soit pas l'essentiel, puisqu'ils ne comprennent pas tout, elle a malgré tout son importance. Les sons, l'intonation peuvent participer à la compréhension du message par le patient. Les gestes doivent donc toujours être accompagnés d'une verbalisation. Il est bien entendu inutile de souligner l'importance de la communication non-verbale avec les enfants. Les gestes, les sourires, le ton employé, le décor du cabinet sont plusieurs éléments qui permettent de favoriser une bonne relation avec l'enfant. En parlant très bas, par exemple, on peut apaiser une situation délicate, et diminuer le stress de l'enfant.

Le praticien doit progressivement apprendre à gérer les résistances de l'enfant aux soins. Bien souvent, lorsqu'un enfant est agité ou qu'il s'oppose aux soins, il s'agit d'un enfant qui présente un problème émotionnel ou relationnel. Il faut donc évaluer sa capacité d'adaptation et tenter de comprendre quels sont les motifs de ses résistances. Le fait de tolérer des comportements de résistance ne veut pas dire qu'on les accepte, et qu'on les considère comme irréversibles. En revanche, les prendre en compte permet à terme de mieux agir sur l'environnement et sur l'enfant afin de les faire disparaître peu à peu (44).

2.3.2 Patient en situation de handicap

L'OMS distingue 5 catégories de handicap. On distingue les handicaps moteurs (motricité réduite, paralysies etc.), les handicaps psychiques (troubles psychiatriques, affectifs ou émotionnels), les

handicaps mentaux (autisme, trisomie etc.), les handicaps sensoriels (surdité, cécité etc.) et les maladies invalidantes (respiratoires, digestives ou infectieuses). Un patient peut parfois cumuler plusieurs handicaps (45). Il faut toutefois garder à l'esprit que cette classification n'est pas exhaustive et que la notion de handicap est bien plus complexe.

En ce qui concerne les patients en situation de handicap mental, les difficultés de communication se traduisent principalement par des problèmes de compréhension et de verbalisation. Lorsqu'une personne est d ficiante intellectuellement, il n'est pas facile de communiquer avec elle. Certains vont utiliser un vocabulaire assez restreint, alors que d'autres vont avoir du mal à former des phrases correctement.

Elles peuvent éprouver certaines difficultés dans leur (46) :

- Capacité d'abstraction (difficulté ou absence de lecture et d'écriture),
- Capacité de concentration (l'attention ne peut être soutenue longtemps),
- Capacité de coordination (de gestes, maladresse et lenteur de mouvements),
- Capacité de m morisat ,
- Capacité à faire des choix et à décider.

Afin d'optimiser la communication avec ce type de patient, il est recommandé de :

-  couter attentivement, être patient, être disponible,
- Rester naturel, ne pas parler trop vite, sans pour autant infantiliser la personne,
- Utiliser des mots simples et des phrases courtes, formuler des idées et des réponses claires,
- Reformuler,
- S'assurer que la personne a compris,
-  viter les situations d'incertitude car elles constituent une source de stress.
- Garantir son secret médical.

2.3.3 Patient malentendant

Communiquer est forcément plus difficile avec un patient malentendant, puisque la communication verbale, qui constitue le socle de la relation, ne peut plus ou presque plus être utilisée (47).

Dans le cas d'une prise en charge d'un patient malentendant, il faudra prendre soin de mettre l'accent sur la communication non-verbale, et de communiquer au maximum par les gestes, les mimiques, ou bien par la langue des signes, si le praticien la connaît (48).

Certains patients malentendants lisent sur les lèvres. Il faudra donc retirer son masque, se positionner à la lumière, et articuler distinctement, tout en maintenant une relation axée sur les gestes.

On peut également s'aider d'images, sur un ordinateur ou un smartphone par exemple, ou bien de phrases écrites si le patient n'est pas malentendant de naissance et qu'il sait lire le français (ce qui est moins courant chez les patients sourds de naissance).

Il faudra ici rester calme, prendre le temps de bien communiquer, et mettre l'accent sur les mouvements et les regards.

2.3.4 Patient âgé dépendant

Un patient âgé, même s'il est déficient, souhaite connaître son diagnostic et prendre part aux choix thérapeutiques lorsqu'il en est capable. Il souhaite être considéré comme un patient autonome à part entière.

Plusieurs difficultés peuvent être rencontrées avec un patient âgé. Il peut présenter des problèmes moteurs ou des difficultés de déplacement ; il peut présenter des troubles visuels et/ou auditifs ; ou encore des troubles cognitifs.

Si le patient a du mal à lire par exemple, il faudra bien éclairer la pièce si on doit lui remettre certains documents.

S'il a du mal à entendre, il faudra parler fort et éviter les bruits environnants qui parasitent son audition.

En fonction des déficiences de la personne âgée qui se trouve en face de nous, il faudra faire en sorte qu'elle puisse exploiter ses capacités au maximum afin d'améliorer la qualité de la communication.

Il est important de l'aider, sans lui faire ressentir qu'elle est complètement dépendante, ni l'infantiliser. On se trouve face à un patient adulte qui désire qu'on le considère comme tel.

2.3.5 Famille du patient

Rencontrer la famille d'un patient est toujours riche d'enseignements pour un soignant. En effet, cela l'oblige à ouvrir le cadre de ses soins afin d'y intégrer de nouveaux acteurs qu'il ne connaît quasiment pas. La définition de famille est parfois compliquée à établir. Il peut s'agir de liens de parenté : père, mère, enfants, ou d'autres membres plus éloignés : grands-parents, cousins, oncles. Mais on peut également rencontrer des accompagnants qui appartiennent à une famille recomposée, adoptive, ou à certains amis qui sont très proches du patient.

Chaque groupe familial possède sa manière de communiquer et d'exprimer ses sentiments. De manière générale, une famille possède ses règles de fonctionnement, ses codes, ses liens d'appartenances et de filiations, mais aussi ses croyances, sa manière d'être et de se présenter où chacun de ses membres possède une place et un rôle. Par exemple, la place d'un mari par rapport à son épouse n'est pas la même que celle de son enfant ou de son parent, que ce soit au niveau de son histoire qu'au niveau affectif, ou dans la construction même du lien. Par exemple, dans certains milieux, un patient âgé peut parfois représenter un « patriarche », celui qui cimente les liens familiaux. A l'inverse, pour d'autres, ce patient peut n'être qu'une vieille personne placée en maison de retraite et que l'on visite une fois par an (49).

Les proches des patients peuvent avoir plusieurs réactions aux soins telles que le stress, l'angoisse, l'impuissance, mais aussi des ressentis de culpabilité ou d'indifférence. Tous ces sentiments et réactions influent énormément sur la relation avec le soignant, qui doit savoir s'adapter au contexte et au système familial qu'il a en face de lui afin de favoriser la meilleure communication possible. Les différents comportements d'une famille lors de la relation avec le professionnel de santé sont généralement motivés par la recherche du bien être du patient. Néanmoins, certaines considérations financières peuvent également avoir leur place dans cette relation.

Dans ce contexte également nous évoquerons la communication non verbale, omniprésente dans tous les systèmes que nous abordons. En effet, celle-ci exprime à notre insu nos émotions et nos sentiments. Cette forme de langage prend parfois le dessus en ce qui concerne l'impression laissée à

l'interlocuteur lors d'une relation. La communication non-violente peut être une solution dans la relation avec l'entourage du patient.

Le concept de proxémie, c'est-à-dire la distance spatiale entre les interlocuteurs prend toute son importance (50). Ainsi, la façon d'occuper l'espace et de se positionner lors d'une conversation, constitue un indicateur émotionnel. Par exemple, la distance, lors d'un entretien, que l'on va mettre avec l'interlocuteur, sera représentative du lien avec l'autre et, signifiera du respect, de l'intimité, ou parfois de l'agressivité. Il existe des familles recherchant constamment un contact physique, là où d'autres, à l'inverse, se sentiraient agressées.

De la sorte, avant même de parler, certaines informations sont déjà transmises par chaque acteur de la relation de soin. Par exemple, le fait de ne pas regarder les proches dans les yeux, de rester debout lorsqu'ils sont assis, d'attarder son regard sur celui qui est le plus agité ou qui prend le plus de place sont des attitudes qui peuvent d'emblée créer une distance perçue comme brutale. Les soignants ont malheureusement tendance à déconsidérer un proche qui se montrerait agressif ou méfiant, alors qu'il n'a tout simplement pas intégré ce qui a été dit. Ainsi, le comportement du praticien va progressivement l'exclure naturellement de l'entretien, alors que parfois c'est lui qui constitue l'interlocuteur principal dans la relation entre le soignant et la famille.

S'adresser à chacun des proches présents, par des regards et une gestuelle adaptée, et le fait de considérer chaque membre de la famille favorise grandement la qualité de la relation avec celle-ci. Dès lors, ce sont tous ces éléments qu'il faut avoir en tête lors des séances au cours desquelles un ou plusieurs membres sont présents. Avec l'habitude et des efforts, il devient possible de les détecter, et de mieux les analyser afin de les contrôler et de permettre ainsi une communication sereine et agréable.

Bien communiquer aux proches en employant un langage commun est primordial. Il est fondamental de ne pas imposer une barrière lexicale en utilisant un vocabulaire scientifique décrivant des techniques médicales sophistiquées. Les mots employés doivent être simples et adaptés à ceux avec lesquels on désire communiquer (51).

3 : Aspects juridiques

3.1 Code de la Santé Publique

La relation de communication entre le patient et le praticien est également régie par la loi. En revanche, nous constatons qu'un seul article évoque clairement la relation patient-praticien dans le Code de Déontologie Médicale. Cet article est essentiellement centré sur l'information que le soignant est tenu légalement de transmettre au soigné.

Article R.4127-35 du Code de Déontologie Médicale, figurant dans le Code de la Santé Publique :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. » (2)

En cas de manquement, le soignant s'expose à plusieurs types de sanctions disciplinaires, énumérées à l'article L. 4124-6 du Code de la Santé Publique. On retrouve, par ordre de gravité :

- Un avertissement
- Un blâme
- Une interdiction d'exercice de la médecine avec ou sans sursis pouvant aller jusqu'à 3 ans
- La radiation du Tableau de l'Ordre, c'est-à-dire l'interdiction totale d'exercer la médecine.

3.2 Analyse de l'article

Un certain nombre de points positifs peuvent être tirés de cet article.

- L'information doit être « loyale ». La notion de loyauté vis-à-vis du patient dénote une certaine bienveillance du praticien, bien que cela ne soit pas évoqué clairement.

- L'information doit également être « appropriée ». Avec ce terme, on commence déjà à prendre en compte la personne qu'est le patient. C'est au soignant de s'adapter à lui, et de lui communiquer des données de façon « appropriée », c'est-à-dire adaptée à sa personne, son état, son contexte (social, familial, religieux etc.). Les efforts en matière de communication sont ici perçus entre les lignes. Ceci est ensuite mentionné clairement dans la phrase suivante :
- Le praticien doit « tenir compte de la personnalité du patient ». Ici aussi, la personne qu'on a en face de nous est considérée. Il faut s'adapter à sa personnalité, son contexte et son état.
- Le soignant doit « veiller à la compréhension » des informations qu'il transmet au patient. Il n'est pas suffisant de transmettre les bonnes informations. Le but n'est pas la transmission par le praticien, mais bien la compréhension par le patient. Ici encore, c'est le patient qui est mis en valeur, et le praticien doit s'adapter à lui afin qu'il comprenne correctement ce qu'il lui explique.
- « Les soins qu'il lui propose » : il est recommandé de formuler des propositions, rien n'est imposé ou exigé. On propose, on n'impose pas.

Bien que cet article n'encadre pas encore de manière précise l'ensemble de la communication patient-praticien et tout ce qu'elle implique, nous pouvons malgré tout constater une volonté ferme de pousser le soignant à adopter une certaine empathie et de la bienveillance à l'égard de son patient, en adaptant au mieux sa communication avec lui, afin de faire en sorte que les rapports entre soignants et soignés se déroulent de la meilleure manière possible.

Conclusion

Les relations de communication auxquelles sont confrontés les chirurgiens-dentistes sont diverses et variées. Ils sont amenés à communiquer avec de nombreux acteurs différents, et la complexité de ces relations varie d'un interlocuteur à l'autre.

Afin de gérer au mieux cette multitude de relations, un certain nombre de moyens ont été proposés. L'application de la communication non-violente et ses principes peut permettre aux praticiens de désamorcer tout type de tension entre le chirurgien-dentiste et son interlocuteur, afin de favoriser une communication claire, agréable, sereine et respectueuse. Il s'agit d'une méthode indispensable dans un cadre de soins, mais également dans tous les domaines de la vie.

Le fait de préférer une formulation constamment positive contribue également à atteindre ces objectifs. En outre, il est également recommandé d'être particulièrement attentif à ses gestes, ses expressions, et ses attitudes en présence des patients, du fait que la communication non-verbale revêt une place primordiale, et souvent insoupçonnée. Enfin, le chirurgien-dentiste joue également, dans une certaine mesure, le rôle de « manager », et il doit donc apprendre à communiquer de manière à ce que ses demandes soient appliquées de manière efficace et sereine.

L'ensemble des solutions proposées sont basées sur une base commune : la bienveillance à l'égard des différents interlocuteurs que l'on peut avoir dans le cadre des soins buccodentaires.

Dans le cadre de la pratique hospitalière, certaines relations tout à fait spécifiques s'établissent. Les soins sont réalisés par des étudiants en plein apprentissage, et des relations s'établissent entre eux et les patients d'une part, et avec les enseignants les supervisant d'autre part. Dans ce contexte tout à fait particulier, l'application des principes de communication revêt un rôle primordial, tant pour les étudiants que pour les enseignants, afin que l'apprentissage et les soins se déroulent dans les meilleures conditions. Les enseignants doivent avoir pour objectif de mettre les étudiants en confiance afin de leur permettre de progresser de la manière la plus sereine et la plus efficace.

Dans le cadre de la pratique libérale, le soignant entre en contact avec des secrétaires médicales, des assistantes dentaires, des prothésistes, et encore bien d'autres acteurs du système de soins. De nouvelles relations s'établissent, chacune avec son lot de particularités. Le fait de valoriser son

assistante permet de cimenter l'alliance conclue avec elle et d'améliorer la qualité des soins. L'appréciation du travail du prothésiste participe également à délivrer de meilleurs soins aux patients.

Le praticien peut également être amené à soigner certains patients ayant des besoins relationnels spécifiques, comme des enfants, des personnes en situation de handicap, des personnes malentendantes ou des personnes âgées. Il sera également parfois amené à communiquer avec la famille du patient. Chacune de ces situations peut être gérée sereinement pour peu que l'on s'y prépare convenablement.

Enfin, nous avons pu voir que les textes juridiques codifient de manière précise les relations entre un praticien et un patient, et que les manquements à certaines règles fondamentales pouvaient entraîner des sanctions disciplinaires.

« Il est plus important d'être gentil que d'être droit.

Les gens n'ont pas besoin d'un cerveau brillant,

mais d'un cœur qui les écoute »

Rabbi de Loubavitch

Bibliographie

1. Anzieu D, Martin JY. La dynamique des groupes restreints. Nouvelle éd. Paris: PUF; 2013. 400 p.
2. Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. Paris: Conseil national de l'Ordre; 2021 [cité 23 sept 2022] p. 44. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
3. Wolton D. Il faut sauver la communication. Paris: Flammarion; 2005. 224 p.
4. Paolaggi JB, Coste J. Le raisonnement médical : de la science à la pratique clinique. Paris: Estem; 2001. 256 p.
5. Pellerin D. Médecine du XXIe siècle : consumérisme ou humanisme. Bull Acad Sc et Lettres de Montpellier. 2000;31:180-90.
6. Consoli SM. Relation médecin-malade. In: La relation médecin-malade. Paris : Elsevier Masson; 2004. p. 202.
7. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989;27(3 Suppl):S110-127.
8. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. Health Psychol. 1987;6(1):29-42.
9. Street RL, Piziak VK, Carpentier WS, Herzog J, Hejl J, Skinner G, et al. Provider-patient communication and metabolic control. Diabetes Care. 1993;16(5):714-21.
10. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety ? J Clin Oncol. 1999;17(1):371-9.
11. Papathanassoglou E, Mpouzika MD. Interpersonal touch : physiological effects in critical care. Biol Res Nurs. 2012;14(4):431-43.
12. Street RL. How clinician-patient communication contributes to health improvement : modeling pathways from talk to outcome. Patient Educ Couns. 2013;92(3):286-91.
13. Rosenberg MB, Mouton di Giovanni S. La communication non violente au quotidien. Nouvelle éd. Genève Saint-Julien-en-Genevois: Jouvence; 2018. 96 p.
14. Centre de communication non violente. Centre pour la communication non violente [Internet]. The center for nonviolent communication. 2022 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cnvc.org/>
15. Servan-Schreiber D. Guérir : le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse. Paris: Robert Laffont; 2003. 336 p.
16. Rosenberg M. Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) : introduction à la communication non violente. 2e édition mise à jour. Paris: La Découverte; 2005. 264 p.

17. Myers W, Faure JP, Clerc O. Pratique de la communication non-violente : établir de nouvelles relations. Nouvelle éd. revue et actualisée. Genève-Bernex Saint-Julien-en-Genevois: Jouvence; 2007. 95 p.
18. Rosenberg MB, Seils G. Dénouer les conflits par la communication nonviolente : entretiens avec Gabriele Seils. Nouvelle éd. Chêne-Bourg (Suisse) Saint-Julien-en-Genevois: Jouvence; 2017.
19. Atelier Communication non violente (sous-titres français) [Internet]. 2000 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=f99Xvp3yFPg>
20. Jouvent R. Le cerveau magicien: de la réalité au plaisir psychique. Paris: Odile Jacob; 2009. 252 p.
21. Trager GL. Paralanguage : a first approximation. *Studies in Linguistics*. 1958;13:1-12.
22. Goulard E. Comprendre et maîtriser l'intelligence non verbale. Paris: Quotidien Malin éd; 2014. 252 p.
23. Navarro J, Poynter TS. Louder than words : take your career from average to exceptional with the hidden power of nonverbal intelligence. Illustrated edition. HarperCollins e-books; 2010. 260 p.
24. Goulard E. Tous irrationnels ! Votre cerveau vous joue des tours. Villeneuve-d'Ascq: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2014. 254 p.
25. Drucker PF. The practice of management. New York: HarperBusiness; 1954. 404 p.
26. Manager GO ! Outils et méthodes pratiques pour cadres et dirigeants [Internet]. 2022 [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.manager-go.com/>
27. Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management review*. 1981;70(11):35-6.
28. Steffens G, Cadiat AC. Les critères SMART pour un objectif sur mesure ! : La méthode intelligente du manager. Paris: 50 minutes; 2015. 32 p.
29. Vincent F. Stratégie marketing PME [Internet]. 2022 [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.strategiemarketingpme.com/>
30. Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire. Organisation des études : de 6 à 10 ans d'études au sein des UFR d'odontologie [Internet]. Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.unecd.com/schema-des-etudes/>
31. Bluteau P. Théo, étudiant en odontologie : ce que j'aime, c'est la technicité de ce métier [Internet]. L'Etudiant. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/theo-etudiant-en-odontologie-ce-que-j-aime-c-est-la-technicite-de-ce-metier.html>
32. Bluteau P. Odontologie : quand l'exigence des études impacte le moral des étudiants en dentaire [Internet]. L'Etudiant. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/odontologie-quand-l-exigence-des-etudes-impacte-le-moral-des-etudiants-en-dentaire.html>

33. Binhas E. Praticien-assistante : les clés d'une collaboration réussie. Le fil dentaire [Internet]. 2013 [cité 23 sept 2022];(85). Disponible sur:
<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/praticien-assistante-les-cles-dune-collaboration-reussie/>
34. Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP, Glantz PO, Hammond P. Communication between the dentist and the dental technician. *Br Dent J.* 2000;189(9):471-4.
35. Afsharzand Z, Rashedi B, Petropoulos VC. Dentist communication with the dental laboratory for prosthodontic treatment using implants. *J Prosthodont.* 2006;15(3):202-7.
36. Warden D. The dentist-laboratory relationship : a system for success. *J Am Coll Dent.* 2002;69(1):12-4.
37. Afsharzand Z, Rashedi B, Petropoulos VC. Communication between the dental laboratory technician and dentist : work authorization for fixed partial dentures. *J Prosthodont.* 2006;15(2):123-8.
38. Leith R, Lowry L, O'Sullivan M. Communication between dentists and laboratory technicians. *J Ir Dent Assoc.* 2000;46(1):5-10.
39. Caizergues MC. Les relations entre les chirurgiens-dentistes et les laboratoires de prothèses : évaluation des pratiques professionnelles dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice en chirurgie dentaire]. [Nice]: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2018.
40. Université Paris Cité. Développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent (S6-UE4). Université Paris Cité; 2022.
41. Bourrillon A, Benoist G, Delacourt C. Développement psychomoteur. In: Pédiatrie [Internet]. 7^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. p. 866. Disponible sur:
<https://www.medshake.net/medecine/ECN/librairie/elsevier-masson/referentiels-des-colleges/9782294751066/pediatrie/>
42. Houdé O. La psychologie de l'enfant. 8^e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2016. 128 p.
43. Osterrieth PA. Introduction à la psychologie de l'enfant [Internet]. Bruxelles: De Boeck et Belin; 2015 [cité 23 sept 2022]. 170 p. Disponible sur:
<http://mediatheques.collectivitedemartinique.mq/BDP/doc/SYRACUSE/209162/introduction-a-la-psychologie-de-l-enfant-paul-a-osterrieth>
44. Winnicott DW. Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement. Paris: Payot; 1989. 259 p.
45. Handicap.fr. Définition / classification des handicaps (CIH et OMS) [Internet]. Handicap.fr. 2013 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-definition-classification-handicap-cih-oms-6029.php>
46. Maison départementale des personnes handicapées. Communiquer avec une personne ayant un handicap mental [Internet]. Maison départementale des personnes handicapées. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: http://www.mdph33.fr/handicap_mental.html

47. Santé publique France. Baromètre santé sourds et malentendants (BSSM) 2011/2012 [Internet]. Santé Publique France; 2020 [cité 23 sept 2022] p. 300. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-sourds-et-malentendants-bssm-2011-2012>
48. Bernardon F. Consultation avec un patient sourd ou malentendant : comment communiquer ? [Internet]. Vidal. 2022 [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/28713-consultation-avec-un-patient-sourd-ou-malentendant-comment-communiquer.html>
49. Albernhe K, Albernhe T. Les thérapies familiales systémiques. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2014.
50. Hall ET. Le langage silencieux. Paris: Seuil; 1992. 237 p.
51. Garrigue Huet D, Rosenstrauch C, Carlier D. Communication avec les soignants et les familles [Internet]. Lille: Le Congrès Médecins. Urgences vitales Sfar; 2016 [cité 23 sept 2022] p. 13. Disponible sur: <https://docplayer.fr/32542759-Communication-avec-les-soignants-et-les-familles.html>

Table des figures

Figure 1 : Les clés d'une collaboration réussie.....	25
Figure 2 : Les clés d'une collaboration réussie.....	28

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie

Docteur Olivier GRAJEZYK

Professeur Vianney DESCROIX

Vu, le Président de Université Paris Cité

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Vianney DESCROIX

Les implications de la communication en chirurgie dentaire

Eitan Abourmad. Les implications de la communication en chirurgie-dentaire. 2022.
45p. : ill. Réf. bibliographiques p. 41-44.

Sous la direction de M. le Docteur Olivier Grajezyk

Université Paris Cité
UFR d'Odontologie
1, rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
5, rue Garancière - 75006 Paris