



**HAL**  
open science

## Les Eléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire

Jean-Philippe Jacquot

► **To cite this version:**

Jean-Philippe Jacquot. Les Eléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01733048

**HAL Id: hal-01733048**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733048>**

Submitted on 14 Mar 2018

**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.



## AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

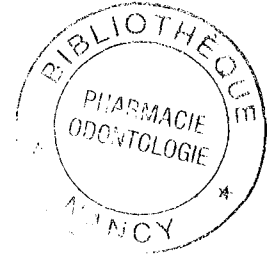
[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I  
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2007



**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR  
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

par

Jean-Philippe JACQUOT

Né le 18 Janvier 1981

à LAXOU

**LES ELEMENTS GENERATEURS D'UNE RELATION  
OPTIMALE AU CABINET DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le :

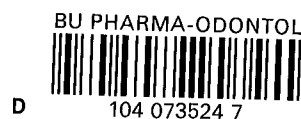
28 septembre 2007

Examineurs de la Thèse:

Monsieur J.P.LOUIS  
Monsieur C. AMORY  
Monsieur S. PERRIN  
Monsieur D.BALLAND

Professeur des Universités  
Maître de Conférences des Universités  
Assistant Hospitalo-universitaire  
Chirurgien dentiste

Président  
Juge  
Juge  
Juge





PPN 119 342 736

BIB 180394

ACADEMIE DE NANCY-METZ



UNIVERSITE HENRI POINCARRE NANCY I  
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2007

---

---

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR  
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

par

Jean-Philippe JACQUOT

Né le 18 Janvier 1981

à LAXOU

**LES ELEMENTS GENERATEURS D'UNE RELATION  
OPTIMALE AU CABINET DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le :

28 septembre 2007

Examineurs de la Thèse:

Monsieur J.P.LOUIS

Monsieur C .AMORY

Monsieur S. PERRIN

Monsieur D.BALLAND

Professeur des Universités

Maître de Conférences des Universités

Assistant Hospitalo-universitaire

Chirurgien dentiste

Président

Juge

Juge

Juge

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

FACULTE D'ODONTOLOGIE  
Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

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

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

*italique* : responsable de la sous-section

\* temps plein - \*\* responsable TP

Nancy, le 01.11.2006

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

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

**Monsieur le Professeur Jean-Paul LOUIS**

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

*Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.*

*Vous nous avez fait partager votre passion de la prothèse adjointe complète avec toute la patience et la pédagogie que nous vous connaissons.*

*Nous vous prions de croire à notre sincère reconnaissance.*



A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

**Monsieur le Docteur Christophe AMORY**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités- Praticien hospitalier  
Responsable de la sous-section : Odontologie Conservatrice

*Nous apprécions l'honneur que vous nous avez  
fait en acceptant de diriger notre travail.*

*Vos connaissances et votre bienveillance nous  
ont permis de parfaire notre apprentissage.*

*Vous avez su nous guider dans ce travail avec  
une disponibilité et une bonne humeur  
permanente.*

A NOTRE JUGE

**Monsieur le Docteur Sébastien PERRIN**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistant Hospitalo-universitaire  
Sous-section : Odontologie Conservatrice.

*Nous sommes très sensibles à votre présence au sein de ce jury.*

*Nous voulons ici vous exprimer notre profond respect pour votre disponibilité et pour les nombreux conseils que vous nous avez prodigué.*

A NOTRE JUGE

**Monsieur le Docteur Daniel BALLAND**

Docteur en Chirurgie Dentaire

*Vous avez eu l'amabilité de bien vouloir faire  
partie de notre Jury de Thèse.*

*Qu'il nous soit permis aujourd'hui de vous  
exprimer notre amitié et notre profond respect.*

A ma Maman,...

A mon Père, que j'admire pour son dévouement. Je le remercie pour son soutien qu'il m'a apporté tout au long de mes études. Qu'il trouve dans cette thèse la preuve de mon amour.

A mon frère, Pierre-Olivier, et son amie, Anne-Julie, pour leur aide informatique et leur soutien moral.

A toute ma famille.

A Jennifer, pour sa présence à mes côtés et son soutien permanent. Je te témoigne ici toute mon affection.

A Sébastien, pour tous les moments incroyables que nous avons passé ensemble (la corbeille de pain) et tout ce que tu as pu me transmettre pendant mes études.

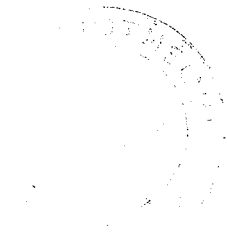
A Christophe, mon prof préféré, avec qui j'ai appris à réaliser des travaux de Qualité.

A Maxime (le chasseur fou !), John (mon meilleur ami et mon partenaire de golf), Perrine (ma confidente), Ludovic et Emily, Bertrand, Aurélie et Nico, Maxime et Jean-Yves.

A Marion et Matthieu, mes amis marseillais.

Et à tous ceux avec qui j'ai partagé les meilleurs moments de ma vie étudiante.

# Sommaire



<b>Introduction</b> .....	<b>8</b>
<b>Accueil au cabinet</b> .....	<b>10</b>
<b>1. Postulat de départ : description du type de structure</b> .....	<b>10</b>
<b>2. Accueil téléphonique par l'assistante</b> .....	<b>10</b>
2.1. Généralités .....	10
2.1.1. Transmettre une impression positive .....	12
2.1.2. Savoir écouter et répondre .....	14
2.1.3. Savoir personnaliser la communication .....	16
2.1.4. Eviter la surcommunication .....	17
2.1.5. Présence 24h/24 .....	18
2.2. Variations de l'accueil téléphonique .....	19
2.2.1. Le nouveau patient .....	19
2.2.2. Le patient connu .....	22
2.2.3. L'urgence .....	23
2.2.4. La confirmation de rendez-vous .....	26
2.3. Envoi de courrier suite à l'appel téléphonique .....	31
2.3.1. Le questionnaire médical et dentaire .....	31
2.3.2. Le plan d'accès .....	33
2.3.3. Lettres de bienvenue et de remerciements .....	34
<b>3. L'accueil physique au cabinet</b> .....	<b>34</b>
3.1. La banque d'accueil .....	35
3.1.1. L'éclairage .....	36
3.1.2. Le traitement acoustique .....	36
3.1.3. Le mobilier .....	36
3.1.4. La décoration .....	37
3.1.5. L'implantation au sol .....	38

3.2. L'accueil physique par l'assistante .....	39
3.2.1. Accueil du nouveau patient .....	39
3.2.1.1. Les salles de soins .....	39
3.2.1.2. La salle de stérilisation .....	41
3.2.1.3. La salle d'hygiène .....	42
3.2.1.4. Les toilettes .....	43
3.2.2. Accueil du patient connu .....	44
3.2.3. Accueil du patient en urgence .....	44
3.3. La salle d'attente .....	45
3.3.1. L'éclairage .....	45
3.3.2. Le traitement acoustique .....	46
3.3.3. Le mobilier .....	47
3.3.4. La décoration .....	49
3.3.5. Les revêtements .....	49
3.3.6. Les couleurs .....	51
3.3.7. Les accessoires .....	51
3.3.8. L'implantation au sol .....	52
3.4. La communication en salle d'attente .....	52
3.5. Attitude du patient en salle d'attente .....	53
<b>4. Accueil par le praticien : la première impression .....</b>	<b>54</b>
<b><i>Examen du patient .....</i></b>	<b><i>57</i></b>
<b>1. Typologie du patient et notre attitude .....</b>	<b>57</b>
1.1. L'âge .....	58
1.1.1. L'enfant .....	58
1.1.2. L'adolescent .....	60
1.1.3. La personne âgée .....	61
1.2. Les personnalités difficiles et pathologiques .....	62
1.2.1. Les patients difficiles .....	62
1.2.2. Les personnalités pathologiques .....	63
1.2.3. La personne déprimée .....	64
1.3. Les apparences .....	65
1.3.1. Le conservateur .....	66

1.3.2. Le glamour.....	68
1.3.3. Le cool.....	69
1.3.4. Le vert.....	70
1.3.5. Le branché.....	72
1.4. Les cas particuliers.....	73
1.4.1. La femme enceinte.....	73
1.4.2. Le patient fumeur.....	74
<b>2. Les principes généraux de communication.....</b>	<b>76</b>
2.1. La communication linéaire et interactive.....	77
2.2. La communication verbale.....	77
2.2.1. La voix.....	77
2.2.2. La parole.....	78
2.2.2.1. Le souffle et le verbe.....	78
2.2.2.2. Le choix du langage.....	80
2.2.2.3. Rôle des formules.....	80
2.2.2.4. L'importance du « nous ».....	80
2.2.3. La verbalisation.....	82
2.2.3.1. La formulation.....	82
2.2.3.2. Les questions.....	82
2.2.3.2.1. Les questions ouvertes.....	83
2.2.3.2.2. Les questions fermées.....	83
2.2.3.2.3. Les questions informatives.....	84
2.2.3.2.4. Les questions alternatives.....	84
2.2.3.2.5. Les questions directrices.....	84
2.2.3.2.6. Les reformulations.....	85
2.2.3.2.6.1. Les reformulations-miroir.....	85
2.2.3.2.6.2. Les reformulations-synthèse.....	86
2.2.3.2.6.3. Les reformulations-aiguillage.....	86
2.2.3.2.6.4. Les reformulations-extension.....	87
2.2.3.2.7. Les silences.....	87
2.2.3.3. Espace de communication et expression verbale.....	88
2.3. La communication non verbale.....	89
2.3.1. La poignée de main.....	90
2.3.2. L'image du praticien.....	90
2.3.3. Le regard.....	91
2.3.4. Le sourire.....	92

2.3.5. Le toucher .....	93
2.3.6. Le langage du corps .....	93
2.4. La Programmation Neuro-Linguistique (PNL) .....	94
2.5. Les attitudes facilitant la communication verbale et non verbale. ....	97
2.5.1. L'écoute active .....	97
2.5.2. L'écoute réceptive .....	101
2.5.3. La compréhension empathique .....	102
2.5.4. Le respect chaleureux .....	102
2.5.5. La congruence .....	103
<b>3. Applications au cabinet .....</b>	<b>104</b>
3.1. Accueil au bureau de la salle de soins .....	104
3.1.1. Cadre, durée et position des interlocuteurs .....	104
3.1.1.1. La notion de temps .....	104
3.1.1.2. La notion de cadre .....	105
3.1.1.3. Historique médical et dentaire .....	106
3.1.1.4. La discussion orientée .....	108
3.1.2. Accueil au fauteuil .....	111
3.1.2.1. Observations générales .....	112
3.1.2.2. Observations locales .....	113
3.1.2.3. Les examens complémentaires .....	114
3.1.2.3.1. Communication instrumentalisée .....	115
3.1.2.3.2. Supports technologiques .....	116
3.1.2.3.2.1. La radiographie argentique .....	117
3.1.2.3.2.2. La RadioVisioGraphie (RVG) .....	118
3.1.2.3.2.3. La STomaVision (STV) .....	119
3.1.2.3.2.4. Le Trophypan .....	121
3.1.2.3.2.5. Le Trophy Windows .....	121
3.1.2.3.2.6. La photographie numérique .....	122
3.1.2.3.2.7. Logiciel de communication .....	124
3.1.2.3.3. Les empreintes .....	127
3.1.2.4. Les fiches .....	128
3.1.2.4.1. Les fiches d'information .....	129
3.1.2.4.2. Les fiches éducatives .....	131
3.1.2.4.3. Les fiches d'instructions .....	132
3.1.2.5. Rôles de l'assistante .....	135
3.2. Fin de la première consultation .....	138



<i>Le second rendez-vous</i> .....	<b>140</b>
<b>1. Cadre, durée et position des interlocuteurs</b> .....	<b>140</b>
<b>2. Enoncé du diagnostic</b> .....	<b>141</b>
2.1. Présentation des observations .....	142
2.2. Souligner les éléments positifs.....	144
2.3. Ne pas submerger le patient .....	144
2.4. Ne pas créer de résistances.....	145
2.5. Exemple d'un cas concret .....	145
<b>3. La communication au service du choix thérapeutique.</b> .....	<b>146</b>
3.1. Présentation du plan de traitement .....	147
3.1.1. Comment présenter la bonne solution ? .....	147
3.1.1.1. Analyse de la stratégie .....	147
3.1.1.2. Défendre la bonne solution .....	149
3.1.1.3. Les 18 minutes fatidiques.....	151
3.1.2. La rédaction des étapes du plan de traitement.....	153
3.2. Les signaux d'ouverture et de fermeture.....	154
<b>4. Aide à la prise de décision</b> .....	<b>156</b>
4.1. Etudes de psychologie sociale sur la prise de décision .....	156
4.1.1. L'effet de gel.....	157
4.1.2. L'amorçage .....	158
4.1.3. Le pied-dans-la-porte .....	158
4.1.4. L'étiquetage .....	159
4.1.5. La porte-au-nez .....	159
4.1.6. Rôle joué par les contacts physiques.....	160
4.2. Applications en odontologie .....	160
4.2.1. L'amorçage .....	161
4.2.2. Le pied-dans-la-porte .....	161
4.2.3. La porte-au-nez .....	162
4.2.4. L'effet de gel.....	162
4.2.5. Le toucher .....	162

4.2.6. L'étiquetage .....	163
4.3. Conclusion des aides à la prise de décision.....	163
<b>5. Présentation du devis.....</b>	<b>164</b>
5.1. Comment optimiser la présentation de nos honoraires ?.....	164
5.2. La décision du patient .....	165
5.2.1. L'utilisation du rêve.....	166
5.2.2. Créer l'espoir .....	167
5.3. Le consentement éclairé.....	168
<b>6. Abord de la conclusion .....</b>	<b>171</b>
<i>Conclusion.....</i>	<i>172</i>
<i>Bibliographie.....</i>	<i>174</i>
<i>Annexe 1 : fiche d'appel téléphonique.....</i>	<i>182</i>
<i>Annexe 2 : le questionnaire médical.....</i>	<i>183</i>
<i>Annexe 3 : questionnaire et historique dentaire.....</i>	<i>187</i>
<i>Annexe 4 : lettre de bienvenue adressée aux patients adultes.....</i>	<i>191</i>
<i>Annexe 5 : lettre de bienvenue adressée aux enfants.....</i>	<i>192</i>
<i>Annexe 6 : lettre de bienvenue adressée aux adolescents .....</i>	<i>193</i>
<i>Annexe 7 : lettre de bienvenue adressée aux patients venus en urgence .....</i>	<i>194</i>
<i>Annexe 8 : lettres de remerciements.....</i>	<i>195</i>
<i>Annexe 9 : conseils après une intervention chirurgicale.....</i>	<i>196</i>
<i>Annexe 10 : le brossage de dents.....</i>	<i>197</i>
<i>Annexe 11 : l'utilisation du fil dentaire .....</i>	<i>198</i>

# Figures & Tableaux

<i>Figure 1 :</i>	<i>Illustration de relation de confiance patient/praticien.....</i>	<i>8</i>
<i>Figure 2 :</i>	<i>Seuil de contrôle de la communication téléphonique.....</i>	<i>12</i>
<i>Figure 3 :</i>	<i>Illustration de la transmission du sourire au téléphone.....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 4 :</i>	<i>Tableau sur le sens des mots.....</i>	<i>14</i>
<i>Figure 5 :</i>	<i>Illustration de la confirmation de rendez vous.....</i>	<i>27</i>
<i>Figure 6 :</i>	<i>Exemple de plan d'accès au cabinet.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 7 :</i>	<i>Photographie d'une banque d'accueil.....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 8 :</i>	<i>Les principales positions du bureau.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 9 :</i>	<i>Tableau Œuvres musicales conseillées.....</i>	<i>47</i>
<i>Figure 10 :</i>	<i>Les différents types de poignée de main.....</i>	<i>55</i>
<i>Figure 11 :</i>	<i>Illustration d'un enfant venant À reculons.....</i>	<i>58</i>
<i>Figure 12 :</i>	<i>Illustration d'un enfant dont la Mère agitée.....</i>	<i>59</i>
<i>Figure 13 :</i>	<i>Attitude du praticien face aux différents patients.....</i>	<i>65</i>
<i>Figure 14 :</i>	<i>Représentation du patient glamour.....</i>	<i>68</i>
<i>Figure 15 :</i>	<i>Illustration de dialogue avec un patient branché.....</i>	<i>72</i>
<i>Figure 16 :</i>	<i>Tableau des formules techniques à maîtriser.....</i>	<i>82</i>
<i>Figure 17 :</i>	<i>Observations de la signification de l'attitude corporelle du patient.....</i>	<i>94</i>
<i>Figure 18 :</i>	<i>D'après Brassard, les différentes manières façons d'écoute.....</i>	<i>100</i>
<i>Figure 19 :</i>	<i>Adaptation du discours en fonction du patient.....</i>	<i>101</i>
<i>Figure 20 :</i>	<i>Communication instrumentalisée et gain de communication.....</i>	<i>117</i>
<i>Figure 21 :</i>	<i>Cliché RVG.....</i>	<i>119</i>
<i>Figure 22 :</i>	<i>Pièce à main STV.....</i>	<i>119</i>
<i>Figure 23 :</i>	<i>Cliché STV.....</i>	<i>120</i>
<i>Figure 24 :</i>	<i>Détail de l'historique du patient dans Trophy Windows.....</i>	<i>122</i>
<i>Figure 25 :</i>	<i>Exemple de photographie numérique avant et après traitement.....</i>	<i>123</i>
<i>Figure 26 :</i>	<i>Exemple de la réalisation de prothèse fixée.....</i>	<i>124</i>
<i>Figure 27 :</i>	<i>Logo du logiciel.....</i>	<i>124</i>
<i>Figure 28 :</i>	<i>Animations sur la gingivite.....</i>	<i>127</i>
<i>Figure 29 :</i>	<i>Illustration de la relation lors des explications.....</i>	<i>128</i>
<i>Figure 30 :</i>	<i>Exemple de fiche d'information.....</i>	<i>130</i>
<i>Figure 31 :</i>	<i>Illustration lors de la décision de la solution idéale.....</i>	<i>148</i>
<i>Figure 32 :</i>	<i>Tableaux comparant la solution idéale au compromis.....</i>	<i>149</i>
<i>Figure 33 :</i>	<i>Exemple de plan de traitement pour un bridge.....</i>	<i>153</i>
<i>Figure 34 :</i>	<i>Les signes en communication non-verbale.....</i>	<i>155</i>
<i>Figure 35 :</i>	<i>Attitude du patient donnant son accord.....</i>	<i>168</i>

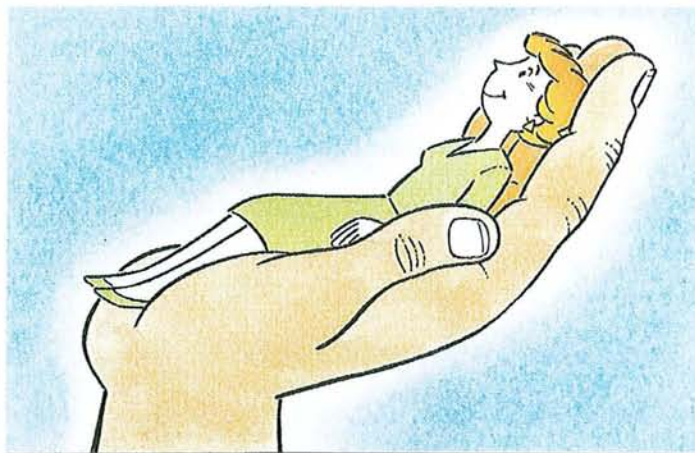
## Introduction

D'après la définition du Petit Larousse, la communication se définit comme : « l'action pour quelqu'un, une entreprise, d'informer et de promouvoir son activité auprès du public, d'entretenir son image, par tout procédé médiatique ». Elle concerne tous les moyens utilisés pour entrer en relation avec les autres, par des messages, des signaux, des informations, en vue d'influencer ou de convaincre, de promouvoir une personne ou un projet.

L'image de marque d'un cabinet dentaire est étroitement liée à la personnalité des individus qui y travaillent. Les compétences techniques et l'expérience du praticien ne sont pas, ou ne sont plus, les seuls facteurs intervenant dans la réussite d'un cabinet. Il est en effet indéniable que la communication est un élément essentiel pour construire et en développer un.

L'accueil, la gentillesse, la disponibilité de toute l'équipe, la qualité, le confort et l'hygiène du cabinet, la capacité de créer des liens et de séduire ont également une grande importance dans la constitution d'un véritable attachement du patient (6).

Sans la communication, il n'est pas possible d'éveiller dans l'esprit du patient la qualité du service que nous allons lui dispenser.



**Figure 1 :** Illustration de relation de confiance patient/praticien.

Dans un premier temps, nous aborderons l'accueil au cabinet. Nous développerons l'accueil téléphonique ainsi que l'organisation structurale des différentes pièces du cabinet afin que le patient se sente accueilli de la meilleure façon qui soit.

Dans une seconde partie, nous verrons comment, grâce à la communication, nous allons pouvoir optimiser l'examen clinique en fonction de la typologie du patient.

Notre troisième partie sera consacrée à la présentation du diagnostic et du devis.

# **Accueil au cabinet**

## **1. Postulat de départ : description du type de structure**

Pour accueillir le patient dans un cabinet dentaire, nous allons nous placer dans le cadre d'une structure dentaire classique idéale. Notre structure va donc comporter :

- un dentiste
- une assistante en permanence au cabinet
- un accueil /secrétariat équipé d'une banque d'accueil
- un bureau de consultation
- une salle de soins

La structure décrite a été choisie de manière à simplifier l'exposé mais les principes énoncés peuvent aisément être transposés à des structures plus élaborées telles que des structures comprenant plusieurs praticiens ou à des praticiens travaillant sur des fauteuils simultanément (13, 15).

## **2. Accueil téléphonique par l'assistante**

### **2.1. Généralités**

La réponse au premier appel téléphonique du futur patient qui demande un rendez-vous est emblématique de la qualité du cabinet (46). C'est le premier contact, la première image virtuelle de notre structure. Répondre au téléphone

est un art qui fait appel à des règles, définies par les psychologues et les professionnels de la communication, auxquelles s'ajoutent des qualités personnelles : amabilité, patience, spontanéité, sens de l'initiative et de l'organisation (11, 48, 54).

Dès lors, quelques techniques simples permettent d'optimiser le contact téléphonique que toute l'équipe soignante (praticien(s) et assistant(s)) doit avoir à l'esprit lors de la prise en main du combiné.

Une attitude mentale positive (AMP) : une journée au cabinet dentaire est stressante et le risque existe pour chacun, de subir la démotivation. Le chirurgien dentiste doit réaliser des traitements toujours délicats. Il doit :

- s'occuper de la gestion du cabinet,
- motiver son équipe,
- respecter l'horaire,
- convaincre le patient de l'importance de réaliser les soins,
- se former,
- subir le stress de la pression fiscale... !

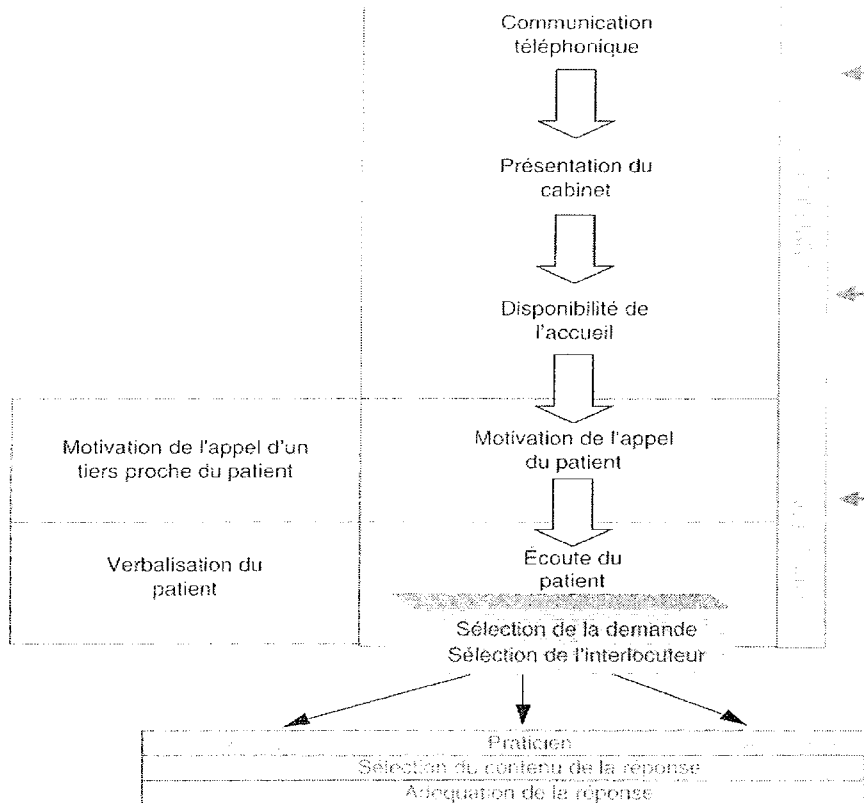
Et enfin, concilier son exercice professionnel avec une vie personnelle harmonieuse (6, 12).

L'assistante subit des pressions considérables. Elle joue le rôle d'intermédiaire au sein du cabinet dentaire. Et cela en tentant, elle aussi, d'harmoniser vie professionnelle et vie personnelle (7).

Ainsi réfléchissons à l'attitude que nous avons à l'égard du téléphone. Sommes-nous toujours conscient de la façon dont notre disposition d'esprit influence ceux qui nous appellent ? Adoptons-nous une AMP dès le début de chaque appel ? Donnons-nous l'impression professionnelle d'une personne aimable ? Il est intéressant de réfléchir à ces questions (59).

Nous sommes convaincus que développer l'AMP est l'un des points essentiels pour projeter, au travers du téléphone, une image positive du cabinet.

Comment y parvenir ?



**Figure 2 :** Seuil de contrôle de la communication téléphonique

### 2.1.1. Transmettre une impression positive

Pour transmettre une impression positive, il existe des règles (15, 55) : la condition première est de prendre l'appel avec gentillesse. Il peut toujours exister un patient anxieux et hypersensible au bout du fil.

- La secrétaire ou l'assistante décroche entre la deuxième et la quatrième sonnerie. Si la réponse est instantanée, elle provoque une réaction de surprise. Si la réponse tarde trop, elle entraîne une réaction d'impatience, voire d'abandon (11).
- Parler suffisamment fort, distinctement et pas trop vite. Les personnes âgées ont l'ouïe moins fine que les jeunes. L'assistante répond d'une voix forte en articulant bien. Elle dit par exemple : « Bonjour, vous êtes bien au



cabinet dentaire du Docteur Dupont. Michelle au téléphone ». Trop souvent les interlocuteurs ne se présentent pas et n'ont pas la politesse de saluer celui qui appelle (11).

- Le nom du patient sera prononcé dès qu'il est connu. Dès que l'identité du patient est connue, il faut commencer les phrases ou les questions par son nom propre (59).
- Le ton de la voix est une carte de visite. Le ton doit rester également agréable et prévenant d'un bout à l'autre de la conversation, le patient devine très vite l'état d'âme du chirurgien-dentiste. Il ne doit percevoir : ni tristesse, ni impatience, ni manque de concentration, ni fatigue ou mauvaise humeur. Une voix basse ou hésitante pourrait faire croire à une certaine insécurité, voire à un manque de compétence. La voix doit être agréable et bien audible sans toutefois que l'intensité soit trop élevée. Le sourire « s'entend » au téléphone. La secrétaire ou l'assistante doit avoir le sourire aux lèvres avant de décrocher et parler dans cette situation. Le sourire, même artificiellement plaqué sur le visage, retentit sur l'humeur. Bleustein - Blanchet qui créa la première station de radio parisienne, conseillait à ses speakers « souriez et les auditeurs vous entendront sourire. Oui, souriez très largement, exagérément, et votre voix sera magiquement transformée » (54, 59).



**Figure 3 :** Illustration de la transmission du sourire au téléphone

- Le sens des mots revêt une importance considérable. Certains, mal employés, déclenchent immédiatement de l'agressivité inconsciente. La courtoisie, la politesse, l'amabilité lorsque l'on donne des renseignements (même si c'est la quinzième fois de la journée) doivent être identiques du lundi matin au samedi midi (59, 60). Voici quelques exemples :

EVITER	PREFERER
C'est votre problème, pas le mien	Voyons cela ensemble
Je ne sais pas	Je vais me renseigner
Combien de fois faut-il vous le dire ?	Voulez vous que je vous réexplique
C'est impossible	Nous allons étudier une autre possibilité
Pour qui me prenez-vous?	C'est normal nous sommes là pour cela
Débrouillez vous	Attendez je vais vous aider
Quelqu'un s'en occupera	Je m'en occupe personnellement
Un rendez vous à ce moment, c'est impossible	Excusez moi c'est déjà réservé, avez-vous une autre préférence

**Figure 4 :** Tableau sur le sens des mots

### 2.1.2. Savoir écouter et répondre

La personne chargée de l'accueil doit être consciente de l'importance de son rôle. La façon dont elle fait passer l'information est aussi importante que le message lui-même. Les qualités d'écoute sont également essentielles. Il faut être aussi attentif pendant un appel téléphonique que lors d'une conversation en face à face. Elle laisse le patient exposer tranquillement ses désirs et ses problèmes.

Elle ne le presse pas mais endigue sa conversation si celle-ci devait dépasser l'objet de l'appel, elle guide la conversation vers le but initial. En effet, il existe des critères de sélection de réponse. Selon les désirs du patient, le choix de l'interlocuteur peut varier :

- une demande d'éclaircissement administratif ne doit pas mobiliser l'assistante dentaire ou le praticien mais le secrétariat du cabinet (s'il existe),
- une demande d'aménagement d'horaire (prise ou déplacement de rendez-vous) ne doit faire intervenir que la personne répondant à cette activité,
- une demande de situation de l'évolution clinique en cours ou d'une information contingente à propos de cette évolution clinique doit faire intervenir l'assistante du cabinet en tant qu'auxiliaire du protocole de soins,
- une demande d'information médicale impliquant des critères évaluatifs et discriminants (couverte par le secret médical) ne peut relever que du praticien, seul habilité à dispenser de telles données et seul juge de l'opportunité de son intervention (46, 57, 59).

Cette sélection constitue un gain de temps appréciable au sein de l'activité thérapeutique mais contribue également à la valorisation du cabinet en termes d'organisation et de conformité avec les attentes du patient. Les seuils de contrôle de la communication téléphonique conditionnent ainsi la qualité de la prise en charge préthérapeutique et périthérapeutique.

Après avoir dirigé son appel vers la personne pouvant lui répondre, l'assistante reprend l'appel téléphonique et remercie le patient d'avoir appelé pour conclure sur une impression chaleureuse (57).

Certains patients ne respectent strictement pas les rendez-vous. D'autres décommandent à la dernière minute. D'autres encore, ont l'habitude de demander sans cesse un déplacement de leurs rendez-vous. Il est nécessaire de trouver les arguments pour changer leur attitude. C'est le rôle de l'assistante de servir de tampon, et d'aborder ce sujet avec le patient (7). Cela lui est plus facile qu'au

praticien. Elle explique au patient les difficultés procurées par son attitude, et l'engage à mieux respecter les rendez-vous qui ont été convenus d'un commun accord. Ceci concerne un nombre peu élevé de patients, car avec notre pratique de respect de l'horaire les patients habitués au cabinet deviennent eux aussi, très attentifs. Néanmoins, il vaut mieux faire une observation gentiment et poliment, à un patient qui renouvelle ces écarts, que de supporter les inconvénients de son inexactitude (6).

### **2.1.3. Savoir personnaliser la communication**

Chaque patient veut être et doit être traité comme s'il était unique. Reconnaître immédiatement la voix d'un patient au téléphone et l'appeler par son nom, se souvenir de la période de son dernier passage au cabinet et du motif de sa visite, avoir présent à l'esprit ses habitudes, ses goûts, ses passions, voilà des comportements qui touchent profondément les patients et permettent de les fidéliser (11, 16, 54, 55 & 57).

A toute personne téléphonant pour la première fois, nous devons prendre le temps de poser quelques questions simples montrant que nous nous intéressons à elle :

- Avez-vous connu le cabinet par l'intermédiaire d'un patient que nous avons soigné ? (dans l'affirmatif parler un peu de cette personne commune),
- Pourriez-vous nous donner votre numéro de téléphone pour que nous puissions, le cas échéant, vous faire bénéficier de l'annulation d'une séance de traitement ?

#### **2.1.4. Eviter la surcommunication**

Si la parole est irremplaçable dans toute relation thérapeutique, en excès elle peut être préjudiciable. Des normes précises doivent encadrer le flux de la communication échangée entre les protagonistes car il est à même, dans certains cas, de porter atteinte à une relation de confiance, voire à une relation d'adhésion rationnelle à l'activité odontologique du cabinet. (57)

L'encadrement du discours téléphonique du patient, en d'autres termes son pilotage, doit permettre d'évacuer l'essentiel des digressions et surcharges qui peuvent l'amoindrir. La rigueur de l'écoute, de la reformulation et du réaménagement des communications éventuellement hors contexte est susceptible d'exercer un effet positif sur les motivations réelles et de l'identification précise des besoins. Dans un certain nombre de cas, il importera de contingenter la durée et la nature de l'appel téléphonique au strict nécessaire, en limitant certaines tendances logorrhéiques du malade. L'excès de verbalisation pouvant faire naître certaines dérives, il importera de limiter la communication aux strictes nécessités induites par le contexte dans lequel on doit intervenir (même s'il demeure bien entendu légitime de prendre en compte la globalité de ce contexte).

La surcommunication téléphonique présente en conséquence un certain nombre d'inconvénients non négligeables :

- perte de temps
- perte d'efficacité stratégique
- dérives fantasmatiques
- risque d'altération de la motivation du patient

### 2.1.5. Présence 24h/24

Si le patient téléphone, c'est qu'il pense que le chirurgien-dentiste est capable de résoudre son problème. Il est très désagréable pour une personne qui appelle, d'être bloquée au téléphone par un nombre important de sonneries. Pour ce faire, le praticien doit avoir une infrastructure permanente qui puisse répondre à sa demande. L'assistante ne peut, matériellement, pas être toujours présente. Nous faisons donc appel à différents moyens pour y pallier : (44, 57, 58)

- le **répondeur téléphonique**. Plusieurs cassettes préenregistrées permettent de gérer les interruptions momentanées pour une intervention, les fins de journées, les week-ends. Pendant les vacances, la communication des horaires de réouverture du cabinet dans un avenir proche permet au patient d'attendre notre retour, ou si l'urgence nécessite une intervention rapide, le répondeur téléphonique doit par conséquent communiquer les coordonnées d'organismes pouvant nous remplacer. Dans tous les cas, les messages du répondeur doivent être brefs et précis (44).
- le **renvoi temporaire**. De plus en plus, les centrales téléphoniques sont équipées de systèmes qui permettent (après demande d'abonnement spécifique), au moment où nous le désirons, de réacheminer tous les appels du cabinet vers le numéro de notre choix. Dans les grandes villes, des secrétariats médicaux téléphoniques sont capables 12h/24 de prendre nos rendez-vous ou d'orienter nos patients suivant nos instructions (44).

Le professionnalisme téléphonique joue un rôle capital pour l'image de marque du cabinet dentaire. C'est un moyen de montrer d'emblée la courtoisie, la disponibilité, la compétence de l'équipe soignante, ...

## 2.2. Variations de l'accueil téléphonique

### 2.2.1. Le nouveau patient

L'accueil téléphonique se fera par la secrétaire qui se conformera aux règles énoncées dans le paragraphe précédent. Elle se munira d'une fiche de communication téléphonique qui la guidera dans son dialogue avec le patient potentiel (11) (annexe 1).

Le but de cet entretien est d'établir un diagnostic rapide des problèmes et (ou) des attentes du patient qui l'on conduit à prendre contact avec le cabinet. Les renseignements nécessaires au niveau de l'état civil sont le nom et le prénom du patient, que l'on prendra soin de faire épeler pour ne pas l'écorcher lorsque l'on devra le prononcer à nouveau ainsi qu'un numéro de téléphone où il pourra être joint facilement et également son adresse à laquelle on pourra envoyer un questionnaire médical et un plan d'accès du cabinet (11, 54).

Dans un second temps, on se renseigne sur la nature du souci dentaire à savoir si c'est une urgence (si oui, de quel type ?), si c'est pour un contrôle, pour un bilan ou une réhabilitation...

Une fois ces renseignements notés sur la fiche de communication, il faut convenir d'un premier rendez-vous sous une huitaine de jours (dans la mesure où il n'y a pas d'urgence réelle, dans le cas contraire, il faut fixer un rendez-vous dans la journée) sinon il risque d'en rechercher un plus rapide chez un confrère. Pour cela il faut s'enquérir de ses disponibilités et de l'horaire qui lui conviendrait le mieux. A ce moment là, on lui propose deux créneaux horaires (pas plus, car cela signifierait pour lui un manque d'activité du cabinet) correspondant à ces disponibilités. Il est nécessaire de satisfaire aux mieux ses exigences horaires pour limiter la tentation d'aller consulter chez un confrère (32).

Une fois le rendez-vous fixé, on explique, dans un premier temps, au

patient qu'il va recevoir un questionnaire médical, à remplir et à ramener à son premier rendez-vous, et également un plan d'accès au cabinet pour lui faciliter son arrivée. Dans un second temps, on lui annonce le programme de son rendez-vous qui sera une prise de contact essentiellement destinée à la présentation des parties et à la réalisation d'un bilan initial nécessaire pour élaborer une solution thérapeutique (19, 32).

Terminer la conversation en rappelant la date et l'heure du rendez-vous ainsi qu'en le remerciant de son appel et de la confiance qu'il témoigne à notre cabinet (5).

- **Exemple** : *d'après Monsieur BRASSARD Pierre*

Assistant(e) : Bonjour, cabinet du Docteur X à l'appareil, Amandine, puis-je vous aider ?

Patient : J'aimerais prendre un rendez-vous.

Assistant(e) : Quand avez-vous vu le Dr X pour la dernière fois ?

Patient : Je ne l'ai jamais rencontré

Assistant(e) : Y a-t-il une raison spécifique pour laquelle vous consulter le Docteur X ?

Patient : Je suis nouveau dans la région et j'aimerais me trouver un dentiste.

Assistant(e) : Que penseriez-vous si on débutait par un bilan complet et un nettoyage ?

Patient : Ce serait parfait

Assistant(e) : Le matin ou l'après-midi, quel est le meilleur moment pour vous ?

Patient : L'après-midi

Assistant(e) : Est-ce qu'il y a une journée spécifique qui ne conviendrait pas ?

Patient : Le mercredi

Assistant(e) : J'ai une possibilité le lundi 2 février à 14h30, est-ce que cela vous conviendrait ?

Patient : Oui ça serait parfait, merci.



- **Exemple** : d'après le Docteur BINHAS Edmond(5)

L'assistant(e) décroche au bout de la troisième sonnerie.

Assistant(e) : Cabinet dentaire du Docteur X, Amandine à l'appareil, bonjour.

Patient : Oui, bonjour, je vous appelle pour prendre un rendez-vous.

Assistant(e) : Oui, bien sûr, puis-je vous demander votre nom et votre prénom s'il vous plaît ?

Patient : Alexandre ALBRECHT

Assistant(e) : Pourriez-vous me l'épeler, s'il vous plaît ?

Patient : A.L.B.R.E.C.H.T

Assistant(e) : Avez-vous un numéro de téléphone où je pourrais vous joindre en cas de besoin ?

Patient : 03.83.....

Assistant(e) : Et pouvez-vous nous donner votre adresse ?

Patient : 1 rue des hirondelles ....

Assistant(e) : Quelle est la nature de votre problème ?

Patient : C'est pour réaliser un bilan.

Assistant(e) : Très bien, quelles sont vos disponibilités ?

Patient : Je travaille donc je ne peux venir que le soir à partir de 18h ou le samedi matin

Assistant(e) : Très bien, nous pouvons vous proposer mardi soir à 18h ou samedi matin à 10h ; quel rendez-vous vous conviendrait le mieux ?

Patient : Celui de samedi matin

Assistant(e) : C'est noté, donc samedi à 10h. Nous allons vous envoyer un questionnaire médical et un plan d'accès au cabinet. Merci de nous les ramener lors de votre rendez-vous.

Patient : Pas de souci

Assistant(e) : Donc, nous vous attendons samedi à 10h, je vous remercie de votre appel et de la confiance que vous nous témoignez, au revoir.

Patient : Au revoir, à samedi.

### 2.2.2. Le patient connu

L'accueil se fait toujours par l'assistante, accompagnée d'une fiche de communication pour conserver une trace écrite (7, 11, 52).

Une fois, le patient identifié comme patient du cabinet, il faut le saluer et montrer qu'il est connu et reconnu, rechercher (informatiquement) son dossier pour avoir tous les renseignements le concernant ainsi que le suivi de ses soins. Il faut lui demander la raison de son appel et y répondre aussi rapidement que possible. C'est-à-dire lui fixer un rendez-vous (toujours proposer deux plages horaires en fonction de ses disponibilités) dans les plus brefs délais (sous quinze jours) en fonction de l'avancement de son plan de traitement s'il est en cours de traitement ou pour un contrôle, dans la journée si c'est une urgence ... (32)

Terminer la conversation en lui rappelant la date et l'heure de son rendez-vous et en le remerciant de nous avoir renouveler sa confiance.

- **Exemple :**

L'assistante décroche entre la deuxième et troisième sonnerie(5).

Assistant(e) : Cabinet du Docteur X, Amandine à l'appareil, bonjour,

Patient : Oui, bonjour, je suis Monsieur PERRIN, je vous appelle pour reprendre les soins.

Assistant(e) : Très bien, comment allez-vous depuis notre dernière rencontre ?

(Prise du dossier)

Patient : J'ai eu un emploi du temps un peu perturbé, c'est pour cela que je n'ai pas pu reprendre contact avant...

Assistant(e) : Si je me réfère à votre plan de traitement, il me semble que l'on devait commencer les soins de vos gencives, quelles sont vos disponibilités pour les semaines à venir ?

Patient : Je peux venir le mardi en début de matinée et le soir vers 18h.

Assistant(e) : Je peux vous proposer mardi prochain vers 8h30 ou le jeudi

suis à 18h.

*Patient* : Je préfère le jeudi

*Assistent(e)* : Très bien, je vous confirme votre rendez-vous de jeudi 12 janvier à 18h. Je vous remercie de votre appel et de nous renouveler votre confiance pour la suite de vos soins. Au revoir, à jeudi.

*Patient* : Au revoir.

### 2.2.3. L'urgence

Un des grands problèmes dans la gestion et l'organisation d'une journée de travail en cabinet dentaire est la gestion des patients en urgence ; la difficulté se situe à plusieurs niveaux : où placer un patient supplémentaire dans une journée déjà très chargée et minutée ? D'autre part, est-ce une vraie urgence ou un patient qui tente d'avoir un rendez-vous dans de plus brefs délais par ce biais ? La difficulté réside donc dans l'évaluation d'autant qu'elle se fait la plupart du temps par téléphone. Synthétiquement, on distingue trois types d'urgence : (45, 54)

- **l'urgence priorité** (urgence médicale, suite de traitements, urgences esthétiques et patients en cours...),
- **l'urgence nouveau patient** et
- **l'urgence dite « indésirable »** (patient qui n'honore pas ses rendez-vous et ne vient consulter qu'en urgence, ou le nouveau patient qui souhaite en urgence obtenir un rendez-vous dans les plus brefs délais,..)

L'accueil se fait toujours par l'assistante avec une fiche de communication téléphonique comme support. La différence avec les deux cas précédents réside dans le fait que l'on est en communication avec une personne qui souffre ou tout du moins une personne inquiète et angoissée. Il est donc impératif de rester calme et courtois, de tenter de la rassurer et de l'apaiser.

Les divers renseignements pris sur son identité et son état civil, il est nécessaire de faire un rapide diagnostic téléphonique de la nature de l'urgence. (57, 59)

Les questions à poser sont le caractère de l'urgence : douleur, perte de provisoire, saignements, ... et les circonstances de survenue : depuis combien de temps ? Son mode d'apparition ? Dès lors, deux cas de figure s'offrent à nous :

- Soit il s'agit d'une **urgence « vraie »**, à ce moment-là, c'est une priorité et il faut prendre en charge le patient dans la journée.
- Soit ce n'est pas une urgence et on la qualifie alors en rendez-vous **classique** avec tact et douceur. (54, 57)

- **Exemple : Scénario d'une urgence « vraie »**

Assistant(e) : Cabinet dentaire du Docteur X, Carole, bonjour !

Patient : Bonjour, je voudrais être vu en urgence par le docteur car je souffre. Est-ce possible ?

Assistant(e) : Oui, bien sûr pouvez-vous me décrire votre douleur s'il vous plaît ?

Patient : J'ai mal tout le temps : quand je parle, quand je mange et même quand j'inspire

Assistant(e) : Effectivement, vous êtes bien gêné. Nous allons vous accueillir tout de suite. Encore une question : depuis quand souffrez-vous ?

Patient : Depuis une semaine, j'avais d'abord mal en buvant mon café, mais c'était tout ; par contre, depuis hier, c'est infernal, je ne peux plus tenir.

Assistant(e) : Très bien, le docteur va vous recevoir tout de suite ou à 14h30 si vous préférez.

Patient : Tout de suite ? C'est impossible je suis au travail ! Mais je vais m'arranger avec mon employeur pour venir à 14h30.

Assistant(e) : Parfait, merci .Nous vous attendons à 14h30.

L'assistante écoute, respecte la demande sans préjuger et fait préciser des points essentiels pour juger de la réalité de l'urgence : nature, début, évolution. Le fait que le patient soit à recevoir rapidement étant vérifié, elle lui offre une disponibilité immédiate ou la plage d'horaire qui est la plus facile pour elle à gérer compte tenu du planning de sa journée. Le patient se sent entendu et compris (6, 7).

- **Exemple : Autre scénario d'une urgence « vraie »**

Assistant(e) : Bonjour, cabinet du Docteur X, Carole à l'appareil, puis-je vous aider ?

Patient : Bonjour ici Monsieur Y, je voudrais prendre un rendez-vous.

Assistant(e) : Quand avez-vous vu le Docteur X pour la dernière fois ?

Patient : La semaine dernière

Assistant(e) : Est-ce pour un examen prévu ou avez-vous une douleur à une dent ?

Patient : C'est une douleur

Assistant(e) : Est-ce que ça semble être sensible au chaud ? Au froid ? Est-ce que le froid soulage ?...

Patient : J'ai une grande sensibilité au froid, c'est assez douloureux

Assistant(e) : Que préférez-vous, aujourd'hui ou demain ?

Patient : Demain

Assistant(e) : j'ai une possibilité à 10h. Est-ce que cela vous va ?

Patient : Très bien

Assistant(e) : Très bien Mr Y, nous vous verrons à 10h demain. Au revoir.

- **Exemple : Scénario d'une urgence « fausse »**

Assistant(e) : Cabinet dentaire du Docteur X, Carole, bonjour !

Patient : Bonjour, je voudrais être vu aujourd'hui s'il vous plaît

Assistant(e) : Oui, bien sûr. Que vous arrive-t-il ?

*Patient* : J'ai mal quand je mange et quand je bois

*Assistant(e)* : Cette douleur vous gêne-t-elle depuis longtemps ?

*Patient* : Oui, depuis un bon moment. Mais elle avait disparu, alors j'ai attendu.

*Assistant(e)* : Cette douleur vous a-t-elle déjà réveillé ?

*Patient* : Non, heureusement sinon je serais venu aussitôt

*Assistant(e)* : Bien, nous allons nous en occuper, quelles sont vos libertés ?

*Patient* : Je finis ma journée à 17h donc je peux être chez vous vers 18h

*Assistant(e)* : Alors nous pourrons vous recevoir après demain à 18h15

*Patient* : Pas avant ??

*Assistant(e)* : C'est difficile. Ecoutez, nous allons convenir d'une chose : si vous voyez que la douleur semble augmenter, nous vous verrons plutôt, dès votre coup de téléphone. Sinon le docteur est à même de vous consacrer plus de temps comme convenu après demain à 18h15. Qu'en pensez-vous ? Sommes-nous d'accord ?

*Patient* : Comme cela oui, si ça augmente, je vous rappelle

*Assistant(e)* : Donc on se voit à 18h15 après demain

*Patient* : Entendu merci, au revoir

*Assistant(e)* : Au revoir, merci.

#### **2.2.4. La confirmation de rendez-vous**

La confirmation est quelque chose d'indispensable pour éviter l'oubli du rendez-vous. Il est important de constituer un dossier médical complet avec les numéros de téléphone privé et professionnel. Ainsi, en sortant le dossier du patient avant de confirmer le rendez-vous l'assistante va pouvoir vérifier si tous les éléments sont en règle (39, 40, 58).

L'assistante doit confirmer les rendez-vous la veille ou l'avant-veille. Cette procédure est essentielle (7). Les rendez-vous manqués sont souvent la

conséquence directe de confirmations faites à la hâte et routinière. Autant que possible, il faut essayer de parler directement au patient car les messages sont souvent oubliés. De même, éviter de donner le message à une personne qui va le transmettre car celle-ci n'est pas au courant des empêchements de la personne concernée. Et même si celle-ci confirme, le rendez-vous peut être manqué par l'intéressé. La confirmation des rendez-vous est aussi l'occasion :

- de fournir les explications ou informations au patient concernant les soins qu'il recevra,
- de s'assurer que les indications pré-opératoires sont suivies (prise de médicament avant traitement),
- de s'assurer que le patient nous apportera bien les documents nécessaires pour acquitter les honoraires de sa visite. (Carte d'assurance maladie, carte mutuelle, et tout moyen de règlement).



**Figure 5 :** Illustration de la confirmation de rendez vous

Il faut toujours s'assurer lors de la confirmation de rendez-vous que rien n'empêchera le patient de se présenter. Le patient respectera davantage l'engagement qu'il a pris.

- **Exemple** : *scénario téléphonique d'une confirmation de rendez-vous*

Assistant(e) : Bonjour Monsieur Y, ici Carole du cabinet du Docteur X. Comment allez-vous ?

Patient : Très bien, et vous-mêmes ?

Assistant(e) : Moi aussi ! Vous avez rendez-vous, Monsieur Y, demain à 9h30, pour faire les obturations en haut à droite (toujours spécifier le traitement que l'on va réaliser pour s'assurer que le patient est au courant de ce traitement) et je veux m'assurer que vous serez présent à votre rendez-vous. Est-ce que ça vous convient toujours ?

Patient : Oui (qu'entendez-vous ? peut-être, hésitation, pressé, questions).

Assistant(e) : Vous ne prévoyez rien à cet horaire qui pourrait vous empêcher d'être présent ?

Patient : Non (sa voix est plus assurée)

Assistant(e) : Docteur X peut donc être assuré de vous voir demain à 9h30 ?

Patient : Oui

Assistant(e) : Parfait Monsieur CARTIER, nous vous verrons, avec plaisir, demain matin et si toutefois vous aviez un imprévu, auriez-vous la gentillesse de m'aviser le plus rapidement possible afin que quelqu'un puisse bénéficier de votre rendez-vous ?

Patient : Certainement Madame, je vous remercie.

- **Exemple** : *autre possibilité*

Assistant(e) : Bonjour Monsieur Y, ici Carole du cabinet du Docteur X. Comment allez-vous ?

Patient : Très bien merci, et vous-mêmes ?



Assistant(e) : Moi aussi ! Vous avez un rendez-vous demain à 9h30, pour un traitement de gencives. Serez-vous bien là ?

Patient : Non, justement je voulais vous appeler. Je dois l'annuler et je vous rappellerai ultérieurement

Assistant(e) : Y a-t-il une raison particulière pour laquelle vous annulez votre rendez-vous ?

Patient : Non, mais j'ai beaucoup de travail au bureau et je ne peux pas m'absenter.

Assistant(e) : Y a-t-il une heure qui vous conviendrait ? Peut-être puis-je vous offrir une autre date en fin d'après-midi ou en soirée ?

Patient : Non, merci. Je travaille parfois le soir et je n'ai pas le temps.

### **Possibilité 1 :**

Assistant(e) : Monsieur Y, y a-t-il eu un problème qui vous empêche de revenir ?

Patient : Oui, effectivement, je crois que je ne suis prêt pas pour recevoir ce traitement ni entièrement convaincu qu'il soit nécessaire.

Assistant(e) : Si vous le désirez Monsieur Y, je peux demander au Docteur X de vous revoir pour vous donner plus d'informations pour clarifier la situation.

Patient : Oui, je pense que je peux me libérer pour un rendez-vous. Cela prendrait combien de temps ?

Assistant(e) : Environ vingt minutes. (à ce moment-là fixer le rendez-vous)

Assistant(e) : Parfait, Monsieur Y, le Docteur se fera un plaisir de vous revoir mercredi matin et soyez assuré que nous essayerons de répondre à toutes vos inquiétudes concernant le traitement. Au revoir et merci de votre confiance.

Patient : Je vous remercie madame et au revoir.

## **Possibilité 2 :**

Assistant(e) : Monsieur Y, y a-t-il eu un problème qui vous empêche de revenir ?

Patient : Pas du tout madame, j'ai été très bien accueilli à votre cabinet et je peux vous assurer que c'est vraiment une question de disponibilité. Je vous rappellerai.

Assistant(e) : Vous prévoyez de me rappeler dans combien de temps ?

Patient : Je vous rappellerai d'ici un mois environ.

Assistant(e) : D'accord, Monsieur Y. J'attends votre appel, mais permettez-moi de vous rappeler dans un mois si vous avez oublié de nous rappeler ?

Patient : Bien sûr, Madame.

## **Possibilité 3 :**

Assistant(e) : Monsieur Y, y a-t-il eu un problème qui vous empêche de revenir ?

Patient : Oui, cela ne va pas.

Assistant(e) : Auriez-vous besoin d'informations supplémentaires concernant le traitement ou les honoraires ?

Patient : Oui, effectivement, je trouve que les traitements sont onéreux et je n'ai pas l'argent nécessaire dans l'immédiat.

Assistant(e) : Alors, Monsieur Y si l'argent n'était plus un problème, accepteriez-vous de faire les traitements ?

Patient : Oui, bien sûr.

Assistant(e) : Donc, quel arrangement financier peut-on vous proposer pour que vous puissiez réaliser les traitements ?

Patient : A court terme, je pourrai vous donner cent euros par mois pour la réalisation des traitements les plus urgents et par la suite, on en reparlera. (A ce moment-là, vous pouvez revoir l'entente financière, si elle ne convient pas au

patient, de façon à ce que le domaine des honoraires soit clarifié avant de commencer les traitements).

*Assistant(e)* : Très bien, Monsieur Y. Nous ferons les traitements de base et par la suite on pourra envisager les autres traitements. Donc, je peux m'assurer que vous serez là demain à 9h30 ?

*Patient* : Oui, je serai là. Merci.

## 2.3. Envoi de courrier suite à l'appel téléphonique

De nos jours, le premier contact avec le cabinet dentaire est dans la grande majorité des cas, téléphonique. Ce contact initial offre une opportunité exceptionnelle de délivrer une première impression favorable. (58, 63)

Après l'avoir interrogé sur l'objet de la consultation et son urgence, fixé le rendez-vous, l'assistante recueille les coordonnées du patient et justifie l'envoi du questionnaire médical : « vous recevrez par le prochain courrier la confirmation de votre rendez-vous, le plan d'accès et le questionnaire médical, que vous pourrez remplir tranquillement chez vous, afin de nous le remettre à votre rendez-vous du... » (6, 27, 63).

### 2.3.1. Le questionnaire médical et dentaire

Le questionnaire médical et dentaire est, sur le plan légal, indispensable avant toute prise en charge thérapeutique. Sur le plan médical, il permet de cerner les antécédents, de révéler des contre-indications ou interdits, de prendre des précautions particulières liées à la situation. Si l'anamnèse médicale est effectuée oralement, elle est consommatrice de temps et n'offre pas les garanties médico-légales d'un document rempli, daté et signé par le patient. Les réponses

issues d'un document bien conçu nous éclairent sur : (19, 20, 27, 29)

- Les antécédents ou troubles médicaux actuels et leurs traitements,
- Les pièges à éviter (allergies, insuffisances, etc.),
- La nécessité de pratiquer des examens complémentaires préalables,
- Le passé odontologique (annexe 3),
- Les habitudes alimentaires,
- Les attentes du patient.

Pourquoi pas à l'arrivée au cabinet ?

A son domicile, le patient a tout le loisir de se reporter aux documents qu'il possède pour répondre aux questions des interventions, résultats d'analyses, radiographies, médicaments (noms et posologie), dates des réalisations prothétiques passées. Mais surtout, le temps de cabinet est trop précieux et coûteux pour le gaspiller à une tâche réalisable en amont (63).

Quels autres avantages ?

L'intérêt du questionnaire va au-delà du simple recueil d'informations. Il répond à plusieurs objectifs :

- Eveiller la nécessité d'une hygiène bucco-dentaire renforcée
- Inciter le patient à formuler une demande thérapeutique par le questionnement :  
« Si une transformation de votre sourire est possible que souhaiteriez-vous ? »
- Faciliter l'organisation des rendez-vous ultérieurs : « avez-vous des jours et des heures de préférence pour vos prochains rendez-vous ? » (63).

Lors de l'arrivée du patient, des remerciements accompagnent la réception du formulaire. S'il n'est pas complètement ou correctement rempli,

l'assistante précise le sens des questions et aide le patient à le compléter. Ensuite le document est remis au praticien. L'assistante note sur un « post-it » des informations utiles sur le comportement à l'arrivée ou les particularités concernant le nouveau patient.

En conclusion, l'envoi du questionnaire permet de récupérer une pièce précieuse du dossier médical correctement rempli, daté et signé. Il permet également de se faire une première opinion sur les capacités du patient à suivre des instructions élémentaires (donc à collaborer à nos actions). Enfin, cet envoi donne un éclairage flatteur sur les « différences » offertes par le cabinet : sérieux, intérêt pour le patient, rigueur, etc.

L'envoi du questionnaire est donc un outil de communication positif, complet et économique, qui classe la structure et initie favorablement la relation thérapeutique (annexe 2 et 3).

### 2.3.2. Le plan d'accès

Dans l'envoi du courrier, un plan d'accès est mis à la disposition du patient pour lui faciliter son arrivée.

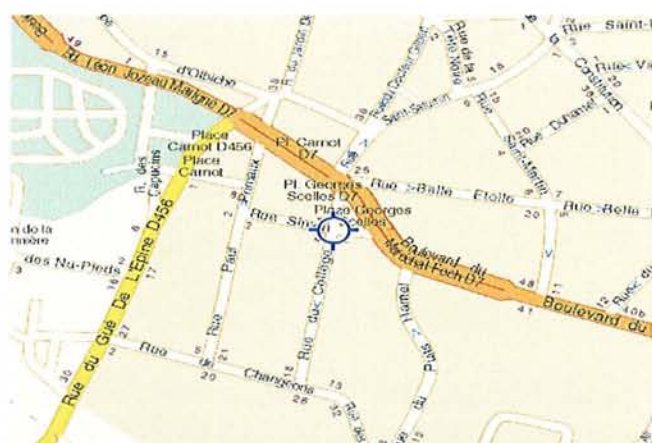


Figure 6 : Exemple de plan d'accès au cabinet

Sur ce plan, des zones de parking lui sont indiquées pour éviter, ainsi, les retards et permettre le chemin le plus facile pour accéder au cabinet (59).

### **2.3.3. Lettres de bienvenue et de remerciements**

Après la première consultation, le cabinet peut ou doit, d'après le système de Monsieur Brassard, envoyer un courrier pour remercier le patient de l'avoir choisi. Les lettres de bienvenue s'adressent soit directement aux patients (adultes ou adolescents ou enfants) soit aux personnes responsables du patient (parents) (annexes 4, 5, 6 et 7).

Pour les lettres de remerciements, le cabinet les envoie aux personnes qui ont conseillé le cabinet à de nouveaux patients (anciens patients, amis, médecins, etc..) et également à des confrères qui envoient des patients pour la réalisation de traitements spécifiques (annexe 8).

## **3. L'accueil physique au cabinet**

Avant de franchir notre seuil pour la première fois, le patient a souvent dû vaincre de fortes réticences. Il vient de faire un pas remarquable dans la recherche d'une solution au problème buccal qu'il vient nous confier (60).

La relation praticien-patient a déjà débuté, en effet l'accueil joue un rôle de relais qui aura une importance capitale sur la décision du patient de revenir se faire soigner dans le même cabinet dentaire (53).

Savoir bien accueillir est « une technique », « un état d'esprit », « une accumulation de détails », plutôt qu'un événement ponctuel. Plus on attache d'importance à l'accueil, plus l'équipe soignante indique qu'elle est concernée par le patient.

Nous proposons de passer en revue les différentes zones de communication du cabinet dentaire selon le parcours d'un patient dans le cabinet (9, 13).

### 3.1. La banque d'accueil

Cette pièce est un élément essentiel dans la conception du cabinet. C'est là que va s'effectuer la première mise en condition du patient. Une bonne disposition permet à la secrétaire ou l'assistante de l'accueillir et le mettre immédiatement à son aise (65).



**Figure 7 :** Photographie d'une banque d'accueil

La réception doit être un lieu calme et accueillant destiné à décontracter et à rassurer les patients. La banque d'accueil devra être également compétente pour répondre au téléphone, prendre des rendez-vous, permettre le règlement des honoraires, éditer des feuilles de soins,...

### **3.1.1. L'éclairage**

Pour obtenir une atmosphère agréable, le niveau de luminosité sera de 400 lux avec un degré de lumière de 500 lux maintenu sur le plan de travail de la secrétaire afin qu'elle puisse travailler dans de bonnes conditions. La température de couleur sera de l'ordre de 4000-4500°K pour obtenir une ambiance intermédiaire, ni trop reposante, ni trop froide.

Pour limiter les phénomènes d'éblouissement, on utilisera un système d'éclairage indirect par l'intermédiaire d'une corniche, d'appliques ou d'un lampadaire. Des points d'accentuation seront fixés sur des éléments de décoration tels les tableaux, un bouquet de fleurs ou un meuble. Points d'accentuation, donc points d'évasion, ils doivent fournir au regard des patients une image positive, agréable et confortable. (30)

### **3.1.2. Le traitement acoustique**

Les sonneries de porte d'entrée et de téléphone seront discrètes voire musicales. On veillera à ce qu'aucun bruit de la zone clinique ne parvienne en zone administrative. Enfin, on pourra prévoir un système de communications lumineuses codées avec le praticien.

### **3.1.3. Le mobilier**

Il paraît plutôt favorable d'avoir un plan de réception bas, avec deux chaises de part et d'autre, permettant une convivialité plus grande avec les patients (ce qui évite la sensation de rapports de forces lors de la prise de leurs rendez-vous et lors des règlements). Le comptoir de réception n'est pas adapté à



la personnalisation de la communication avec le patient. Détail important, prévient Jacques Roux, responsable du cabinet parisien JR Création, « évitons les dessus d'accueil JToid (style granit) ou d'aspect clinique vis-à-vis d'un patient toujours stressé » pour préférer « des bois ou médium avec des vernis satins... » (65).

L'informatique occupe une place prépondérante en ce qui concerne l'administration. Ceci permet un gain de temps considérable, grâce à la rationalisation du travail, et par conséquent l'allègement de celui-ci. De plus, il apporte une touche de modernité au cabinet dentaire. Les écrans d'ordinateur prennent une place démesurée par rapport à l'espace disponible : on préfère les écrans plats, ou on intègre les écrans à tubes cathodiques dans les plans horizontaux, sous une plaque de verre (type pharmacie).

On évite le désordre et l'encombrement, le nombre de prises électriques et téléphoniques doit être suffisant afin que les cordons ne soient pas visibles. Il faut également nettoyer souvent la poussière accumulée électrostatiquement et qui laisse des traces inesthétiques.

### **3.1.4. La décoration**

Au niveau des murs, il n'y a aucune contrainte particulière : plâtre, pavés de verre, bois vernis ou laqué, métal perforé, stratifié avec accessoires inox ou aluminium (65).

Le mariage de différents matériaux évite la monotonie de l'ensemble. Par exemple, un bois clair s'harmonise avec du métal laqué et du verre dépoli. De nombreux choix de couleur sont possibles suivant la tendance du cabinet. Si l'on veut créer une ambiance chaleureuse, on peut utiliser du jaune. L'emploi d'une couleur fuyante (violet, bleu ou vert) permet de rendre l'accueil plus grand.

Des fleurs fraîches peuvent égayer l'accueil. Il est préférable d'associer des teintes chaudes et froides, permettant des compositions dynamiques et variées. Les fleurs sont fréquemment renouvelées. Un miroir accroché sur un mur permet de palier l'absence de fenêtre. Le patient peut contrôler sa tenue vestimentaire ou le maquillage pour les dames. Il faut également penser au confort : un porte parapluie, et peut être si l'espace le permet un porte manteau.

On peut conseiller, vu l'importance des passages, un revêtement facile d'entretien, par exemple le carrelage en grès ou un parquet en jonc de mer qui a l'avantage d'être résistant et silencieux (65).

### **3.1.5. L'implantation au sol**

La position du secrétariat dans le cabinet dentaire permet un accès facile à la salle de stérilisation (pour l'assistante) et aux salles opératoires, pour le praticien et les patients. Sur le plan architectural, il est situé le plus centralement possible. Cette position permet le contrôle des déplacements du patient. C'est vers lui que convergent tous les trajets obligatoires.

En résumer, elle doit être plane, propre, et rangée avec quelques éléments de communication. Il ne faut pas multiplier les messages écrits comme on les trouve souvent sur les plateaux des banques d'accueil : carte bleue, bilan bucco-dentaire, implants, blanchiments (4)...

En ce qui concerne l'agenda, il ne doit pas être visible des patients ce qui a comme avantage de laisser toute liberté à l'assistante pour organiser et équilibrer la journée de travail du praticien.

Après avoir décrit la réception, nous allons voir l'accueil par l'assistante des différents types de patient.

## 3.2. L'accueil physique par l'assistante

Avant de franchir le seuil du cabinet pour la première fois, le patient a souvent dû vaincre de fortes réticences ; il est capital de l'accueillir dans des conditions optimales, c'est-à-dire avec égard et courtoisie (7).

### 3.2.1. Accueil du nouveau patient

C'est l'assistante qui est chargée de l'accueil. Lorsque ce dernier pénètre dans la zone d'accueil du cabinet l'assistante s'avance à sa rencontre, le visage souriant, se présente et la salue en l'appelant par son nom. Il est important que le patient ait l'impression d'être attendu (7, 16, 59).

- **Exemple** : « Bonjour Madame Moreau, je suis Aline, l'assistante du Docteur Dupont. Bienvenue au cabinet ».

Les psychologues ont bien défini l'importance de prononcer le nom de famille lors de la rencontre. Pour eux le nom constitue une puissante marque individuelle de reconnaissance. Il est lourdement chargé d'affectivité car il reste le sosie de notre origine. Sa prononciation, surtout dans un nouvel environnement est sécurisante et génératrice de profonde satisfaction.

Une fois la prise de contact réalisée, l'assistante présente les locaux : elle fait visiter les différents espaces du cabinet : la salle d'attente, les toilettes, la salle de stérilisation, la ou les salles de soins, la salle d'hygiène.

#### 3.2.1.1. Les salles de soins

L'endroit où on délivre les soins est primordial. Il donne une impression

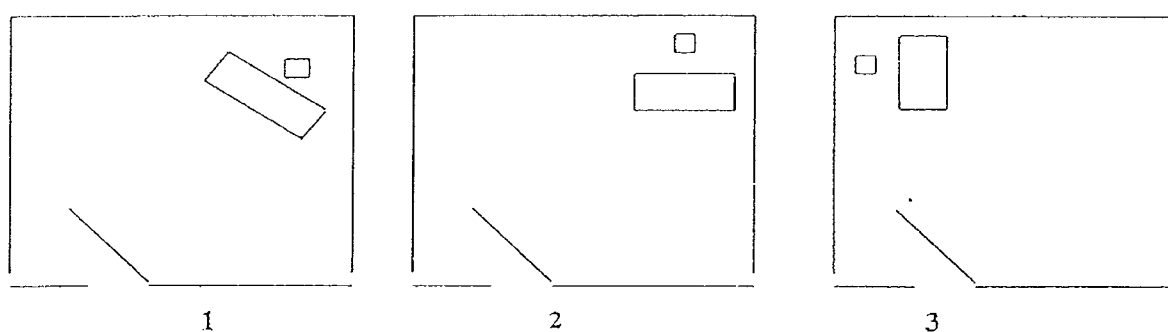
immédiate et durable des services que nous prodiguons à nos patients. C'est le lieu où nous évoluons. Il est ce que nous en faisons. Il est peut-être aussi le reflet de notre personnalité.

Pour une optimisation totale de la journée, il est intéressant de disposer de deux salles de soins pour d'une part accueillir les urgences et d'autre part, réduire au minimum le temps d'attente entre les patients. Afin d'installer des repères dans la façon de travailler, les deux cabinets devront être le plus identiques possible aussi bien dans l'agencement que dans le matériel utilisé ce qui permettra de préserver la même fluidité de travail quelque soit la salle de soin utilisée et également de faciliter la stérilisation entre les patients. (67)

Pour le patient, la transition entre la salle de soin et la salle d'attente devra être la moins désagréable possible. Il doit y retrouver une harmonie et une tranquillité. Dans cette salle, la position d'un bureau est indispensable. Celle-ci semble avoir une importance.

Plusieurs suggestions :

- « **le trône** » : dès l'entrée le bureau disposé comme une barrière entre le praticien et le patient, est signe d'autorité.
- **le bureau** placé perpendiculairement à un mur permet des contacts plus aisés. C'est encore plus vrai dans la dernière position.



**Figure 8 :** Les principales positions du bureau

Pour créer un endroit plus convivial, la mise en place d'une table ronde avec plusieurs fauteuils peut être disposée. Un négatoscope peut être incorporé à la table pour expliquer un plan de traitement avec une radiographie panoramique. Le plan de travail doit être net, sans aucun instrument ni appareil pour ne pas accentuer le stress du patient à son arrivée dans la salle de soins (49).

### 3.2.1.2. La salle de stérilisation

L'apparition du SIDA a réveillé, chez les patients, les peurs ancestrales liées aux épidémies. Ainsi, une nouvelle attente de leur part, aujourd'hui, est le respect d'une hygiène extrêmement rigoureuse. C'est pourquoi la salle de stérilisation doit être la vitrine du cabinet de façon à ce que le patient ait une perception réelle des efforts réalisés pour le protéger (68).

La salle de stérilisation est le “centre névralgique” du cabinet dentaire. Cette salle développera l'image de notre cabinet dentaire. Chaque patient qui rentre dans notre cabinet dentaire se pose la question, consciemment ou inconsciemment, de savoir comment s'effectue la chaîne de stérilisation. Cette interrogation est peut être même plus accentuée chez les femmes. Cependant, nous ne pouvons l'expliquer à chacun de nos patients alors nous devons penser à positionner notre salle de stérilisation non seulement par rapport à notre ou nos salles de soins mais également en fonction de notre personnel et du plan de circulation de nos patients. Au niveau de l'implantation, plusieurs possibilités s'offrent à nous. Si l'on considère l'investissement aujourd'hui d'une salle de stérilisation, la rentabilité de cette pièce passe par une vision directe ou indirecte de notre patient (49) :

- **stérilisation ouverte** : elle présente certains avantages pour la vision directe et la communication. Cependant, certains bruits parfois sonores

(cuve à ultrasons, bacs de séchage ou certains autoclaves) peuvent nuire. Une certaine organisation pourra remédier à ces désagréments.

- **stérilisation semi-ouverte** : elle se situera autour de cloisons impérativement transparentes à certains endroits, afin que le patient ait une vue à travers ces parties vitrées. Nous pouvons voir le travail de l'assistante comme dans la stérilisation ouverte sans en avoir les inconvénients sonores.

- **stérilisation fermée** : c'est donc une pièce que seul le personnel et le praticien peuvent connaître. Le patient restera dans l'inconnu des séquences de stérilisation, même si cette dernière est parfaite. Nous devons expliquer davantage, ce qui permet aussi de communiquer davantage avec le patient et au besoin de lui faire visiter la salle de stérilisation (68).

Dans tous les cas, cette pièce doit être parfaitement éclairée, le niveau d'éclairement est de 500 lux, plutôt en lumière froide qui renforce l'impression de propreté. Pour rendre aisé le nettoyage de la salle de stérilisation, le mobilier est facile d'entretien et résistant aux produits de désinfection. Les sols sont en PVC thermo soudé ou en carrelage de grande dimension (pour réduire le nombre de joints). Les plinthes sont hautes et à base arrondie. Les murs sont peints avec des peintures lessivables ou recouverts de carrelage mural (30).

### **3.2.1.3. La salle d'hygiène**

Cette salle est un lieu mis à la disposition du patient. Celle-ci sera composée d'un lavabo et d'une grande glace pour pouvoir se brosser correctement les dents avant son rendez-vous chez son dentiste si cela n'a pas été réalisé. Dans cette salle est disposée également de la documentation sur les

différentes techniques de brossage des dents et aussi sur les éléments permettant de nettoyer les espaces interdentaires (passage des brossettes, du fil dentaire). L'assistante a pour objectif de stimuler la motivation des patients, qui viennent en consultation, à avoir une bonne hygiène bucco-dentaire (60).

#### 3.2.1.4. Les toilettes

Encore une pièce souvent négligée, mais qui fait partie du cabinet dentaire minimal. Il faut deux cabinets de toilette : un pour les patients et un autre pour l'équipe dentaire. Mises à part les évidentes mesures de discrétion sonore et olfactive, le cabinet de toilette des patients doit être accessible aux personnes à mobilité réduite. Il possédera une barre d'appui latérale et un accès supérieur à 80 cm par 130 cm sur le côté de la cuvette (60).

Après avoir fait la visite du cabinet au nouveau patient, l'assistante présente oralement le personnel : le praticien et l'assistante (nombre d'années dans ce cabinet, qualifications,...) (7). Elle fait ensuite un rapide historique du cabinet (date de création, évolutions, agrandissement,...). Elle explique la philosophie du cabinet et le type de dentisterie qui y est pratiqué.

- **Exemple** : « ... Nous avons une approche globale de la dentisterie, c'est-à-dire que nous ne nous limitons pas au problème qui vous conduit à prendre contact avec nous. Nous essayons d'avoir une vision d'ensemble des problèmes qui peuvent exister dans votre bouche afin de vous proposer des solutions vous permettant de revenir à une santé buccale optimale. C'est pourquoi la séance d'aujourd'hui est dévolue à la prise de contact et à un examen soigné de votre bouche. Ce qui permet, une fois les éléments recueillis, de réfléchir et de vous proposer la meilleure solution thérapeutique... » .

Ensuite, l'assistante récupère le dossier médical qui lui a été envoyé et invite le patient à venir avec elle pour réaliser la création de son dossier (informatique et papier) où seront consignés les différents renseignements concernant son état civil, adresse, numéros de téléphone (fixe et portable). Le dossier papier regroupe tous les éléments manuscrits qui concernent le patient et que l'on doit conserver : consentement de soins signés, historique médical signé, radiographies argentiques (panoramique et rétro-alvéolaires), double des courriers qui lui sont adressés,...

Le dossier réalisé, l'assistante invite le patient à prendre place dans la salle d'attente et lui indique les revues.

### **3.2.2. Accueil du patient connu**

L'accueil se fait toujours par l'assistante. Comme pour un nouveau patient, elle va à sa rencontre, le visage souriant, le salue en prononçant son nom. Après avoir pris de ses nouvelles, et lui avoir indiqué si le praticien est ponctuel ou en retard (et la durée d'attente), elle l'accompagne en salle d'attente et l'invite à prendre place (12, 55).

### **3.2.3. Accueil du patient en urgence**

L'accueil se fait toujours par l'assistante, selon les mêmes principes que ceux énoncés dans le paragraphe précédent, mais avec un bémol : la personne qui se présente souffre ou éprouve une gêne. C'est une personne perturbée et anxieuse. Il est donc nécessaire que l'assistante fasse preuve d'encore plus de tact et de diplomatie que dans le cadre de soins « classiques » (12).



### 3.3. La salle d'attente

La salle d'attente, qui est un lieu d'inactivité physique, apparaît comme un lieu d'inactivité intellectuelle. Après le secrétariat, ce lieu semble approprié pour une mise en condition du patient.

Par la lecture inconsciente de l'environnement, le patient se sentira détendu ou pour le moins, non agressé par un environnement clinique dans lequel il n'a pas encore pénétré. C'est pourquoi, nous allons décrire certains points de décoration qui permettent de relaxer les patients en salle d'attente (4, 9, 49).

#### 3.3.1. L'éclairage

L'éclairage est à la base du confort visuel ; c'est lui qui, en grande partie, est à même d'apporter la « chaleur » et la détente que le patient attend de cette salle.

La salle d'attente peut être rythmée de points forts et de points faibles, un éclairage homogène comme celui de la salle opératoire risquant ici d'être lassant : des sources ponctuelles telles que les spots lumineux mettant en valeur un élément décoratif (plante verte, tableau,...) et des zones d'ombre relative alternant, évitent la monotonie.

Le système d'éclairage est également indirect avec appliques, lampadaires, ou corniches (30).

### 3.3.2. Le traitement acoustique

Rien de plus stressant pour le patient que de percevoir bruits de turbine ou éventuelles plaintes qui ne pourraient que le confirmer dans son idée inconsciente de la douleur. Le traitement acoustique doit être à même de détendre le patient et diminuer l'odontophobie.

L'orientation du cabinet est quelquefois ainsi faite que la salle d'attente bénéficie d'une fenêtre sur rue, à quoi bon vouloir s'en isoler ? L'attente avant le soin est une période de transition, un passage depuis la vie active, c'est-à-dire les autres et la rue, jusqu'à la vie privée, c'est-à-dire le patient et son mal qui sera réglé dans la salle opératoire, inutile donc de plonger le patient dès son entrée dans une ambiance feutrée et silencieuse, qui risquerait de le renfermer sur lui-même et sur ses 'petits problèmes'.

Les bruits depuis la fenêtre donneront l'animation à cette pièce où il ne se passe ordinairement pas grand-chose ; de même la perception de bruits, venant du secrétariat et de l'entrée évitera de lui faire craindre qu'il a été oublié là. De plus, l'attente semble moins longue dans une salle d'attente semi-ouverte sur la vie du cabinet. On entend les conversations sans les comprendre, on s'intéresse aux mouvements... On participe un peu à la vie du cabinet.

L'usage d'une installation musicale n'est pas contradictoire avec les points soulevés précédemment mais lorsqu'il n'y a pas de fenêtre, cet emploi est fortement recommandé pour lutter contre le silence stimulant de l'angoisse. Les diffuseurs seront situés à deux mètres, deux mètres cinquante suivant la hauteur du plafond et orientés vers les murs. On obtient ainsi par réflexion sur les murs une musique diffuse et un niveau sonore sensiblement uniforme dans toute la pièce (70).

Voici une liste d'œuvres conseillées dans la salle d'attente, sélectionnées par l'association de recherche et d'application des techniques psychomusicales :

Bach : Concerto brandebourgeois n°4	Provost : Intermezzo
Beethoven : Symphonie héroïque, Sonate au clair de lune	Saint-Saëns : Le cygne (Carnaval des animaux)
Brahms : Intermezzos - Op. 1, 76, 117, 118	Rachmaninov : Concerto n°2 pour piano Deuxième mouvement
Chopin: Concerto n° 1 - Premier mouvement.	Schubert : Symphonie n°8 - Deuxième mouvement
Debussy : Clair de lune	Schumann : Arabesque
Mozart : Symphonie n°4-deuxième mouvement	Tchaïkovski : Symphonie n°6
Mendelssohn : Symphonie italienne-deuxième mouvement	Wagner : Prélude de Parsifal

**Figure 9 :** Tableau Œuvres musicales conseillées

Il est important également, au lieu d'auditionner une œuvre dans son intégralité, de ne passer que les mouvements lents en ménageant un temps de silence d'une dizaine de secondes entre deux séquences et de changer fréquemment d'instrument soliste afin d'éviter l'accoutumance. L'utilisation de plusieurs CD ou de la radio diffusant de la musique classique semble être un bon compromis.

### 3.3.3. Le mobilier

Il est fonction du style général adopté. La disposition des meubles sera déterminée par la grandeur de la pièce, l'emplacement des portes et fenêtres, ainsi que par des principes d'équilibre et de proportion qui permettent l'utilisation la plus fonctionnelle et la plus esthétique de l'espace (49).

Les dimensions de la salle d'attente sont fonction du nombre maximum

de personnes qu'il est nécessaire d'accueillir : on comptera deux mètres carrés par personne avec un minimum de neuf mètres carrés. Le nombre de sièges est adapté au nombre de personnes à accueillir. L'intimité de chacun est préservée en prévoyant suffisamment d'espace entre les places assises. Un emplacement doit être affecté à un éventuel fauteuil roulant. Les revues sont disposées sur des tablettes séparant les sièges individuels par exemple, ou sur une table basse au centre de la pièce. Ainsi doivent y figurer des revues variées : sports et voitures pour les hommes, des magazines féminins (mode et décoration par exemple), des revues de voyage et de découverte...et pourquoi pas le journal du jour. Les magazines de type 'people' (Gala, Voici...), généralement très appréciés, sont proscrits car ils donnent une mauvaise image au cabinet. Pour permettre aux patients de se familiariser avec le cabinet, un manuel de fonctionnement du cabinet a aussi sa place sur une table. On peut également retrouver les traitements proposés, les prises en charge et les différentes techniques de réhabilitation. On préfère une disposition verticale de ces revues plutôt que de petits tas sur une table basse. L'ensemble est en permanence renouvelé.

On n'oublie pas d'occuper les plus petits en installant un coin particulier avec une petite table, un siège, des journaux pour enfants et des crayons qui ne tachent pas. Le circuit électrique sera particulièrement surveillé en raison des enfants. Il est nécessaire d'insister sur le respect strict des normes de sécurité électrique. Des cache-prises sont disposés sur toutes les prises murales. Les rallonges, les fils électriques et les multiprises sont éliminés. L'évolution des moyens vidéo risque d'amener de plus en plus de chirurgiens-dentistes à installer ce type de matériel dans la salle d'attente, c'est pourquoi on songera à l'incorporer dès le départ dans la décoration. Outre le côté attractif de cet appareil, il peut apporter beaucoup au niveau professionnel par la possibilité de diffuser des films éducatifs : hygiène bucco-dentaire, prophylaxie...Des documentaires, sous forme de dessins animés, charmeront les enfants tout en les éduquant (58, 69).

Les patients apprécient aussi la présence d'une fontaine à eau. Son entretien peut être délégué à une entreprise de maintenance. On peut aussi joindre un mini-distributeur de boissons (café, jus d'orange...).

### **3.3.4. La décoration**

Un grand nombre de patients est stressé avant d'accéder en salle de soin. Une salle d'attente, froide et stérile ne favorise pas vraiment leur détente. Ainsi, nous créerons une atmosphère chaleureuse, elle aura pour but de détendre le patient (69).

### **3.3.5. Les revêtements**

Au niveau des murs, il faut rechercher le confort par des matériaux de qualité en créant des « murs-décors » :

- **les papiers peints** : bien qu'il en existe d'excellente qualité, il semble qu'aujourd'hui ce soit un matériau peu utilisé, que la mode aidant, on considère comme « désuet »,
- **les peintures** : toujours d'actualité, elles seront exclusivement mates ou satinées, la laque provoquant des reflets fatigants à la longue,
- **les revêtements muraux** : d'une gamme étendue, ils varient depuis le tissu jusqu'au vinyle et tedlar (chez Vescom), matériaux qui constituent eux-mêmes une décoration. On peut bien évidemment panacher et recouvrir une partie des murs de panneaux de bois, le reste étant en toile ou en peinture.

Au niveau du plafond, il ne faut pas commettre l'erreur d'ignorer le plafond. On évite de les recouvrir des mêmes motifs que ceux choisis pour les murs, ce qui écrase la pièce :

- **la peinture** : elle est la plupart du temps mate ou satinée quelle que soit la couleur,
- **les faux plafonds** : ils sont utiles pour camoufler les gaines requises par la technologie du cabinet (électricité, ventilation,...), elles permettent également d'intégrer l'éclairage. En bois, en lames ou en dalles agglomérées (placo-plâtre), on préfère ces derniers car ils jouent le rôle d'isolant phonique et possèdent un aspect statique qui correspond bien à l'attente, tandis que les lames dynamisent une pièce.

Au niveau des sols, le sol apporte une large contribution à l'esthétique du décor. Le choix du matériau dépend du type de patient, de la décoration, mais aussi de la résistance à l'usage, de l'entretien, du prix de revient :

- **les moquettes** ajoutent à la chaleur de notre salle d'attente. Ces matériaux d'aspect fort agréable, doivent être solides à l'usage et pratique à l'entretien ; nous préférons donc le tapisom (synthétique) ou le tapis velours (également synthétique), qui résisteront mieux aux déplacements répétés des chaises et des fauteuils. Autre qualité : la moquette constitue un remarquable barrage au bruit.
- **le carrelage ou la pierre** : faciles d'entretien et très esthétiques, nous citerons le grès céramique poli très silencieux,
- **le parquet, le jonc de mer** : très esthétique, il apporte une ambiance chaleureuse.

La tendance actuelle repose sur le principe de marier trois matériaux : le bois clair, l'aluminium et le verre, cette association pourra être étendue à l'ensemble du cabinet dentaire (4, 13, 49).

### **3.3.6. Les couleurs**

En choisissant la gamme avec laquelle on composera la salle d'attente, il faudra garder en mémoire les effets psychophysiologiques de la couleur. Les contraintes sont ici moins nombreuses et il n'existe pas de restrictions fonctionnelles : les teintes dominantes seront le blanc et le bleu pastel ou le blanc et un rose très léger si l'on souhaite créer un sentiment de détente, le blanc et le vert pastel ou le blanc associé à un pêche si l'on veut une impression de calme (4).

### **3.3.7. Les accessoires**

Un choix particulier est apporté au choix des objets disposés dans cette pièce : les tableaux, en particulier les aquarelles, placés de façon harmonieuse, les gravures, les vases apportent leur originalité. Ils seront ni trop voyants, ni trop agressifs, ils pourront représenter des paysages naturels, des fleurs, des jardins. De même les plantes vertes ou les fleurs égayeront la salle d'attente par leurs couleurs et leurs feuilles décoratives. L'agencement des fleurs s'effectuera à partir de divers tons ou nuances d'une même couleur, ou d'un ensemble de teintes voisines sur le cercle chromatique. De telles associations favorisent l'unité et l'harmonie dans une composition, en plus d'être reposantes à contempler. Les bacs Riviera permettent des compositions agréables en créant un coin de verdure (58).

Un sapin à la période de Noël sera le bienvenu. On peut également installer un aquarium si possible de grande dimension et des bonsaïs, qui apportent calme et standing au cadre mais il ne faut pas oublier qu'un tel décor demande beaucoup d'attention, et d'entretien.

### **3.3.8. L'implantation au sol**

La salle d'attente se doit d'être confortable, située à proximité de la porte d'entrée, du secrétariat et de la salle opératoire ; les déplacements doivent être le plus restreint possible afin de ne pas perturber le patient à mobilité réduite (4).

## **3.4. La communication en salle d'attente**

Le séjour en salle d'attente est à la fois demandé et détesté. En effet, d'après des études d'opinions, on se rend compte que le patient a besoin de ces moments de décompression entre l'agitation de la ville et les enjeux du fauteuil. Pendant ce temps de latence, il est très sensible aux messages de santé. Elle est détestée car la durée, si elle se prolonge, alimente très vite l'angoisse et l'agressivité. Or la durée idéale est différente suivant les personnalités et les caractères.

Il est donc impossible de pronostiquer de manière fiable le temps désiré par chaque patient. C'est pourquoi depuis qu'il y a eu des salles d'attentes, il y a eu des revues. Intuitivement, les praticiens avaient compris qu'il fallait occuper la période d'attente de façon à permettre à chaque patient d'exploiter au mieux ce temps qui n'est jamais idéal. Les affiches, les documentations d'information, les jeux pour enfant sont venus compléter l'attirail de ce qui est parfois devenu des « salons d'accueil ». Une étude de l'Association Dentaire Française (ADF) en 2004 montre que 70% des patients ne sont pas entièrement satisfaits et la majorité demandait des « informations sur la prévention et sur l'hygiène » (32, 58).



L'introduction du média audiovisuel supplante tous les autres supports de communication. En effet, lire demande un effort de décodage que la plupart des patients n'ont pas l'habitude de réaliser et de plus, le stress de l'attente n'est pas un facteur favorisant. Un programme audiovisuel capte l'attention de 90% des personnes présentes dans la salle d'attente. Ainsi le patient n'a plus la même notion du temps qui passe et intègre sans effort les messages diffusés. Il reste à adapter le programme diffusé. La diffusion des chaînes câblées a un succès évident mais n'a aucun intérêt pour le praticien. Il est donc apparu important de profiter pour le praticien de la puissance audiovisuel. Il va exposer des messages de sensibilisation, d'explication, de motivation sur la santé bucco-dentaire et les services que rend le cabinet (58).

### 3.5. Attitude du patient en salle d'attente

Lorsque le patient est laissé en salle d'attente, on est certain que son œil observe avec beaucoup d'attention ce nouvel environnement, comme il a détaillé les visages souriants et affables qui l'ont accueilli (60).

D'après des expériences professionnelles, on se rend compte de l'importance de la situation des toilettes. En effet, l'inévitable émotion liée à la crainte des soins provoque chez la plupart des patients le besoin de miction. En plus, le nouveau patient qui ne connaît pas les lieux et n'est pas familiarisé avec le personnel, est souvent gêné de s'informer sur « le petit endroit ».

D'où l'importance de bien mettre en confiance le patient en lui faisant visiter le cabinet et en lui présentant les différentes personnes ce qui va énormément le rassurer (60).

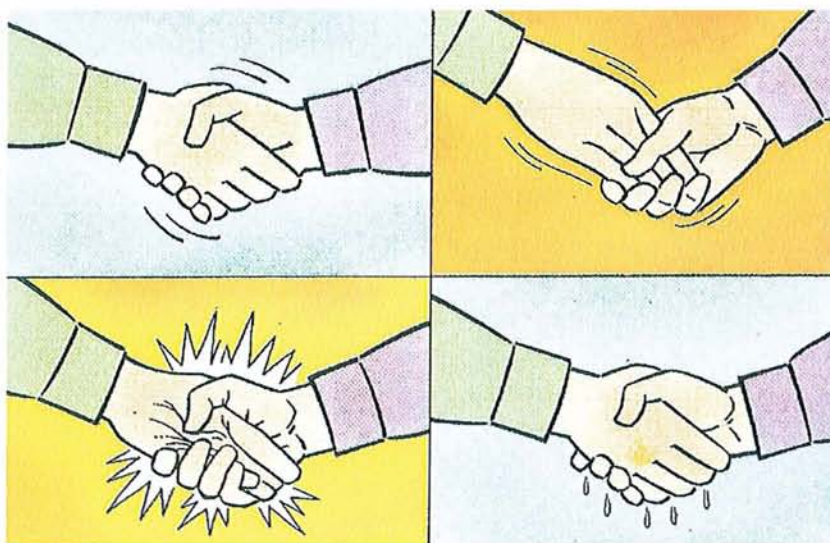
## **4. Accueil par le praticien : la première impression**

Pour que le patient se sente accueilli avec bienveillance, il est souhaitable que le praticien vienne le chercher lui-même jusqu'aux frontières de son territoire, la salle d'attente. Comme un maître de maison qui va au-devant de ses invités sur le seuil de sa demeure, la main tendue (16).

La première impression se forme spontanément, dès les premières secondes de la rencontre entre deux individus. Elle dépend de l'allure générale, des gestes, du visage, du regard, des expressions, bref d'une multitude d'indices qui s'associent pour former une empreinte profonde, même si elle est rapide.

Lors de ce premier contact, tous les sens sont en éveil avec une exceptionnelle acuité. La première poignée de main, lien physique plus ou moins furtif, est un rituel de politesse important qui initialise le contact. Alors que les mains se rencontrent, les sourcils se haussent et un sourire apparaît sur les deux visages. Celui du praticien se doit d'être accueillant. Une poignée de main est une signature. Parmi la diversité de celles-ci, nous reconnaissons facilement celle de nos amis ou de nos patients après plusieurs consultations. Une poignée de main ferme inspire confiance et inaugure positivement la relation. Molle, rétractée, faible, elle manque totalement d'enthousiasme et entraîne une réaction d'antipathie. La main abandonnée et pendante est encore plus mal perçue. Nous avons déjà reçu une poignée de type « éponge froide et juteuse » ce qui traduit une angoisse profonde de la part du patient. Cela est un signal de détresse à prendre en considération avant la séance de soin. Par contre, une main dominatrice se présente vers le bas de sorte que la paume qui vient à sa rencontre se tourne vers haut. La position inverse signifie la soumission. Si la pression exercée est très forte, elle peut symboliser un besoin de domination, ou un test de la fermeté du praticien. Un individu agressif serre la main comme

dans un étau et impulse un mouvement vertical. L'idéal est une harmonisation des pressions ce qui est un signe de respect mutuel. Enfin, il faut éviter la poignée de main chaleureuse qui s'accompagne d'un appui de la main gauche sur l'avant-bras car dans le premier contact cela est déplacé (59, 60).



**Figure 10 :** Les différents types de poignée de main

En conclusion, nous voyons que la main du praticien est un trait d'union somato-psychique avec le patient. Chaleureux sans être obséquieux, ce premier geste de politesse est destiné à rompre la glace.

Après avoir vu l'importance de la poignée de main, il faut déplorer l'attitude de certains praticiens qui accueillent leurs patients avec des gants d'examen, ils se privent d'un contact capital.

- **Exemple d'accueil par le praticien :** le praticien arrive à la rencontre de son patient, le visage accueillant et souriant, main tendue. Il salue son patient en prononçant son nom et se présente : « ...Bonjour Monsieur Moreau, je suis le docteur Dupont et c'est moi qui vais assurer le suivi de vos soins... » (12, 55, 63).

Pour conclure, il faut toujours garder à l'esprit, que, lorsqu'on accueille un patient pour la première fois, on n'aura pas une deuxième chance de faire une bonne première impression. Il est nécessaire avant d'accueillir en salle d'attente de se mettre en condition, de se vider l'esprit des contrariétés, comme un athlète pourrait le faire avant une épreuve (même si ça semble un peu excessif).

Après ce premier contact, le patient est confortablement installé, assis devant le bureau situé dans la salle de soins. La fiche-questionnaire y est déjà déposée ainsi que le dossier établi à son nom. Les éléments importants ont été soulignés par l'assistante ce qui montre au patient que ses réponses seront traitées avec considération.

# **Examen du patient**

Dès la salle de soins, l'examen du patient commence. Pour bien démarrer, nous devons soigner les trente premières secondes, être énergique et enthousiaste en n'oubliant jamais que le patient vient rarement par plaisir nous voir. De même, la création immédiate d'une relation avec le patient est indispensable pour démystifier et dédramatiser la situation. Et enfin, l'écoute des besoins et attentes doit être présente en permanence et nous devons essayer d'y répondre au maximum.

Ce sont les règles de base : être vrai (27, 57).

## **1. Typologie du patient et notre attitude**

Lorsque le patient sort de la salle d'attente, nous devons être capable de définir le type de personnage qui se présente à notre cabinet. Comme on l'a dit précédemment, la poignée de main permet de nous donner déjà une première impression (59, 60).

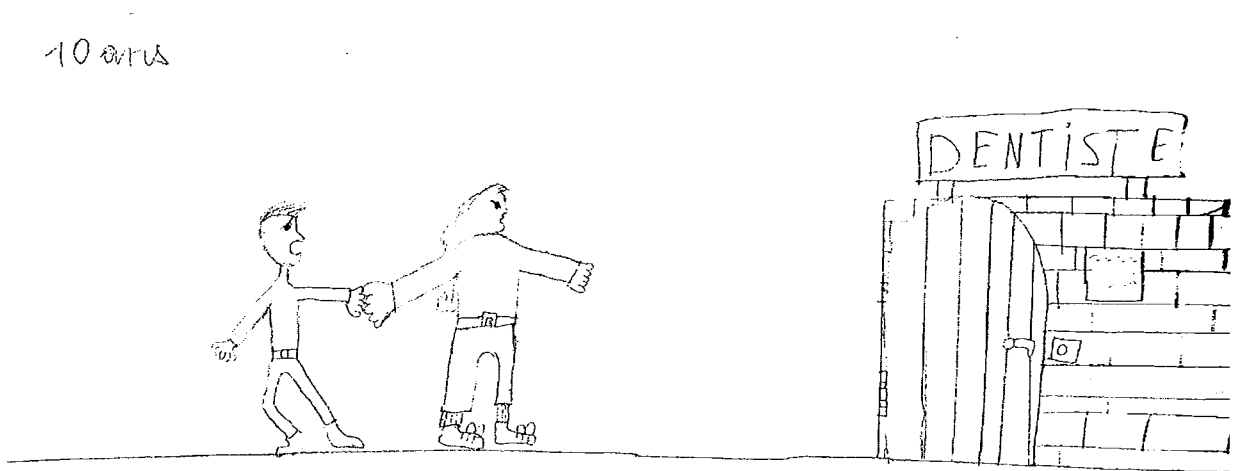
Pour bien identifier la typologie de son patient, nous pouvons nous baser sur différents critères :

- **l'âge**
- **les pathologies**
- **l'apparence**

## 1.1. L'âge

### 1.1.1. L'enfant

La première fois que les enfants se rendent chez le dentiste, ils ne sont pas vraiment rassurés. La peur d'une situation nouvelle existe, à fortiori celle-là. Ils sont généralement accompagnés et pour Renaud (un enfant), sa mère doit littéralement le traîner (57).



**Figure 11 :** Illustration de Renaud (*enfant*) venant à reculons

La relation est donc triangulaire. On ne doit en aucun cas privilégier le parent au détriment de l'enfant, car c'est lui le patient, il a besoin qu'on s'adresse à lui en tant que personne. On sait que la plupart des refus de soins dentaires naissent de situations où praticien pressé et parent interventionniste ont fait subir à l'enfant des actes où il a été complètement exclu. A travers son dessin, Xavier illustre bien toute l'agressivité qu'il ressent à l'égard de ce couple mère- praticien dont il est loin de partager son enthousiasme (57).

On remarque, dans d'autres situations, que les mères se sont apparemment volontiers mises à l'écart pour respecter la relation de leur enfant

avec le dentiste. Cette « séparation » est possible qu'après un entretien centré sur la mère et une observation fine du comportement de l'enfant. Si la mère est angoissée, il est bon de la réconforter en la gardant présente, mais à la bonne distance, pour qu'elle n'interfère pas dans le dialogue qui s'instaure avec l'enfant. Ce dernier nous aura bien scruté et « jugé » : notre physique, notre présentation générale, mais aussi notre voix, nos mimiques, nos moindres gestes qui lui révèlent notre potentiel de bienveillance, de compréhension ou d'agressivité. Non éliminés dès le début, les parents se retireront d'autant plus facilement aux séances suivantes, ce qui enchante la plupart des enfants, heureux de l'autonomie relationnelle acquise avec celle qui lui inspire un « transfert » parfois très positif (57).



**Figure 12 :** Illustration de Xavier (*enfant*) dont la Mère est agitée

Soigner un enfant requiert une réelle disponibilité, une authenticité : l'enfant n'est jamais dupe. Une présentation simple, un commentaire sur ce qui va être fait, avec des mots imagés : la dent qui va s'endormir et qui se réveillera après..., le petit ruisseau qui va rincer la bouche... On peut également donner à

voir, dans une glace, le petit miroir de bouche qui montre bien les dents sur toutes les faces, ou « la petite cuillère », (l'excavateur) qui nettoie les dents, etc. Encore plus qu'avec tout patient adulte, l'enfant doit disposer d'un code signal lorsque la contrainte imposée dépasse son seuil de tolérance, code qui doit être rigoureusement respecté. La relation n'est pas toujours idyllique. On se doit d'exprimer les difficultés et parfois on peut se trouver amené à différer des soins non impératifs. Une relation avec un enfant peut être momentanément difficile car il n'est pas en mesure, émotionnellement, affectivement ou physiquement, de supporter des interventions dentaires. Cette attitude est le reflet d'un conflit le plus souvent familial. Dans ce cas, nous ne devons pas céder aux exigences aveugles des parents.

Pour conclure sur ce type de patient, l'enfant, la difficulté réside dans le maintien d'une attitude empathique et ferme à la fois pour réaliser les soins dans les meilleures conditions. Inutile de souligner combien l'enfant apprécie tout particulièrement d'être remercié et d'être associé au bon travail qui vient d'être fait grâce à sa coopération. Le plaisir et la satisfaction se partagent.

### **1.1.2. L'adolescent**

L'adolescence est une phase de construction de la personnalité où l'on doute de soi et de son corps. Les adolescents se focalisent sur une partie de leur corps (taille-nez-ventre) pour manifester leur mal-être. Un jeune patient qui a une mauvaise haleine ou une santé bucco-dentaire dégradée exprime souvent des difficultés d'ordre psychologique. C'est une période de la vie où l'on s'exprime de manière détournée, où l'on évoque un point de détail au lieu de verbaliser le véritable motif de sa consultation (51, 57, 63).

Comme tous les professionnels de santé, nous devons prendre en compte ce mode d'expression particulier... sans pour autant sortir de notre rôle de



soignant. Nous devons jouer notre personnage de référent adulte en posant des limites, en ne donnant pas suite à des revendications fantaisistes. On pense aux bijoux de dents, aux piercings sur la langue, aux facettes posées pour dissimuler une imperfection n'existant que dans l'esprit d'un adolescent mal dans sa peau. Il faut leur parler, leur expliquer, ce que l'on va faire sans avoir peur d'être ringard. Jouer le copain ne sert à rien au contraire. De toute façon, on sera bien sûr un vieux c..., c'est irrémédiable, mais n'empêche pas la création de l'empathie. On doit établir et conserver une certaine distance avec les adolescents. Ce point revêt une importance essentielle. Quoiqu'ils en disent, ils sont toujours entre deux pôles, le rejet du monde adulte et le besoin d'échanges, de contacts, de repères clairs avec la génération précédente. Cette ambivalence est le signe même de l'adolescence. Une relation fondée sur la confiance entre les deux, permet d'envisager un « contrat » de brossage et de visites régulières. Cette proposition marche bien, même si l'adolescent donne l'impression de se payer notre tête et de ne pas nous écouter, il en retiendra quelque chose (51, 57).

### **1.1.3. La personne âgée**

La personne âgée est celle dont les facultés diminuent irréversiblement et qui nécessitent un accompagnement de plus en plus soutenu durant les soins. L'accompagnement verbal à la mesure du souci constant du confort physique de ce patient pour qu'il puisse supporter avec le moins d'effort possible ce qui est à la fois une épreuve et souvent un bonheur, parce que l'on s'occupe de lui. Du fait d'une mémoire défaillante, d'une surdité fréquente, d'une compréhension moins rapide, des explications articulées seront tranquillement répétées sur ce que doit être fait en conseils de brossage même si ceux-ci trouvent de moins en moins d'écho (57, 63).

La relation est délicate par la sensibilité et la finesse intuitive qui caractérisent la plupart des personnes âgées. Elle demande de la part du praticien

beaucoup de disponibilité, mais aussi une maîtrise émotionnelle. L'angoisse de perdre des dents est présente chez eux. En effet, leur vécu de chaque jour est fait de pertes et de renoncements (63).

Patient ancien ou nouveau, on ne sera jamais assez perspicace pour décoder la vraie demande, celle qui vient vraiment du cœur et non celle demandée par la famille surtout lorsqu'il s'agit d'une réalisation prothétique où coopération, motivation et adaptation sont indispensables. Plus que jamais le projet thérapeutique devra s'ajuster aux besoins et à la capacité d'intégration.

## 1.2. Les personnalités difficiles et pathologiques

La personnalité est l'ensemble des caractères biologiques et psychologiques qui constituent et distinguent l'individu. On considère qu'une personnalité est normale lorsqu'elle est adaptée à son milieu. Les personnalités pathologiques se définissent par un état de marginalisation permanent. Leurs comportements, leurs attitudes et leurs conduites mettent en péril le soignant qui ne sait pas toujours les identifier et encore moins conserver la distance thérapeutique plus que jamais nécessaire (57).

### 1.2.1. Les patients difficiles

Les patients difficiles sont ceux qui dépassent la capacité de tolérance de celui auquel ils s'adressent. Le plus souvent figés dans des attitudes rigides où dominant l'impulsivité, l'immaturation ou l'instabilité, ils peuvent devenir agressifs, parfois même violents. Lorsque nous recevons ce type de patient, nous éprouvons des sentiments de rejet et de révolte mêlés de culpabilité (57).

Lors de l'entretien, nous laissons parler le patient et écoutons ses revendications, ses exigences, etc. Grâce à cette écoute, on va pouvoir reformuler en clair le message et demander ainsi confirmation. Par la suite, on va, à notre tour, exprimer nos propres limites de satisfaction. En annonçant nos difficultés, on ne juge pas négativement, on expose seulement nos besoins au lieu d'énoncer au patient nos obligations et on peut ainsi l'amener, dans le meilleur des cas, à modifier son comportement.

En conclusion, il faut énormément de tact de notre part car ce sont des patients d'une grande vulnérabilité qui craignent d'être incompris.

### 1.2.2. Les personnalités pathologiques

Sans aller jusqu'à un diagnostic précis, certains traits permettent de distinguer les différents types de personnalités, car reconnues, elles vont guider notre attitude et orienter notre projet thérapeutique (57).

- La personnalité **hystérique** : elle se caractérise par des attitudes théâtrales, une recherche de séduction, une érotisation de la relation, un égocentrisme et un besoin constant de nous manipuler. On se retrouve souvent en échec car la demande est inépuisable et la satisfaction est rare.
- La personnalité **obsessionnelle** : ponctualité, ordre, propreté, rigueur, avancés sous couvert du sens moral, tournent vite à l'excès. De plus, il y aura toujours un détail esthétique, fonctionnel ou financier qui ne donnera pas de satisfaction. Un signe clinique frappant chez ce personnage est le brossement qui est dévastateur (57).
- La personnalité **phobique** : une hyperémotivité constitutionnelle, une hypersensibilité, une anxiété incontrôlable font de ce patient un être qui parfois n'a jamais pu se rendre à un rendez-vous ou s'est sauvé plusieurs

fois de la salle d'attente. L'écoute de l'histoire des expériences négatives ou traumatologiques est capitale. Sans elle, rien n'est possible. Anamnèse et examen clinique seront particulièrement patients et délicats. On arrive au bout de la troisième ou quatrième séance avec des examens complémentaires à établir un véritable contrat de confiance et de maîtrise émotionnelle. Ces patients, très difficiles de premier abord, sont les plus fidèles et les plus attachants qui soient, à condition de leur avoir consacré le temps, l'écoute et l'empathie dont ils semblent n'avoir guère bénéficié jusque-là (57).

- La personnalité **paranoïaque** : personnalité la plus dangereuse par une forte tendance à la quérulence (désir d'obtenir justice et réparation), un autoritarisme, une surestimation de soi, une psychorigidité, une insociabilité généralement agressive, elle se repère vite. La plus grande prudence s'impose (57).

- La personnalité **hypochondriaque** : fréquemment associé au malade imaginaire, il est tenace, il sait tout, mieux que nous. En l'absence de toute lésion anatomopathologique, la moindre sensation buccale est amplifiée et relatée avec une minutie descriptive qui met en échec tout traitement d'odontostomatologie. Il est clair que seule l'écoute attentive peut nous mettre en garde (57).

### 1.2.3. La personne déprimée

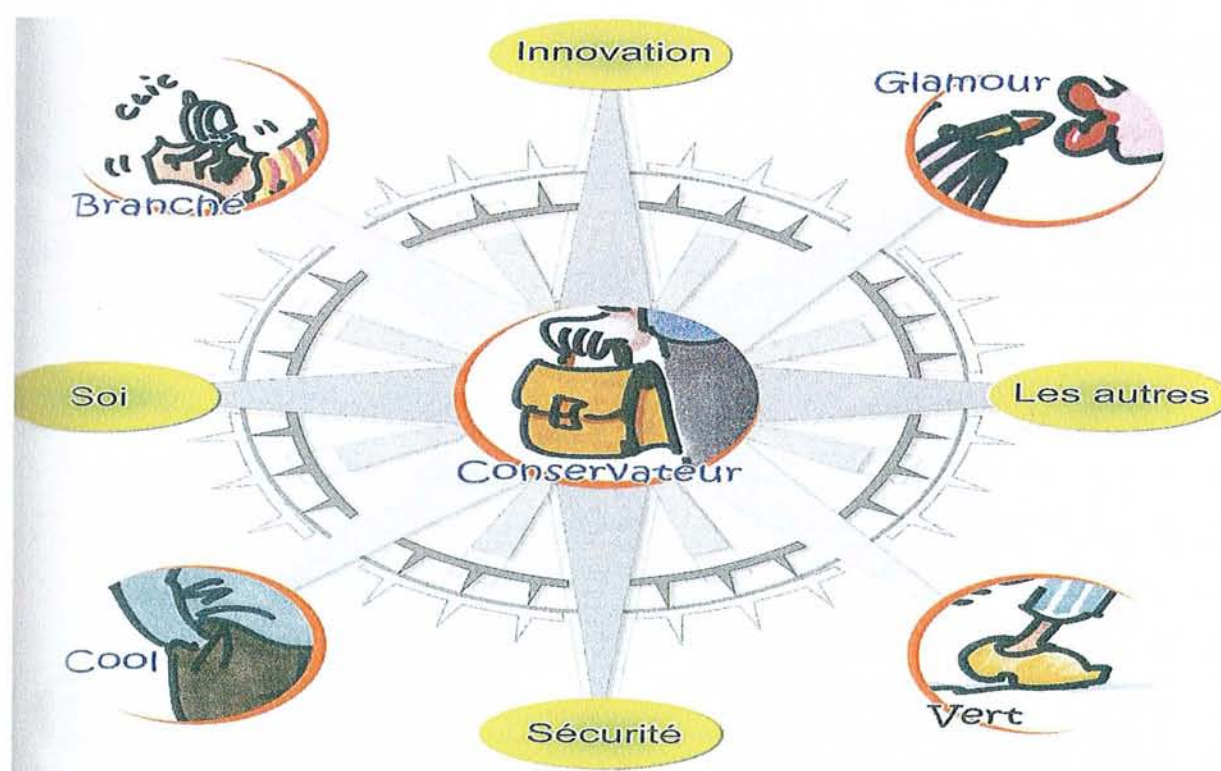
Il est rare que l'on voit, à son cabinet, un « grand déprimé » au faciès douloureux, ivre de remords et de culpabilité, déclarant ne pas mériter de vivre. Par contre, il est plus fréquent de se trouver en face d'une personne dont la dépression est en arrière-plan (35, 57).

Lors de l'arrivée du patient, on remarque l'attitude générale, empreinte de lassitude, le débit verbal ralenti, l'atonie. On observe un sourire rare et un

désintérêt pour le « look », également une certaine incurie au niveau bucco-dentaire, et enfin une attitude passive, fataliste ou une opposition aux soins dont témoigne l'irrégularité du suivi.

Nous devons bien communiquer avec ces patients. Il faut énormément de tact et d'à propos, ni être trop brusque ni trop temporiser. Ce patient craint d'être entré dans la régression, en même temps qu'il l'espère. Il convient d'être ferme sur le cadre des soins, preuve donnée au patient qu'il a une certaine valeur. Au final, le message passe plus à travers la qualité des soins proposés et maintenus, parfois contre l'opinion et les actes du patient (35).

### 1.3. Les apparences



**Figure 13 :** Attitude du praticien face aux différents patients

### 1.3.1. Le conservateur

Le conservateur est une personne qui est séduit par tout ce qui ne se démode pas. Tout ce qui résiste à l'érosion du temps l'interpelle car pour lui cette résistance symbolise la solidité. Il ne recherche donc pas la nouveauté mais plutôt les valeurs sûres et reconnues. Le conservateur recherche avant tout la sécurité. Ce besoin s'est sûrement construit au fil de sa vie et des expériences heureuses ou malheureuse qu'il a vécu. L'héritage familial peut également avoir une conséquence sur son attitude (22, 53).

Nous devons orienter nos propos autour du bien-être que nos traitements vont pouvoir lui procurer, du confort masticatoire qu'il va récupérer et bien entendu des effets durables dans le temps qu'il pourra enregistrer. Nous allons voir qu'il est important d'adapter notre comportement en fonction de ce patient :

- Le conservateur apprécie les situations qui lui font courir aucun danger. Il est donc inutile de rentrer dans le détail opératoire de tel ou tel acte... il pourrait annuler au dernier moment son rendez-vous apparemment sans raison. En revanche, il apprécie être mis en garde sur les risques qu'il en court en ne réalisant pas tel ou tel acte. Par exemple en lui précisant et en insistant sur les risques de fracture à court, moyen ou long terme d'une dent devitalisée non couronnée.
- Ce patient est très attaché à ses habitudes et à horreur d'en changer. Il appartient donc de le rassurer en permanence sur ce point en évoquant la facilité d'intégration de ses traitements.
- Sa devise peut être : tout ce qui est solide et fiable doit durer dans le temps. Il faut en profiter, car finalement c'est l'essence même de son métier. On propose des soins de qualité, fiables et durables. En plus, on

n'hésite pas à lui parler de qualité en décrivant l'ensemble des démarches que notre équipe met en place pour la lui garantir.

- La fiabilité est très importante. Il est reconnaissant de connaître nos arguments sur nos travaux. Il recherche dans notre comportement une assurance sans faille qui va le rassurer.
- Le confort pour lui est indispensable. Nous allons préciser que si un appareil amovible provisoire est posé, il lui apportera un bien-être en attendant le bridge définitif.
- Le conservateur est très sensible à tout ce qui touche la maintenance. Nous insisterons vivement sur l'impérieuse nécessité pour lui de respecter nos conseils d'hygiène dès le début de traitements (22).

- **Exemple** de questions réponses :

*Crainte du patient* : Ce traitement va être long et pénible ! Je risque de ne pas manger et parler correctement pendant toute sa durée (perturbation des habitudes)

*Réponse à éviter* : Vous avez vraiment besoin que ce traitement soit réalisé (réponse hors niveau d'écoute).

*Réponse à privilégier* : Si la durée du traitement et la perturbation qu'il risque d'engendrer au niveau de vos habitudes n'étaient pas un problème pour vous, est-ce que la solution envisagée vous semblerait la plus appropriée ? (Nous validons ici qu'il s'agit de la bonne considération et non pas d'une excuse). Donc, si nous pouvions rendre votre traitement plus confortable, si nous mettions tout en œuvre en vous proposant des appareils amovibles provisoires fiables et de qualité, avec lesquels vous seriez très à l'aise, souhaiteriez-vous le réaliser ?

### 1.3.2. Le glamour

Le glamour est une personne, homme ou femme, d'âge et de niveau social indifférents, qui est essentiellement préoccupée par l'aspect superficiel des choses. Dans la vie de tous les jours, il a un besoin d'apparence correspondant à un style de vie, un besoin d'identification et d'appartenance à un groupe sociologique. Le patient glamour achète tout ce qui se voit. Il est réceptif au discours touchant l'esthétique. La qualité d'un produit n'a pas d'importance pour lui tant qu'il correspond à ses critères de beauté. Ce type de comportement vient en général d'une faible estime de soi qui trouve un soulagement dans le regard positif qu'elle imagine des autres (23).



Figure 14 : Représentation du patient glamour



Nous allons voir comment tourner nos propos pour ce type de personnage :

- L'apparence est tellement importante que nous allons insister sur l'invisibilité de nos traitements et sur le maintien de son aspect physique. Nous devons faire attention à la tenue vestimentaire de notre équipe car le glamour va y être très sensible.
- Concernant l'hygiène, nous axons notre discours sur les risques esthétiques que sa négligence dans ce domaine peut engendrer pour son apparence. Nous devons insister sur le risque d'halitose et les désagréments que cela peut lui procurer en société.
- Si un traitement parodontal est nécessaire, on se base sur le renouveau esthétique. De même, on présente une proposition implantaire en montrant cette solution comme la plus harmonieuse et la moins visible.
- Pour le sujet de l'esthétisme, le glamour est à l'écoute de toute proposition. On lui montre les zones où cela serait mieux et on lui parle du mot blanc qui évoque l'élégance, le charme, la classe,...pour lui (23).

### **1.3.3. Le cool**

Le cool est une personne, homme ou femme de niveau social indifférent, qui recherche, avant toute chose, la tranquillité. Quotidiennement, y compris dans les cabinets dentaires, il est séduit par tout ce qui peut lui faciliter la vie. Il est partisan du moindre effort. Il est cool et tranquille. Ce besoin correspond à un style de vie, une façon d'être, dictée, très probablement, par des expériences passées désagréables ayant débouché sur des complications. Le patient cool cherche avant toute chose à ne pas être incommodé. Il ne veut pas être perturbé dans ses habitudes. Il a peur de l'inconnu : rassurons-le. Il a peur d'avoir des

soucis : soyons sûr de nous et du plan de traitement proposé. Si une demande spécifique est stipulée hors cadre de références, nous l'engagerons à prendre ses responsabilités en cas de problèmes ultérieurs (24).

Nous savons que ce patient recherche la tranquillité, nous allons choisir une solution thérapeutique classique et sans risque...Nous allons voir comment communiquer avec ce type de patient :

- En ce qui concerne l'hygiène et la prévention, on explique qu'une tranquillité sera obtenue, s'il suit les techniques spécifiques de brossage enseignées et qu'il pourra sans problème les reproduire facilement chez lui. Dans le cas contraire, et pour l'inciter à se prendre en main, nous l'inviterons à prendre en charge les conséquences ultérieures (souci parodontal).
- Pour les traitements parodontaux, on lui annonce que c'est la solution sine qua none à toute réalisation fiable et durable.
- Pour la maintenance et les contrôles, il apprécie sa prise en charge. De même, il accepte avec plaisir que nous rappelions quelques jours avant chaque rendez-vous pour éviter d'avoir à s'en souvenir.
- Nous le convaincrons de venir à de long rendez-vous pour se faire soigner ce qui le fera venir moins souvent (24).

#### **1.3.4. Le vert**

Le patient vert est une personne, homme ou femme, d'âge et de niveau social indifférents, qui recherche avant tout l'aspect naturel des choses. Ce besoin correspond à une idéologie, une conviction, et à un style de vie. Dans la vie de tous les jours, y compris au cabinet, il est séduit par tout ce qui est en rapport avec l'hygiène et la diététique. Le vert est encore plus sensible que les

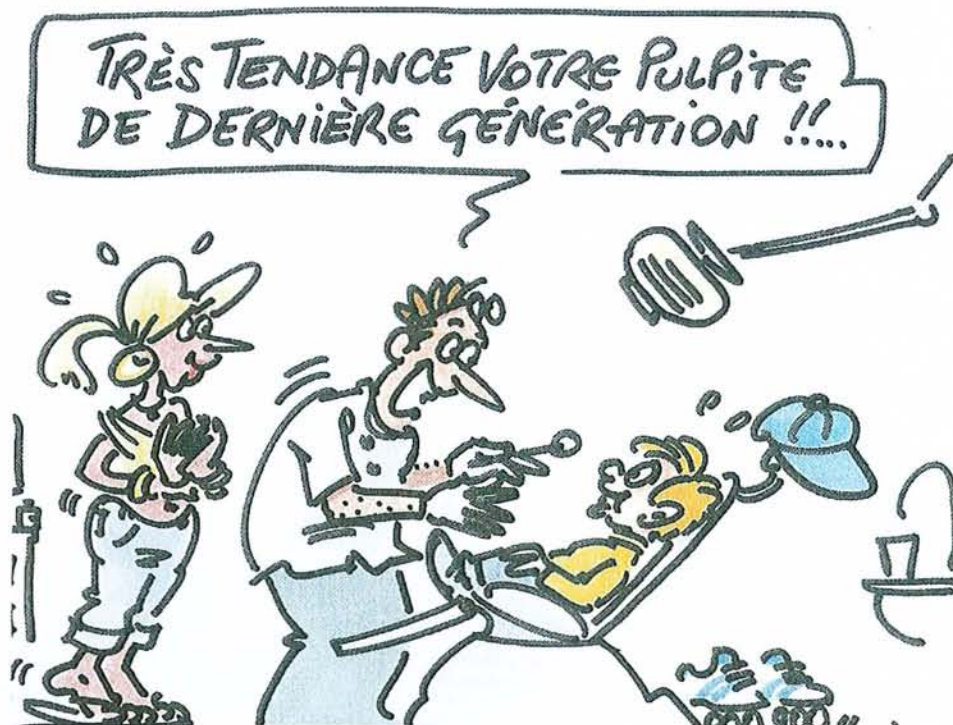
autres à tout ce qui touche l'hygiène et la prévention. Pour lui il vaut mieux prévenir que guérir... respectueux de lui-même et de son environnement, il sera particulièrement réceptif à tout ce qui est naturel, bio,... (25)

La conduite à suivre avec ces patients est la suivante :

- Pour l'hygiène, associons systématiquement à toutes nos présentations de plan de traitement un chapitre concernant la maintenance dans le temps. On met en place des séances de motivation. A la fin des rendez-vous, on lui montre les progrès réalisés.
- Il est important de mettre en évidence la salle de décontamination et de stérilisation (si celles-ci sont différentes) et les efforts réalisés pour garantir sa sécurité et celle des autres patients. Si on travaille avec des plateaux emballés, nous ouvrons celui-ci sous ses yeux. L'assistante lui explique le traitement des déchets, lui présente que tout est fait pour préserver l'environnement. Et enfin, on peut montrer que l'on utilise des produits recyclables.
- Pour les prescriptions, on peut essayer de se mettre en contact avec le pharmacien pour connaître quelques médicaments à base de plantes ou d'algues qui pourraient remplacer la prescription classique.
- Dans la présentation des implants, on lui décrit le matériau utilisé et on vante les avantages en termes d'ostéointégration pour son organisme. Quel que soit le type de reconstruction préconisée, on lui parle de bio-comptabilité, de tolérance, de bio-intégration. Si on ne pratique plus de reconstitution à base d'amalgame, on explique les raisons de notre choix, les avantages liés à l'utilisation des produits composites (25).

### 1.3.5. Le branché

Le branché est une personne, homme ou femme, qui a des moyens financiers importants et qui recherche avant tout la nouveauté. En d'autres termes, le jeune cadre dynamique. Il est demandeur de nouveautés ce qui correspond au milieu social au sein duquel il évolue aujourd'hui. Il peut également correspondre à un idéal de vie, à un objectif. Dans la vie de tous les jours, il est séduit par tout ce qui est à la mode. Les notions de pérennité et de longévité sont pour lui désuètes et rétrogrades, puisqu'en tant que consommateur régulier, il a tendance à souvent remplacer les choses anciennes par des plus modernes. Il est sensible à toutes les nouvelles technologies et est attiré par tout ce qui est rare. Par définition, il aime avoir des choses que d'autres personnes ne pourront pas obtenir. Le branché apprécie que l'on utilise des instruments de dernières générations, des matériaux récents, des techniques d'avant-garde... Pour lui, tout ce qui est à la mode est synonyme de qualité (26).



**Figure 15 :** Illustration de dialogue avec un patient branché

Nous allons devoir insister sur le caractère exceptionnel de notre proposition, son côté peu commun. Nous pouvons même dire enfin que tout le monde n'est pas en mesure de s'offrir ce genre de traitement.

La conduite à tenir face à ce type de patient est :

- En prophylaxie, si on estime qu'un traitement est nécessaire, on lui explique que l'on va effectuer un test salivaire et une analyse au microscope.
- On n'hésite pas à proposer un traitement orthodontique, si besoin, en lui précisant que de plus en plus d'adultes ont recours à cette technique.
- Même chose pour les implants et en plus on lui dit que cela vient de Suède et que ce n'est pas accessible à tout le monde. On n'oublie pas de dire que cette technique de reconstitution est la plus moderne (26).

## 1.4. Les cas particuliers

### 1.4.1. La femme enceinte

Face à une femme enceinte, le réflexe immédiat est de prendre à chaque étape du soin (radiographie, anesthésie, prescription), les précautions nécessaires pour ne pas risquer de nuire au bon déroulement de la grossesse et de préserver la santé de la mère et du futur enfant (57, 75).

Pendant la grossesse, il est important d'évaluer à tout moment le rapport entre bénéfique (attendu d'un traitement) et risque connu ou potentiel pour le futur enfant en fonction de son âge gestationnel au moment du soin. Dans ce genre de cas, la communication avec le médecin traitant et le gynécologue doit être active car elle peut nous apporter de l'aide précieuse pour éviter les pièges.

La prise en charge de cette patiente commence tout d'abord par l'installation sur le fauteuil : si on la place en décubitus dorsal, le buste incliné vers le bas, on risque de créer rapidement une compression partielle de la veine cave, avec une diminution du retour veineux, une chute de tension et un risque d'apparition d'un syndrome cave (apparition de vertiges et de malaises). De plus, la patiente peut éprouver des difficultés à respirer car le diaphragme comprime les poumons. Notre conduite est d'éviter d'incliner le fauteuil vers l'arrière (75).

Ensuite, si nous devons réaliser des radiographies, on installe un tablier de plomb en ayant bien pris soin de protéger la thyroïde et on réalise le minimum de clichés. Ceux-ci sont à éviter fortement lors du premier trimestre sauf urgence. On prend ces précautions pour éviter toute irradiation du fœtus.

Egalement lors de prescriptions, des risques peuvent être encourus. En effet, la prise de paracétamol en surdosage ou associé à la codéine peut avoir des conséquences au niveau du fœtus. Pourtant c'est l'antalgique de choix. D'autre part, les antibiotiques comme la pénicilline sont très bien tolérés et aucun sous-dosage ne doit être prescrit sous peine de ne pas atteindre les taux plasmatiques efficaces. Par contre, la tétracycline est absolument contre-indiquée (risque tératogène) (75).

#### **1.4.2. Le patient fumeur**

« *Nous sommes aux premières loges pour constater les méfaits du tabac* » rappelle le Professeur Philippe Pougatchev. En effet, les ravages du tabac apparaissent en premier lieu dans la cavité buccale, véritable chambre à combustion. Il est prouvé que la prise de cette substance augmente considérablement les risques de cancers buccaux, de parodontopathies et de nombreux effets indésirables (halitose, coloration des dents) et peut

compromettre ainsi la réalisation et la pérennité de nos traitements. Devant la gravité de la situation, nous ne pouvons banaliser ce risque. La prévention du tabagisme doit être une priorité de notre quotidien pour améliorer la prise en charge bucco-dentaire. Ceci pour deux raisons : tout d'abord, nous avons la possibilité de montrer les dégâts causés et les améliorations obtenues qui suivent un arrêt pour sensibiliser le patient. D'autre part, nous devons répondre à la demande de plus de la moitié des consommateurs réguliers, qui souhaitent sortir du tabac, en leur offrant un service de conseil (76).

La proximité répétée, avec des patients de tout âge, par des consultations simples à intervalles réguliers, est idéale pour divulguer des messages de conseils et d'informations. Nous devons surtout être attentif lors de la visite d'adolescent et de femme enceinte, en raison des effets néfastes du tabac sur le fœtus. L'assistante doit participer en informant et distribuant des documents éducatifs et divers outils pédagogiques. Sa contribution à la sensibilisation des patients sera d'autant plus efficace qu'elle aura été elle-même formée à ce problème.

La prise en charge commence, comme d'habitude, par un questionnaire médical évaluant le statut tabagique, l'ancienneté, le nombre de cigarettes par jour. Ensuite un examen clinique effectué dans les règles de l'art pour dépister les cancers. Après, évaluation de l'état parodontal (bilan rétro-alvéolaire plus sondage des poches, état d'hygiène oral) et de sa motivation pour arrêter de fumer. Nous devons l'informer, l'encourager, le sensibiliser, l'orienter vers un tabacologue si nécessaire. Des moyens existent pour réaliser une motivation correcte. Un miroir à main grossissant ou une caméra intrabuccale va favoriser la prise de conscience. Un bilan radiographique permet de visualiser correctement l'alvéolyse (76).

Après cette première observation, il est de notre ressort de prévenir et de

mettre en garde des risques encourus (retard de cicatrisation, récurrence, abcès, perte d'attache, etc.) par le patient fumeur, avant tout traitement (parodontal, chirurgical, prothétique,...) si un arrêt de la consommation n'est pas réalisé. Pour la pose d'implant, nous obligeons le patient à un arrêt du tabac pendant au minimum quinze jours. Pour l'aider à lutter, on peut lui prescrire de la vitamine C. L'élimination des colorations est possible (détartrage, polissage). Le blanchiment est déconseillé chez le grand fumeur.

En conclusion, de nombreux types de patient peuvent venir dans notre cabinet. On vient d'en voir un certain nombre. Des moyens et des techniques nous permettent de définir le personnage en face de nous : le questionnaire médical va déterminer la personnalité, les besoins et attentes ; la prise de notes, et des interventions avec parcimonie, pour obtenir des précisions ; distinguer l'écoute de façon affective ; répondre aux inquiétudes de votre patient en l'informant, en le rassurant sur le fait que nous sommes capables de l'aider à résoudre ses problèmes à court, moyen, ou long terme.

Après avoir vu la typologie et notre attitude face à eux, nous allons étudier les grands principes de communication.

## **2. Les principes généraux de communication**

Nous traiterons dans un premier temps les principes de communication verbale et non verbale et dans un second temps, nous évoquerons ses applications (53, 73).



## 2.1. La communication linéaire et interactive

La **communication linéaire** est caractérisée par un émetteur qui code un message et un récepteur qui décode ce même message ; c'est une forme de communication simple, rapide, avec une sécurité de l'émetteur.

Les inconvénients se situent au niveau de la compréhension du message et à la passivité du récepteur.

La **communication interactive** est caractérisée par deux personnes qui sont tour à tour émetteur et récepteur. Par rapport, à la communication précédente, c'est un niveau de communication au-dessus : la compréhension du message est améliorée, et les deux interlocuteurs sont impliqués.

Les inconvénients sont les bavardages, la lenteur et une faible protection de l'émetteur.

## 2.2. La communication verbale

La communication verbale consiste en un échange d'informations et de perceptions entre le praticien et son patient. C'est le fait de partager, de mettre en commun des pensées, des émotions et des croyances (57, 59, 60).

Plusieurs facteurs participent à la qualité de cette communication, nous les étudierons successivement.

### 2.2.1. La voix

La voix formule des idées originales, il s'agit de la manière de parler (tonalité, intensité, débit) qui accentue et amplifie l'impact des mots (57, 59).

Cette voix doit être claire, agréable et en accord avec le contenu du

message. Le cabinet dentaire est un lieu d'échange, où la parole est un outil privilégié. Le dentiste produit un argumentaire pour mettre à l'aise le patient et de cette communication dépend les liens entre praticien et patient.

Le bon praticien a un rôle à jouer dans la communication, il adapte son discours à l'humeur du patient et à la complexité du cas. Pendant les soins, la bouche du praticien est située à moins de 30 cm de l'oreille du patient, il y a donc une réelle écoute de la part de ce dernier.

La parole doit atténuer le bruit des instruments et être rassurante. Le patient ressent toujours un stress plus ou moins important lorsqu'il se rend chez le dentiste, ce dernier doit être chaleureux pour lui permettre de retrouver la sérénité (60).

On analyse la voix selon sa tonalité aiguë ou grave, son intensité faible ou forte, son rythme, modulé ou uniforme et son timbre :

- **le ton de la voix** permet de détecter les sentiments,
- **le volume de la voix** doit également être adapté à la distance : ni trop fort car c'est un signe d'autorité, ni trop faible car elle signifie un manque de confiance en soi ou d'assurance. Elle informe sur l'état d'esprit du praticien (une voix coincée annonce de l'angoisse),
- **le timbre** exprime la personnalité du praticien qui doit faire bonne impression sur son patient.

## **2.2.2. La parole**

### **2.2.2.1. Le souffle et le verbe**

Il s'agit de maîtriser son souffle et le verbe.

Pour vaincre le trac, le praticien doit gérer sa respiration et permettre une pleine capacité pulmonaire en oubliant ses craintes réelles ou imaginaires. Pour s'exprimer, il doit faire un travail de sélection des mots les plus adaptés à l'idée

qu'il souhaite énoncer. Certains mots correspondent mieux que d'autres à la situation ou seront mieux compris du patient, il convient alors de les rechercher (60).

L'expression verbale comporte des ponctuations sonores comme des notations musicales. Le silence après une phrase marque la fin de cette phrase et la met en valeur. Un renforcement du ton de la voix marque une exclamation et une montée de la voix une interrogation. La ponctuation sonore est très utile et permet de traduire de la manière la plus juste possible l'idée énoncée par le praticien. Lorsqu'on développe un argumentaire, le rythme de la phrase est important, la ponctuation doit être marquée.

Le contrôle volontaire de la respiration recharge les batteries et donne du souffle pour garder une voix claire, une bonne sonorité et permettre une bonne compréhension du message formulé et adressé au patient. Lorsque les idées vont trop vite, il ne suit pas (20, 60).

L'interpellation est une forme très vivante de captation de l'attention et la répétition de certains mots accroche l'écoute. Les anecdotes, paraboles, le vécu, l'humour sont les meilleurs moyens de retenir l'attention mais la sincérité reste le garant le plus sûr de l'attention du patient.

On doit s'efforcer :

- **d'éliminer les tics de langage** qui se répètent normalement (« heu, vous savez ... »),
- de **supprimer** les banalités, les pertes de temps,
- **d'améliorer la ponctuation** sonore, la gestuelle,
- d'avoir un **rythme et un volume d'émission vocale adaptés** au patient,
- d'avoir une **bonne haleine**.

#### **2.2.2.2. Le choix du langage**

Chaque mot prononcé a une puissance plus ou moins grande ; certains créant l'euphorie, d'autres blessant. Le silence peut aussi faire souffrir. On distingue plusieurs types de discours ou registres : populaire, familier, littéraire ou scientifique. La diversité du contenu des phrases s'élargit encore pour chaque niveau de langage. Le praticien doit s'adapter au langage de son patient et ne pas utiliser un vocabulaire trop technique (57).

#### **2.2.2.3. Rôle des formules**

Pour convaincre, il doit argumenter, sélectionner des formules et les utiliser : « La douleur est un véritable incendie qui vous empêchera de dormir, vous devez prendre l'antalgique très tôt, pour la stopper avant son apparition », « L'espérance de guérir est déjà la moitié de la guérison ».

Il peut s'aider des formules de publicité, en utilisant des slogans, dont les sondages peuvent vérifier l'efficacité en termes de taux de rétention : « dents blanches haleine fraîche » de Colgate. Depuis de nombreuses années, les slogans publicitaires des grandes marques de dentifrice (Signal, Colgate...) contribuent à développer l'hygiène buccale (60, 63).

#### **2.2.2.4. L'importance du « nous »**

Pour avancer d'un pas dans une communication réellement impliquante pour le patient, nous devrions supprimer le mot « je » de notre vocabulaire. Une personne qui commence ses phrases par « Moi, je... » provoque un malaise. Le mot « nous » encourage une approche commune et nous rapproche de notre patient. Il leur permet de jouer un rôle dans l'édification de leur plan de

traitement. Cela leur permet de participer !

De nombreux chirurgiens-dentistes consacrent beaucoup de temps à établir un plan de traitement pour, finalement, essayer un refus. En tant que professionnels, ils passent beaucoup de temps en diagnostic, en explications et en tentatives pour amener les patients à accepter ce qu'ils préconisent. Par exemple, en argumentant un devis, le chirurgien-dentiste dit quelque chose d'approchant : « je constate une récurrence de carie sous cet amalgame, je ne crois pas que je vais pouvoir sauver cette dent, il va falloir la dévitaliser et la protéger par une couronne... ». C'est une approche négative, le praticien oublie d'inclure le patient dans son discours. Ce dernier perçoit cette forme de discours comme du mépris (59, 60).

Il est important de parler en utilisant le mot « nous ». Par exemple, pour le diagnostic : « nous avons découvert » cela implique l'équipe du cabinet ou alors « nous pouvons examiner cette zone pour cerner la gravité du problème... ». Cela implique le praticien, mais aussi le patient. Cependant, l'utilisation de formulations comme « ces symptômes montrent que... » ou « la succession des événements qui ont marqué cette dent évoque... » a l'avantage de développer l'éthiopathogénie et le diagnostic de façon impersonnelle sans implication profonde du praticien.

Pour le traitement, le « nous » est indispensable : « nous avons une bonne opportunité d'améliorer l'état de votre bouche. » installe une meilleure relation praticien-patient comme « nous pouvons sauver ces dents si nous... ». Lors de la finalisation, le « nous » est impératif « notre projet comportera donc... » « nous commencerons, dès le prochain rendez-vous, par... ». Ainsi, le patient se sent impliqué, parce que le mot « nous » a un double effet : il renforce la notion d'équipe dentaire et il nous place du côté du patient (60).

## 2.2.3. La verbalisation

### 2.2.3.1. La formulation

Pour la formulation, la formule doit rester positive, optimiste. Par exemple, la formule « bénéficiaire d'un traitement » doit être préférée à « subir un traitement ». Certains mots techniques font peur et doivent donc être éliminés du vocabulaire (59, 60).

<b>EVITER</b>	<b>PREFERER</b>
Extirper le nerf	Dévitaliser
Extraire la dent	Eliminer un foyer
Faire une piqûre	Endormir, désensibiliser
Fraiser la carie	Eliminer la dentine ramollie
Cureter	Nettoyer complètement
Inciser	Accéder au foyer
Obturer la cavité	Effectuer la restauration
Une lésion grave	Une atteinte avancée
Une mauvaise hygiène	Une technique à améliorer

**Figure 16 :** Tableau des formules techniques à maîtriser

### 2.2.3.2. Les questions

Pour établir une bonne communication, le praticien doit encourager le patient à s'exprimer. Le type ou la forme de la question posée influe sur la qualité des réponses du patient. Le dialogue doit être riche en questions,

véritables instruments d'échange, les analyser et y apporter des solutions. « Une bonne question vaut mille affirmations. Il n'existe pas de questions indiscrètes, seules les réponses le sont ». Il existe divers types de questions (57, 65).

#### 2.2.3.2.1. LES QUESTIONS OUVERTES

Il s'agit de questions exploratoires qui ne fournissent aucune suggestion de réponses. Elles n'influencent pas le patient et l'invitent à s'exprimer. Elles provoquent chez lui un plaisir à être écouté. Ces questions visent à découvrir le fond du problème. Elles ont leur place en début d'entretien (57, 60, 65).

- **Exemple :**

« *Que souhaitez-vous ?* »

« *Que s'est-il passé ?* »

#### 2.2.3.2.2. LES QUESTIONS FERMEES

Les questions fermées sont plus directives, elles introduisent dans la relation, les idées du praticien et par conséquent orientent l'échange selon les intérêts de ce dernier. Elles induisent la prise de décision par l'affirmation ou la négation. Elles ont leur place à la fin d'un entretien quand vient le temps de conclure (57, 60, 65).

- **Exemple :**

« *Souffrez-vous ?* »

« *La pression est-elle douloureuse ?* »

#### 2.2.3.2.3. LES QUESTIONS INFORMATIVES

Elles permettent d'obtenir des informations, elles sont destinées à préciser certains points particuliers et appellent une réponse brève.

- **Exemple :**

« *Quand la douleur est-elle survenue ?* »

#### 2.2.3.2.4. LES QUESTIONS ALTERNATIVES

La question suggère que le patient est déjà décidé au traitement, ce qui peut s'avérer utile chez un patient hésitant. Ces questions sont efficaces mais leur répétition entraîne une méfiance chez le patient voire même une éventuelle manipulation (65).

- **Exemple :**

« *Préférez-vous que nous traitions la molaire en premier ou que nous commençons par l'incisive ?* »

#### 2.2.3.2.5. LES QUESTIONS DIRECTRICES

Ces questions dirigent la réflexion vers une direction déterminée bien précise tout en permettant au patient de proposer lui-même sa solution. La somme des assentiments mineurs détermine les grandes décisions. Cela montre l'intérêt à adopter une stratégie rationnelle dans l'organisation du questionnement (65).



- **Exemple** : «*Etes-vous certain d'avoir plus d'intérêt pour une prothèse à déposer toutes les nuits qu'un système invisible fixé définitivement sur vos dents ?* »

Poser des questions, c'est :

- **prendre et garder l'initiative** (contrôler la relation),
- **apprendre** ce qui motive le patient, ses besoins, ses désirs,
- **maintenir** l'intérêt de l'interlocuteur,
- **prouver notre attention** à son traitement,
- **aider le patient** à évoluer vers la décision,
- **obtenir un accord aux solutions thérapeutiques.**

#### 2.2.3.2.6. LES REFORMULATIONS

Les reformulations des réponses du patient sont un complément indispensable du dialogue. Elles ont un effet simulateur de l'expression du patient, de sa réflexion et assurent le patient de l'écoute compréhensive du praticien. On distingue quatre types de reformulations (57, 60, 63).

##### 2.2.3.2.6.1. Les reformulations-miroir

Elles permettent de compléter ce qui vient d'être dit et de vérifier si le patient a bien compris. Le praticien doit reprendre les derniers mots de la phrase précédente à la forme interrogative.

- **Exemple**

*le patient : « Je n'en suis pas satisfait »*

*le praticien: « Pas satisfait ? »*

*le patient: « Oui, je veux dire que. »*

#### 2.2.3.2.6.2. Les reformulations-synthèse

Elles consistent à faire le point avec notre patient et vérifier si on a été bien compris. Le praticien doit résumer la pensée de son patient, en adoptant son point de vue (60).

- **Exemple :**

*« Si j'ai bien compris, vous souhaitez attendre que... »*

#### 2.2.3.2.6.3. Les reformulations-aiguillage

Elles recentrent la conversation face à un patient qui s'égare. La méthode consiste à sélectionner un thème intéressant dans ce qui vient d'être dit et l'exploiter pour enchaîner.

- **Exemple :**

*« Je vous suis parfaitement sur... »*

*« A ce propos, je vous rappelle que... »*

*« Dans ce que vous venez de dire, j'ai retenu que... »*

#### 2.2.3.2.6.4. Les reformulations-extension

Elles valident une hypothèse et font préciser la pensée du patient. Le praticien prolonge l'idée émise en tirant une conséquence.

- **Exemple :**

« *Vous me dites...cela veut-il dire que... ?* »

« *Je comprends, mais iriez-vous jusqu'à dire que... ?* ».

Le praticien qui veut utiliser un moyen efficace de faire parler ses patients s'efforcera d'apprendre à utiliser efficacement la reformulation des messages verbaux (57, 60, 65).

#### 2.2.3.2.7. LES SILENCES

Les silences permettent d'effectuer une introspection ou une réflexion sur ce qui vient d'être dit, mais aussi d'attirer l'attention sur les arguments qui vont suivre. Ils incitent également notre patient à parler et font suite à une reformulation, à une question ouverte (59, 60).

Le silence diffère selon sa durée :

- s'il est **bref**, il signifie l'approbation. En général, l'interlocuteur reprend la parole et complète l'idée précédente pour éviter un léger malaise,
- s'il est **prolongé**, il provoque l'incertitude, voire la dénégation et peut conduire à un malaise.

Le silence est une technique de communication, qui est certainement l'une parmi les plus efficaces. Le praticien qui peut tenir le coup et vaincre son envie de parler gagnera beaucoup de temps et d'efficacité.

### **2.2.3.3. Espace de communication et expression verbale**

Rapporté aux usages et aux objectifs thérapeutiques, on peut appréhender l'espace de communication en quatre sous-ensembles :

- **l'espace intime** (de 0 à 40 cm) : c'est un espace de grande proximité intensément chargé d'affects qui sera en conséquence très protégé. Toute forme intrusive dans cette sphère pourra être « reçue » sur un mode réactionnel suggéré ou imposé par une « agression » possible.
- **l'espace conversationnel**, supérieur à l'espace intime, qui se trouve à une distance d'une poignée de mains, bras tendu (de 40 cm à 1,20 m). Il implique l'immense majorité des contenus de communication personnalisés : c'est l'espace du discours personnalisé.
- **l'espace social** de 1,20 m à 4 m. Ce peut être le cas de figure du praticien et du patient, se situant de part et d'autre d'un bureau à l'occasion d'un entretien.
- **l'espace public** jusqu'à au-delà de 4 m. C'est un espace d'une bien plus vaste amplitude pouvant engendrer des risques d'affaiblissement de la transmission et de l'intégration des contenus de communication (56).

Il importe donc de concevoir que l'espace de conversation n'est pas dissociable de l'expression verbale qui s'impose dans tout rapport praticien-patient. C'est par définition le lieu privilégié de convergence de notre discours et il ne doit en cela ni être transgressé, ni être sous-évalué.

Le praticien travaille dans un espace restreint et à une distance qui est à mi-chemin entre la distance intime et la distance conversationnelle. Il est amené à se rapprocher du patient, à le toucher et à le faire bouger. Cette proximité physique, corporelle lui permet de s'introduire dans la sphère privée du patient, c'est le métier, la fonction même du praticien qui l'oblige à une telle proximité. Sans cette proximité et sans son geste qui s'introduit dans la cavité buccale du patient, cette fonction d'examineur et de praticien ne pourrait pas être remplie (60, 63).

Lorsque le praticien se dirige vers son patient, il réduit la distance sociale initiale. Si le patient vient pour la première fois dans le cabinet, il convient de ne pas faire un contact physique immédiat et de rester accueillant mais le plus neutre possible car certains patients pourraient interpréter ce rapprochement soudain par un manque de respect. Ce rapprochement est conditionné par les positions respectives des interlocuteurs, les messages verbaux mais également par la gestuelle et les expressions du visage, autrement dit par la communication non verbale.

### 2.3. La communication non verbale

Les messages non verbaux ont surtout une portée affective. Ils trahissent nos états d'âme, nos émotions et nos sentiments.

Notre façon de considérer le patient favorise ou non la communication et l'attitude, que nous avons à son égard, conditionne l'échange (53, 57, 60).

### 2.3.1. La poignée de main

La première impression est produite spontanément, dès les premières secondes de la rencontre.

La première poignée de mains est un rituel de politesse important entre deux individus. C'est une signature (60). Pendant cette poignée de mains, il est également important de regarder les yeux du patient.

### 2.3.2. L'image du praticien

La sagesse populaire dit que « l'habit ne fait pas le moine » mais dans notre société actuelle, l'apparence permet de juger à première vue les autres. Les patients jugent le praticien en fonction de son look (tenue, coiffure, maquillage...) (53).

Selon Montaigne : « La forme, c'est le fond qui remonte à sa surface ». Il est légitime que le patient attende du praticien qu'il porte une tenue exclusivement réservée aux soins :

- **la blouse** fait l'unanimité. Le patient attend que l'ambiance soit médicale. Cette tenue bénéficie de l'image valorisante des chirurgiens des hôpitaux, ce qui augmente la côte du praticien. Les manches à mi-hauteur jusqu'aux coudes et qui dégagent les avant-bras sont en tête du hit-parade. Pour le bas, le patient préfère que le praticien porte un pantalon de la même nature que la blouse. La tenue civile sous la blouse reste douteuse. Le patient peut facilement s'imaginer que le praticien porte cette blouse partout. L'harmonie des couleurs est essentielle. La tenue de travail doit toujours être propre.
- **le nom du praticien** s'il figure sur la blouse est apprécié ; il est conseillé de mettre le nom sur le côté gauche de la blouse. Dans ce cas,

l'inscription sur les blouses reflétera cet usage : « Dr Dupont, chirurgien-dentiste »

- **les chaussures** portées pour le travail ne doivent pas être les mêmes que celles portées dans la rue. Cela peut être des sabots ou toutes sortes de chaussures légères de sport, certains cabinets utilisent des surchaussures pour l'équipe et le patient ce qui produit un effet de propreté et permet au praticien de porter les chaussures qu'il souhaite.
- **les mains** doivent être propres, les ongles courts, non vernis pour les dames ou alors avec un vernis incolore. Le praticien quand il travaille porte toujours des gants. Les bijoux (bagues, montres ou bracelets) sont à éviter. Le seul bijou qui soit incontesté reste l'alliance.
- **la coiffure** doit être soignée, et les cheveux ne doivent pas être trop longs.
- **une peau maquillée** ne donne pas aux patients une impression de propreté, les femmes doivent préférer alors un teint plus pâle. Il faut donc favoriser un maquillage léger sans trop de couleurs.

### 2.3.3. Le regard

Dans les relations humaines, le regard est primordial ; s'il est fuyant, il éveille l'inquiétude ou la méfiance. Le regard doit être direct. Le regard du praticien influe sur la relation, le contact avec son patient, s'il est actif, il apporte satisfaction au patient (53, 57, 60).

Savoir changer son regard pendant l'entretien en fonction de la communication rend les résultats plus efficaces. Le regard est à la base des premiers échanges, il représente la première façon, avant même le contact physique, par laquelle, le dialogue corporel est entamé. Le fait d'éviter le regard

signifie nervosité et manque de confiance en soi et le patient y est particulièrement sensible. Allan Pears distingue le « regard professionnel » du « regard civil » :

- **le regard professionnel** : On peut fixer le regard sur un triangle imaginaire sur le front de l'interlocuteur et garder le regard au-dessus du sien pour rester maître de la conversation. Ce regard permet de discuter « affaires » et de créer une atmosphère de sérieux.
- **le regard civil** : Pour créer une atmosphère plus sociable, on fixe le regard sur un triangle imaginaire entre les yeux de l'interlocuteur et sa bouche.

Dans tous les cas, un regard attentif, doux et compréhensif du praticien joue toujours un rôle positif. Le patient sent que son cas intéresse celui auquel il vient se confier. Lors du premier contact, un regard souriant place d'emblée l'entretien sur un plan rassurant et amical. Au cours de l'entretien, c'est par un regard sécurisant que le praticien va répondre au regard inquiet du patient (60).

#### **2.3.4. Le sourire**

Chez l'enfant, le sourire signale à sa mère que le contact personnel est établi. Les sourires encouragent la réponse et peuvent amener en retour un sourire spontané. Selon Daniel Rosenzweig, « Le sourire, seule forme de publicité permise à l'équipe du cabinet, est avec la gentillesse, l'investissement le moins coûteux et le plus productif. » (53, 57, 59, 60).

Il doit être omniprésent et soutenir le regard. C'est un instrument privilégié de la communication non verbale, car il apaise et encourage en rapprochant le praticien du patient. Il participe avec le regard à la création d'un climat intuitif de confiance réciproque et diminue l'agressivité.



### **2.3.5. Le toucher**

Pour le nourrisson, le toucher est une nécessité vitale, les besoins de toucher prennent racine dans l'enfance. Selon certains auteurs, le rapport praticien-patient est semblable à celui de l'enfant avec sa mère. Le médecin/praticien est autorisé à nous toucher d'une manière peu habituelle que l'on ne tolère de personne. Dans la vie de tous les jours, il nous arrive de communiquer grâce au « toucher de contrôle » en guidant par exemple une personne. Cette stratégie de contact corporel amène confiance et sérénité pour celui qui se confie. Le toucher par la poignée de mains, une main sur l'épaule ou sur le bras est un élément majeur dans la communication thérapeutique et il est indispensable dans l'examen clinique (palpation) et pendant les soins. Les patients touchés, selon certaines statistiques, ont le sentiment que le praticien se soucie de leur état alors que les patients non touchés sentaient de l'indifférence de sa part (57, 58, 59). Les mains du praticien par le biais du toucher sont un formidable trait d'union psychophysiologique.

### **2.3.6. Le langage du corps**

Les postures du corps, la façon de marcher du patient révèlent sa personnalité.

La position droite et l'allure vive indiquent la confiance. Le bonheur et la gaieté allègent le pas. La dépression fait pencher la tête en avant, voûte les épaules et alourdit les pieds. Le patient marchant les mains dans les poches est souvent réservé, le torse projeté en avant caractérise l'énergie du fonceur (53, 63).

Le praticien doit rechercher la synchronisation des attitudes avec celle du patient pour être sur la même longueur d'onde. Pendant l'exposé du diagnostic

ou la recherche d'un accord sur un plan de traitement, l'observation des mains et des jambes du patient nous renseigne sur ses réactions vis-à-vis de nos propositions (57, 63).

Introduit dans le cabinet de consultation et invité à prendre place sur le fauteuil dentaire, le patient peut spontanément adopter une gestuelle ainsi qu'une attitude de référence posturale révélatrice de son émotivité, de son inadéquation psychologique inaugurale éventuelle ou d'une possible recherche de compensation de facteurs anxieux (60).

Mains derrière la tête	Confiance en soi
Mains grattant le cou, l'oreille, la tête	Perplexité, incertitude, doute
Main sur la joue	Réflexion
Main soutenant la tête	Fatigue, ennui
Main caressant le menton	Refus, négation
Mains qui se frottent	Satisfaction
Mains jointes à plat devant	Désir de persuader
Trituration de la cravate, des bijoux	Sensation de difficulté
Poings serrés	Agressivité, hésitation, peur
Pouces cachés	Dissimulation
Mains serrées	Négation, frustration
Tapotements répétés du doigt	Impatience

**Figure 17 :** Observations de la signification de l'attitude corporelle du patient

## 2.4. La Programmation Neuro-Linguistique (PNL)

Que signifie Programmation Neuro-Linguistique ? Neuro, car c'est «dans le cerveau que ça se passe». Linguistique, car c'est par le langage qu'on

exprime ce que l'on pense. Programmation, car nous sommes principalement influencés par nos expériences passées (34, 56).

C'est à la fois un modèle de compréhension des comportements et des mécanismes mentaux qui les sous tendent. Il s'agit également des techniques psychothérapeutiques classées dans les thérapies comportementales. Cet arsenal est complété par des techniques de communication ou, plus précisément, par des méthodes d'amélioration de la relation.

Développée dans les années 70 par Bandler et Grinder qui ont proposé un système d'analyse des modes de pensée d'un interlocuteur au travers de l'observation de ses mouvements oculaires (34, 56).

Quel est le rôle de telles techniques psychologiques dans un cabinet dentaire ?

A partir du moment où il existe une relation privilégiée du type soignant/soigné, toute amélioration de la qualité de cette relation ne peut qu'être bénéfique aux deux parties et doit permettre d'aboutir à une relation de type gagnant/gagnant, favorable à l'épanouissement de chacun. Une relation mal vécue par l'une des parties entraîne inéluctablement des sentiments peu propices à la réalisation des objectifs communs. Les différents stades de PNL :

- **La calibration** : C'est observer avec une attention très fine les détails de comportement, de posture, de visage, pour s'accorder, et se synchroniser (34, 56).
- **L'adaptation verbale et non-verbale** : La synchronisation apparaît au niveau du vocabulaire employé, du ton de la voix, du débit, des termes utilisés qu'il est parfois important de reformuler exactement (34, 56).
- **L'adaptation aux présupposés** : Les présupposés sont contenus dans une phrase sans être dits. Entre ce qui est dit et ce qui voulait être dit, il

existe des vides. C'est là que se logent les présupposés. Ils sont directement liés aux systèmes de croyances et aux critères de chaque individu et donc sont à manier avec grande précaution, sinon gare au rapport de confiance (34, 56).

**Exemple :**

*« Docteur, vous étiez en retard ce matin ! »*

*Présupposés : Il est important pour moi de vous le signaler. Vous pouvez être à l'heure. Je ne suis pour rien dans votre retard (JE n'est pas cité dans la phrase) différent de « nous étions en retard ce matin ».*

*Lecture de pensée : Il me dit que je suis souvent/encore en retard (aucune répétition de cet état de fait n'est citée). Il me fait un reproche (interprétation possible mais non validée)*

- **Etre en conscience externe :** Nous avons tous trois niveaux de conscience. Tout d'abord, le comportement externe se traduit par ce que nous faisons, nous disons, en bref, nos actions dans le moment. Ensuite, l'état interne est constitué des émotions, des sensations primaires (faim, soif, froid, chaud) ou secondaires (colère, peur, joie, ...). Enfin, les processus internes sont ce à quoi nous pensons, images mentales associées, confrontation d'expériences vécues, on interroge nos mémoires (34, 56).

A partir de ces trois niveaux de conscience, le but de la PNL est d'accéder au niveau inconscient pour choisir le comportement, les émotions ou les pensées les mieux adaptées à telle ou telle situation. Par exemple, en situation interpersonnelle avec un patient ou une assistante, rester en conscience externe favorise le rapport, d'autant que les passages dans d'autres niveaux de conscience sont perceptibles par un

comportement externe modifié : agitation des jambes, tripotage d'un objet, fuite du regard,...

Autre intérêt : capter et garder en mémoire les termes exacts employés pour aider la reformulation.

En conclusion, parmi les différentes techniques de communication, la Programmation Neuro-Linguistique semble être un outil bien adapté aux relations interpersonnelles en cabinet dentaire. En effet, la PNL propose de nombreuses techniques d'amélioration, de changement, de neutralisation sont disponibles pour renforcer nos capacités. Essayons de nous rappeler la dernière fois où nous avons discuté avec un patient qui avait une écoute bienveillante et sans jugement. Comment nous sentions-nous ? Et rappelons-nous que la sagesse orientale prétend que nous passons la moitié du temps à constater, l'autre à juger.

## 2.5. Les attitudes facilitant la communication verbale et non verbale.

Le praticien et son équipe doivent avoir un comportement qui induit un climat de non tension. Ils doivent adopter des attitudes qui facilitent le bon déroulement de l'entretien et mettent le patient en confiance.

### **2.5.1. L'écoute active**

Pourquoi écouter ? La qualité de la relation, c'est-à-dire de la communication entre les deux interlocuteurs va dépendre de la qualité d'écoute. Elle ne doit pas être simulée, sélective ou réductrice. En plus, cette écoute va

permettre de combattre les lacunes existantes lors de la transmission d'un message entre le récepteur et un émetteur. Grâce à ça, nous pouvons orienter notre message vers le vrai souci du patient (59, 65).

Lors de la première consultation, nous avons plus qu'à tout autre moment le devoir de montrer au patient notre désir d'apprendre, par sa bouche, tous les renseignements propres à faciliter le diagnostic ainsi que notre curiosité à le connaître et à découvrir ses besoins les plus profonds. Pour Daniel Rozencweig, nous devons voir tout d'abord le questionnement. Celui-ci est une technique délicate et complexe. Les questions utilisées avec doigté pour situer l'anamnèse entre une conversation et un interrogatoire. Trop vagues, les renseignements obtenus sont incomplets ; trop inquisiteurs, ils donnent une sensation de harcèlement (59, 60, 65).

Entendre sans confusion, sans perte des idées émises, sans distorsion de sens, est un acte volontaire. Comme notre attention a tendance à diffuser vers des pensées parallèles, un effort est nécessaire pour maintenir le fil du dialogue. Ceci est dû au différentiel entre le débit moyen d'un discours (150 mots par minute) et la vitesse de pensée (800 mots par minute). Si nous n'y prenons garde, si notre intérêt baisse, chaque temps libre est un risque de diversion, de rêve, de décrochage. Pour cela, il est nécessaire de penser comme le patient car ses problèmes et ses besoins sont importants et plus nous les comprendrons et les retiendrons facilement, plus nous garderons en tête ses objectifs (60, 65).

Les habiletés de la communication peuvent nous aider :

- Commencer la consultation en précisant :

*« Je tiens à vous dire que cette séance sera consacrée à vous écouter, à vous connaître et à comprendre vos besoins. »*

- Pour augmenter les capacités d'attention, il faut être curieux, avoir soif de savoir et de comprendre.

- Utiliser des encouragements verbaux et non verbaux

*« je comprends »*

*« je note »*

- Eviter de faire quelque chose en même temps (si ce n'est prendre des notes).
- Appréhender les messages non verbaux qui visualisent les sentiments (la double lecture).
- Choisir les mots justes en harmonie avec le langage du patient.
- Reformuler les réponses, ne pas porter de jugement.
- Ne jamais être pressé par le temps, car le temps joue en faveur de notre efficacité.
- « Parler est un besoin. Ecouter est un art.» GOETHE (60).

Le praticien découvre à travers la personnalité du patient la manière la plus percutante de valider son argumentation et ses propositions thérapeutiques.

Pour Pierre Brassard, l'écoute donne l'opportunité au patient d'expliquer ce qui est vraiment important pour lui, de participer à la conversation, ce qui augmente grandement les chances d'une conclusion positive. La moyenne des gens n'écoute pas vraiment. Pourquoi ? Parce que nous comprenons l'information quatre fois plus vite que la parole et de ce fait nous avons le temps de penser à autre chose. Penser à autre chose, « court-circuit » l'écoute.

La technique d'écoute commence par une préparation en amont : les remarques et les questions constituées en avance permettent de libérer son esprit pour l'écoute. Ensuite nous devons penser comme le patient : leurs problèmes et les besoins sont importants. Nous devons également limiter notre conversation car il est difficile de parler et d'écouter en même temps. Il faut écouter pour les idées... pas seulement les mots : nous voulons comprendre toute la situation et

non des brides ou des parties isolées. Il est indispensable d'avoir une concentration maximale sur ce que dit le patient et donc d'éliminer toutes les distractions. Il est important de laisser finir le patient même si une pause, longue, existe. Nous devons prendre des notes ce qui nous permettra de se rappeler des points importants. L'utilisation de la paraphrase : lorsque nous désirons que le patient élabore sur un certain sujet, poursuivons en utilisant cette méthode telle que « vous avez dit », « vous avez mentionné », « vous avez décrit il y a quelques instants ». Après avoir répété la citation, poursuivons avec une question commençant par qui, quoi, quand, où, pourquoi ou comment ? Nous pouvons réagir sur des idées et non à la personne, nous ne devons pas nous obstiner mentalement : nous ne devons pas être irrité par les choses dites ou la façon dont elles sont présentées. Cela pourrait nous faire perdre le contrôle.

Enfin il faut éviter de faire des prédictions sur ce que nous dirons les patients ou d'essayer de compléter mentalement leurs phrases. Il existe pour Pierre Brassard quatre façons d'écouter :

Arrêt de communication			Favorise la communication
Désaccord	Accord	Automatique	Etre avec quelqu'un
Argument, défense, prouver qu'ils ont tort	D'accord avec eux, résoudre le problème	Ecoute faite de façon mécanique (aucune réaction consciente)	Détendu, être entièrement présent, écouter sans jugement, ressentir comment cela peut être pour l'autre personne. Recevoir la communication sans ajouter quoi que ce soit.

**Figure 18 :** D'après Brassard, les différentes manières d'écoute



## 2.5.2. L'écoute réceptive

L'un des éléments clés de la réussite des rapports praticien-patient est la confiance mutuelle, si le praticien parvient à montrer au patient sa réceptivité, il ouvre la voie vers une relation riche et profonde. Pour que le courant passe bien, le patient doit être à l'aise et détecter chez le praticien de nombreux points communs, d'où l'importance de la synchronisation verbale et non verbale (57, 60, 63).

La synchronisation non verbale ne consiste pas à copier les tics ou le vocabulaire du patient mais d'adopter une attitude et des mouvements proches qui créent une parenté rassurante. Cela passe par l'allure, la démarche, les expressions du visage ou encore la respiration, souvent cette synchronisation est inconsciente (57, 60).

La synchronisation verbale quant à elle passe par le mode d'expression, le vocabulaire qui doivent être adaptés à chaque patient. La synchronisation consiste à détecter les particularités du patient et à y converger par la tournure des phrases, le registre du langage (familier, soutenu...), le volume sonore et les pauses.

La technique du miroir consiste à gommer les différences de la gestuelle, de la posture, des rythmes pour favoriser l'écoute réceptive.

Type de patient	Argumentation
Sportifs – Ecolos – Intellos	La santé
Femmes – Jeune fille soignée	La beauté
Adultes énergiques – Ados	La fonction
Ambitieux – Idéalistes	Le statut social – L'halitose
Adultes âgés	La conservation des dents

**Figure 19 :** Adaptation du discours en fonction du patient

### 2.5.3. La compréhension empathique

Il s'agit de la capacité du praticien ou de l'assistante à percevoir le message affectif inconscient exprimé par le patient. S'il parvient à comprendre le sens profond de son anxiété, de ses réticences, il éprouvera une satisfaction qui permettra une « libération » du patient. Le praticien doit savoir rester calme devant les réactions du patient. Grâce aux signaux non verbaux, il peut détecter ce que le patient ressent vraiment au fond de lui, ses émotions, afin de les évacuer et de les canaliser. Cependant, il faut rester neutre et admettre les propos du patient, ne pas le contredire (20, 21, 53, 60).

Lorsqu'il adopte une attitude réceptive et positive, le praticien avec chaleur rend le pouvoir à son patient qui se considère comme le principal arbitre de ses comportements.

- **Exemple** de compréhension empathique : le patient a manqué plusieurs rendez-vous, il le sait et il arrive en étant prêt à se mettre en colère parce que son bridge ne pourra pas être prêt à temps : A-t-il un problème de travail ? D'argent ? De divorce ?

Savoir poser de façon diplomate les bonnes questions, et écouter les réponses, voilà déjà une partie du problème résolu. Si le patient peut exprimer son sentiment, il sera plus compréhensif pour trouver une solution (19, 20, 52).

### 2.5.4. Le respect chaleureux

Par cette attitude, le praticien reconnaît au patient le droit de mener sa vie en pleine responsabilité, il lui fait confiance. Le praticien montre qu'il respecte la façon dont le patient voit les choses ; il est là pour comprendre, non

pour juger. Cela ne va pas toutefois jusqu'à tout accepter, mais à ne pas donner tort d'emblée. Dans l'exemple précédent, le patient qui n'avait aucune raison d'oublier ses rendez-vous en conviendra beaucoup plus volontiers s'il sent qu'on s'intéresse à lui en tant que personne et non pas seulement en tant que patient (20, 21, 53).

On doit laisser au patient le choix car ce dernier doit garder son libre-arbitre et sa responsabilité. Ce choix peut porter sur les rendez-vous, le moyen de paiement ou autre chose. Il faut enfin confirmer par écrit la solution trouvée, afin de ne pas laisser de place au doute une fois le problème résolu. Il ne sert à rien de forcer la volonté de la personne en face, qui pourra peut-être accepter dans un premier temps, mais qui s'arrangera par la suite pour retourner la situation dans son sens, et cela parfois sans même en être conscient.

### **2.5.5. La congruence**

C'est la correspondance exacte entre ce que le praticien sent et pense intérieurement et ce qu'il transmet au patient. Le praticien ne joue pas un rôle mais est vraiment lui-même. Pour que la communication praticien-patient soit efficace, il est important de cesser de se préoccuper de son image et de se montrer sous son vrai jour. On ne fait pas confiance à une personne que l'on sent artificielle. En donnant de lui une image plus humaine, dénuée de toute puissance, la congruence du praticien provoque celle du patient par un effet de miroir (20, 21).

Ainsi, de la première rencontre du patient avec le cabinet dentaire à la phase thérapeutique, la communication, liée à l'intervention orale, apporte une somme appréciable d'informations réciproques.

### **3. Applications au cabinet**

#### **3.1. Accueil au bureau de la salle de soins**

##### **3.1.1. Cadre, durée et position des interlocuteurs**

###### **3.1.1.1. La notion de temps**

Lors de cette première rencontre, qui est une prise de contact tant au niveau du patient que de sa bouche, le temps est un facteur important à maîtriser pendant la durée du rendez-vous, mais également en aval de cette consultation. Il faut respecter l'heure du rendez-vous et donc garder cela à l'esprit lors du rendez-vous qui le précède car pour un nouveau patient qui déjà peut avoir des réticences vis-à-vis des soins dentaires, le retard augmente son niveau de stress. Le patient pénètre dans le bureau tendu, méfiant et moins réceptif à ce qu'on va lui dire. Il en est de même pour le praticien : si ce dernier est en retard pour une première consultation, il sera tendu, soucieux de rattraper le retard accumulé précédemment ; il sera moins à l'écoute des doléances et des attentes du patient, risque de passer à côté de points importants et ne disposera pas de toutes les informations nécessaires pour établir une relation de soins optimale. Par ailleurs, le retard est généralement perçu comme une marque inconsciente de manque de respect. Si dès le premier rendez-vous le praticien est en retard, il sera par la suite très difficile d'exiger de son patient qu'il soit ponctuel pour ses séances. En effet, dans son inconscient, il conservera l'idée, que l'on est en retard, car il est toujours difficile de changer une première impression. De plus, il trouvera naturel de se permettre à notre égard, ce que nous nous permettons au sien. Enfin, il est dommage de débiter une relation de soins par un retard qui risque de modifier la suite des rapports que l'on va entretenir avec ce patient (74).

La durée de ce premier contact est de 30 à 60 minutes ; cette durée est à

l'appréciation du praticien. C'est le temps nécessaire pour découvrir un patient. Pendant la durée de l'entretien, il faut recueillir un maximum d'informations le concernant lui et sa bouche : connaître ses attentes, ses exigences, ses motivations, ses craintes, sa vision de la santé buccale, ...

### 3.1.1.2. La notion de cadre

Le lieu où se déroule ce premier entretien est important et le conditionne en partie. Idéalement il se passe dans le bureau du praticien qui est physiquement séparé de l'espace de soins pour éviter des réactions anxieuses du patient en présence du fauteuil. Si cela n'est pas possible, la place du bureau dans la salle de soin sera très bien déterminée pour permettre d'obtenir des conditions les plus semblables. Le bureau est un lieu calme, confortable, propice à la confiance.

Les rapports entre deux individus se modifient en fonction du lieu où ils s'établissent. « Être sur son terrain » symbolise l'avantage de la territorialité. Un bureau se présente comme une boîte fermée qui cache la moitié du corps, donc certains signaux non verbaux importants (57).

- **Le face à face** provoque des réactions d'opposition. Le praticien trônant sur un siège haut et confortable face à un patient en situation d'inégalité par une position plus basse, un confort réduit, les genoux bloqués par le fond du bureau, sans possibilité de s'accouder, ne pourra jamais obtenir un climat détendu. C'est la position patron/employé, professeur/élève propre à développer des réactions d'opposition.
- **La position de côte à côte** établit une relation d'accord. Sur une même banquette ou deux sièges identiques, autour d'une table ronde, les interlocuteurs ont une situation propice à effacer les hiérarchies.
- **La position à 45°** se rapproche de la précédente sur le plan

psychologique mais il est difficile d'accueillir les personnes qui accompagnent le patient.

En résumé, les positions respectives des interlocuteurs, déterminées par le choix du mobilier du bureau, orientent profondément la communication. Le bureau doit être impeccablement rangé. Il faut éviter l'accumulation de dossiers, de revues ou de stylos car le patient juge de notre professionnalisme et notre minutie à travers l'ordre qui règne (73).

Un dernier point important est de ne pas être dérangé durant cet entretien. On est en tête à tête avec le patient, on y consacre toute notre attention. On donne des consignes à l'assistante afin d'éviter toutes les perturbations externes qui peuvent rompre l'échange ou attirer l'attention des interlocuteurs. Nous entendons par perturbations externes : les communications téléphoniques, l'assistante qui fait du rangement... (57)

### **3.1.1.3. Historique médical et dentaire**

L'historique médical et dentaire remis par le patient lors de son arrivée au cabinet. L'assistante le regarde et vérifie s'il ne manque pas des informations. Si c'est le cas, alors elle demande au patient de compléter ou de préciser certains éléments. Après quelques minutes, l'assistante le récupère à nouveau et le donne au praticien afin qu'il puisse connaître l'historique du patient avant la première rencontre (18, 19, annexe 3).

Au-delà de l'aspect médico-légal que constitue ce questionnaire, il peut être une source d'information considérable sur le patient, ses soucis, ses attentes, ses habitudes de vie, ses besoins de santé, les traitements antérieurs, etc. Grâce à

ce questionnaire, nous allons connaître la bouche du patient sans jamais l'avoir examinée (29). L'historique nous permet de déterminer deux types de besoins du patient :

- **Les besoins clairement exprimés par le patient.**

**Exemple :** « *Je veux combler le trou entre ces deux dents* »

- **Les besoins non exprimés mais ressentis par le patient.**

**Exemple :** « *Je trouve que j'ai les dents jaunes* » ce qui signifie que le patient est sûrement intéressé par un éclaircissement.

La structure de l'historique dentaire doit être bâtie selon trois axes qui permettent de balayer l'ensemble des problèmes qui peuvent exister dans la bouche d'un patient :

- **La santé bucco-dentaire :** cette partie se subdivise en deux sous parties : l'une concerne les dents et l'autre le parodonte.
- **La fonction :** cela englobe les articulations temporo-mandibulaires et leurs fonctions : mastication, phonation, déglutition.
- **L'esthétique :** il est important d'aborder des problèmes tels que le sourire, le bloc antérieur, le rôle de la denture dans les relations sociales,...

On aborde via ce questionnaire l'ensemble des structures et des problèmes sur lesquelles un chirurgien dentiste est capable d'apporter des solutions. Ce type de dossier est un outil précieux de diagnostic des affections et permet l'élaboration d'un plan de traitement global pour que le patient accède à un état de complet bien être structurel, fonctionnel et psychologique au niveau de la sphère orale (la définition de la santé selon l'Organisation Mondiale de la Santé) (18, 19).

Dans un souci de prestations de qualité, il est nécessaire d'ajouter une quatrième série de questions regroupées sous le titre « questions diverses » afin

de mieux connaître le patient. On y abordera des thèmes tel que ses disponibilités et ses plages horaires de prédilection pour ses soins, ses relations avec son précédent praticien, et les raisons qui l'on conduit à en changer, ce qui est capital pour lui dans une relation de soins, ce qui à ses yeux, est le plus important au niveau bucco-dentaire...

En résumé, le questionnaire médical et dentaire est un dossier des charges, des attentes du patient en matière de soins et de ce qu'il attend de sa relation avec un praticien. Il permet de structurer et d'organiser la demande de soins.

#### **3.1.1.4. La discussion orientée**

Nous recevons le patient à notre bureau. Nous avons en notre possession tous les documents émis depuis la prise de contact avec le cabinet, c'est-à-dire : fiche de communication téléphonique, dossier (papier et informatique), historique médical et dentaire.

Cette consultation au bureau est destinée, à la prise de contact des deux parties, à détailler et préciser certains points de l'historique, afin d'établir les bases d'une relation de soins optimales (73, 74).

Durant cet entretien, la prise de notes de notre part nous permet de conserver une trace de ce que dit le patient. Ce qui nous permet de se rappeler du contenu de cette entrevue. La prise de notes permet également de montrer au patient que ses doléances sont entendues.

Durant la consultation, il faut :

- **Comprendre les motivations** profondes du patient.
- Essayer **d'évaluer son insertion** pour les soins dentaires.



- Lui **donner une connaissance** de base de nos soins.
- Souvent les patients se désintéressent des soins car ils n'en comprennent pas l'intérêt.
- Quand un patient est peu enthousiasme, il faut essayer d'en connaître les raisons. Il est important de savoir très tôt si un patient est complètement réfractaire. Tous les patients ne peuvent pas accepter tous les soins qui leurs sont proposés, même si ceux-ci sont nécessaires.

Ecouter est un art difficile. Pour commencer, les dires du patient seront annoncés par : « Mlle Dupont, Amandine m'a dit que vous venez pour ... ? » Nommer la personne et évoquer le motif de consultation traduit notre professionnalisme. Il suffit alors d'écouter son discours dans un silence attentif. La prise en considération de la demande première du patient évoque notre volonté de rendre service, de secourir. Elle montre l'intérêt que l'on porte à l'interlocuteur, à ses problèmes et indique que nous allons accorder notre temps et notre compétence. La disponibilité démontrée par l'écoute est le premier cadeau de bienvenue (73, 74).

L'attention et l'enthousiasme libèrent la parole de l'interlocuteur. Avec des questions de confirmation, des encouragements verbaux et non verbaux, il est très facile d'obtenir des renseignements qui nous éclaireront sur ses désirs et ses attentes les plus intimes. Laisser au patient le temps de s'exprimer, ne jamais s'impatienter, sont les meilleurs moyens de capter les besoins à satisfaire en priorité.

On ne séduit pas en parlant de soi mais en provoquant l'expression libre des dires de l'interlocuteur. Susciter ses questions : c'est bien souvent ouvrir la porte à toutes les explications que nous aurons à lui fournir dans le déroulement de la relation thérapeutique. Nous devons animer et relancer l'échange. C'est nous qui devons orienter le patient vers les points d'intérêt. Nous détaillons avec

lui l'historique et l'incitons à approfondir certains éléments qui nous semblent importants ou flous. Notamment, nous n'oublions pas de discuter de ses disponibilités et du rythme souhaité pour ses rendez-vous (s'il préfère plusieurs par semaine ou si un par semaine est plus confortable). Il est important de revenir sur la relation qu'il a entretenue avec son précédent dentiste : les points positifs, négatifs et les raisons pour lesquelles il a mis un terme (71, 73, 74).

Quelques pistes pour animer le dialogue :

- Débuter la consultation en précisant qu'elle sera consacrée à une prise de contact, à une évaluation de ses besoins en terme de soins, de prise en charge et qu'elle se terminera par un examen au fauteuil. Qu'en aucun cas des soins seront effectués (s'il n'y a pas d'urgence bien entendu).
- Se placer en position d'écoute : le corps droit, garder la bonne distance pour que le courant passe.
- Pour être présent, vigilant, aux aguets, il faut être disponible. La fatigue est le plus grand ennemi de la concentration.
- Pour être totalement à l'écoute, il faut oublier les autres préoccupations, ne pas faire autre chose en même temps (si ce n'est prendre des notes).
- Pour augmenter sa capacité d'attention, il faut être curieux, avoir soif de savoir et de comprendre, se mettre dans la peau de l'autre, se concentrer sur ses propos, ne pas l'interrompre.
- Recourir à des questions ouvertes en commençant par le nom du patient (Mr Dupont, que signifie pour vous .... Qu'est-ce qui vous semble souhaitable...), choisir les mots justes en harmonie avec le langage du patient.
- Utiliser les encouragements verbaux et non verbaux (je comprends, je vois,..).

- Appréhender les messages non verbaux qui visualisent les sentiments (la double lecture).
- Reformuler ses réponses, ne pas porter de jugement (autrement dit..., si je comprends bien...).
- Surveiller les indications émises par notre corps (exemple : l'absence de contact visuel, la manipulation distraite d'objets, les tapotements impatients des doigts, le balancement nerveux de la jambe, le corps déjeté en arrière, sont des messages implicites qui conduisent à l'échec de la relation orale).
- Ne jamais être pressé par le temps car il joue en faveur de notre efficacité.

### **3.1.2. Accueil au fauteuil**

Lorsque tous les points d'intérêt ont été abordés, le patient est invité à passer sur le fauteuil. On va du même coup passer d'une bouche s'ouvrant pour dire les mots vers une bouche maintenue ouverte explorée, avec force, à la recherche des maux. Cet examen consiste à confirmer de visu et à affiner ce que l'on aura appris précédemment sur la bouche du patient (15, 33, 63).

L'examen se déroule au fauteuil en présence de l'assistante, qui consignera dans le dossier informatique ou sur une feuille bilan initial, les observations qui lui seront dictées par le dentiste. Quand arrive le moment de l'examen clinique, la froide dimension de la technique médicale revient alors inévitablement avec insistance. C'est à ce moment que le patient nous place (ou nous replace) dans nos habits ou notre « costume » de poseur de diagnostic et de pronostic. Le patient, surtout, quand il arrive dans un nouvel univers est vigilant, attentif à

tous les détails. Il observe les conditions d'hygiène du cabinet. Il est donc crucial de porter des gants, un masque, des lunettes de protection, de se laver soigneusement et d'ouvrir les sachets de stérilisation devant lui. On installe une serviette de protection sur son torse.

Les préliminaires sont importants. On demande au patient l'autorisation de pratiquer l'examen, car on va pénétrer dans un espace intime du patient. Nous sommes amenés à voir des choses que la pudeur de certains patients conduit à cacher à leur conjoint.

### 3.1.2.1. Observations générales

L'examen initial sert à déterminer si tout est normal et fonctionnel. Il consiste en une analyse détaillée de l'état buccal selon un processus bien établi :

- L'examen ne commence jamais par les dents ! Vérifier la tête, le cou et les ganglions. Sur le plan de la communication, cela permet une approche plus douce, moins agressive de la bouche.

**Exemple** : un patient qui se plaint de douleur au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire, l'examen n'est pas limité à l'équilibre général, à la démarche, au type morphologique et au profil psychologique, il doit être complété pour ce type de patient par une appréciation plus approfondie des problèmes posturaux, des antécédents traumatiques et des facteurs aggravants de tension émotionnelle et de stress.

- On fait ouvrir la bouche au patient. Il est important de s'assurer qu'il n'y a pas de douleur à l'ouverture et la fermeture de la bouche, ni à la palpation des mâchoires
- On poursuit par l'examen de la langue. On lui explique que ceci est capital pour un bon examen dentaire.

- On palpe ensuite les lèvres, la muqueuse buccale. On explique toujours nos actes. A ce stade, on fait part de nos observations à notre assistante qui va noter celles-ci (72).

### 3.1.2.2. Observations locales

L'examen se déroule toujours dans le calme et la douceur. L'examen endobuccal est tout d'abord visuel, les caries même débutantes peuvent être visibles soit naturellement soit par un éclairage particulier. Il est donc nécessaire de détartrer les dents puis de polir les surfaces dentaires pour une meilleure vision. Le fil dentaire peut être utilisé pour détecter une carie entre deux dents car dans ce cas le bord de la carie, constitué d'émail coupe le fil. Ce fil permet également de détecter des espaces trop grands entre deux dents qui s'accompagnent de bourrages alimentaires et constituent ainsi un risque carieux. La sonde pointue du dentiste permet de détecter les cavités créées par la carie. On peut aussi rechercher les dents sensibles à l'eau froide ou chaude pour détecter une carie ou un abcès (72).

Après une observation générale puis locale, on doit respecter deux étapes précises :

- Description des observations dans un langage compréhensible : « Tous les muscles sont normaux » ; « L'examen des ganglions est négatif » ; « Présence de saignement au niveau des gencives ». Ce que faisons là est simplement de construire un cas dans l'esprit du patient. Puis, il faut compléter nos observations par une explication.
- Explication : chacune de nos observations doit être suivie d'une courte explication : « Nous décelons quelques saignements au niveau des gencives. Ces saignements sont l'un des symptômes indiquant un

problème un niveau de gencives et de l'os sous-jacent... C'est pourquoi nous allons effectuer des examens complémentaires...». Ce faisant, nous aurons capté l'attention du patient (72).

L'examen clinique représente la toute première véritable intrusion du praticien dans l'espace buccal du patient avec son cortège de significations. C'est un moment où les échanges se font de manière non verbale et peut-être alors plus intense.

### **3.1.2.3. Les examens complémentaires**

Aujourd'hui, l'information n'est plus seulement un devoir éthique, elle est devenue une obligation légale, débouchant sur le consentement éclairé.

L'avenant n°6 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes précise d'ailleurs : « Une description précise et détaillée du traitement proposé est obligatoire » et « le patient reconnaît avoir eu le choix de son traitement ».

De nouveaux moyens se proposent d'améliorer la communication dans le cabinet, faisant appel à l'image numérique et l'informatique. Ces nouvelles technologies, dans le respect du cadre éthique, permettent d'informer, de conseiller et de rassurer les patients, tout en nous valorisant et en validant les impératifs juridiques de devoir d'information du patient (33, 50).

Sans faire de catalogues de toutes les possibilités qui s'offrent à un cabinet désireux de s'équiper dans ce domaine, on peut considérer deux grandes catégories de moyens logistiques (57) :

- Les supports papiers et de simulations
- Les supports technologiques

### 3.1.2.3.1. COMMUNICATION INSTRUMENTALISEE

On donne un miroir au patient qu'il va tenir dans sa main gauche et nous allons avec une sonde lui montrer la présence de caries, de saignements gingivaux, de dépôt de plaque dentaire, de mobilité dentaire et de récessions. Cette technique de communication permet au patient de percevoir de manière directe les problèmes que nous devons affronter avec lui. Il est important de bien sensibiliser le patient sur le fait que l'amélioration de son état bucco-dentaire est possible, uniquement et si seulement il en prend conscience (57, 59, 60, 72).

Après avoir décrit les lésions et motivé le patient, on doit analyser l'étiologie de celles-ci. On pose des questions complémentaires pour essayer de mieux connaître le patient et pour l'aider à améliorer son état bucco-dentaire. Il existe de multiples origines de celles-ci : manque d'hygiène, mauvaise alimentation, ... Le patient dit que ces problèmes ont une origine génétique (« Mes parents avaient également des mauvaises dents et à trente ans ils portaient un appareil haut et bas. ») ou sont dus aux mauvais traitements des précédents dentistes. Il est important de ne pas transférer la faute sur les confrères car tout d'abord, on ne connaît pas bien le comportement de la personne pendant les soins et de plus, cette attitude n'est pas confraternelle.

On reprend les éléments :

- **Le manque d'hygiène** : la motivation est une partie essentielle de la thérapeutique. Le contrôle de plaque comprend le brossage et le nettoyage interdentaire. On explique la technique de brossage qui s'inspire de celle de Bass. Le nettoyage interdentaire se réalise soit au moyen du fil interdentaire, de préférence non ciré, soit à l'aide de brossettes interdentaires (goupillons). Le contrôle de plaque se réalise une fois par jour et le brossage est réalisé trois fois par jour (72).

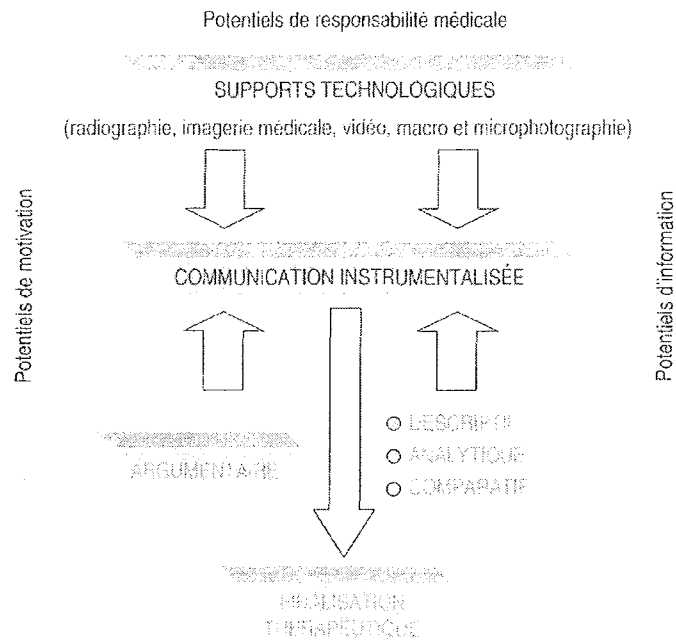
- **La mauvaise alimentation** : les sucreries, le grignotage, les boissons gazeuses et les acides sont des facteurs puissants de déséquilibre du milieu buccal. L'analyse de ces prises permet une rééducation, toujours difficile car tout ce qui touche à la nourriture est fortement associé à la psychologie (72).
- **La correction des obturations débordantes** : les espaces interdentaires ne sont plus respectés et des problèmes parodontaux apparaissent (poches, ...). On montre le débordement et on explique au patient que cette zone saigne beaucoup car la gencive ne respire plus. Il faut donc libérer l'espace.
- **Les comportements néfastes** : la prise régulière de tabac ou de drogues a un rôle important sur l'aspect des gencives. C'est pourquoi, comme nous l'avons vu précédemment, il est indispensable de motiver le patient.

Après avoir analysé les soucis buccaux du patient, on doit argumenter notre communication en utilisant des supports technologiques.

#### 3.1.2.3.2. SUPPORTS TECHNOLOGIQUES

La communication par l'imagerie au sens large est rendue possible grâce à différents capteurs capables de réaliser l'ensemble des clichés supports de l'échange visuel entre le praticien et son environnement. La dualité clinique et communication est indispensable si l'on ne veut pas considérer à terme l'outil comme un simple gadget (57).





**Figure 20 :** Communication instrumentalisée et gain de communication

A ce stade de la première consultation, le patient écouté (voire entendu) en tant que sujet devient brutalement et immédiatement une sorte d'objet d'investigations strictement « scientifiques ». Ces dernières seront d'autant mieux vécues et intégrées par le patient que celui-ci aura eu la perception que ses questions et ses souffrances étaient prises en compte et en considération. Le patient pourra d'autant mieux comprendre la véritable dimension et la recherche de cette juste évaluation objective de son état de santé générale ou parodontale. Autrement dit, le patient supporte d'autant mieux la position d'objet vis-à-vis de ces examens techniques complémentaires qu'il a été respecté, auparavant, en tant que sujet (50, 57).

### 3.1.2.3.2.1. La radiographie argentique

Elle est la radiographie la plus ancienne et donne des images de très bonne qualité et grande précision. On l'utilise pour apporter une réponse en montrant simplement les rapports de la racine à l'os ou d'un implant avec une racine dentaire (50, 57).

### 3.1.2.3.2.2. La RadioVisioGraphie (RVG)

La RVG, capteur numérique intraoral, est historiquement la première source d'images dédiées à la fois au diagnostic et à la communication praticien/patient. Grâce à ses performances uniques, c'est aujourd'hui le seul capteur numérique à mettre à la disposition du praticien la totalité du potentiel de l'imagerie tout en offrant la même qualité d'image que le film argentique et l'instantanéité du développement.

Avec la RVG, tous les aspects de la communication par l'image sont abordés. Une image radiologique, au-delà de son contenu clinique destiné au diagnostic du praticien, symbolise toute l'expertise de celui-ci aux yeux du patient. La radiologie est affaire de spécialiste et, par conséquent, échappe à l'entendement du patient tout en ayant sur lui un impact émotif et rationnel. Si le cliché apparaît sur un écran situé dans le champ visuel du patient installé dans le fauteuil, la communication s'instaure entre le patient et l'environnement dentaire avant même que nous expliquions l'image : le patient reçoit un message implicite fort qui le renseigne sur l'attachement du cabinet aux valeurs technologiques. Notre cabinet et nous même sont valorisés, le patient est confiant. Si nous nous donnons la peine de lui expliquer, de façon simple et brève ce qui apparaît sur l'écran, le message devient alors explicite. Nous pourrions valoriser nos actes, montrer que tout notre savoir est au service du patient, bâtir une vraie relation de confiance fondée sur la transparence et l'ouverture (57).

Il convient de rappeler que la RVG a été conçue à des fins diagnostiques préopératoires, peropératoires et postopératoires. Son utilisation pour la communication est la simple conséquence du fait de l'affichage des clichés sur un écran. La valorisation des actes aux yeux du patient passe donc avant tout par la haute qualité du diagnostic et du travail qui en découle, qualité sans laquelle toute communication reste vaine.



**Figure 21 :** Cliché RVG

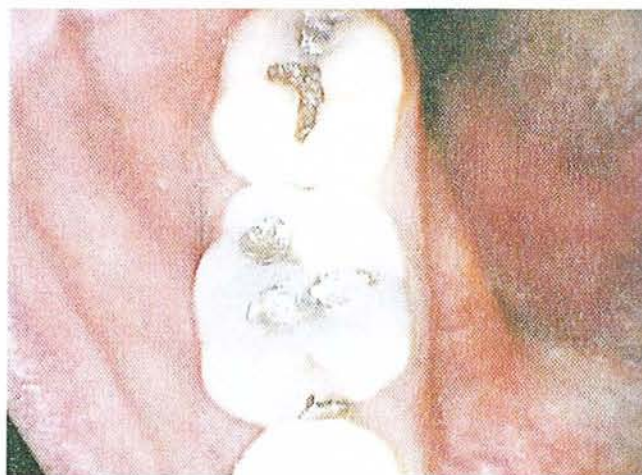
### 3.1.2.3.2.3. La STomaVision (STV)

La STV, caméra, réalise des images intraorales couleurs grâce à sa source de lumière intégrée et à son endoscope ergonomique. La haute qualité de sa finition en fait un instrument parfaitement intégré à l'espace opératoire.



**Figure 22 :** Pièce à main STV

La STV permet d'obtenir en toute simplicité des images préopératoires, peropératoires et postopératoires en couleurs pour mieux dialoguer avec le patient ou illustrer un acte en complément des clichés RVG. Elle participe pleinement à la communication patient-praticien. Ici, on exploite plus le côté émotif du patient comme vecteur de communication. Les clichés portés à son regard sont une vision magnifiée de ce qu'il peut observer quotidiennement chez lui devant son miroir. Les images, observées dans le cadre du cabinet et en notre présence, prennent une dimension différente. Un commentaire du praticien sera nécessaire pour amener le patient à comprendre, voire accepter, sa propre anatomie. Nous pourrions nous appuyer sur les images pour amener le patient à accéder à des soins évolués et valorisants. Le patient, mieux sensibilisé à l'importance de son hygiène, s'imposera de lui-même une certaine fréquence de visites au cabinet (fidélisation). Si les images radiologiques s'adressent plutôt aux adultes, les images en couleurs ont un public plus large puisqu'elles sont comprises par les très jeunes enfants. Elles ont ainsi donc un double intérêt : rendre la visite dentaire plus attrayante, ce qui est fondamental pour briser la tension nerveuse des enfants en situation de patients, et mieux les éduquer à l'hygiène buccodentaire (57).



**Figure 23 : Cliché STV**

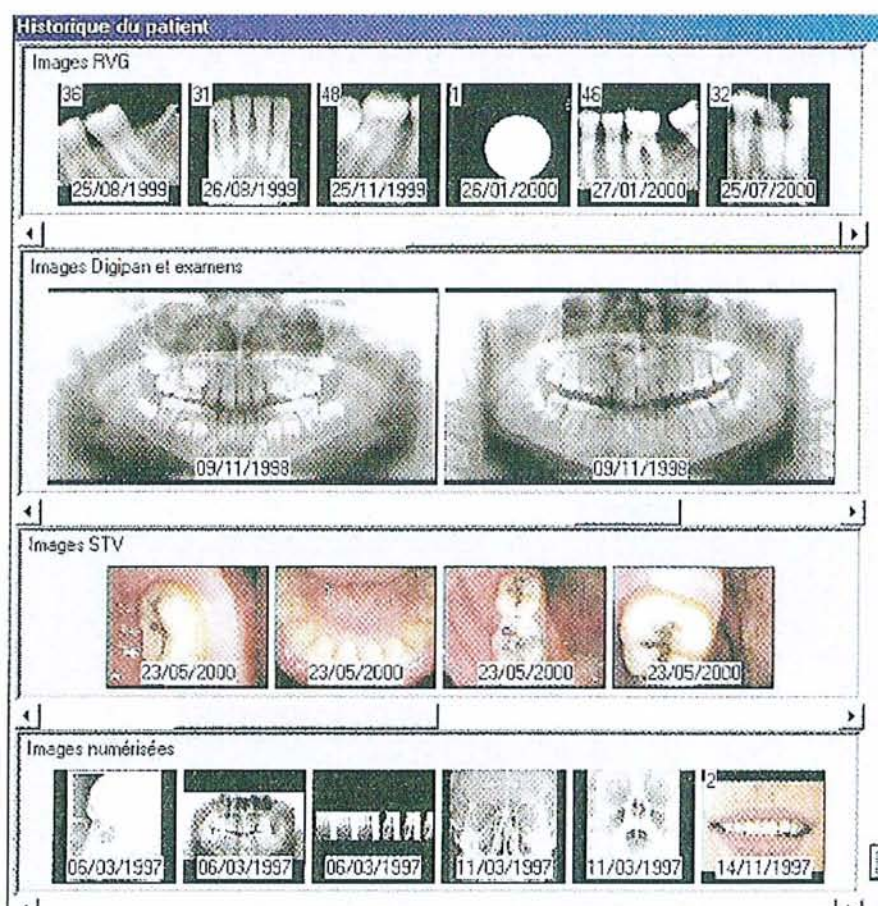
#### **3.1.2.3.2.4. Le Trophypan**

Le Trophypan, appareil panoramique entièrement numérique, réalise en temps réel des images panoramiques, complètes ou segmentées, des clichés des articulations temporo-mandibulaires et des sinus. Simple et ergonomique, c'est un élément essentiel pour le diagnostic et la communication.

Les clichés radiologiques numériques ont la même valeur symbolique que les clichés RVG. L'image panoramique digitale renforce la crédibilité du cabinet, valorise l'expertise et rassure le patient mais, avant tout, elle simplifie la communication entre le cabinet et son environnement. En effet, depuis quelques années, on constate qu'un nombre croissant de cabinets s'équipent d'un appareil panoramique numérique ce qui leur permet d'intégrer un acte auparavant sous-traité par un radiologue indépendant. Grâce à cette intégration, le patient ne prend plus qu'un seul rendez-vous pour accéder à un traitement dentaire s'appuyant sur l'analyse d'un cliché panoramique. De notre côté, nous avons un contrôle complet de la chaîne de communication des informations cruciales pour son diagnostic (57).

#### **3.1.2.3.2.5. Le Trophy Windows**

Le Trophy Windows, logiciel d'imagerie, gère l'ensemble des outils d'imageries (RVG, STV, Trophypan). Plus qu'un tronc commun, il est un outil d'aide à l'analyse des clichés procurant à la fois puissance et simplicité. La base de données d'images intégrées dans ce logiciel qui regroupe l'ensemble des supports de la communication est fondamentale. Elle est facile à utiliser et rapide d'accès (57).



**Figure 24 :** Détail de l'historique du patient dans Trophy Windows.

D'un seul coup d'œil, l'assistante peut connaître l'identité du patient et mieux personnaliser son accueil. Nous, nous remémorons préalablement les derniers clichés réalisés, les actes effectués et les dernières notes prises avant de le recevoir.

### 3.1.2.3.2.6. La photographie numérique

L'utilité de la photographie numérique dans la communication n'est plus à démontrer. Elle est un phénomène récent. L'apparition des premiers appareils remontent à une dizaine années (50, 57).

Pour obtenir une bonne photographie, il est nécessaire d'avoir une source

lumineuse de qualité. Il ne faut jamais utiliser le scialytique pour éclairer le sujet. Celui-ci donne des ombres très marquées avec un gros risque de dominante jaune. Le flash annulaire est parfait pour les photographies techniques (implantologie, parodontie, orthodontie). En revanche, il est déconseillé pour les images à caractère esthétique. Sa lumière donne des images plates, sans ombre.

La photographie numérique a un rôle essentiel dans la communication. Tout ce qui est esthétique doit être montré de façon clinique. Seules les photos en bouche peuvent apporter une information sur les résultats esthétiques d'un éclaircissement, d'une facette céramique ou de nouvelles céramiques. Par opposition aux logiciels de simulation, nous ne nous engageons pas dans une obligation de résultat. De même, en respectant le secret professionnel, des cas cliniques sont utilisables pour faire de la motivation auprès d'autres patients. Grâce à ces outils spécifiquement développés, le patient visualise et comprend mieux les principes des traitements qui lui sont proposés.



**Figure 25 :** Exemple de photographie numérique avant et après traitement



**Figure 26 :** Exemple de la réalisation de prothèse fixée

En conclusion, la photographie numérique est facile dans la mesure où on dispose du bon matériel pour la bonne utilisation. C'est un vecteur en parfaite adéquation avec les moyens de communication et les besoins actuels : instantané du résultat, duplication sans perte de qualité, gain de temps, économie (plus d'achat de films ni de frais de développement), stockage dans un espace réduit grâce aux CD-ROM et aux DVD.

#### 3.1.2.3.2.7. Logiciel de communication

Il existe différents logiciels de communication. Dans notre cas, on prend comme exemple le logiciel Quickdental Office Pro. Ce type de support met l'informatique au service de l'information des patients (57).



**Figure 27 :** Logo du logiciel



Les objectifs sont clairement définis :

- Mettre à disposition du praticien ou de son assistante un outil de communication à la fois moderne, novateur et simple à utiliser
- Apporter un support visuel pour illustrer des explications souvent délicates
- Augmenter la compréhension des patients en utilisant un langage scientifique décodé par l'image
- Gagner un temps précieux tout en se conformant à son devoir d'information.

Aujourd'hui, la communication devient incontournable au sein du cabinet, il est indispensable que nous puissions répondre efficacement aux questions posées par les patients et les guider dans le choix des traitements et techniques actuels (50, 57).

Quickdental est le premier logiciel consacré à la motivation et à l'information des patients. Facile à installer, simple à utiliser, c'est un complément indispensable aux logiciels de gestion traditionnels. Quickdental est constitué de trois modules :

- **Module Quickdental** : il s'agit d'une banque de données exhaustive comprenant plus de mille documents représentant plus de deux cents cas ou situations cliniques à notre disposition. Le patient peut suivre pas à pas notre plan de traitement. Chaque étape peut être détaillée à notre guise. Tout est prévu pour que le patient comprenne vite et, surtout, pour que nous perdions un minimum de temps pour accéder au contenu du logiciel. Tous les actes effectués au cabinet sont répertoriés en neuf catégories : prophylaxie, dentisterie restauratrice, endodontie, esthétique, prothèse fixée, prothèse amovible, parodontologie, implantologie, orthodontie. Chaque catégorie donne accès à des sous-catégories

adaptées à la terminologie des actes quotidiens (57).

**Exemple :** module esthétique : des photographies en situation clinique rendent compte au patient des vertus esthétiques des inlays compomères ou des facettes en céramique collée ou encore des différentes phases de la réalisation prothétique.

On dit souvent qu'un beau dessin vaut mieux que mille mots mais, dans le cas présent, ce sont mille photographies qui viennent apporter à nos explications tout leur sens.

- **Module de stockage :** grâce à la possibilité de personnaliser le logiciel, nous pouvons enrichir la banque de données d'images à l'aide de tous les documents numérisés que l'on dispose. Ce module permet de regrouper, dans une seule application, toute l'information destinée aux patients et de construire un outil de communication sur mesure (57).
- **Module de diaporama pour salle d'attente :** enfin, pour les praticiens désireux d'informer dans la salle d'attente (ou même via un écran dans la salle de soin), Quickdental offre un module qui permet de faire défiler en boucle photos, vidéos et textes. Chacun peut, selon son type d'exercice, réaliser des diaporamas sur mesure (57).

En conclusion, Quickdental s'adresse à l'omnipraticien et au spécialiste. Il explique d'une manière simple le déroulement complet d'un traitement effectué à son cabinet ou en collaboration avec ses correspondants spécialistes. De plus, il dispose d'un outil de communication pour dédramatiser ses actes.



**Figure 28 :** Animations sur la gingivite

### 3.1.2.3.3. LES EMPREINTES

Après avoir exposé au patient les problèmes présents dans sa bouche, nous allons réaliser des empreintes. Celles-ci donneront des modèles d'étude. A partir de ça, nous allons pouvoir montrer les interférences qu'il existe entre les deux arcades pendant l'occlusion. Ces interférences peuvent être la cause de nombreux problèmes comme l'apparition de douleurs au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire. Le patient comprend mieux et se rend compte visuellement du problème (59, 60).

On montre au patient les mouvements dentaires (ingression, régression, version) qui sont apparus par une absence de remplacement des dents perdues au fil du temps. On explique que le nettoyage de ces dents n'est pas facile et il y a, à ce niveau, la présence de plaque dentaire. C'est pourquoi nous devons conseiller de fermer cet espace d'une manière ou d'une autre (59).

Enfin, nous pourrons comparer avec le patient l'évolution de sa bouche en réalisant des empreintes en fin de soin. Celui-ci se rendra compte concrètement

des changements positif obtenus.

Après avoir bien expliqué tous les éléments au patient, la première consultation arrive bientôt à sa fin. Mais avant ça, nous allons fournir des fiches d'information.

#### 3.1.2.4. Les fiches

Les fiches sont un vecteur de qualité : informer, expliquer, éduquer (50, 60).



**Figure 29 :** Illustration de la relation lors des explications

Pour faire des travaux de qualité, la mise en condition psychologique et l'éducation du patient sont un préalable indispensable. Sans préparation éducative, un traitement global majeur apparaîtra toujours trop impressionnant, trop douloureux, trop long, trop risqué ou encore trop perturbateur des habitudes. Le patient se « fait un monde » du projet évoqué (59, 60).

Pour convaincre, l'information puis l'éducation représentent les moyens les plus honnêtes et les plus performants. Le patient qui choisit en connaissance de cause est un patient comblé et serein.

Les explications données oralement présentent certains avantages :

- Nous rythmons nos explications en fonction de la compréhension du patient.
- Le patient peut poser des questions et recevoir immédiatement des réponses.
- L'appoint de documents, de photos ou d'un dessin exécuté devant le patient améliore la réception du message.
- L'intérêt reste soutenu si le message est bien ciblé sur le cas clinique du patient (on lui parle de SA bouche, de SON problème) (59, 60).

Après les explications orales, une bonne stratégie de communication éducative s'appuie sur l'utilisation de fiches, spécifiquement créées en fonction du type de message à véhiculer. Il est rappelé que les fiches sont un moyen de :

- **Dispenser des informations très complètes** sans consommer de temps
- **Ne rien omettre** dans le contenu des messages à transmettre
- **Rappeler** les points clés
- **Apporter la preuve** que nous avons délivré l'information (consentement éclairé)
- Transmettre des messages délicats.

Il existe différents types de fiches.

#### 3.1.2.4.1. LES FICHES D'INFORMATION

Elles répondent à la nécessité de donner des explications générales, en complément de l'exposé du diagnostic et du plan de traitement, en vue d'obtenir un consentement vraiment « éclairé » (59).

Elles sont destinées à répondre aux questions exprimées ou implicites du patient. Elles témoignent que nous avons tout entrepris pour répondre au devoir d'information du patient qui ainsi connaîtra, avant de prendre sa décision, sa situation clinique et ses conséquences, aussi bien que toutes les solutions thérapeutiques qui peuvent être envisagées.

#### **INFORMATIONS IMPORTANTES SUR VOTRE TRAITEMENT RADICULAIRE**

Vous venez de recevoir un traitement interne de la racine de votre dent.

Cet acte opératoire est destiné à retirer, par un alésage soigneux, tous les tissus putrescibles afin d'assainir le canal. Il permet d'éviter des lésions à l'apex de votre dent et au niveau de son parodonte "élément de soutien de la dent".

Grâce au parodonte, votre dent n'est pas "morte". Elle continue de vivre dans son environnement. Elle perpétue votre intégrité physique.

La désinfection et l'obturation des canaux radiculaires sont effectuées mécaniquement avec un grand soin et complétées avec des médicaments qui provoquent souvent une inévitable irritation.

Si vous ressentez une sensibilité de votre dent lors de la pression ou de la mastication (arthrite), il n'y a pas lieu de vous alarmer. Quelques prises d'anti-inflammatoire (Aspirine, Advil, Oralfène, etc.) à raison de 3 à 4 comprimés par jour, de préférence au cours d'un repas, vous soulageront.

Ces incidents seront passagers et s'estomperont spontanément, en quelques jours. Sachez qu'un traitement radiculaire demande avant tout une parfaite désinfection : quels qu'en soient les petits inconvénients, la survie de votre dent en dépend.

De même, un léger gonflement de la joue ou une rougeur de la gencive, en regard de votre dent, ne sont pas inquiétants. Vous pouvez appliquer un sachet de glace et prendre un anti-inflammatoire (voir plus haut) pour atténuer la réaction.

Si au niveau de la cavité d'accès votre langue repère l'effritement du ciment provisoire de surface, il n'y a rien à craindre jusqu'à votre prochain rendez-vous. Nous réaliserons rapidement l'obturation avec des matériaux résistants.

Dans quelque temps, si l'obturation est trop volumineuse ou si cette dent dépulpée venait à s'assombrir, nous envisagerons ensemble de la restaurer par une coiffe prothétique, afin de lui rendre son anatomie, son esthétique et sa solidité.

#### **Figure 30 : Exemple de fiche d'information**

Par exemple, en endodontie, nous avons constaté, à travers de nombreux cas cliniques, qu'après une dépulpage ou un retraitement radiculaire surviennent parfois quelques réactions désagréables. Le patient non averti s'inquiète ; il téléphone au cabinet ou s'il ne le fait pas, passe quelques jours difficiles qui peuvent provoquer une déception voire de l'animosité. Même s'il a été informé oralement durant la séance de soins, le patient oublie souvent de suivre les conseils délivrés. C'est pourquoi il est utile de remettre, à la fin de la séance, une fiche d'explications en complément de nos recommandations

verbales. Cette fiche a pour objectif de le rassurer, de lui donner des réponses quand un incident désagréable se produit. Elle évite des réclamations et surtout des appels téléphoniques (50, 59).

#### 3.1.2.4.2. LES FICHES EDUCATIVES

Elles approfondissent les informations générales lorsqu'il est nécessaire d'obtenir du patient une participation active ou une modification de son comportement. Sans éducation approfondie, il est difficile de rendre le patient conscient et performant de façon durable en matière d'hygiène, de port des appareillages orthodontiques, de rééducation des habitudes, etc. (59)

Tout praticien connaît parfaitement la dualité qui existe dans de nombreux domaines thérapeutiques :

- Une intervention technique, réalisée au cabinet, dont il a la charge
- Une partie complémentaire, confiée au patient, qui doit l'exécuter à son domicile.

Dans certains cas (l'hygiène bucco-dentaire), cette seconde partie revêt une importance capitale pour la réussite des traitements.

- **Exemple** de fiches :

Ces conseils sont destinés aux patients ayant subi une intervention chirurgicale. Pour minimiser les risques hémorragiques et infectieux post-opératoires, il est nécessaire de respecter certaines règles simples :

- Eviter tout bain de bouche pendant 24 à 48 heures
- Eviter l'aspirine
- Eviter l'alcool

- Eviter de manger ou de boire très chaud
- Eviter le tabac
- Brosser normalement les dents, sauf au niveau du site de l'intervention chirurgicale où le brossage peut être évité pendant quelques jours
- Respecter, le cas échéant, le traitement médicamenteux prescrit par votre chirurgien-dentiste

#### 3.1.2.4.3. LES FICHES D'INSTRUCTIONS

Elles sont destinées à donner des indications techniques, très précises et spécifiques, sur les procédures à appliquer. Ce sont les fiches qui concernent le brossage, la gestion des appareils, l'usage des médicaments (59).

Ces fiches sont des modes d'emploi qui sont habituellement délivrés en complément des instructions orales qu'ils soulignent et explicitent. La fiche d'instruction représente un des maillons fondamentaux de la chaîne éducative.

- **Exemple** de fiches :

Ces conseils sont destinés aux porteurs de prothèses adjointes partielles ou totales. Vous pouvez imprimer cet article afin d'en donner copie à vos patients porteurs de PAP ou PAC.

##### ➤ Mise en place et retrait de l'appareil

\_ Il faut un petit apprentissage devant le miroir...

\_ Il faut bien positionner la prothèse avant de fermer ET NON fermer pour la mettre en place, car cela pourrait modifier sa forme et sa bonne tenue en bouche !

\_ Pour retirer l'appareil il faut prendre, tirer sous les crochets avec les pouces, tout en maintenant avec les index la dent support de crochet.



➤ Port de l'appareil

\_ Il doit être le plus régulier possible.

\_ Les premiers jours, forcez-vous à le garder en place pour vous y habituer. Il peut paraître encombrant, provoquer des réflexes nauséeux ou engendrer un surplus de salive. Quoiqu'il en soit, avec de la volonté et le temps, ses désagréments vont disparaître.

\_ L'idéal est de le garder en permanence (y compris pour dormir) et ne le retirer qu'après les repas pour le nettoyer 'dans l'intimité de sa salle de bain'.

➤ Entretien

\_ Un bon entretien de la prothèse est indispensable pour sa durée de vie et pour votre santé bucco-dentaire.

\_ Brossez la prothèse avec une brosse à prothèse (PAS avec la brosse à dent) et du savon de Marseille (PAS du dentifrice)

\_ Rincez-la à l'eau tiède, avant de la remettre en bouche

\_ Une fois par semaine, laissez-la tremper 30 minutes dans un bain de bouche à la chlorhexidine.

➤ En cas de douleur

\_ TOUJOURS, avant tout, consulter votre chirurgien dentiste car un réglage peut être nécessaire.

\_ Dans les premiers jours de port de la prothèse, une irritation de la muqueuse peut survenir. Il existe à cet effet des gels antalgiques et antiseptiques que votre praticien pourra vous prescrire.

Pour nos actes cliniques, ces trois fiches sont de toute évidence un complément indispensable à notre objectif de qualité. Elles comportent de nombreux avantages :

- **Une information complète** pour chaque patient : la fiche éducative permet de compléter les oublis éventuels et d'assurer la parfaite transmission d'une information totale à chacun de nos patients. Enfin, si

le patient ne retient pas tous les détails d'emblée, il possédera en permanence une référence, un mode d'emploi, qu'il pourra régulièrement consulter.

- **Un gain de temps appréciable** : la fiche fait gagner du temps à l'équipe soignante mais aussi au patient. Nous n'avons pas toujours le temps de répéter les explications. Le patient, dont l'emploi du temps est également minuté, n'a pas toujours la disponibilité d'écoute et de temps libre. En effet, l'immense avantage de tout document écrit est d'autoriser la relecture.
- **Une information généralisée** à tout le noyau familial : la fiche permet d'informer l'entourage afin qu'il participe à la motivation du patient.
- **Une information économique** : le coût de revient de la fiche est mineur. Seule son évaluation et sa réévaluation consomment du temps. Elle offre l'avantage de pouvoir être aisément modifiée.
- **Une excellente image de marque professionnelle** : donner au patient une fiche personnelle consacrée à son cas, c'est lui démontrer toute l'attention qu'on lui porte, c'est faire preuve de professionnalisme et d'organisation.
- **Un transfert de responsabilité en cas d'échec** : dans de nombreux domaines, les fiches remplissent également une fonction de transfert de responsabilité en cas de négligence des actes demandés. Par exemple, la présence de plaque bactérienne résiduelle abondante, constatée lors de visites de contrôle entraînera plus facilement un transfert de responsabilité si le patient a reçu d'emblée un document écrit, clair et explicite, qui lui a précisé ses propres obligations.
- **Une assurance quant au consentement éclairé** : la fiche délivrée, accompagnée des phrases d'introduction et de support, apporte un témoignage écrit de l'exécution des obligations légales d'informations.

Surtout si nous prenons la précaution de placer au bas de chacun de nos documents : « En cas de nécessité, n'hésitez pas à nous interroger... » ou « Si vous avez besoin d'informations complémentaires, nous sommes à votre disposition pour répondre à vos questions. »

En conclusion, les fiches relaient notre discours. Elles induisent une meilleure coopération du patient au traitement. Les nombreuses heures ainsi gagnées chaque année permettent de consacrer plus de temps aux actes techniques et d'améliorer leur qualité d'exécution.

Après avoir envisagé toutes ces aides, on va voir que l'assistante joue également un rôle dans la communication.

#### **3.1.2.5. Rôles de l'assistante**

Beaucoup trop de dentistes considèrent aujourd'hui l'assistante comme une aide technique. Ils ne voient en elle qu'une personne présente pour ouvrir la porte, répondre au téléphone, préparer les ciments (7, 8).

Le problème est qu'il devient de plus en plus difficile d'exercer seul une dentisterie intégrant les dernières avancées techniques, comme le spécifie le code de déontologie.

La délégation des tâches devient une nécessité pour soulager le praticien et les attributions de l'assistante se développent au fil des ans. Mais on peut utiliser pleinement son potentiel et élargir ses fonctions, optimiser son savoir-faire, afin que l'investissement de son salaire soit largement compensé par le chiffre d'affaire généré par sa présence (7, 8).

- **Optimiser son potentiel technique** : au-delà de ses compétences techniques de base nous aider durant la réalisation des soins, nettoyer la zone de soins et le matériel, le stériliser, répondre au téléphone, elle peut en respectant le cadre imposé par le code de déontologie assumer certaines tâches qui nous prennent du temps tel que compléter le schéma dentaire, délivrer des conseils post-opératoires (fiche), prendre en charge les relations entre le cabinet et les laboratoires de prothèses.

- **Optimiser son potentiel administratif** : il y a encore de nombreux cabinets qui emploient une voire deux assistantes, et où au moins une partie des fonctions administratives est remplie par le praticien. Essayer par exemple de chronométrer le temps passé à raccompagner le patient au secrétariat, faire la feuille de soins, encaisser les honoraires et prendre le prochain rendez-vous. Vous constaterez que ce temps est beaucoup plus important que ce que vous pouvez le penser (environ 7 à 10 minutes par patient).

En multipliant ce temps par le nombre de patient dans la journée, nous constatons que le temps passé en tâches improductives pour nous peut être impressionnant. Dans certains cabinets, cela représente 50% du temps de travail (7, 8) !

Ne faisons pas le travail des assistantes. Laissons les travailler :

\_La gestion du temps : l'assistante prend soin de notre temps. On lui demande une gestion optimisée du carnet de rendez-vous et des créneaux d'urgence dans la journée.

\_L'informatique : c'est un outil performant qui fait gagner du temps à trois conditions : une bonne définition des besoins, une maîtrise des outils techniques et des logiciels, et une maintenance dans l'instant (17).

- **Optimiser son potentiel relationnel** : il est temps de réaliser que la plus grande richesse de nos cabinets réside dans les individus qui le composent et en particulier notre assistante. Il faut sortir du syndrome du

« toujours plus technique » pour comprendre que c'est l'aspect humain qui fera la différence entre les cabinets de demain. Les patients attendent de nous de l'attention et du service. L'assistante a le premier et le dernier contact avec le client. Elle peut insuffler une véritable dynamique si nous l'aidons à optimiser son potentiel relationnel (42).

Accueillir : nous savons aujourd'hui que l'attente de nos patients dépasse largement le stade des sourires et des mercis. Cela demande formation et professionnalisme (7, 8).

Rassurer le patient de nos compétences, en lui faisant comprendre qu'il est entre de bonnes mains.

Recueillir des informations, en instaurant une relation de confiance. L'assistante joue alors un rôle essentiel de complice et d'intermédiaire entre le praticien et le patient. Combien de fois avons-nous constaté que les patients leur confiaient des choses qu'ils n'osaient pas nous dire.

Présentation de cas avec une formation adéquate, l'assistante peut être un atout dans la présentation des plans de traitement aux patients. Elle peut donner des explications complémentaires sur un soin ; éduquer les patients aux différentes options thérapeutiques proposées et aux nouveaux traitements. Aider le patient à comprendre les bénéfices apportés par des traitements spécifiques. Renforcer la notion de qualité des soins réalisés (42).

Promotion du cabinet : il y a de nombreuses façons de promouvoir le cabinet. Construire une relation avec le patient et de le mettre à l'aise, faire visiter le cabinet aux nouveaux patients. Prendre du temps avec le patient pour dialoguer de ses problèmes, de ses peurs, de ses craintes, de ses intérêts. Expliquer le traitement proposé dans des termes moins techniques pour le patient. Lui montrer le travail réalisé et mettre l'accent sur les compétences du praticien et la qualité des soins.

Compléter le traitement par un appel courtois après tout type de traitement où le patient a besoin d'une attention particulière.

Comme l'on peut s'en rendre compte, la place de l'assistante dans un cabinet est primordiale.

### 3.2. Fin de la première consultation

Lorsque l'examen est terminé, il est utile de faire un rapide bilan des problèmes et affections qui ont été constatés, afin de donner des pistes de réflexion au patient (16, 20).

Il faut laisser le temps de réfléchir et d'accepter la réalité de son état bucco-dentaire dans l'attente de l'exposé de la solution thérapeutique. En effet, de nombreux patients n'ont pas conscience de ce qui se passe dans leur bouche et cette première consultation est parfois pour eux une découverte. Il est alors primordial de leur laisser le temps d'accepter la réalité des affections qui évoluent dans leur bouche.

Il est important de ne pas donner d'estimation du montant du devis à l'issue de cette première consultation même si les patients insistent. En revanche, il est bon d'expliquer la politique financière du cabinet pour définir un cadre précis pour l'encaissement des honoraires et ainsi éviter cette question délicate lorsque les soins ont débuté : « en ce qui concerne le règlement des honoraires, la politique du cabinet est de faire régler les soins conservateurs à la fin de chaque séance, nous sommes équipés de la télétransmission ce qui vous évite d'avoir à renvoyer les feuilles de soins à la sécurité sociale et vous permet d'être remboursé sous les quatre jours ouvrables. En ce qui concerne les soins prothétiques et ceux qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale nous

établirons un devis. Nous réfléchirons à une entente financière, ainsi nous parlerons d'argent une fois ce qui nous permettra de nous consacrer exclusivement aux soins par la suite » (16).

Après avoir convenu d'un rendez-vous avec le patient pour lui exposer le plan de traitement, on le remercie et on le raccompagne jusqu'à la porte du cabinet. Cette prise en charge peut être déléguée à l'assistante.

## **Le second rendez-vous**

Entre les deux séances, le praticien utilise ce délai pour organiser l'information du patient sur son cas :

- L'évaluation de la pathologie et diagnostic,
- Le type de réalisations prothétiques qui convient le mieux,
- Les solutions alternatives éventuellement acceptables,
- Arguments destinés au choix de la solution idéale,
- Objections prévisibles, formulées ou non, à éliminer par ses explications.

Le matériel nécessaire à l'argumentation sera également choisi soigneusement. Le patient peut, pendant ce temps de latence, réfléchir également. Tous les éléments exposés par le praticien l'interrogent (hygiène, esthétique, confort, etc.).

### **1. Cadre, durée et position des interlocuteurs**

Comme pour la première consultation, cette seconde entrevue se déroule dans le bureau du praticien. Le cadre est identique à celui décrit précédemment. Il en est de même pour les impératifs de temps, de respect de la confidentialité et de la tranquillité (20).

Les outils et documents à la disposition du praticien sont les dossiers informatique et papier (les fiches de communications téléphoniques, l'historique médical et dentaire), les photos de la bouche du patient, les moulages d'études, les radiographies, des modèles de démonstration du type d'appareil qui lui sera



proposé (onlay, couronnes, stellites, implants...), ainsi que des photographies et des radiographies de cas similaires précédemment réalisés.

## **2. Enoncé du diagnostic**

Nous allons pouvoir commencer les explications de la panoplie des moyens de traitement dont nous disposons en nous appuyant sur des choix prioritaires. Si le patient n'avait pas formulé clairement ses choix, des questions directives peuvent l'y aider : « Préférez-vous une reconstruction définitivement fixée aux dents ou un appareil tenu par des crochets qui sera déposé pour le nettoyage après chaque repas ? ». Le choix de nos questions est destiné à faire exprimer par le patient lui-même la solution que nous envisageons. Il est cependant indispensable d'apporter de brèves informations sur les différents moyens thérapeutiques disponibles (60, 61).

L'abord des étapes suivantes est basé sur la construction d'un message persuasif. BELLENGER définit quatre critères pour ce dernier :

- **Etre crédible** : des preuves tangibles étayées par des supports sont à propos à démontrer la réalité des considérations énoncées.
- **Etre cohérent** : seul un discours logique et rigoureux, donc sans considération, apporte la cohérence démonstrative.
- **Etre construit** : toute idée avancée doit respecter la continuité des arguments. La consistance du raisonnement se révèle aussi dans le comportement.
- **Etre en phase avec autrui** : l'écoute et l'observation du patient apportent les renseignements qui permettent l'adoption d'une attitude faisant l'écho à leurs attentes ou à leurs capacités.

Le praticien, investi de la confiance du patient, doit observer un devoir permanent et primordial de loyauté (60, 63).

## 2.1. Présentation des observations

Il est primordial de communiquer nos observations au patient pour l'impliquer profondément. Grâce aux clichés radiographiques, la mise en lumière de la pathologie sera renforcée. Le choc psychologique provoqué par la visualisation des lésions est primordial pour que le patient devienne conscient des dégâts irréversibles (27).

Les radiographies sont placées sur un négatoscope. On apprend à lire les clichés au patient afin qu'il comprenne ce que nous disons : le noir représente le vide, le blanc cette obturation en amalgame ou cette couronne. Entre ces deux extrêmes, il y a plusieurs gammes de gris : les dents, l'émail, le canal dentaire, l'os. Les radiographies argentiques sont indispensables au diagnostic et à l'explication. Nous avons toujours à portée de main une série de radiographies d'un sujet sain pour bien montrer les différences avec celles du patient, secteur par secteur (27, 60).

Au cours de cet examen, on souligne les malpositions dentaires et, en particulier, les versions qui nécessiteront une correction préalable. On explique au patient que ce déplacement est dû à l'absence de la dent voisine. Maintenant, afin de reconstruire son arcade dentaire correctement, il sera indispensable de réduire l'obstacle représenté par ce bord plongeant. On montre ces mouvements également sur les moulages montés sur articulateur (59, 60).

L'analyse sur articulateur est une procédure intéressante pour informer, expliquer et éduquer le patient. Le praticien se procure ainsi la possibilité de montrer les malpositions, l'étendue des zones édentées, l'absence de couples mastiquants, les récessions, etc. La réalisation de Wax-Up par le prothésiste et de l'équilibration des moulages faite en présence du patient produit un impact indéniable. Le dernier avantage relève de la gestion. Si le patient ne donne pas suite aux travaux prothétiques proposés et abandonne tout traitement, il sera possible de faire honorer le temps consacré à l'étude du cas.

Enfin, le montage sur articulateur entre dans le domaine du « faire-valoir ». Le patient est impressionné par le sérieux des préalables et par la compétence du praticien. Il découvre, à travers cette analyse, des indices sur le type de dentisterie pratiquée, bref sur l'image du cabinet.

Les panoramiques sont intéressantes pour illustrer l'explication des problèmes prothétiques. Cette vue d'ensemble montre parfaitement les zones édentées, les malpositions, etc. (57, 60, 63)

L'utilisation de tous ces supports, pour exposer la bonne solution, démontre notre capacité à prodiguer ce type de traitement (expérience) et rassure le patient (beaucoup de sujets craignent d'être le premier pour valider une technique). Il est, pour lui, sécurisant de savoir que le terrain est défriché et de constater que les résultats prévisibles sont excellents.

Après avoir décrit les conclusions de la réflexion du praticien, l'énoncé du diagnostic va être différemment ressenti selon les cas cliniques, selon l'état psychologique. Certains diagnostics ne créent aucune surprise : le patient avait pris conscience de son état bucco-dentaire. Pour d'autres cas, le sujet risque d'être traumatisé car il était aveugle. L'annonce de la nécessité d'une avulsion peut induire un véritable choc, la révélation d'une disgrâce esthétique peut réveiller des complexes d'infériorité, la découverte d'une lésion pré-cancéreuse peut être à l'origine de réactions sévères. Dans ce dernier cas, le tact, la prudence, la psychologie sont de mise. Nous devons envisager un nouvel angle d'approche et une stratégie « éclairante » afin de justifier pleinement les réalités annoncées. On associe les radiographies de la première consultation avec un nouvel examen buccal explicatif, miroir en main. C'est la procédure de découverte en commun (60).

En tout état de cause, il est indispensable d'être clair, sans être brutal, pour que le patient connaisse sa situation et puisse participer aux décisions puis

au déroulement des phases thérapeutiques. Et ceci d'autant plus que son traitement implique une participation active et financière.

Ensuite, lorsque l'on a vérifié la perception des éléments pathologiques, il est souhaitable de déculpabiliser le patient : « Cette atteinte est surprenante. Vous ne pouviez pas deviner que les bactéries seraient aussi efficaces. Nous allons vérifier avec de nouvelles radiographies la qualité de l'os résiduel. » (Attention, ne pas utiliser le terme lésion qui peut retentir avec une connotation cancérologique.)

Pendant cette phase préalable à l'énoncé du diagnostic, nous devons veiller à :

- **Souligner les éléments positifs**
- **Ne pas submerger le patient**
- **Ne pas créer de résistances**

## 2.2. Souligner les éléments positifs

Plus les éléments pathologiques sont nombreux, plus il est important de montrer l'existence d'éléments préservés (20, 60).

Par exemple : « *Nous allons trouver les moyens de rétablir la santé de vos dents qui seront toutes aussi belles que votre canine dont vous pouvez admirer...* ».

## 2.3. Ne pas submerger le patient

L'excès d'informations a pour résultat de nous livrer un patient assommé, accablé, voire déprimé. Découragé, il risque d'abandonner en raison

de l'énormité des écueils. Lorsque nous soupçonnons une telle réaction, il est souhaitable de se limiter à un cadran ou à un maxillaire (20, 60).

## 2.4. Ne pas créer de résistances

Lorsque nous parlons de pathologie, le patient voit en imagination la piqûre, la fraise, le bistouri. Plus tôt il sera rassuré, plus nous aurons de chances de conserver son attention jusqu'à la fin de la démonstration (20, 60).

*«Certes, cette dent nécessitera un traitement, mais je peux vous dire dès à présent que vous ne sentirez rien car nous avons la possibilité d'endormir cette région.»*

Le diagnostic n'est annoncé que lorsque le patient est psychologiquement préparé à le recevoir.

## 2.5. Exemple d'un cas concret

Un patient se présente à notre cabinet et vient consulter pour savoir ce que l'on peut faire pour lui.

Il présente une édentation 17, 16, 15, 14, 24, 25, 26 au maxillaire, 47, 46, 45, 34, 35, 36 à la mandibule. La première séance a été consacrée à l'examen clinique, radiologique et occlusal. De nombreux indices perçus au cours de cette séance (allure, catégorie socio-professionnelle, style de vie), l'anamnèse, les questions sur les besoins éprouvés, nous ont permis d'évaluer sommairement l'échelle de dépense accessible à l'intéressé.

Avec un peu de psychologie et d'expérience, nous nous sommes rendus compte que la solution implantaire représente une année de salaire pour ce patient. Il serait maladroit de lui proposer cette solution car cela conduirait à une

frustration ou même à un sentiment de révolte. La bonne solution est donc : deux appareils squelettés. Cependant, sur le plan de déontologie, il est indispensable de présenter toutes les solutions et de les exposer clairement au patient. C'est le consentement éclairé.

Lors de la seconde séance, on remercie le patient de nous accorder sa confiance. Nous reprenons la situation clinique. Il vous manque treize dents et ce sont des molaires et prémolaires. Par conséquent, votre coefficient de mastication est fortement diminué. Actuellement, vos dents antérieures, destinées à l'esthétique du sourire et à l'incision, sont obligées de travailler anormalement. Elles sont surchargées et risquent, à leur tour, de se dégrader et disparaître.

Nous allons voir les différentes solutions thérapeutiques qui s'offrent à nous. Vous pourrez ainsi choisir celle qui vous semble le mieux convenir à votre situation.

### **3. La communication au service du choix thérapeutique.**

Sortir de la dépendance vis-à-vis des actes inclus à la nomenclature exige de la volonté, un engagement, et des dépenses d'énergie. C'est moins facile et plus dérangeant que de se contenter d'exécuter les tâches routinières. Cela demande du temps, de la réflexion et l'acquisition des techniques de communication. Il s'agit d'un investissement. Les maîtriser en vue d'expliquer au patient les nouvelles méthodes, les avantages des thérapeutiques idéales et leur implication financière, nécessite des connaissances en psychologie et un entraînement, qui s'acquièrent par une longue pratique (21, 59, 60).

## 3.1. Présentation du plan de traitement

### 3.1.1. Comment présenter la bonne solution ?

En principe, nous connaissons la meilleure solution prothétique. Cette solution est celle que nous aurions choisie pour nous, dans les mêmes circonstances cliniques. Parfois, il est cependant nécessaire de « censurer » la meilleure solution lorsqu'il est évident que le patient ne pourra pas y accéder. La seule difficulté est de la faire avaliser sur le plan financier. Comment faire pour que notre patient s'associe totalement à ce choix de traitement et prenne librement la décision d'accepter le devis ? (10, 37, 62)

#### 3.1.1.1. Analyse de la stratégie

Toute réalisation prothétique nécessite beaucoup plus qu'un simple accord spontané. La justification du traitement proposé, la prise de conscience de sa complexité, de ses difficultés et donc des dépenses induites, sont des éléments indispensables à la sérénité future du patient face à la décision qu'il a prise (10, 28, 60).

Un praticien avisé va adopter une stratégie de communication capable de lui procurer un exercice sans conflit et de rendre le patient heureux de la solution choisie (28).

Face à l'argumentation, les réactions de l'interlocuteur nous renseignent sur l'impact et l'efficacité du message prodigué. Seule une évolution permanente est capable d'enrichir et de diversifier nos capacités (62).

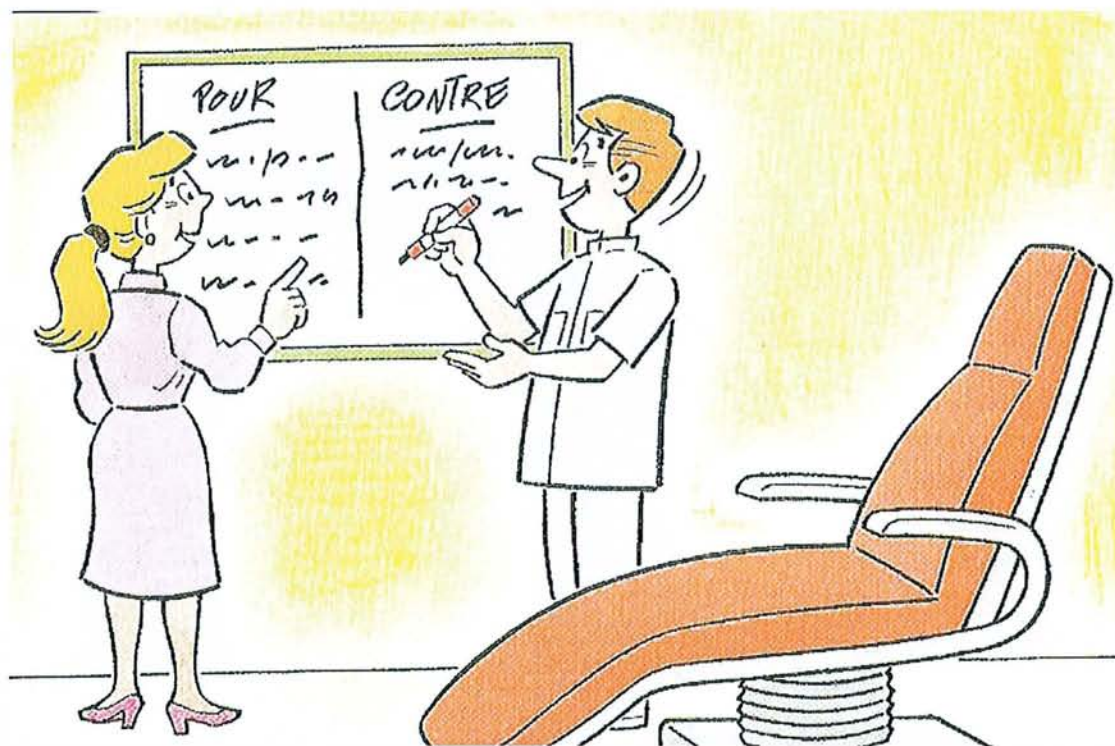
Face à une situation clinique, notre véritable problème n'est pas tant de découvrir la meilleure solution que de la faire adopter par le patient. Toute solution de remplacement est un compromis avec ses parts de risques. Il n'est

pas possible de s'en décharger sur le patient, même s'il nous a imposé son choix. Il est donc primordial d'entreprendre l'éducation du patient avant de le confronter au choix prothétique, afin que ce dernier ne soit pas dicté par le montant de la dépense, mais par le souci d'éviter les inconvénients (28).

Les psychologues conseillent, en cas de choix difficile, de noter sur deux colonnes la liste des avantages et des inconvénients, afin de les visualiser pour les évaluer comparativement.

**Exemple :**

remplacement des quatre incisives bordées de deux canines solides. Hors implantologie, la solution idéale est le bridge sur le plan phonétique, esthétique, fonctionnel,... Le stellite comporte des inconvénients immédiats et à long terme.



**Figure 31 :** Illustration lors de la décision de la solution idéale



La bonne solution :

Avantages	Inconvénients
Satisfaction du patient, immédiatement et à long terme	Dépense importante
Pérennité des dents et du parodonte	Durée de traitement prolongée
Rendu esthétique	
Intégration bio-fonctionnelle et phonétique	
Satisfaction du praticien	Difficulté d'exécution
Vecteur de renommée pour le praticien	Nécessité d'un bon laboratoire

Solution de compromis :

Avantages	Inconvénients
Rapidité d'exécution	Danger pour les dents
Dépense modérée	Moins bon rendu esthétique
	Fonctions perturbées
	Réclamations du patient impossibles à satisfaire
	Insatisfaction du praticien

**Figure 32 :** Tableaux comparant la solution idéale au compromis

### 3.1.1.2. Défendre la bonne solution

Comment faire pour que le patient soit totalement associé à la décision du choix de traitement ? (20, 37, 60, 62)

La crédibilité de la solution s'appuie sur l'explication du cheminement de pensée qui nous a conduits à ce choix. Une stratégie éducative peut commencer par la solution la plus mauvaise avec ses avantages, ses

inconvenients. Puis passer aux suivantes selon ce schéma. Bien entendu, au cours de cette progression le nombre d'inconvenients diminue. Enfin, terminer par la bonne solution sans omettre les quelques petites restrictions qu'elle peut présenter (10, 37).

Les messages présentant des points restrictifs apparaissent dignes de confiance. Rien n'est parfait !

En ce qui concerne la suite de notre cas concret, nous allons présenter les possibilités :

- La prothèse fixée : hors de toute considération financière, il existe des moyens très sophistiqués permettant de reconstruire les arcades. Ce sont les bridges. Des racines artificielles (implants) sont mises en place dans l'os. Certaines dents résiduelles sont taillées pour servir de support. C'est un traitement long, délicat, et surtout très coûteux. Ce type de restauration s'adresse essentiellement aux vedettes, aux responsables politiques, etc. pour qui l'apparence joue un rôle capital dans la vie professionnel. Cette solution présente cependant des inconvenients et demande de nombreuses séances s'étalant sur une durée de 12 mois.

En présentant cette solution en premier, nous utilisons la technique de la porte-au-nez (voir plus loin). Le stellite va sembler plus abordable.

- L'appareil mobile en résine : il comporte une plaque palatine et des crochets métalliques. Il écrase la gencive et les crochets décapsulent les dents. Il est donc trop dangereux pour être conservé en bouche plus de deux à trois mois.
- L'appareil squeletté : ce sont des appareils métalliques constitués d'une armature métallique fine et légère de dimension très réduite, maintenue par des systèmes de rétention très élaborés. Ils s'intègrent parfaitement aux arcades et présentent une stabilité étonnante. La

gencive n'est pas lésée et les dents restantes sont préservées. Il représente un rapport qualité/prix très avantageux.

On résume les possibilités. On lui dit qu'il est judicieux de remplacer rapidement ses dents absentes. La solution d'une prothèse fixée est excessivement onéreuse. L'appareil résine de la sécurité sociale est inacceptable sur le plan de la pérennité.

Ainsi nous pourrions suggérer à ce patient : *« Nous pensons que votre cas mériterait d'être traité par deux stellites. Voulez-vous me donner votre opinion ? Je suis à votre disposition pour répondre à vos questions. »*

La présentation de la bonne solution demande, comme on vient de le voir, une certaine technique de communication. Mais la durée de cette présentation ne doit pas dépasser un certain temps.

### **3.1.1.3. Les 18 minutes fatidiques**

Les psychologues ont testé l'efficacité des messages délivrés en fonction du temps et il apparaît qu'au-delà de 18 minutes l'attention diminue. C'est pourquoi il est important d'avoir préparé, à portée de main, tout le matériel nécessaire à l'argumentation et de définir à l'avance la stratégie des messages explicatifs. Par chance, les situations rencontrées sont assez répétitives et adaptables (60).

Nous avons vu que la séance débute par l'exposé de la situation buccale au travers des radiographies, des moulages, etc. Cet état des lieux est plus précis que celui effectué auparavant au fauteuil et surtout plus parlant pour le patient : *« Cette lacune noire est une carie profonde. Voyez comme c'est trompeur : l'orifice au niveau de l'émail est minuscule. Sans la radiographie, nous aurions pu l'ignorer jusqu'à l'atteinte du nerf. »*

Ainsi toute explication de traitement est obligatoirement ancrée sur une situation réelle, appartenant au patient. Comme nous l'avons exprimé, nous captions d'autant mieux son intérêt qu'il s'agit de sa dent, de son cas. Les explications peuvent alors commencer :

*«Au lieu de la grosse masse d'amalgame noir, votre molaire retrouvera son aspect d'origine grâce à cette couronne en porcelaine et pour de nombreuses années. En premier lieu, l'amalgame est déposé. Une pièce métallique coulée prend appui dans les canaux pour éviter toute séparation entre racine et couronne. »*

L'explication peut être accompagnée d'un schéma, exécuté devant le patient, au fur et à mesure de la description. La vitesse des étapes se fait au rythme de la compréhension du patient. Si le schéma est préparé à l'avance ou terminé, beaucoup de détails importants à saisir ne sont pas discernés (60).

Par exemple pour l'explication d'un bridge, le dessin va comporter les dents piliers, bordant la zone édentée, l'os de soutien, la limite gingivale. C'est le moment de souligner :

- Les **difficultés de réalisation**, la **complexité**, l'échelle de précision pour le parallélisme ou l'ajustement cervical, etc.
- Les **réalisations individuelles**, pièces d'horlogerie, qui s'emboîtent avec une grande précision,
- La **technologie de haut niveau**,
- La porcelaine procure l'aspect naturel, le métal précieux la solidité.

Il faut savoir que toute concession est sanctionnée par des inconvénients à moyen ou long terme. Si le patient se révèle incapable d'adopter la solution idéale pour lui, il sera alors temps de proposer une solution de compromis. Mais ce repli doit avoir été mûrement réfléchi afin de ne pas détruire notre crédibilité. En conclusion, quelque soit le temps passé à convaincre un patient d'opter pour la bonne solution, il n'excède jamais le temps passé à se défendre après la

survenue des difficultés. Il faut donc s'impliquer avec enthousiasme et énergie dans les procédures de persuasion.

### 3.1.2. La rédaction des étapes du plan de traitement

La présentation des étapes est nécessaire car notre objectif est de lui démontrer tout au long du traitement la réalité et la complexité d'une élaboration prothétique (59).

Voici quelques exemples de formulation et grâce au traitement de texte, il est possible de personnaliser rapidement un plan de traitement type :

NOM : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_  
TRAITEMENT PROTHÉTIQUE PAR UN PONT ESTHÉTIQUE DE ..... DENTS de ..... à .....

---

- Réalisation d'empreintes d'étude, montage sur articulateur et analyse de l'occlusion.
- Correction des relations inter-arcades pour équilibrer les forces appliquées à l'ensemble des dents.
- Préparation des dents piliers (sous anesthésie locale).
- Réalisation d'un porte-empreinte individuel.
- Empreintes de précision. Enregistrement des rapports occlusaux. Choix de la teinte.
- Réalisation, ajustement et mise en place d'un bridge provisoire, destiné à préserver les dents préparées, à assurer le maintien de leur position et à rétablir l'esthétique et la fonction masticatoire.
- Réalisation au laboratoire d'une armature métallique (métal inoxydable, métal précieux, or platiné), après étude de la résistance et de l'esthétique.
- Dépose du bridge provisoire, nettoyage approfondi. Essayage de l'armature, vérification de la dynamique mandibulaire.
- Réalisation au laboratoire du revêtement de porcelaine (couche d'opaque teinté en profondeur, couche de dentine et couche de céramique cosmétique), et des maquillages personnalisés.
- Dépose du bridge provisoire. Essayage esthétique du bridge définitif. Ajustement de l'occlusion en concordance avec tous les mouvements de la mandibule. Polissage et glaçage.
- Scellement définitif et contrôles.

**Montant forfaitaire des honoraires correspondant au traitement :**  
L'hygiène bucco-dentaire devra être accomplie selon les conseils prodigués. La surveillance régulière des racines, de la gencive et du scellement nécessite une visite de contrôle tous les 6 mois. Ces contrôles ne sont pas inclus dans le devis.

**Figure 33 :** Exemple de plan de traitement pour un bridge

Après la présentation du plan de traitement par le praticien, nous allons voir les attitudes exprimées par le patient nous permettant de connaître son avis sur la bonne solution.

## 3.2. Les signaux d'ouverture et de fermeture

Pendant toute la durée de l'exposé, nous devons observer le patient et son comportement. Il essaye de décrypter les signaux d'ouverture et de fermeture. Ces signes indiquent l'impact de sa présentation, et l'intérêt que porte le patient à la solution qui est proposée. Ces signaux s'expriment sur les deux plans de la communication : le verbal et le non-verbal (57, 59).

Les signes d'acceptation en communication verbale :

- Le patient revient sur un point de détail du traitement (important ou mineur) et s'interroge :

*« donc si on réalise cet appareil squeletté, cela signifie ... »*

- Le patient formule une fausse objection pour se rassurer et/ou se convaincre :

*« bien sûr, vous ne pouvez pas me garantir à 100 % que j'arriverai à parler normalement tout de suite »*

- Le patient se met à manipuler les documents de proposition de plan de traitement et le matériel représentant sa future prothèse ; cela signifie qu'il travaille son dossier et valide mentalement sa décision.

- Le patient devient silencieux : cela signifie qu'il est « entré en réunion avec lui-même. » Il convient de respecter ce temps stratégique et surtout de le laisser rompre le silence.

- Le patient a un changement d'attitude soudainement :

*« bon, passons aux choses sérieuses ... »*. En s'affirmant ainsi, il nous montre qu'il a pris sa décision.

- Le patient consulte l'assistante pour l'aider à statuer

- Le patient demande un complément d'information quant à notre engagement sur la garantie des travaux à réaliser

- Le patient parle et agit comme s'il était déjà en plein traitement. Il semble visualiser le résultat qu'il obtiendra à terme. Il devient maître d'ouvrage et nous a choisis comme maître d'œuvre (57).

	Feu vert	Feu orange	Feu rouge
Gestuelle	Positive	Hésitante, neutre	Négative
Angle du corps	Droit, en face, en avant	Penché, en recul	Déjeté en arrière ou très en avant
Bras	Détendus, ouverts	Crispés	Croisés
Mains	Détendues, ouvertes	Croisées détournées	Poings serrés
Visage	Contact visuel	Sourcils foncés, contrarié	Coloré, animé
Sourire	Positif fréquent	Absent ou rare	Pincé, narquois
Voix	Claire	Pâle	Aiguë ou forte
Mouvements du corps	En rythme	Peu de mouvements	De droite à gauche
Respiration	Normale	Soupirs	Forte, saccadée

**Figure 34 :** Les signes en communication non-verbale

Après avoir recueilli les informations données par son attitude, nous connaissons sa réponse. Si celle-ci est positive, on peut lui présenter le devis et les honoraires. Par contre, si elle n'est pas encore sûre, nous allons essayer d'aider le patient à la prendre (60).

Dans notre cas concret, le patient accepte la solution idéale. On le remercie de sa confiance. On lui remet une fiche présentant les différentes étapes de la réalisation de ses appareils et lui explique un peu celles-ci.

On lui présente le devis et les honoraires.

## 4. Aide à la prise de décision

### 4.1. Etudes de psychologie sociale sur la prise de décision

Il existe trois moyens d'obtenir de quelqu'un la réalisation d'une tâche :

- **Le commandement** : l'utilisation de moyens de pression peut conduire un individu à exécuter certaines tâches ou à adopter certains comportements. Hélas, il faut compter avec la résistance du sujet.
- **La persuasion** : toute personne douée dans ce domaine arrive à convaincre son conjoint, sa famille, son personnel,... par une succession d'arguments percutants, capables de lever hésitations ou oppositions. La persuasion exige une volonté soutenue car dans la discussion, c'est souvent le plus tenace qui parvient à ses fins.
- **La décision personnelle** : cela consiste à orienter sa propre décision personnelle pour obtenir d'un individu qu'il entreprenne ce qu'on souhaite le voir faire. C'est sans conteste, une procédure plus efficace et plus stable que le commandement et la persuasion.

De nombreuses expérimentations réalisées ont permis de dégager des comportements psychologiques majoritaires aboutissant à des indications significatives. Elles expliquent pourquoi des individus, autonome et libre, agissent de manière uniforme.

En conclusion, ces personnes décident de choisir, eux-mêmes, ce qu'on leur a soufflé sans qu'elles s'en aperçoivent (60).



### 4.1.1. L'effet de gel

Kurt LEWIN a démontré que tout sujet a tendance à se comporter en conformité avec une première décision, prise en toute liberté. L'exécution d'un premier comportement entraîne un effet d'adhérence à la décision prise. A travers ces études, apparaît l'existence, quasi universelle, d'un effet de persévération dans la voie de départ. Cependant, une condition est indispensable : le sentiment de liberté. Le phénomène d'amorçage repose sur l'engagement du sujet dans la prise de décision initiale (60).

Pour KIESLER (1971), il existe un lien entre l'individu et ses actes qu'il nomme la psychologie de l'engagement. Ce dernier a un effet bénéfique sous la forme d'une stabilisation des conduites mais également un effet pervers : l'escalade d'engagement. De nombreux exemples de l'existence d'une persévération, dans une série de décision, découlant d'une décision initiale.

- **Exemple :**

\_L'agonie d'une automobile. A partir de la première réparation sur une vieille voiture s'engage sans lâcher prise : « j'ai trop investi pour abandonner à présent. »

\_Dans la vie quotidienne, la vie des entreprises est truffée de décisions qui découlent du principe :

*« quand j'ai commencé quelque chose, je vais jusqu'au bout. »*

### 4.1.2. L'amorçage

Les études de CIALDINI (1978) démontrent que les sujets maintiennent leur décision initiale malgré les inconvénients et les différents apparus. L'effet d'amorçage par cette décision, adoptée en toute liberté, joue un rôle capital (60).

- **Exemple** : des sujets choisissent entre deux test A et B. les premiers font leur choix en toute liberté. Les autres sont influencés fortement dans leur décision en recommandant le A car il est plus avantageux.

Dans le premier groupe, la majorité prend A et dans le second, l'ensemble. Après les décisions, le test A perd ses avantages et devient comme B. On observe après l'annonce que dans le premier groupe 70% maintiennent les décisions et dans le second 60% changent.

### 4.1.3. Le pied-dans-la-porte

Ce pied-dans-la-porte illustre l'efficacité d'un premier engagement librement décidé, même très minime, dans la persévérance de la décision initiale. Quoique plus coûteux, le second engagement est obtenu, par effet de gel, sans difficulté (60).

Les études de FREEMAN et FRASER (1966) démontrent que une demande préalable très minime, ayant donné lieu à une réponse positive, améliore considérablement le succès par le phénomène d'engagement.

La plupart de ces études n'ont pas utilisé un délai supérieur à 7-10jours entre les deux requêtes. L'individu doit pouvoir faire un lien entre les deux. Cet individu est indifférent que ce ne soit pas la même personne qui effectue les requêtes.

- **Exemple** : un sujet est sollicité pour la pose d'un énorme panneau devant sa maison qui marque une opposition à un projet. Le taux de réponse est très faible. Par contre, on propose la pose d'un autocollant sur la voiture (amorçage) puis la proposition du panneau une semaine plus tard. Le taux de réussite est 80%.

#### **4.1.4. L'étiquetage**

WEGNER et WALLACHER (1984) proposent une théorie selon laquelle les personnes préfèrent donner un sens général à leur action. C'est le niveau d'identification ou étiquetage (57, 59).

- **Exemple** :

un étudiant annonce qu'il prépare son avenir plutôt qu'il étudie un manuel, révise son examen.

#### **4.1.5. La porte-au-nez**

Cette technique consiste à formuler en premier lieu une proposition si coûteuse qu'elle paraît inacceptable puis, sur le champ, une seconde proposition beaucoup plus raisonnable est soumise à l'intéressé.

Pour CIALDINI, la différence de coût entre les deux fait apparaître celle-ci comme une concession du demandeur. C'est pourquoi le sujet se sent conduit à faire également une concession en l'acceptant. Cela devient une concession réciproque (60).

- **Exemple :**

une étude sur la proposition d'accompagnement jusqu'à l'école des enfants handicapés :

\_ tous les jours de la semaine (première demande énorme) et une fois par semaine (deuxième demande raisonnable)

\_ Les résultats positifs vont du simple au triple.

#### **4.1.6. Rôle joué par les contacts physiques**

Les études de SMITH-GIER-WILUS (1982) montrent que le « toucher » améliore l'efficacité de la demande implicite d'amorçage, du pied-dans-la-porte.

- **Exemple :**

dans un supermarché, l'expérimentateur propose un article et demande d'attribuer une note sur 10. Dans une seconde expérience, il touche légèrement l'épaule ou l'avant-bras de la cliente. On remarque que l'acceptation de goûter est nettement supérieure dans la seconde. Par contre la note n'est pas différente. Il n'y a pas de lien entre l'appréciation et la décision de goûter.

## **4.2. Applications en odontologie**

Comme nous venons de le voir, la décision d'accomplir un acte banal, effectuée en toute liberté, rend très probable une décision ultérieure d'engagement pour des actes plus coûteux.

### 4.2.1. L'amorçage

Dans notre domaine, on utilise ce principe au travers de notre fiche « questionnaire médical confidentiel » pour obtenir l'adhésion au programme d'hygiène (57, 60).

- **Exemple :**

*« Avez-vous reçu des informations sur la plaque dentaire ? Oui »*

*« Êtes-vous effrayé à l'idée de porter une prothèse mobile ! Oui »*

*« Êtes-vous disposé à consacrer dix minutes par jour à la préservation de votre santé buccale ! Oui »*

### 4.2.2. Le pied-dans-la-porte

Il est aisé de déterminer un premier engagement pour un acte thérapeutique de faible incidence financière, facilement accepté par le patient. Mais pour que la procédure soit effective, le patient doit formuler un accord personnel (60).

- **Exemple :**

*« Êtes-vous d'accord pour que nous traitons votre dent fracturée dès aujourd'hui ? »*

Le traitement est exécuté avec attention et douceur pour démontrer nos capacités et vaincre les réticences du patient face à la douleur. Pour la suite des traitements, l'accord du patient sera obtenu sans difficulté.

### **4.2.3. La porte-au-nez**

Pour les actes complexes, certaines reconstructions atteignent des valeurs considérables. Il faut donc adapter la bonne solution au patient. Celle-ci sera plus facilement acceptée que sa présentation est suivi la technique du porte-au-nez (60).

- **Exemple :**

dans notre cas concret, c'est celle-ci que l'on a utilisée. On propose la prothèse fixée en premier puis les solutions plus acceptables pour le patient.

### **4.2.4. L'effet de gel**

Dans notre domaine, les techniques conduisant à un effet de persévération seront employées en vue de faciliter des engagements durables : hygiène, succion digitale, bruxisme, etc.

De toute façon, pour utiliser cet effet, il est nécessaire d'accentuer le sentiment de liberté correspondant à la prise de décision initiale (60).

### **4.2.5. Le toucher**

Le « toucher » peut être la pose de la main sur l'épaule pour accompagner le patient lors d'un déplacement. Celui-ci, chargé de cordialité, indique la sympathie.

Il est utilisé :

- pour manifester la satisfaction née de l'exécution des indications (hygiène),
- lors de la préparation de la persuasion.

#### **4.2.6. L'étiquetage**

L'engagement dans la conduite d'un traitement long et difficile est riche de circonstances favorables à l'étiquetage. Ne jamais manquer de le souligner : *« Madame Y, je suis très sensible à votre souhait de redresser vos dents qui démontre votre réflexion et votre volonté. Vous faites partie des patients qui partagent notre idéal de bonne santé buccale, comme on souhaiterait en rencontrer plus souvent. »*

### **4.3. Conclusion des aides à la prise de décision**

Dans les cas de traitement classique, la première étape est l'approche. Il faut tout d'abord apprivoiser les réticences : commencer par un acte mineur répondant à l'attente du patient ; laisser le découvrir l'absence de douleur, nos qualités, les avantages du cabinet. Ensuite, la seconde étape est l'adhésion : obtenir l'engagement volontaire du patient pour les autres traitements.

Dans le cas de travaux très importants : technique du « pied-dans-la-porte ». Pour ceux intermédiaires, technique du « porte-au-nez ».

Après avoir aidé le patient dans sa prise de décision, le patient nous a donné son accord pour la solution thérapeutique. Nous devons, alors, lui présenter le devis et les honoraires.

## 5. Présentation du devis

Aujourd'hui, personne ne décide seul. On est tous influencé par notre conjoint, nos amis, nos habitudes, etc. Quand le patient va rentrer chez lui, il va annoncer le montant du devis à son conjoint et celui-ci va dire en général : « Tu te rends compte, combien ça coûte ? ». En effet, s'il est résolu à faire les travaux, il va falloir le convaincre. Par ailleurs, il en parlera à ses amis ou à ses collègues de travail pour se rassurer d'avoir pris la bonne décision. Toutes ces personnes ne manqueront pas de lui demander des informations complémentaires. Il est donc très important d'apporter un soin particulier à la mise en forme du devis. Grâce à cela, il pourra bien expliquer aux autres les raisons de ce devis (31, 38, 41, 70).

### 5.1. Comment optimiser la présentation de nos honoraires ?

Avant d'aborder la présentation des honoraires, nous devons clarifier notre rapport à l'argent. La plupart des praticiens se voient opposer des refus essentiellement car ils sont mal à l'aise au moment de cette présentation. Pour éviter cette situation, trois règles paraissent essentielles (20, 21) :

- réaliser des traitements de grande qualité,
- avoir des honoraires justifiés (36),
- être fier de nos honoraires lorsque nous les pensons justifiés.

A quel moment présenter nos honoraires ?

Nous recommandons de présenter le devis dès le bilan réalisé et la confiance du patient acquise. Un minimum de huit jours après la première consultation est un bon délai pour revoir le patient. Quoiqu'il en soit le montant



des honoraires ne doit pas être dévoilé avant cette seconde séance. Parler trop tôt d'argent est une grave erreur. Car, dans le cas d'une annonce précoce, le traitement sera toujours trop cher (14, 58, 60).

Quels termes à utiliser pour en parler ?

Le montant des honoraires indiqué sur le descriptif est annoncé oralement. Nous préférons investissement à prix : une notion de temps est sous-entendue avec investissement. Nous devons éviter de parler de tarif car ce terme indique que le prix est le même chez tous les praticiens et risque d'induire le patient en erreur (14, 31).

Après avoir vu le bon moment et les bons termes pour la présentation du devis, nous allons voir le comportement du patient par rapport à cette annonce.

## 5.2. La décision du patient

Le patient doit décider d'accepter le devis après avoir dit oui à la solution idéale. La décision de dépenser de l'argent pour sa bouche, le patient peut considérer cette dépense comme (60) :

- **Une dépense courante** : elle ne nécessite pas de réflexion importante car elle est d'un niveau d'un modeste et entre dans le budget courant. Dans ce cas, l'acceptation du devis ne pose pas de souci.
- **Une dépense de prestige** : elle concerne le budget mensuel voire annuel. Elle demande un aménagement financier (emprunt, prélèvement sur économie, suppression des vacances, etc.). Dans ce second cas, la décision sera plus longuement réfléchie. Il existe un profond besoin de contrôler si le « bon choix » sera fait au niveau de la qualité, de l'exécution, du prix.

Grâce à nos explications, à nos connaissances, à notre expérience, nous effaçons les craintes du patient de faire un mauvais choix.

### **5.2.1. L'utilisation du rêve**

Pour augmenter la valeur de la bonne solution, l'utilisation du rêve permet de convaincre le patient. En effet, si le bridge n'est qu'une construction destinée à remplacer les dents absentes, sa valeur aux yeux du patient atteint difficilement le niveau des honoraires. Par contre, si la future réalisation parvient à développer une idée de transformation de la personnalité, si elle induit le rêve de séduction qui existe au fond de chaque être humain, la valeur affective est portée à un niveau beaucoup plus élevé (59, 60).

Les messages de solidité, d'esthétique, de fonction, de santé, de conservation des dents sont des messages de fond, satisfaisant la raison. Si on y ajoute des messages de rajeunissement, de beauté, de séduction, de réussite sociale, notre projet devient indispensable. Sous l'emprise du désir d'acquiescer un objet la charge émotionnelle est souvent plus forte que les préoccupations d'en trouver le financement.

Cependant, l'utilisation exclusive d'arguments émotionnels pour agir sur la raison est dangereuse, car les émotions sont éphémères. Lorsqu'elles se sont dissipées, une réflexion plus approfondie risque de conduire le patient à s'opposer au projet. C'est pourquoi il est important d'utiliser des arguments rationnels qui seront complétés par des arguments émotionnels.

En conclusion, nous savons qu'un patient bien convaincu ne change pas facilement d'avis. Une décision prise conditionne souvent les décisions ultérieures. Le patient restera en conformité avec sa première décision. Souvent, le patient bien éclairé oriente le traitement au-delà de ce qui a été proposé.

### 5.2.2. Créer l'espoir

On a toujours été surpris de la disproportion entre le niveau des revenus et le montant d'achats parfois futiles, sachant les privations qui en découlent. Dans le classement des priorités, la reconstruction esthétique d'une bouche n'arrive pas souvent en pôle position. Par exemple, le cadre supérieur dont le bateau de 16 mètres mouille au port de Cannes repousse régulièrement depuis cinq ans les travaux prothétiques envisagés par « manque de finances disponibles » (60).

L'absence de moyens financiers n'est pas l'élément déterminant, c'est l'absence de motivation qui prévaut. Il suffirait que le patient ressente un ardent désir pour qu'il réaménage ses priorités financières.

Il existe un grand fossé entre l'émergence d'un désir et la volonté de le réaliser. Très souvent, ceux-ci sont fugaces et ne s'expriment même pas, ils restent du domaine du rêve. Pour qu'ils apparaissent dans le champ de la volonté, le sujet doit sentir qu'il existe un espoir de satisfaction. Cet espoir est le moteur qui mobilise l'individu. Tant que le patient n'a pas vu matériellement ce que nous pouvons réaliser, il ne possède pas de support réel à son rêve. Lorsque l'espoir est éveillé, nourri par notre argumentation et nos démonstrations, mûri par la réflexion et l'imagination du patient, le cheminement de pensée conduit au besoin :



Et si l'on ne parvient pas à éveiller le besoin, le patient ne consentira pas les sacrifices nécessaires au financement de la solution proposée.

La décision du patient est prise et nous devons faire signer le consentement éclairé témoignant que le patient a été informé sur toutes les possibilités thérapeutiques (71).



**Figure 35 :** Attitude du patient donnant son accord

### 5.3. Le consentement éclairé

Ce document est un papier de plus pour le patient (questionnaire médical, plan de traitement, fiches d'information, fiches spécifiques).

Ces différents documents sont de précieuses barrières de sécurité en cas de contestation. Les conditions juridiques actuelles, engendrées par la jurisprudence de la Cour de cassation, nous imposent des obligations formelles en matière d'information. Le consentement écrit représente une protection indispensable. Lorsqu'on édifie des barrières de sécurité, elles se doivent d'être assez hautes, solides et étanches pour assurer une bonne protection. En cas de conflit, il est impossible de délivrer la preuve formelle de la délivrance d'informations orales. Le patient peut de bonne foi avoir oublié les indications données, il peut utiliser ce prétexte pour étayer ses revendications (3, 47).

Le consentement éclairé rédigé et signé est le document capable d'apporter les informations indispensables au patient. L'ensemble des points doit évoquer toutes les précisions sur les données diagnostiques et thérapeutiques, afin d'assurer une information la plus complète possible.

Il convient d'informer le patient, avant le traitement, mais aussi de façon continue pendant et après le traitement, en fonction de l'évolution. Cette information est adaptée dans les termes les plus simples.

La preuve de la délivrance est très importante. En effet, sans document, l'aléa d'un débat contradictoire avec le patient dépend totalement, en dernier, de l'appréciation des juges (59).

La signature du consentement éclairé garantit :

- L'accord au contrat de soins
- La délivrance de l'information

- **Exemple de consentement éclairé fourni au patient**

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉALABLE  
À UN TRAITEMENT PROTHÉTIQUE**

Vous présentez un cas accessible à un traitement par reconstruction prothétique. Ce document contient toutes les informations sur votre cas, sur les résultats qui peuvent être attendus, sur les modalités et obligations, sur les risques éventuels.

Avant de commencer votre traitement, vous devez en prendre connaissance, afin de nous donner par votre signature votre accord sur le rappel des principaux points qui ont conduit à l'envisager.

Vous avez répondu à notre interrogatoire médical par un questionnaire détaillé que vous avez remis au cabinet. Il rapporte avec exactitude l'état de votre santé physique et mentale, et signale tous les antécédents de réactions allergiques ou inhabituelles aux produits pharmaceutiques ou autres, les maladies cardio-vasculaires ou corporelles, les réactions gingivales ou épidermiques, les saignements anormaux, et toutes les autres conditions particulières concernant votre santé.

Nous avons effectué un examen détaillé de votre bouche, des structures environnantes et des articulations de la mâchoire. Après réalisation des contrôles radiologiques et de l'analyse occlusale, nous vous avons donné toutes les informations sur les différentes possibilités de traitement de votre édentement ou de votre défaillance dentaire, motif de votre consultation. En premier lieu, il vous a été précisé que la reconstruction prothétique n'était jamais une solution thérapeutique de nécessité absolue, mais un choix personnel. Nous vous avons exposé les différentes alternatives et solutions pouvant s'appliquer à votre cas. En pleine connaissance des principales méthodes de reconstruction ou de remplacement des dents, vous avez choisi de votre plein gré d'avoir recours de préférence à l'une d'entre elles, qui a été retenue. Vous avez alors été informé des objectifs et de la nature des interventions cliniques, en des termes que vous avez déclaré avoir compris. Vous avez reçu toutes les explications sur ce qui sera effectué pour réaliser la préparation et la mise en place de votre prothèse dentaire.

En outre, vous avez été mis au courant des risques et complications possibles, même les plus exceptionnels, afférents à tout acte clinique, aux produits pharmaceutiques et à l'anesthésie. Ces complications incluent douleur, tuméfaction, infection, inflammation ou blessure gingivale, mobilité dentaires, troubles de la sensibilité locale ou éloignée, engourdissement des lèvres, de la langue, du menton, des joues ou des dents, dont la durée exacte n'est pas déterminée et qui peut parfois être irréversible. Sont également possibles : inflammation vasculaire, lésion aux dents présentes pouvant nécessiter une extraction, fractures osseuses, pénétration des sinus, retard de cicatrisation, réactions allergiques aux produits pharmaceutiques ou aux médicaments, troubles musculaires locaux ou à distance, troubles articulaires y compris luxations ou blocages, bruits articulaires, troubles de la mastication, morsure des tissus environnants, etc.

Nous vous avons expliqué qu'il n'existe aucun moyen médical capable de prévoir la faculté individuelle d'adaptation à la prothèse dentaire et précisé que dans certains cas un échec pouvait entraîner sa dépose. Vous avez déclaré avoir compris qu'en raison des réactions personnelles imprévisibles, aucune garantie formelle ou assurance des résultats du traitement ne pouvait être offerte. Vous avez également été averti que pendant l'intervention ou le traitement proposé (ou à leur suite), des conditions peuvent se produire et nous conduire à entreprendre un traitement supplémentaire ou alternatif (ou toute modification de la conception, des matériaux ou des soins), indispensables au succès de l'ensemble du traitement.

Vous avez été averti que l'abus du tabac, de l'alcool ou du sucre, représente un risque important d'altération de la santé des dents et des gencives. Leur usage peut limiter le succès de la réalisation prothétique ou sa conservation à long terme, comme la négligence d'élimination de la plaque bactérienne.

Vous vous êtes engagé à suivre toutes les instructions qui ont été délivrées pour les soins à domicile et à observer ces restrictions. Vous avez consenti à vous présenter au cabinet conformément aux indications pour y subir, aux échéances recommandées, des examens de contrôle des dents, du parodonte, de la prothèse, de l'occlusion, des structures articulaires ou musculaires.

Vous avez souscrit au type d'anesthésie proposé et, à la suite de l'intervention, vous vous êtes engagé à ne pas conduire de véhicule automobile ou vous servir d'appareils à risque, pendant 24 heures (ou davantage si vous ne vous sentez pas complètement remis des effets de l'anesthésie ou des produits pharmaceutiques administrés).

Vous avez reçu toutes les précisions concernant les modalités financières, les conditions de prise en charge des organismes sociaux, et vous les avez acceptées.

Vous avez également accepté que nos interventions soient photographiées, filmées, enregistrées, ou radiographiées, à condition que votre identité ne soit pas révélée.

En pleine conscience de toutes ces informations, vous nous avez demandé la réalisation des interventions nécessaires à la réalisation des travaux de prothèse dentaire dont le détail est joint.

Je, soussigné ....., reconnais que la nature de l'examen et le détail du plan de traitement, ainsi que ses risques et les modalités financières m'ont été expliqués en des termes que j'ai compris. J'ai obtenu une réponse à toutes les questions que j'ai posées. Après avoir disposé d'un délai de réflexion suffisant, je donne mon accord pour entreprendre le traitement proposé.

Date .....

Signature

Maintenant, le patient nous a donné son accord pour la réalisation du traitement. Nous allons aborder la conclusion de ce second entretien.

## **6. Abord de la conclusion**

Dès que le patient nous a donné son accord, l'identification des symptômes du désir sont visibles :

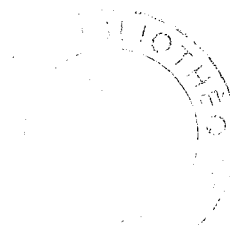
- Précipitation des questions
- Impatience (quand pourrons-nous commencer ?)
- Détente corporelle, sourire.

La réponse positive est entérinée par la « cérémonie » des signatures : l'exemplaire du plan de traitement que le patient peut garder et photocopier pour sa mutuelle ; la demande d'entente préalable que nous complétons des indications concernant notre identité. Cette demande est toujours établie à l'avance. Sa préparation anticipée renforce que notre proposition est d'évidence celle qui convient le mieux au cas.

La signature du devis doit être programmée dans les minutes qui suivent l'accord du patient. Dès qu'il est signé, il faut se taire. Tout argument ajouté ne peut que nuire à la quiétude du patient et peut réveiller de nouvelles interrogations. Les modalités de paiement peuvent être fixées immédiatement ou remises à la séance suivante.

Après avoir signé tous les documents, on se dirige vers la banque d'accueil où l'on fixe un rendez-vous pour commencer le traitement. Celui-ci est donné dans un délai d'une dizaine de jours. Ensuite, on remercie le patient de sa confiance et on le raccompagne jusqu'à la porte du cabinet.

## Conclusion



La plupart de nos patients veulent être écoutés par tous les membres de l'équipe. Les patients veulent être informés tout au long de leur passage dans notre structure (rappel de rendez-vous, diagnostic, plan de traitement, suivi des prestations, financement, remboursements,...). Il semble donc important que nous, jeunes praticiens, nous en soyons conscients.

Traditionnellement, les odontologistes reçoivent dans les facultés une formation destinée au diagnostic, au traitement des affections bucco-dentaires et à leurs conséquences. Elle nous permet d'exécuter un nombre étendu et varié de soins. Les perpétuelles évolutions qui caractérisent notre profession font obligation de réactualiser nos compétences techniques. Il apparaît évident que l'aspect relationnel et organisationnel de notre pratique quotidienne contribue à la réussite d'un traitement.

Etablir une communication fondée sur le respect des patients et inspirée par le serment d'Hippocrate est une nécessité première de notre profession. Certes, nous ne sommes, et ne seront jamais des experts en communication, mais nous devons communiquer efficacement avec nos patients pour améliorer leur prise en charge. Il existe pour cela des recettes et des techniques (techniques de vente et de management) pour faciliter la communication. Mais la loi fondamentale est d'écouter l'autre, de comprendre sa demande, de la respecter et de la satisfaire au mieux de ses intérêts (32, 72).

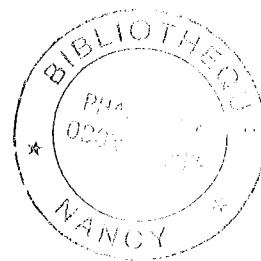
Pour abolir le trop triste « menteur comme un arracheur de dents », rien n'est plus efficace qu'une communication respectueuse de tous nos interlocuteurs que ce soit les patients ou le personnel du cabinet. Ainsi, une communication gérée avec éthique ne permettrait-elle pas de faire naître un



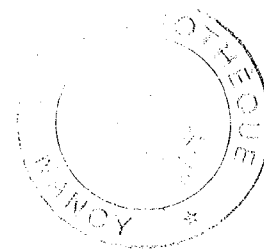
nouveau dicton : « attentionné comme un chirurgien-dentiste » (72) ?

Les différents éléments d'organisation que nous avons essayés de développer dans cet thèse peuvent paraître déroutants pour certains, inconcevables, voire exagérés pour d'autres (avec l'impression d'en faire trop), mais il est primordial de se positionner à la place du patient qui, c'est certain, n'aura jamais l'impression que nous en faisons trop pour qu'il sente au mieux dans le cabinet dentaire (32).

Mieux organiser notre accueil, améliorer la communication avec nos patients, améliorer nos relations avec nos collaborateurs est sans nul doute le souhait de chacun d'entre nous pour bénéficier de la meilleure qualité de vie sur le plan professionnel, mais aussi et surtout, sur le plan personnel (1, 32).



## Bibliographie



1. Allouche L.  
Mesure de la satisfaction en santé  
Info.Dent. ; février 2003 ; 8 ; 462-465
2. Amzalag A.  
En quoi la relation dentiste et de ses patients est-elle particulière ?  
Info. Dent. ; mars 2006 ; n° 13 ; p 654
3. Bessis R.  
Comment gérer le consentement éclairé ?  
Indépendantaire ; avril 2004 ; n° 17 ; p 41
4. Binhas E.  
Réflexion sur la conception architecturale de "l'espace" dentaire  
Info. Dent. ; novembre 1994 ; n° 39 ; p 3553-3560
5. Binhas E.  
Que dites vous après avoir dit "Allo" ?  
Info. Dent.; mars 1995 ; n° 13 ; p 997-1003
6. Binhas E.  
La qualité du service en dentisterie  
Dialogue ; 1997 ; n° 11 ; p 11-14
7. Binhas E.  
A quoi sert une assistante dentaire ?  
Dialogue ; novembre 1998 ; p 15-16
8. Binhas E.  
Le recrutement de l'assistante  
Clinic ; 1999 ; vol 20 n° 1 ; p 45
9. Binhas E.  
L'image du cabinet: se poser les bonnes questions  
Clinic ; 1999 ; vol 20 n° 6 ; p 331
10. Binhas E.  
Comment augmenter l'acceptation des plans de traitement ?

Dialogue ; septembre 1999 ; p 13-15

11. Binhas E.

L'accueil au téléphone

Clinic ; 1999 ; vol 20 n° 8 ; p 553

12. Binhas E.

L'accueil au cabinet

Clinic ; 1999 ; vol 20 n° 9 ; p 631

13. Binhas E.

Le cabinet du futur

Clinic ; 2000 ; vol 21 n° 1 ; p 53

14. Binhas E.

Comment optimiser la présentation des honoraires ?

Info. Dent. ; 29 mars 2006 ; n° 13 ; p 684

15. Binhas E.

La maîtrise de la qualité au cabinet

Clinic ; 1999 ; vol 20 n° 10 ; p 701

16. Binhas E.

Comment créer la confiance lors de la première consultation ?

Info. Dent. ; 29 mars 2006 ; n° 13 ; p 662

17. Binhas E.

Mal déléguer c'est perdre de l'efficacité

Clinic ; 2000 ; vol 21 n° 5 ; p 343

18. Bitton J.

Le dossier du patient

Info.Dent.; juin 2005 ; n° 26 ; p 1569-1571 et juin 2005 ; n° 25 ; p 1506

19. Bitton J.

Le dossier du patient : que doit-il contenir ?

Indépendantaire ; décembre 2003 ; n° 13 ; p 40

20. Bourget Ph.

L'art de faire la conversation

Indépendantaire ; juin 2004 ; n° 19 ; p 42

21. Boswell S.

Le pouvoir d'une vraie communication

Convergence ; mai 2001 ; vol 83 n° 18/19 ; p 7-10

22. Brassard P., Marigo Ph.

Le conservateur

Indépendantaire ; octobre 2004 ; n° 21 ; p 51

23. Brassard P., Marigo Ph.

Le glamour

Indépendantaire ; novembre 2004 ; n° 22 ; p 51

24. Brassard P., Marigo Ph.

Le cool

Indépendantaire ; décembre 2004 ; n° 23 ; p 45

25. Brassard P., Marigo Ph.

Le vert

Indépendantaire ; janvier 2005 ; n° 24 ; p 63

26. Brassard P., Marigo Ph.

Le branché

Indépendantaire ; février 2005 ; n° 25 ; p 51

27. Buisson H.

La préparation initiale des patients

Info.Dent. ; janvier 2006 ; n° 1/2 ; p 34

28. Buisson H.

Phrases clés pour une bonne explication du plan de traitement

Convergence ; novembre 1998 ; vol 80 n° 41 ; p 4-5

29. Buisson M-J

Secrétariat : la fiche du patient

Convergence ; février 2001 ; vol 83 ; p 12

30. Bury L.

L'éclairage sous son meilleur jour

Indépendantaire ; n° 20 ; septembre 2004 ; p 90

31. Caron H.

Informé et expliquer les coûts

Dossier : contrat de santé, les 7 engagements

Dialogue ; septembre 2002 ; n° 20 ; p 15-17

32. Chabre M., Hescot P.  
Les satisfactions et attentes des patients à l'égard de leur chirurgien dentiste  
Enquête : ADF-SOFRES novembre 2007  
Paris ; ADF, 1998. 31p
33. Charon J., Joachim Fr.  
Service patient service gagnant  
Paris : CdP, 1995. 105p
34. Cudicio C.  
Maîtriser l'art de la PNL : la Programmation Neuro-Linguistique  
Paris : Editions d'Organisation, 1998. 302p
35. Dardenne Ph.  
Comment aborder le patient déprimé ?  
Info. Dent. ; 29 mars 2006 ; n° 13 ; p 702
36. Fontaine N.  
Les prix: tact, mesure et rentabilité  
Indépendantaire ; octobre 2002 ; n° 1; p 32
37. Fontaine N.  
Augmenter l'acceptation de vos plans de traitement  
Indépendantaire ; 09.2003 ; n° 10 ; p 42-47
38. Fontaine N.  
L'alternative, faut-il proposer plusieurs devis ?  
Indépendantaire ; 12.2003 ; n° 13 ; p 36-39
39. Fossier M.  
Comment rappeler les rendez vous aux patients ?  
Info. Dent. ; juin 2006 ; n° 25 ; p 1486
40. Fossier M.  
Faut-il rappeler les rendez-vous aux patients ?  
Info. Dent. ; juin 2006 ; n° 24 ; p 1428
41. Fossier M.  
Qui présente le devis ?  
Info. Dent. ; juin 2006 ; n° 21 ; p 1262

42. Fossier M.  
L'assistante doit elle participer à l'entretien initial ?  
Info. Dent. ; mai 2006 ; n° 19 ; p 1111
43. Fossier M.  
Faut-il mettre des journaux dans la salle d'attente ?  
Info. Dent. ; avril 2006 ; n° 17 ; p 992
44. Fossier M.  
Qui s'occupe du répondeur ?  
Info. Dent. ; avril 2006 ; n° 14; p 803
45. Fossier M.  
Prendre les urgences?  
Info. Dent. ; octobre 2005 ; n° 37 ; p 2267
46. Fossier M.  
Qui a répondu au téléphone ?  
Info. Dent. ; octobre 2005 ; n° 35; p 2141
47. Dr Froment J.  
Le contrat de soins  
Dialogue ; septembre 1998 ; p 12-13
48. Gauthier G.  
Accueil téléphonique  
Indépendantaire ; novembre 2002 ; n° 1 ; p 70-72
49. Graff I.  
Architecture intérieure du cabinet dentaire et son rôle dans le comportement du patient  
Thèse : chir. Dent. ; Nancy, 1996.
50. Habib B.  
Nouvelles technologies et communication  
Info. Dent. ; 29 mars 2006 ; n° 13 ; p 676
51. Klein Fr.  
Parler aux ados  
Indépendantaire ; février 2005 ; n° 25 ; p 68

52. Mangez V.  
La prise de rendez-vous téléphonique : le patient connu  
Info. Dent. ; avril 2003 ; n° 15 ; p 1009
53. Martin C.  
Aspects de la relation patient-praticien  
Info. Dent. ; décembre 2005 ; n° 1236 ; p 57-65
54. Mierowska D.  
Accueil téléphonique  
Info. Dent. ; avril 2006 ; n° 17 ; p 996
55. Mierowska D.  
Importance de l'accueil  
Info. Dent. ; avril 2006 ; n° 14 ; p 805
56. Moineau Fr.  
Les secrets de la Programmation Neuro-Linguistique  
Indépendantaire ; février 2004 ; n° 15 ; p 34
57. Nossintchouk R-M.  
Communiquer en odonto-stomatologie  
Paris : CdP, 1003. 145p
58. Ramel C.  
La salle d'attente communique  
Indépendantaire ; hors série novembre 2004 ; n° 3 ; p 114
59. Rozencweig D.  
En route vers la qualité en odontologie...pour optimiser votre avenir  
professionnel  
Paris : Quintessence, 1003. 199p
60. Rozencweig D.  
Des clés pour réussir au cabinet dentaire  
Paris : Quintessence, 1997. 294p
61. Rozencweig D.  
La démarche qualité dans l'organisme du cabinet  
Info. Dent. ; novembre 2005 ; n° 39 ; p 2431-2452

62. Rozencweig D.  
Proposer le plan de traitement optimal  
Info. Dent. ; septembre 2005 ; n° 33 ; p 2006-2008
63. Rozencweig D.  
Favoriser la relation patient- praticien de qualité  
Info. Dent. ; septembre 2005 ; n° 31 ; p 1879-1881
64. Rozencweig D.  
Faut-il adresser un questionnaire à nos nouveaux patients avant de les recevoir ?  
Info. Dent. ; 29 mars 2006 ; n° 13 ; p 658
65. Rozencweig D.  
Proposer un traitement ou répondre à une demande  
Info. Dent. ; septembre 2005 ; n° 32 ; p 1941-1942
66. Saunier S.  
La réception  
Info. Dent. ; juin 2006 ; n° 26 ; p 1544-1547
67. Saunier S.  
La salle de soins  
Info. Dent. ; mars 2006 ; n° 12 ; p 618-622
68. Saunier S.  
Stérilisation  
Info. Dent. ; janvier 2006 ; n° 3 ; p 88-92
69. Saunier S.  
Pratique et esthétique  
Info. Dent. ; mars 2005 ; n° 12 ; p 721-724
70. Saunier S.  
Agencement plein sud  
Info. Dent. ; février 2005 ; n° 5 ; p 266-268
71. Steichen P.  
Service (bien) compris  
Indépendantaire ; février 2004 ; n° 15 ; p 26
72. Tennebaum H., Bercy P.  
Parodontologie : du diagnostic à la pratique



Bruxelles : De Boeck, 1996. 289p

73. Unger F.

Indispensable communication

Info. Dent. ; 29 mars 2006 ; n° 13 ; p 641

74. Vignal B.

Choisir les mots pour convaincre

Info. Dent. ; sept 2006 ; n° 31 ; p 1869-1870

75. Zitoun-Sztainman A.

Face à une femme-enceinte

Indépendantaire ; décembre 2004 ; n° 23 ; p 89

76. Zitoun-Sztainman A.

Face au patient fumeur

Indépendantaire ; janvier 2005 ; n° 24 ; p 90



## **Annexe 2 : le questionnaire médical**

Elaboré le: .....

Réactualisé le(s) : .....

Radio panoramique disponible du : .....

### **ETAT CIVIL**

• Nom / Prénom : .....

• Date de naissance : .....

• Profession : .....

• Adresse : .....

.....

• Numéro de sécurité sociale : .....

• Tél. domicile : .....

• Tél. mobile : .....

• Tél. travail : .....

### **SUIVI ET TRAITEMENT MEDICAL**

• Médecin traitant :

- Nom : .....

- Adresse : .....

- Tél. : .....

• Traitement(s) en cours : (nom du médicament / posologie / motif de prise)

.....

### **TERRAIN**

• Tabagisme : oui / non

- nombre de cigarettes par jour : .....

- Ethylisme : oui / non
- Immunodépression :
  - VIH
  - Greffé (ciclosporine, ...)
  - Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, radiothérapie, ...)
- Allergie :
  - Médicaments. Lesquels : .....
  - Métaux
  - Iode
  - Autre(s) : .....

**PATHOLOGIES ASSOCIEES**

- Cardiaques :
  - Hypertension artérielle
  - Rhumatisme Articulaire Aigu avec atteinte cardiaque
  - Insuffisance coronarienne (angor, infarctus)
  - Troubles du rythme
  - Pathologie valvulaire
  - Insuffisance cardiaque
- Endocriniennes :
  - Diabète insulino-dépendant, Diabète non insulino-dépendant
  - Pathologie thyroïdienne
  - Autres
- Hépatiques
  - Hépatite virale : A, B, C : ..... Année : .....
  - Insuffisance hépatique
- Rénales
  - Insuffisance rénale

- Hémodialyse
- Digestive
  - Ulcère gastrique, duodéal
  - Antécédents de douleurs gastriques
- Neurologie
  - Epilepsie
  - Antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC)
- Hématologie
  - Hémophilie type : .....
  - Troubles de l'hémostase
  - Autres (agranulocytose, thrombopénie, ...)
- Infectieuses
  - Mononucléose infectieuse (MNI)
  - Tuberculose
  - Autres (ORL, ...)

## **PATHOLOGIES ASSOCIEES ANTECEDENTS CHIRURGICAUX**

- Généraux :
  - Anesthésie générale
  - Prothèse valvulaire
  - Prothèse de hanche
  - Autre
- Odonto-stomatologiques
  - Anesthésie dentaire :
    - + Réaction allergique (rougeur, démangeaisons, gonflements, ...) :
    - + Autres : .....
  - Extraction dentaires
    - + Problème coagulation ?
    - + Problème de cicatrisation ?

+ Autres : .....

Le patient certifie exactes toutes les informations fournies au cours de cet interrogatoire. Il devra informer le chirurgien-dentiste de toute modification de son état de santé afin de réactualiser cet interrogatoire. Il affirme enfin avoir pris connaissance des informations confidentielles contenues dans ce document.

Réalisé à .....

Le : .....

## Annexe 3 : questionnaire et historique dentaire

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?

.....

Quel est le motif de votre consultation ?

.....

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste avez vous rencontré des difficultés particulières ?

Si oui, lesquelles ? .....

### **Gencives**

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ?

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ?

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ?      Oui                      Non

Oui, par : chirurgie                      médicaments                      détartrage

### **Soins**

Avez-vous des dents extraites ?                      Oui                      Non

Si oui, pour quelles raisons : caries  
infection  
déchaussement  
dent incluse

Les dents extraites ont été remplacées ?      Oui                      Non

Si oui, par :    un bridge                      un appareil mobile                      un implant

Non, pour quelles raisons ?

.....

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ?

.....

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?

Oui Non

Si oui, lesquelles : .....

Avez-vous des dents sensibles ?

Oui Non

Si oui : au chaud au froid au sucre aux acides à la mastication

## Mâchoires

Claquez-vous ou grincez-vous des dents ?

Oui Non

Avez-vous remarqué : des craquements

Oui Non

des claquements

Oui Non

ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire

Oui Non

Avez-vous des difficultés : à avaler

Oui Non

à mâcher

Oui Non

ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté

Oui Non

## Hygiène dentaire

Utilisez-vous une brosse à dent : Dure Moyenne Souple

Quand vous brossez-vous les dents ? Matin Midi Soir

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ? .....

Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes interdentaire ?

Oui Non

## Habitudes

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes :

Succion du pouce

Oui Non

Se mordre la langue, les lèvres ou la joue

Oui Non



Jouer d'un instrument musical à vent	Oui	Non
Se ronger les ongles	Oui	Non
Mâcher un crayon, vos lunettes	Oui	Non
Croquer des cacahuètes ou des glaçons	Oui	Non

### Dentisterie esthétique

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ?

Oui                      Non

Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ?                      Oui      Non

Etes-vous satisfait de l'apparence de vos dents et de vos gencives ?      Oui      Non

Mettez-vous la main devant la bouche quand vous souriez ou riez ?      Oui      Non

Vous auriez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

.....

.....

.....

### Divers

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ?

Oui                      Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?

.....

.....

.....

Egalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

.....

.....

.....

.....

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

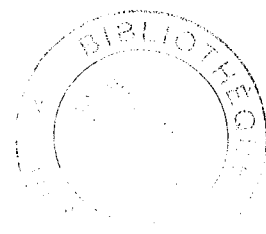
Pas du tout      Un peu      Moyennement      Beaucoup

Autres remarques utiles :

.....  
.....  
.....  
.....

Le ... /.../....

Signature



## **Annexe 4 : lettre de bienvenue adressée aux patients adultes**

Cher(e)....

Nous vous souhaitons la bienvenue à notre cabinet dentaire. Nous voulons vous remercier d'avoir choisi notre équipe dentaire et soyez assuré(e) que nous ferons tout notre possible pour rendre votre visite agréable.

Notre principal objectif est d'aider nos patients à acquérir un haut niveau de santé dentaire qui les motivera à conserver leurs dents pour la durée de leur vie. Les soins dentaires ne contribuent pas seulement à améliorer la santé de nos clients, mais également à améliorer leur apparence, leur personnalité et leur bien-être. Si vous partagez nos perspectives, nous rendrons disponible toute l'information nécessaire à l'accomplissement de nos objectifs communs.

Si vous avez quelque question en ce qui concerne les traitements, les honoraires ou le service, n'hésitez pas à communiquer avec nous. Nous nous empressons de clarifier toutes les situations paraissant ambiguës.

Merci encore de nous avoir choisi,

Dr..... et son équipe

## **Annexe 5 : lettre de bienvenue adressée** **aux enfants**

Cher(e).....

Nous te souhaitons la bienvenue dans notre cabinet dentaire. Nous accordons une attention particulière aux enfants comme toi parce que nous croyons que tu es une personne très importante.

Tu apprendras à notre cabinet comment prendre soin de tes dents pour que tu puisses les conserver durant toute ta vie. Nous voulons apprendre à te connaître et te donner tous les trucs, possibles pour que tu aies une bouche en santé. Si tu utilises tous ces trucs, les petites bactéries qui forment la carie ne viendront pas endommager tes dents.

Si tu as des questions à nous poser, ne te gênes pas. Nous voulons t'aider et nous aimerions que tu deviennes un(e) de nos meilleurs(es) ami(es).

N'oublie pas de dire à papa ou maman qu'il y a une lettre pour eux dans ton enveloppe.

A bientôt

Dr..... et son équipe

## **Annexe 6 : lettre de bienvenue adressée aux adolescents**

Cher(e).....

Nous te souhaitons la bienvenue dans notre cabinet. Nous ferons tout notre possible pour rendre ta visite agréable.

Notre principal objectif est de te donner l'information et les soins dentaires nécessaires afin que tu puisses conserver tes dents durant toute ta vie. Les soins dentaires ne contribuent pas seulement à améliorer ta santé dentaire mais aussi à améliorer ton apparence en général.

Dans la mesure du possible, nous pouvons te donner rendez-vous en dehors des heures scolaires de façon à ce que tu ne manques pas de cours.

Nous souhaiterons que tu consultes tes parents après tes rendez-vous de façon à les informer de tes besoins de traitements dentaires et des coûts rattachés à ces traitements.

Si tu as quelque question, n'hésites pas à communiquer avec nous. Il nous fera plaisir de t'écouter.

Merci de ta collaboration,

Dr..... et son équipe

## **Annexe 7 : lettre de bienvenue adressée** **aux patients venus en urgence**

Cher(e).....

Nous avons eu le plaisir de vous accueillir dernièrement lors de votre visite en urgence. Nous avons temporairement soulagé votre douleur pour que vous puissiez être bien.

Les techniques de la dentisterie moderne peuvent vous éviter de vivre une telle situation. Malgré les circonstances qui vous ont amené à notre cabinet dentaire, ce fut agréable de vous connaître.

Sachez que nous sommes disponibles à répondre à vos questions concernant votre santé dentaire quand vous jugerez le moment opportun.

Merci de votre collaboration

Dr..... et son équipe.

## Annexe 8 : lettres de remerciements

### REMERCIEMENTS A UN AMI

Cher(e).....

J'aimerais t'exprimer ma reconnaissance pour nous avoir référé.....

Notre équipe fera en sorte que l'expérience de ..... puisse être agréable.

Merci de la confiance que tu nous témoignes en nous référant tes amis(es).

Dr..... et son équipe.

### REMERCIEMENTS A UN PATIENT

Cher(e).....

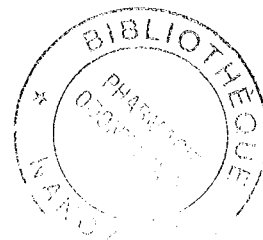
C'est avec une reconnaissance que nous vous remercions d'avoir référé..... à notre cabinet dentaire.

Nous ferons en sorte que ..... vive une expérience dentaire acceptable.

Merci de la confiance que vous nous témoignez en nous référant vos amis(es).

Dr..... et son équipe.

# Annexe 9 : conseils après une intervention chirurgicale



## **CONSEILS APRES UNE INTERVENTION CHIRURGICALE**

Les fiches pratiques de Web-Dentaire.com ©

- En de nombreuses occasions, des interventions chirurgicales invasives peuvent être réalisées en cabinet (extractions de dents, chirurgies parodontales, élongations coronaires...).
- Ces opérations peuvent engendrer des suites opératoires variables en fonction de l'intervention, de sa durée, de sa localisation et même en fonction de l'individu (du patient), mais quelques principes simples permettront de les limiter.

### **CE QUI EST NORMAL**

- Le goût du sang dans la bouche peut persister jusqu'à 3 jours.
- L'ouverture buccale peut être diminuée pendant quelques jours.
- Un œdème (gonflement) voire une ecchymose (un « bleu ») peuvent apparaître.

### **CE QU'IL FAUT FAIRE (sauf indication contraire de votre praticien)**

- **Suivez la prescription qui vous a été faite** par votre praticien traitant. Il vous a certainement, si l'intervention le justifie, ordonné des antalgiques (médicaments contre la douleur) que vous devez prendre rapidement après la fin du rendez-vous, afin de ne pas laisser la douleur s'installer.
- **Utilisez le bain de bouche antiseptique 24h après l'intervention** après chaque repas, pendant la durée indiquée sur votre ordonnance en suivant la prescription de votre praticien.
- En cas de saignement, **appliquer une compresse propre 15 minutes** en exerçant une forte pression sur la plaie.
- **Eviter de brosser la zone opérée** pendant les premiers jours, puis recommencer à brosser avec un brosse très souple (post-chirurgicale, par exemple)
- Pour éviter l'œdème (gonflement), **appliquer de la glace** (pas directement sur la peau, mais dans un sac ou dans un gant de toilette).
- **Si vous devez éternuer, le faire bouche ouverte** afin de ne pas entraîner un saignement.
- En cas de fièvre ou douleur importante et persistante plus de deux jours, contactez votre chirurgien dentiste.

### **CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE (sauf indication contraire de votre praticien)**

- **Ne pas cracher** car l'aspiration créée peut entraîner un saignement.
- **Ne pas boire ou manger très chaud** pendant 1 à 2 jours car la vasodilatation des vaisseaux sanguins obtenue pourrait entraîner un saignement.
- **Ne pas fumer** pendant 1 à 2 jours après l'intervention.
- **Eviter les activités sportives et efforts** car ils provoqueraient un saignement plus important.
- **Ne pas prendre d'aspirine** le jour suivant l'intervention.
- **Ne pas réaliser de bains de bouche le jour suivant l'intervention.**
- **Ne pas manger des aliments moulus** (riz, semoule, ...).



# Annexe 10 : le brossage de dents



## LE BROSSAGE DES DENTS

Les fiches pratiques de Web-Dentaire.com

• La plaque dentaire est un dépôt adhérent que l'on retrouve en particulier au niveau des surfaces dentaires. Cette pellicule est constituée essentiellement de résidus alimentaires, et de bactéries pouvant engendrer les caries dentaires et les maladies parodontales.

• Le brossage à l'aide de la brosse à dent doit être réalisé au minimum **deux fois par jour** ; il a pour but de retirer cette plaque, cependant son action est limitée dans les espaces interdentaires.

### QUELLE BROSSAGE A DENT ?

Les qualités que doit réunir votre brosse à dent sont les suivantes :

- une brosse souple, avec des poils arrondis et en nylon
- tête suffisamment petite pour accéder aux zones exigües de la bouche
- renouveler la brosse régulièrement dès qu'elle est usée, soit environ tous les deux à trois mois.

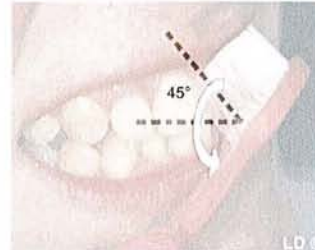
### TECHNIQUE DE BROSSAGE

#### Quelques notions fondamentales :

- Il est indispensable de brosser les dents ET la gencive, en commençant par la gencive, grâce à des mouvements orientés « du rouge vers le blanc » (de la gencive à la dent).
- Il faut brosser le maxillaire (haut) et la mandibule (bas) séparément.
- Il faut brosser toutes les surfaces dentaires : l'extérieur (la face vestibulaire), l'intérieur (la face linguale ou palatine) et le dessus (la face occlusale) des dents.

#### La technique de brossage :

- Positionner les poils de la brosse à dent au niveau de la gencive, légèrement au dessus du collet de la dent en formant un angle de 45°.
- Réaliser un mouvement de rotation allant de la gencive vers la dent (sans faire le mouvement en sens inverse, car cela remettrait les bactéries dans le sillon gingivo-dentaire !)

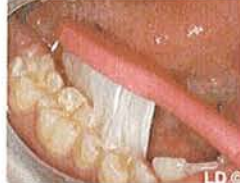


- 1) Brossage des faces **extérieures** des dents antérieures et des dents postérieures au maxillaire en effectuant un balayage de la gencive vers le bord libre des dents

- 2) Brossage des faces **internes** des dents antérieures et des dents postérieures au maxillaire en plaçant la brosse verticale



- 3) On répète pour les dents mandibulaires l'étape 1 : brossage des faces **externes**, la brosse est orientée à 45° vers le bas et on va toujours de la gencive vers la dent.



- 4) Comme l'étape 2 du maxillaire, brossage des faces **internes** des dents antérieures et des dents postérieures à la mandibule en plaçant la brosse verticale



- 5) Brossage des faces **occlusales** (le « dessus des dents ») au maxillaire et à la mandibule en réalisant des mouvements de va-et-vient avec une pression modérée.

# Annexe 11 : l'utilisation du fil dentaire

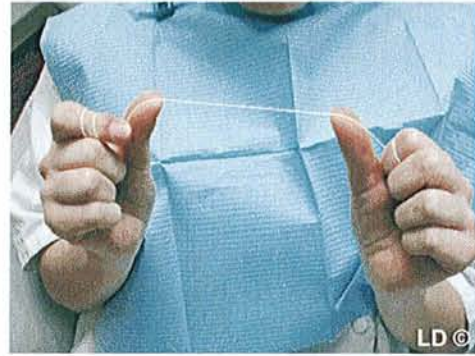
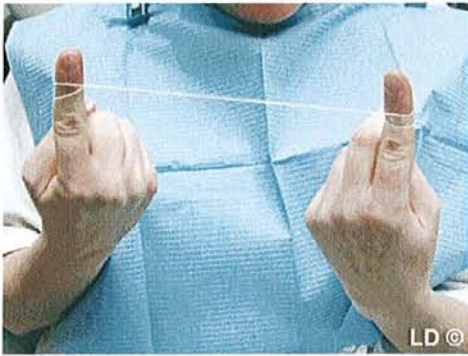
## **L'UTILISATION DU FIL DENTAIRE**

Les fiches pratiques de Web-Dentaire.com

- La plaque dentaire est un dépôt adhérent que l'on retrouve en particulier au niveau des surfaces dentaires. Cette pellicule est constituée essentiellement de résidus alimentaires, et de bactéries pouvant engendrer les caries dentaires et les maladies parodontales.
- Le brossage à l'aide de la brosse à dent a pour but de retirer cette plaque, cependant son action est limitée dans les espaces interdentaires.
- L'utilisation quotidienne du fil dentaire permet de compléter l'utilisation de la brosse à dent en éliminant la plaque entre les dents.

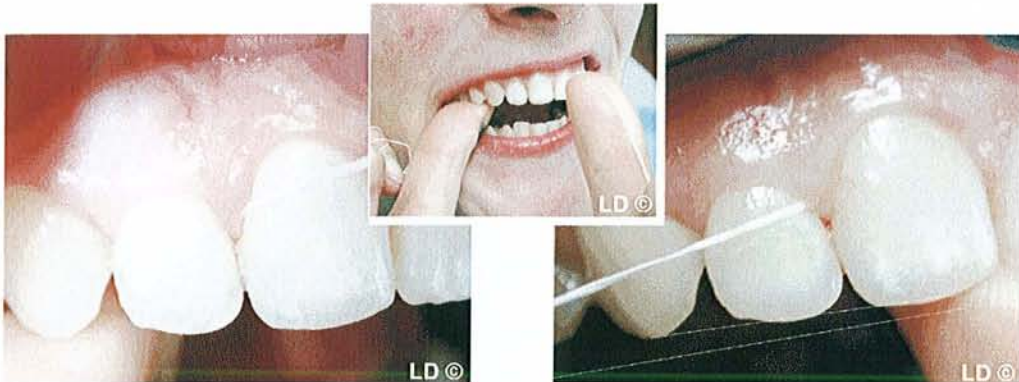
## **PRISE EN MAIN DU FIL DENTAIRE**

- Couper une longueur suffisante de fil dentaire (la manipulation est impossible si le fil est trop court)
- Enrouler les extrémités du fil autour des index
- Utiliser les pouces pour guider le passage du fil entre les dents.



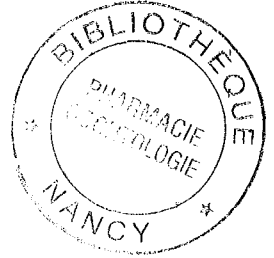
## **PASSAGE DU FIL DENTAIRE**

- Tenir fermement le fil en le pinçant entre le pouce et l'index de chaque main
- Le fil doit être tendu pendant son passage dans les espaces inter-dentaires
- Guider le passage avec les pouces afin de ne pas enfoncer le fil dans la gencive ce qui la blesserait
- Passer le fil en effectuant des mouvements de haut en bas et de bas en haut sur les parois de chaque dent bordant un espace interdentaire.
- Ne pas réaliser de mouvements de va-et-vient pouvant blesser la gencive.



FACULTE D'ODONTOLOGIE

Jury : Président : JP LOUIS – Professeur des Universités  
Juges : C. AMORY – Maître de Conférences des Universités  
S. PERRIN – Assistant Hospitalier Universitaire  
D. BALLAND – Docteur en Chirurgie Dentaire



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

présentée par: Monsieur JACQUOT Jean-Philippe, Antoine

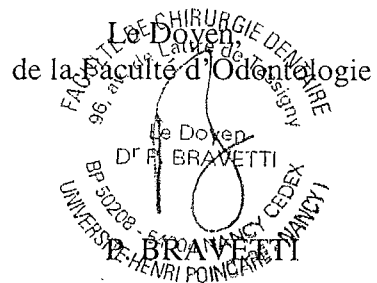
né(e) à: LAXOU (Meurthe-et-Moselle)

le 18 janvier 1981

et ayant pour titre : «Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire.»

Le Président du jury,

JP LOUIS

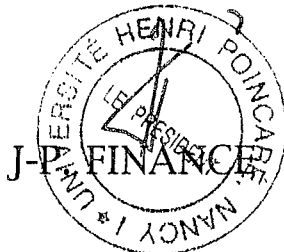


Autorisé à soutenir et imprimer la thèse

2814

NANCY, le 25 JUI 81

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



**JACQUOT (Jean-Philippe).** Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire.

Nancy 2007 : 196 f, 35 ill.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy I : 2007

Mots clés : Cabinet dentaire  
Communication  
Relation dentiste-patient

**JACQUOT (Jean-Philippe).** Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy I : 2007

Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire sont nombreux. Des protocoles ont été mis en place pour améliorer la relation praticien-patient. Cependant, on peut s'interroger sur les raisons d'absence de communication, de mise en confiance, d'accueil du patient lors de sa première visite par une partie des praticiens.

Nous verrons, dans un premier temps, l'accueil téléphonique du patient qui est un élément déterminant car il transmet, à ce dernier, une image du cabinet. Ensuite, il s'agit de l'accueil proprement dit : la visite des lieux, la présentation du personnel,...

Après les premiers contacts, le praticien va pouvoir déterminer le type de patient qu'il a en face de lui. En fonction de cela, il va modifier son attitude et son comportement pour mettre le patient dans les meilleures conditions pour obtenir sa confiance. Grâce à des principes de communication, le praticien va réussir à mieux le connaître et à préciser ses envies.

Après la découverte de la personnalité du patient, nous allons voir comment le chirurgien-dentiste peut expliquer les différentes pathologies buccales en utilisant des technologies nouvelles et en fournissant des fiches instructives.

Enfin, nous verrons comment lors du second rendez-vous le praticien peut annoncer le diagnostic, la solution thérapeutique optimale et le devis sans avoir de difficultés d'acceptation du patient.

**JURY :**

Monsieur	J.P. LOUIS	Professeur des Universités
<u>Monsieur</u>	<u>C. AMORY</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>
Monsieur	S. PERRIN	Assistant Hospitalo-universitaire
Monsieur	D. BALLAND	Chirurgien-dentiste

**Adresse de l'auteur :** Jean-Philippe JACQUOT  
37, Avenue Paul Déroulède  
54520 LAXOU



**JACQUOT (Jean-Philippe).** Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire.

Nancy 2007 : 196 f, 35 ill.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy I : 2007

Mots clés : Cabinet dentaire  
Communication  
Relation dentiste-patient

**JACQUOT (Jean-Philippe).** Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy I : 2007

Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire sont nombreux. Des protocoles ont été mis en place pour améliorer la relation praticien-patient. Cependant, on peut s'interroger sur les raisons d'absence de communication, de mise en confiance, d'accueil du patient lors de sa première visite par une partie des praticiens.

Nous verrons, dans un premier temps, l'accueil téléphonique du patient qui est un élément déterminant car il transmet, à ce dernier, une image du cabinet. Ensuite, il s'agit de l'accueil proprement dit : la visite des lieux, la présentation du personnel,...

Après les premiers contacts, le praticien va pouvoir déterminer le type de patient qu'il a en face de lui. En fonction de cela, il va modifier son attitude et son comportement pour mettre le patient dans les meilleures conditions pour obtenir sa confiance. Grâce à des principes de communication, le praticien va réussir à mieux le connaître et à préciser ses envies.

Après la découverte de la personnalité du patient, nous allons voir comment le chirurgien-dentiste peut expliquer les différentes pathologies buccales en utilisant des technologies nouvelles et en fournissant des fiches instructives.

Enfin, nous verrons comment lors du second rendez-vous le praticien peut annoncer le diagnostic, la solution thérapeutique optimale et le devis sans avoir de difficultés d'acceptation du patient.

**JURY :**

Monsieur	J.P. LOUIS	Professeur des Universités
<u>Monsieur</u>	<u>C. AMORY</u>	<u>Maître de Conférences des Universités</u>
Monsieur	S. PERRIN	Assistant Hospitalo-universitaire
Monsieur	D. BALLAND	Chirurgien-dentiste

**Adresse de l'auteur :** Jean-Philippe JACQUOT  
37, Avenue Paul Déroulède  
54520 LAXOU