HAL
open science

L'abord du patient au cabinet dentaire. Approche psychologique et outils de communication

Agathe Ruga

To cite this version:

Agathe Ruga. L'abord du patient au cabinet dentaire. Approche psychologique et outils de communication. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01738909

HAL Id: hal-01738909

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738909v1

Submitted on 20 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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

ACADEMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2013 N° 6030

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Agathe RUGA

Née le 12 mai 1986 à Nancy (54)

L'abord du patient au cabinet dentaire
Approche psychologique et outils de communication

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 17 janvier 2013

Examinateurs de la thèse :

Monsieur J-P LOUIS	**Professeur des Universités**	**Président**
Monsieur J.M MARTRETTE	**Professeur des Universités**	**Juge**
Monsieur M. ENGELS-DEUTSCH	**Maître de Conférences des Universités**	**Directeur**
Madame S. ENGELS-DEUTSCH	**Psychologue clinicienne**	**Invitée**

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté d'Odontologie
Collégium Santé

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI – Pr Francis JANOT - Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. Mlle Mme Mlle	**DROZ Dominique (Desprez)** PREVOST Jacques JAGER Stéphanie JULHIEN-COSTER Charlotte LUCAS Cécile		Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante* Assistante Assistante
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle M.	**FILLEUL Marie Pierryle** GEORGE Olivier BLAISE Claire EGLOFF Benoît		Professeur des Universités* Maître de Conf. Associé Assistante Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. M.	**CLEMENT Céline** JANOT Francis CAMELOT Frédéric		Maître de Conférences* Professeur Contractuel Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. Mlle M.	**AMBROSINI Pascal** BISSON Catherine MILLER Neal PENAUD Jacques BÖLÖNI Eszter JOSEPH David		Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences Assistante Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M. M. Mme M.	**BRAVETTI Pierre** ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BAPTISTA Augusto-André CURIEN Rémi GUILLET-THIBAULT Julie MASCHINO François		Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante* Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. M.	**WESTPHAL Alain** MARTRETTE Jean-Marc YASUKAWA Kazutoyo		Maître de Conférences* Professeur des Universités* Assistant Associé
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. Mlle M.	**ENGELS-DEUTSCH Marc** AMORY Christophe MORTIER Eric BALTHAZARD Rémy PECHOUX Sophie VINCENT Marin		Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant* Assistante Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. Mlle M. M. Mlle Mlle	**DE MARCH Pascal** LOUIS Jean-Paul ARCHIEN Claude SCHOUVER Jacques CORNE Pascale LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles MONDON-MARQUES Hélène RIFFAULT-EGUETHER Amélie		Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Assistant Assistant Assistante Assistante
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	**STRAZIELLE Catherine** RAPIN Christophe (Sect. 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)		Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée

souligné : ***responsable de la sous-section*** * temps plein

Mis à jour le 01.11.2012

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 président de thèse

Monsieur Jean-Paul Louis

Officier des Palmes Académiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Président Honoraire et Secrétaire perpétuel de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Membre de l'Académie Lorraine des Sciences

Responsable de la Sous-section : Prothèses

Vous nous avez fait l'honneur et la fierté d'accepter la Présidence de ce jury, et je n'aurais pu imaginer personne d'autre que vous.

Je garderai de mon cursus universitaire un perpétuel souvenir de l'exemple que vous incarnez pour nous tous.

A notre directeur de thèse

Monsieur Marc Engels-Deutsch

Docteur en chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Louis Pasteur, Strasbourg

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable de la Sous-section : Odontologie conservatrice – Endodontie

Je vous adresse mes sincères remerciements pour m'avoir suivie dans l'élaboration de ce projet. Depuis la deuxième année du cursus odontologique vous m'avez soutenue et encouragée à traiter ce sujet et je vous fais part de ma reconnaissance pour la précision avec laquelle vous m'avez aidée et guidée vers l'aboutissement de ce travail.

A notre juge

Monsieur Jean-Marc Martrette

Docteur en chirurgie Dentaire
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy
Chef de Service du CSERD de Nancy
Docteur en Sciences Pharmacologiques
Habilité à diriger des Recherches
Sous-section : Sciences biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie Pathologique, Bactériologie, Pharmacologie).

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être membre de ce jury, de la qualité de votre enseignement et de votre implication au sein de la faculté.
Je vous remercie également de m'avoir soutenue et encouragée lors de ces six années.

A notre invitée

Madame Sophie Engels-Deutsch

Psychologue clinicienne

Nous vous remercions pour votre grande participation à ce projet. Votre implication, votre efficacité, vos conseils précis et avertis ont été d'une aide précieuse à la finalisation de ce travail.

A Albane, ma fille

Merci ma douce d'avoir été patiente et sage quand je travaillais, nous allons avoir un petit peu plus de temps maintenant, c'est promis.

A Maman, et à Philou

Merci Maman de m'avoir toujours poussée, soutenue et valorisée depuis toute petite dans tout ce que je faisais, c'est grâce à toi si j'en suis là aujourd'hui ! Merci à Philou, toujours prêt à m'aider, rire et partager de bons moments avec nous.

A Papa, et à Edith

Merci mon Papa pour toute la solidité, l'écoute et le réconfort que tu m'as toujours apporté, j'espère que tu es fier de moi. Merci Didith pour ta bonne humeur, ton implication dans notre famille, tu m'as toujours rendue service avec plaisir.

A mon frère Lesly, à Siska et Leon

Merci mon Zouzou pour toute la joie de vivre que tu m'as transmise malgré la distance, et pour cette jolie petite famille que tu as construite. Continue à chanter et à poser des couleurs dans nos vies comme sur ton piano de jazz !

A Mamie et Papy

Les grands parents les plus généreux du monde c'est vous, les plus à l'écoute, c'est vous, les plus drôles c'est vous, ceux qui ne vieillissent pas, c'est encore vous ! Surtout ne bougez pas d'un poil, merci d'avance !

A Marie-Claude ma tante, Karin ma marraine, Patrick et Marie

Que de bons moments et de charmantes pauses déjeuners avons-nous partagés ! Karin, tu es une marraine en or, j'espère que notre complicité durera toujours.

A Leo, Véro, et Jeanine

Vous m'avez toujours encouragée et montré toute votre gentillesse depuis que je vous connais, merci d'être venus. Leo, bon courage pour la suite, quels que soient tes projets.

A Amato, mon collaborateur

Merci de faire de mon lieu de travail un endroit où je me rends chaque matin avec sérénité et enthousiasme. Je suis fière de travailler avec toi. Grazie mille !!!

A Philippe Syda et Florence

Au cabinet de Pont-à-Mousson où j'ai fait mes premiers pas et mes stages, et où tu m'as accordée toute ta confiance. Merci pour tous tes conseils Philippe, j'accède aujourd'hui et fièrement au rang de confrère!

A Flo et Philippe Toussaint

Merci pour les bons moments p assés avec vous, pour votre accueil chaleureux et votre présence aujourd'hui.

A Catherine, mon assistante, et Elodie

Merci pour votre gentillesse, votre calme et votre humour, vous êtes une perle Catherine !

A Anne-Ka, et Mikki

Anne-ka, ma chère et tendre psychologue préférée, je n'ai pas dû choisir ce sujet par hasard et je te remercie pour toutes ces longues années d'amitié inébranlable.

A Maëlle, et Matthieu

Merci Malou pour ton amitié solide, ton sens de l'écoute et de l'analyse ainsi que pour nos moments littéraires et bucoliques. Bravo pour ton parcours personnel et professionnel, un jour tu seras Princesse des urgences en Afghanistan. Matthieu, tu seras Prince des bébés malgaches (si toutefois tu lis ce commentaire, ce qui est moins sûr).

A Elsa, et Damien

Mon Elsa, je te remercie pour ton soutien, ta gentillesse et tes mille et une idées pour rendre la vie plus chouette. Damien, merci pour toutes tes attentions, et l'accueil chaleureux que tu nous réserves toujours. Merci les asticots !

A Anne-Lo, et Flo

Anne-lo, ma splendeur, mon sourire, mon soleil, ta seule présence me suffit et m'enchante ! Pars s'il le faut mais reviens souvent. Floflo, à ton sourire canin et à tous les TPE du monde !

A Chacha, et Sydney

Merci ma Chacha pour ton écoute et ton soutien, je te souhaite du succès pour ta thèse, et à Syd beaucoup de réussite dans tous tes projets professionnels.

A Mel

Un jour ce sera ton tour, et tu passeras du passeras du sthéto rose au sthéto d'or !

A Robbie

Merci pour toutes tes attentions, tes encouragements et tes conseils dans des périodes qui n'ont pas toujours été faciles.

A Kasia

Je suis toujours heureuse de rouler quelques R avec toi belle blonde.

A Ludivine

Merci pour nos bonnes discussions et tes avis éclairés. Notre rencontre a été fraiche et claire comme ton joli teint Clarins.

A Seb G

Seb je vous fais confiance toi et ta mémoire pour retenir cette date toute ta vie !

A Marion T

La plus funky et rock & roll des assistantes, merci pour tous les bons moments passés à Pulligny.

A Jeanne

J'espère que nous continuerons à nous voir longtemps bien que nous ayons toutes deux finies. Merci pour tout le soutien que tu m'as toujours apporté ma Jeannette.

A Marie Krieb

A notre bonne entente, à ton punch permanent, à tous les verseaux, et à une vieille soirée rosée improvisée un soir d'été.

A Carole

A nos folles vacations de prothèse et surtout au stage de gériatrie qui m'aurait paru beaucoup moins fun sans toi.

A Alice

Ma binôme de la Fashion Team (ou d'oc), que de bons souvenirs en ta compagnie. Je suis contente de t'avoir eu près de moi pendant une année et que tu sois là pour la clôture !

A Magali

Notre petite major de promo, avec qui j'ai sympathisé le premier jour de P2. Tu es une nana exceptionnelle, tu iras loin Mag.

A Marilyne

A la petite Marilyne fragile que j'ai rencontrée en deuxième année et qui est aujourd'hui devenue une personne forte. Bravo pour avoir surmonté les épreuves et merci de ta présence.

A Lisa

Mais qu'aurais-je fait sans toi ma chère Lisa durant ces deux années de travaux pratiques ! L'alphabet faisant bien les choses, je passe ma thèse après toi…

A Mylena

J'ai toujours été contente de te voir, de partager quelques moments avec toi Mylena, merci d'être venue aujourd'hui !

A Stéphanie

Pour tous nos bons souvenirs en paro ou à Carel, tu es parfaite Miss ne change rien.

A Clément

Tu m'as beaucoup aidée et motivée à finir cette thèse, je te souhaite la réussite pour la tienne. Si je te remercie en dernier, c'est peut-être parce que tu es natif du 31 décembre ; ou alors sans doute pour une autre raison.

« Un sourire est souvent l'essentiel. On est payé par un sourire, on est récompensé par un sourire. »

A. De Saint-Exupéry.

Sommaire

Introduction

I. PSYCHOLOGIE ET ODONTOLOGIE 16

A. HISTORIQUE ET DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTS COURANTS PSYCHOLOGIQUES. 16

1. Histoire de la psychologie en odontologie. 16

2. La personnalité et psychologie de la personnalité 19

3. Freud et la psychanalyse. 20

a) L'organisation de la personnalité 21

b) Le développement de la personnalité 22

c) Les mécanismes de défense 25

d) Les troubles mentaux et la thérapie psychanalytique 27

4. Les autres courants psychologiques 30

a) La psychologie comportementale. 30

b) La psychologie humaniste 33

c) La psychologie cognitive. 38

d) La psychologie sociale. 40

B. LE SYMBOLISME DES DENTS ET SPÉCIFICITÉS DE LA CAVITÉ BUCCALE 44

1. La bouche et la place du stade oral dans le développement. 44

2. Symbolique de la cavité buccale 49

a) La bouche 49

b) Les dents 51

C. LES AFFECTIONS PSYCHOSOMATIQUES 57

1. Définition 57

2. Modèles théoriques 59

a) Le modèle psychanalytique. 59

b) Modèles psychosomatiques non psychanalytiques 60

3. Les manifestations des affections psychosomatiques en odontologie 64

a) Les Paresthésies Buccales Psychogènes 64

b) Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur (SADAM) et bruxisme 67

c) Parodontopathies et lésions buccales 74

D. LE PATIENT PHOBIQUE 83

1. Définition de la phobie 83

a) Prévalence de la phobie dentaire : 84

b) Distinction : Phobie/ Peur 84

c) La phobie d'un point de vue psychanalytique 85

2. L'anxiété dentaire 87

a) Définition 87

b) Les principaux modèles expliquant la naissance de l'anxiété dentaire allant jusqu'à la phobie 89

3. L'impact de la phobie dentaire sur la vie quotidienne 91

a) Les effets physiologiques : 91

b) Les effets cognitifs : 92

c) Les effets comportementaux 92

d) Les effets sur la santé générale 92

e) Les effets sur la vie sociale 92

4. D'autres exemple de cas psychopathologiques 94

a) Les dépressifs 94

b) Les psychotiques 95

c) Les anorexiques et la dysmorphophobie 95

II. OUTILS DE COMMUNICATION DANS LA RELATION PRATICIEN-PATIENT. 97

A. LA RELATION PRATICIEN/PATIENT 97

1. Rapport actuel du patient avec la dentisterie 97

2. Le patient face à la maladie 99

a) Organisation de sa personnalité, facteurs culturels et cognitifs 99

b) Les conséquences et les réactions psychiques de la maladie. 100

3. Les motivations du praticien 102

a) Les motivations conscientes et inconscientes 103

b) Les attitudes du praticien vis-à-vis du patient 104

4. Les caractéristiques de la relation dentiste-patient 105

a) Une relation asymétrique et paradoxale 105

b) Des attentes et des espérances mutuelles 106

c) Le transfert et le contre-transfert 107

B. LA RENCONTRE PRATICIEN-PATIENT 111

1. La communication 111

a) Définition de la communication 111

b) La communication non-verbale 112

c) La Communication verbale 116

d) Les outils de communication 116

2. Le premier contact 119

a) La prise de rendez-vous téléphonique 119

b) Le premier pas au cabinet 123

c) La poignée de mains entre le dentiste et son patient 125

C. LES ÉTAPES DU RENDEZ-VOUS 127

1. L'anamnèse 127

a) Le questionnaire médical 127

b) Le motif de consultation 127

c) Position adaptée 128

2. L'entretien clinique 129

a) L'exploration et le questionnement 129

b) La compréhension 131

c) Information et élaboration du plan de traitement 136

3. Les honoraires 141

D. LES DIFFICULTÉS ET LES CONFLITS 144

1. La levée des objections 144

a) Le temps 144

b) La douleur 144

c) La confiance 144

d) L'argent 145

2. Gérer les crises 147

a) L'inconscient collectif en odontologie 147

b) Avant le traitement 149

c) Pendant le traitement 149

d) Après le traitement 150

3. Les limites de la psychologie en odontologie 151

Conclusion

Introduction

Un patient arrive au cabinet dentaire pour la première fois : il est souriant, chaleureux, ravi de nous rencontrer. Il s'installe au fauteuil avec aplomb, nous expose son problème succinctement, s'allonge, ouvre la bouche et ferme les yeux. Forts de notre instruction et confortablement installés, la turbine peut tourner. Ne soyons pas idéalistes, mais réalistes ! La rencontre de ce modèle n'est pas fréquente. Le patient parfaitement détendu au cabinet dentaire est presque un cas isolé.

Tous les jours, nous nous heurtons à des barrières et des réticences d'ordre psychologique. D'où viennent-elles ? Par quels mécanismes sont-elles provoquées ? Comment aborder nos patients dans notre exercice quotidien ? Un chirurgien-dentiste qui n'en tiendrait pas compte et qui ne prendrait pas en charge le patient dans toute sa globalité ne parviendrait pas à mener à bien son projet de soins. La relation praticien-patient est au cœur de la réussite de tout traitement.

Pour comprendre nos patients et la relation qui s'installe entre nous, il est intéressant de s'y attarder.

Ce travail a pour but de rechercher dans les domaines de la psychologie et de la communication, des données capitales pour la compréhension et le décryptage du comportement des personnes que nous côtoyons quotidiennement. Le patient qui vient consulter ne s'adresse pas à un plateau technique mais à un professionnel de santé, il recherche non seulement la compétence mais aussi l'écoute et la compréhension du praticien.

La psychologie est un domaine très vaste qui permet d'appréhender l'être humain en tenant compte de toute sa complexité. Le chirurgien-dentiste n'y est pas beaucoup formé ni préparé lors de son cursus universitaire. Lors de son exercice professionnel, c'est bien souvent ses facultés intrinsèques d'intuition, d'adaptation et l'expérience qui l'aideront à décoder son patient.

La communication quant à elle est liée à la psychologie et est présente dans toute relation humaine. Le cabinet dentaire n'échappe pas à cette règle.

A travers les différents courants psychologiques, de la psychanalyse de Freud à la psychologie cognitive ou sociale, nous étudierons dans un premier temps les liens entre la psychologie et l'odontologie. Comment le stade oral et le symbolisme de la cavité buccale conditionnent-ils le comportement du patient au cabinet dentaire ? Quels sont les mécanismes impliqués dans les affections psychosomatiques ? Nous comprendrons comment les problèmes psychologiques peuvent avoir des répercussions sur la santé bucco-dentaire, puis les difficultés à soigner des personnes atteintes de troubles psychologiques tels que la phobie, souvent rencontrée au cabinet dentaire.

Dans un deuxième temps, nous axerons notre propos sur la relation praticien-patient en nous intéressant à l'un et l'autre, puis en rappelant les fondamentaux de la communication en odontologie. Quelles sont les motivations du praticien et du patient ? Quels sont les indices à trouver et les pièges à éviter ? De la première poignée de main jusqu'à la fin d'un traitement, en passant par les écueils que chacun peut rencontrer lors de sa vie professionnelle, nous décrirons quelques outils utiles à l'exercice dentaire.

I. Psychologie et odontologie

A. Historique et définitions des différents courants psychologiques.

Derrière le mot « Psychologie » se cachent plusieurs définitions. Littéralement « science de l'âme », cette discipline a pour but de comprendre la structure et le fonctionnement de l'activité mentale et des comportements associés. Cependant il existe de nombreux thèmes en psychologie, car au fil de l'histoire et de l'évolution des sciences, de grands courants sont venus parfois contredire les anciens : c'est le cas par exemple de la psychologie cognitive, dont la démarche scientifique et rigoureuse s'est éloignée du comportementalisme qui refusait de prendre en compte le fonctionnement du psychisme[54]. Nous allons appréhender de manière globale les liens possibles entre la psychologie et l'odontologie.

1. Histoire de la psychologie en odontologie.

Même si l'on considère le XIXème siècle comme la naissance de la psychologie en tant que science, on retrouve dans l'histoire certains détails qui prouvent qu'elle existe depuis toujours.

Dès l'antiquité, Adamantius introduit des bases de morphopsychologie vers 350 avant J.C en parlant de l'influence des canines sur la forme du visage et en en déduisant le caractère des individus[80].

Vers la fin du XIXe siècle, Wilhelm Wundt a fondé le premier laboratoire entièrement consacré à la recherche psychologique expérimentale, et Ivan Pavlov a également utilisé la méthode expérimentale, notamment dans la découverte du « réflexe conditionné ».

Par la suite, les cinquante premières années du XXème siècle ont été dominées par deux courants diamétralement opposés : la psychanalyse de Freud et le comportementalisme fondé par John B. Watson, représenté par Skinner[54].

Malgré cela, la première moitié du XXème siècle pose un regard assez obtus sur la psychanalyse à une époque où le progrès technique est roi.

En revanche, les esprits se montrent plus réceptifs dans la seconde moitié du XXème siècle avec l'apparition de la psychosomatologie et les idées de Balters. *« Toutes les disciplines s'éclairent mutuellement, le patient est avant tout un être humain dont la santé dépend de l'équilibre du psychisme. Il faut donc avant tout aider le malade à se débarrasser de son angoisse. »*[80]

En 1960, Balint fait naître la relation patient-médecin en se penchant sur les attentes du patient ce qui amène l'odontologiste à se remettre en question quant à son abord du patient. La dimension humaine commence à prendre le pas sur la technique, on s'interroge sur *« les qualités requises pour une activité obligeant à un contact humain avec tout ce que cela requiert, non seulement de sociabilité, mais de patience et de sensibilité, voire de loyauté et de probité »* [7].

En 1723, « le père de l'Art dentaire », Pierre Fauchard, rédige un manuel du chirurgien-dentiste dans lequel il se révèle être un étonnant psychologue. En plus du grand nombre de techniques qu'il propose, il fut le premier à s'intéresser à la préservation des dents, à leur remplacement mais aussi à l'ergonomie du praticien et de son patient [81].

Figure 1: Pierre Fauchard (1678-1761), père de l'Art dentaire [105]

Plus tard, Freud avec ses essais sur la sexualité infantile et notamment le stade oral va quelque part bouleverser les rapports de la psychologie et de la chirurgie dentaire.

L'après première guerre mondiale voit naître des cabinets dentaires plus chaleureux : l'apparition des premiers scialytiques et des instruments électriques rendent les soins dentaires moins effrayants et les cabinets dentaires plus accueillants.[77]

Ainsi la psychologie s'intègre peu à peu dans le milieu dentaire comme en témoigne cette réflexion de Horgues en 1924 : *« Ne serait-il pas logique d'apprendre aux étudiants, tout au moins les notions préliminaires de psychologie, de façon à leur éviter de tomber au milieu de la clientèle comme un chien dans un jeu de quilles ? »*[80].

En 1933, on note la parution dans la Revue Française de Psychanalyse de « L'Homme et son dentiste » de Marie Bonaparte.

En 1938, Luciani classe, selon son essai d'interprétation psychanalytique, les angoisses dentaires dans les angoisses irrationnelles.

En 1962, a lieu à Côme un symposium de « psychodontie » où sont abordés des sujets comme la valeur symbolique des extractions ou encore les perturbations des fonctions orales. La psychologie est donc en plein essor à cette époque, et apparaissent des méthodes basées sur la gestion de la douleur telle que la sophrologie.

En 1968 l'enseignement s'enrichit dans les écoles nationales de chirurgie dentaire et 2% des thèses abordent le thème de la psychologie.

En 1978, la psychologie rentre dans l'enseignement des études odontologiques (décret du 09/03/1978) et l'institut de psychologie odontostomatologique publie, dans différentes revues, des articles sur des thèmes comme la communication au cabinet dentaire.

La notion de relation patient/chirurgien-dentiste est désormais une réalité, pourtant freinée par le développement incessant de nouvelles techniques.

L'instauration de la Sécurité Sociale va amener le dentiste à être considéré comme un technicien commerçant face à des patients de plus en plus exigeants. Pour pallier à cela en 1985, l'Association Dentaire Française et le Conseil National de l'Ordre mènent une politique de communication et travaillent l'image de la profession par rapport au public. On assiste

aussi au développement de séminaires de communication au cabinet dentaire pour aider le praticien à gérer sa relation avec le patient.

En 1989, Micheline Ruel-Kellerman fonde la Société Française d'Odontologie Psychosomatique et Sciences Humaines (SFOPSHM) pour permettre au praticien d'aborder ses patients dans une approche globale. De même Maie-Claire Théry-Hugly crée la Société de Psychologie Odonto-Stomatologique et Médicale (SPOM) en 1993.[104]

Aujourd'hui, l'enseignement de la psychologie se limite à quelques heures en dernière année de cursus, et dans certaines facultés il est encore optionnel. Nous allons voir qu'elle prend pourtant toute sa place dans l'Art dentaire que nous pratiquons, à chaque cas rencontré, à chaque acte exécuté, aussi facile soit-il.

2. La personnalité et psychologie de la personnalité

Etymologiquement, « Personnalité » vient du grec « Persona », désignant le masque de théâtre antique, qui était l'interface entre l'acteur, son rôle et le public.

Elle est l'ensemble des comportements qui constituent l'individualité d'une personne. C'est l'élément stable de la conduite d'une personne, sorte de synthèse complexe et évolutive des données innées (gènes) et des éléments disponibles dans le milieu social et l'environnement en général.

Gordon Allport est un psychologue américain (1897-1967) qui a étudié principalement les problèmes de la personnalité. Il a noté plus d'une cinquantaine de définitions de la personnalité, en voici quelques-unes. [3]

Personnalité :

- Essence, nature fondamentale de la personne humaine
- Apparence à soi-même et aux autres, image présentée
- Identité psychologique de l'individu
- Caractéristiques stables, durables d'un individu à travers le temps et les statistiques
- Mode de fonctionnement typique, habituel d'une personne
- Cause explicative des comportements de l'individu

La psychologie de la personnalité a pour buts théoriques de comprendre la nature humaine et d'expliquer le fonctionnement concret des individus. Ses buts pratiques sont de mesurer les différences entre les individus, de prédire leur comportement, ou encore de les changer.

3. Freud et la psychanalyse.

La psychanalyse est le courant psychologique le plus connu du grand public. Sigmund Freud (1856-1939), mondialement connu, père de la psychanalyse, était un médecin neurologue autrichien. Il a fondé le courant psychanalytique que nous connaissons aujourd'hui, et ses théories dont certaines ont souvent été controversées restent cependant à la base de toute étude psychologique. [95]

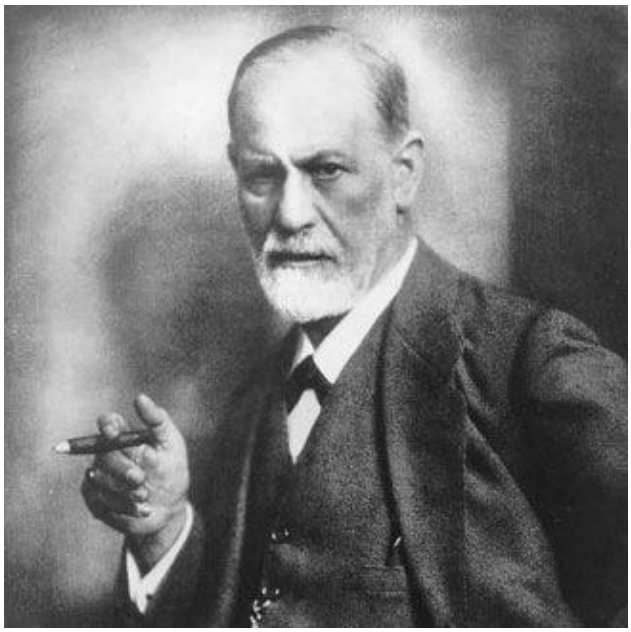

Figure 2: Sigmund Freud (1856-1939), père de la psychanalyse [95]

a) L'organisation de la personnalité

Freud a proposé successivement deux topiques :

- La vie mentale d'un individu est répartie en trois lieux [36:]

L'inconscient: Il est ce qui est profondément enfoui dans notre psychisme. Il influence constamment la pensée, les actes et les affects (états affectifs), et cherche une expression consciente. L'hypnose, l'analyse des rêves, l'interprétation des actes manqués, les lapsus mais aussi les mécanismes de défense et les symptômes névrotiques sont des phénomènes qui démontrent l'existence de l'inconscient.

Le préconscient : Il est formé des activités mentales ou idées qui, sans être conscientes peuvent le devenir, par un effort de volonté, une association d'idées ou une question.

Le conscient : Il est ce qui nous est directement accessible. Il est formé des activités mentales ou des représentations (pensées, perceptions, souvenirs), et affects dont l'individu est conscient et peut donc verbaliser.

- La personnalité se divise en trois instances [38]:

Le « Ça » : C'est le pôle pulsionnel de la personnalité. Il est régi par le principe de plaisir et recherche des gratifications immédiates. Il ignore les notions de bien, de mal, et de morale. Il constitue le réservoir des pulsions inconscientes et non élaborées. Il y a deux types de pulsion : les pulsions de vie (sexualité, maternité, faim) et les pulsions de mort (colère, haine, envie de meurtre).

Le « Moi » : C'est le pôle défensif de la personnalité. Il se développe au contact de la réalité extérieure et il est régi par le principe de réalité. Il s'efforce de réconcilier les pulsions du « Ça » et les limites imposées par le « Surmoi ». Il a un rôle essentiel dans la préservation de l'individu par son adaptation à la réalité et la résolution de conflits intra-psychiques.

Le « Surmoi » : C'est le pôle censeur. Il a un rôle de juge à l'égard du « Moi ». Il est constitué par l'intériorisation des exigences et des interdits parentaux et sociaux.

Freud par la suite a ajouté une quatrième instance psychique, « l'idéal du Moi », conception idéalisée de la personne à laquelle l'individu cherche à se conformer. Il se met en place au cours de l'enfance, par identification aux personnes aimées et admirées (souvent les parents).

b) Le développement de la personnalité

« L'enfant de 0 à 5 ans est le père de l'homme qu'il sera plus tard ». a dit Freud lors de son Introduction à la psychanalyse[38].

Selon Freud, l'enfant passe par plusieurs étapes au cours de son développement, essentiellement centrées sur la sexualité infantile. [54]

- Le stade oral : de la naissance à 18 mois.

Ce stade nous intéresse particulièrement. En effet, pour Freud, *« le premier organe qui se manifeste en tant que zone érogène et qui émet envers le psychisme une revendication libidinale est, dès la naissance, la bouche. »*[36]

Le plaisir du nourrisson est focalisé sur la bouche et la succion. Le sein maternel est objet de plaisir. D'autre part, Pierre Fauchard, père de la dentisterie moderne, dit: *«Tout ce qui concerne notre vie commence par la bouche et les dents. »*[81]

En effet c'est par la bouche que se créent les premiers contacts et les premières communications avec le monde extérieur.

- Le stade anal : de deux à trois ans.

L'activité sexuelle de l'enfant est liée au contrôle de son sphincter. C'est la période d'acquisition de la propreté et du langage.

- Le stade phallique : de trois ans à cinq ans.

La zone érogène préférée est alors constituée par les organes génitaux. L'enfant pose des questions sur l'origine de la vie et la différence des sexes. Au cours de cette période se manifeste le complexe de castration.[54]

Le complexe de castration : Complexe centré sur le fantasme de castration venant trouver une explication que cherche l'enfant quant à la différence anatomique des sexes. Le garçon redoute la castration comme une menace paternelle en réponse à ses activités sexuelles. La fille ressent l'absence du pénis comme un préjudice subi qu'elle cherche à nier, compenser ou réparer.

Le complexe de castration est en relation avec le complexe d'Œdipe qui joue un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité et dans l'orientation du désir humain.

Le complexe d'Œdipe : le garçon perçoit le père comme un rival dans sa relation amoureuse avec sa mère et ressent à son égard des sentiments agressifs. En comprenant que ses efforts d'être le seul élu de sa mère sont vains il va renoncer à la conquérir, va s'identifier au père en intériorisant les interdits parentaux comme par exemple l'interdit de l'inceste. La fille constate qu'elle n'a pas de pénis, se détache de la mère qu'elle rend responsable de son manque et se tourne vers le père. L'envie d'avoir un pénis par son père est non satisfaite et la fille se tourne ainsi à nouveau vers sa mère à laquelle elle s'identifie en acceptant son sexe.

- Période de latence : de cinq ans à la puberté

Les pulsions sexuelles de l'enfant sont moins fortes, il intériorise les premiers interdits moraux et devient pudique. C'est la période de « résolution de l'Œdipe » : l'enfant renonce aux pulsions sexuelles et agressives liées au complexe d'Œdipe et s'identifie alors au parent du même sexe. Ses centres d'intérêt et ses activités se diversifient. [54]

- Le stade génital : à partir de la puberté.

Le complexe d'Œdipe connaît à l'âge adulte une réminiscence et l'individu apprend progressivement à contrôler ses pulsions d'une manière souple et qui le satisfait.

Son « Moi » est plus ou moins bien surmonté et parvient à équilibrer l'action du « Ça » et celle du « Surmoi ».

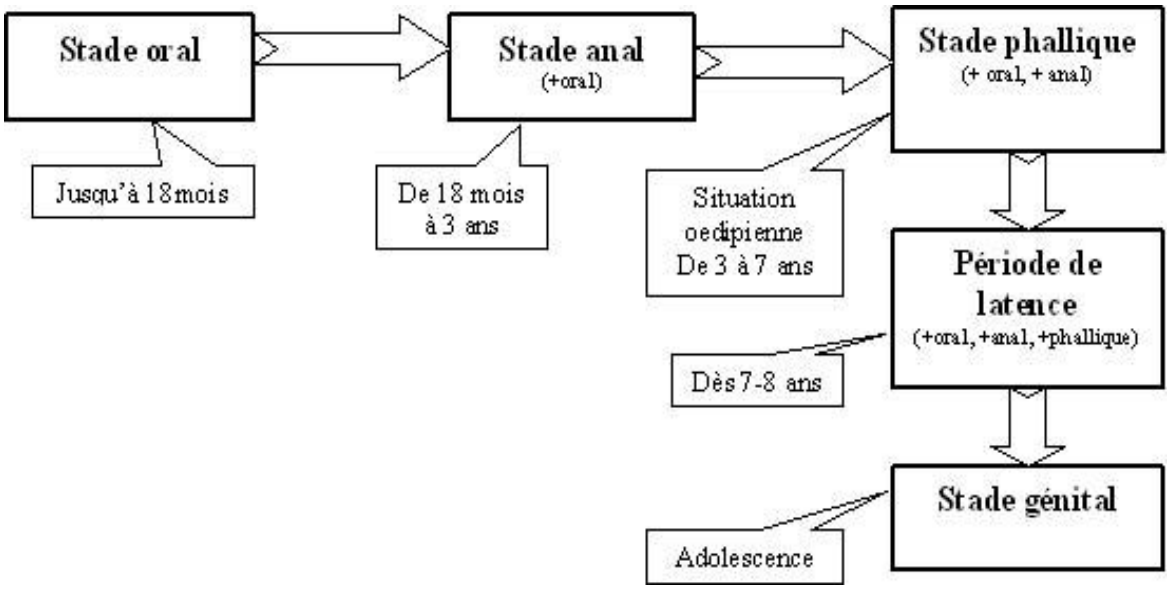

Figure 3: les stades du développement de la personnalité [95]

« Nous ne savons renoncer à rien. Nous ne savons qu'échanger une chose contre une autre. »

Freud.

c) Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense constituent un élément central de la théorie psychanalytique. Il s'agit de processus inconscients élaborés par le « Moi » pour se défendre de pulsions incontrôlables générées par le « Ça », et donc destinés à se protéger de l'angoisse. Ils résultent de conflits psychiques entre le principe de plaisir et le principe de réalité.

Les connaître permet parfois de décrypter des comportements, des phrases ou des réactions incompréhensibles de nos patients.

D'après Faure (1973), les mécanismes de *défense « sont tous les moyens, essentiellement inconscients, par lesquels un sujet élabore à différentes étapes de son histoire un procédé psychique qui lui permet de se prémunir plus ou moins relativement contre une tension intérieure, une représentation d'expérience pénible ou désavouée, une émergence de désir irrecevable et, surtout, une angoisse signalant le conflit interne, une menace à ses idéaux sinon à son existence même en tant que sujet».* [35]

Il en existe de multiples, le premier décrit par Freud étant le refoulement.

- Le refoulement désigne le rejet dans l'inconscient de représentations inacceptables aux yeux de la personne. C'est en quelque sorte un faux oubli, susceptible de réapparaître sous la forme de rêves, *« la voix royale qui mène à l'inconscient »* selon Freud, d'actes manqués ou de psychopathologies [37].

En odontologie nous pouvons être amenés à rencontrer des mécanismes de défense comme :

- La dénégation : la représentation gênante n'est pas refoulée et apparaît dans le conscient mais le sujet s'en défend en refusant d'admettre que la pulsion le touche personnellement.

- Le déni : négation de la réalité même de la perception liée à cette représentation.
- Le déplacement : dans lequel on retrouve les obsessions ou les phobies que nous décrirons ultérieurement dans le cadre odontologique.
- La projection : opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre des sentiments, des désirs, qu'il refuse en lui. Exemple : « je me sens coupable » devient « on m'en veut ».

Enfin, il existe d'autres mécanismes de défense moins fréquemment rencontrés dans le cadre de notre exercice mais que nous citerons ici :

- L'identification : aux parents, à un maître, un leader…
- La sublimation : la pulsion, (libido) est dérivée de son objet initial vers des objets socialement valorisés, la sublimation se manifeste alors dans des activités artistiques, intellectuelles, professionnelles, ou encore religieuses. Il n'y a pas de refoulement, mais une conversion des pulsions dans un but non sexuel qui revalorise le sujet.
- L'isolation : elle consiste à isoler une pensée ou un comportement du reste de l'existence du sujet. Après un évènement douloureux, le sujet va faire une fixation sur un détail, une personne. On dira de lui « qu'il n'a pas encore réalisé ce qu'il lui était arrivé ». Ce mécanisme de défense se met en place pour protéger le Moi.
- L'annulation rétroactive : le sujet fait en sorte que des pensées, des paroles ou des actes passés ne soient pas advenus.
- Les formations réactionnelles : attitudes qui s'opposent à un désir refoulé et qui se constitue en réaction contre celui-ci. Par exemple, un adolescent va montrer énormément de tendresse envers son petit frère pour qui il éprouve en fait de la jalousie agressive.

Dans notre profession nous sommes très fréquemment en rapport avec ces mécanismes de défense. En effet, la personne qui se rend au cabinet pour un problème de douleur dentaire, de gêne, ou de perte est en lutte avec son problème. Par exemple, la personne qui perd ses dents ou qui a une dent cassée va incriminer quasi systématiquement la faute d'un élément tiers : « Ce n'est pas de ma faute, c'est à cause d'un morceau de pain très dur, la dent a cassé toute seule » ; « Cette dent allait très bien, un de vos confrères me l'a enlevée et depuis j'ai tout le temps mal ». Il s'agit de projections.

Dans des cas plus sévères, un déni peut avoir lieu : « Mais pourquoi voulez-vous me mettre un appareil complet puisque je vous dis que j'ai toutes mes dents ?? ». L'erreur à commettre est de se moquer du patient ou de s'impatienter, il risquerait de s'énerver et de ne plus jamais revenir sans se faire soigner.

Il faut prendre son temps, l'écouter, et le réécouter, lui montrer, obtenir un dialogue, le guider, proposer et suggérer pour amener le patient à être acteur de son traitement. [4]

d) Les troubles mentaux et la thérapie psychanalytique

Selon Freud, les troubles psychiques sont le produit de conflits inconscients. La personne veut donc retrouver un équilibre psychique lorsqu'elle est parvenue à vaincre ces conflits et lorsque les mécanismes refoulés sont parvenus à la conscience. Pour cela, elle doit surmonter de fortes résistances, ce qui est précisément un objectif majeur de la cure psychanalytique. Un élément essentiel est l'association libre : le patient dit tout ce qu'il lui passe par l'esprit. Le psychanalyste va alors décoder le contenu latent inconscient.

Une étape essentielle de la thérapie est le <u>transfert</u> du patient sur son analyste, par lequel l'individu reporte sur le thérapeute des sentiments qu'il ressent en fait pour une personne importante à ses yeux. L'analyse de ces projections facilite la prise de conscience des conflits inconscients de la personne.[27]

Au cabinet dentaire, le patient peut également effectuer un transfert sur son dentiste. De plus, le dentiste lui-même dans sa relation inter-subjective est en contre-transfert avec son patient. Nous le développerons ultérieurement dans la relation dentiste-patient.

D’autres psychanalystes ont donné des orientations spécifiques à la psychanalyse. Parmi eux, nous pouvons citer [54]:

- Alfred Adler (1870-1937) : Ce médecin autrichien a élaboré la théorie de la psychologie individuelle, selon laquelle les troubles psychologiques ne seraient pas le fruit de conflits sexuels inconscients, mais du sentiment d’infériorité.

- **Carl Gustav Jung** (1875-1961) : Ce psychiatre suisse accorde lui aussi nettement moins d’importance à la sexualité que Freud. Ancien disciple de celui-ci il s’en est éloigné pour créer ses propres théories. Il développe le concept d’inconscient collectif, qui renvoie à l’histoire ancestrale de l’humanité. Père fondateur d'une psychologie des cultures, il a rassemblé autour de ses travaux des générations de thérapeutes, d'analystes et d'artistes.

- **Jacques Lacan** (1901-1981) : Il est le psychanalyste français le plus connu. Selon lui, l’inconscient est structuré comme un langage. Il a développé le thème du « stade du miroir », selon lequel l’enfant vers huit mois va se reconnaître et se différencier de sa mère et des autres. Au départ, il se voit mais ne sait pas qu’il s’agit de lui. Pour se reconnaître, il faut qu’autrui l’informe que cette image est la sienne. Ce stade signe l’avènement du narcissisme, fondateur de l’image du corps, qui naît de l’amour de la mère et du regard qu’elle porte sur l’enfant. Cette image évolue dans l’histoire du sujet, elle est toujours remise en cause par les crises existentielles et les rencontres[73].

L’image de soi est importante dans la prise en charge odontologique. Elle est l’image mentale que l’on a de son corps et que l’on pense donner aux autres, mais elle est souvent bien différente de l’image que perçoivent les autres [90]. Certains patients ont un problème avec l’image de leur corps, c’est le cas de ceux souffrant par exemple d’anorexie, ou encore de dysmorphophobie, que nous décrirons au prochain chapitre.

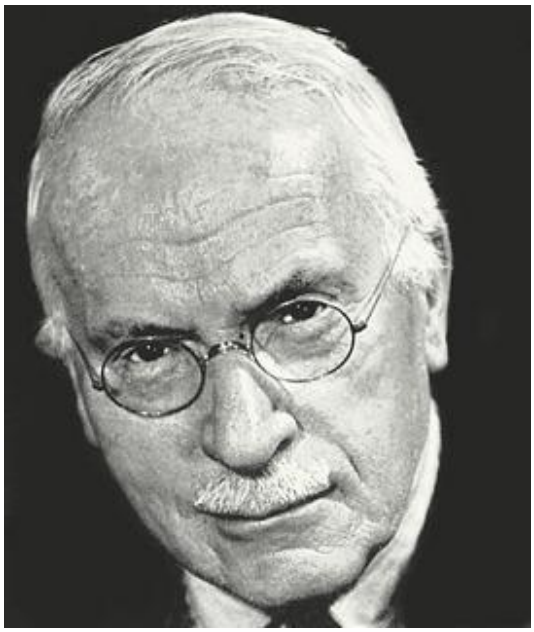

Figure 4: Carl Gustav Jung, psychiatre et psychologue suisse (1875-1961) [114]

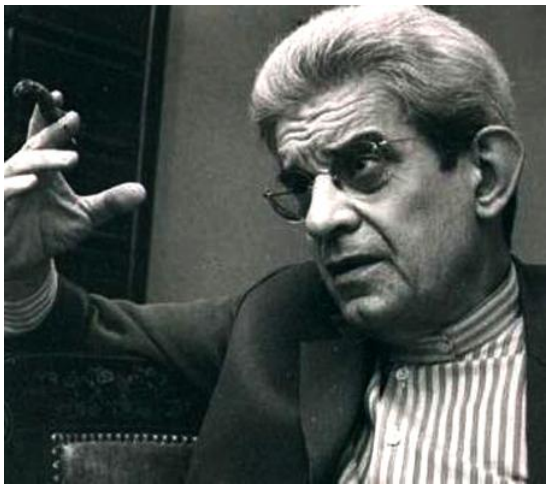

Figure 5: Jacques Lacan, psychanalyste français (1901-1981) [115]

La psychanalyse a toujours été soumise à des critiques : est-elle scientifique ? Est-elle vraiment thérapeutique ? Nous allons à présent aborder les autres courants psychologiques.

4. Les autres courants psychologiques

a) La psychologie comportementale.

Encore appelé comportementalisme, ou *behaviorisme*, la psychologie comportementale a constitué, pendant plusieurs décennies (surtout entre les années 1930 et 1960), l'un des principaux courants psychologiques, à côté de la psychanalyse. Elle prend le contrepied de cette dernière, en affirmant que les processus mentaux sont soit inexistants soit inaccessibles à l'étude scientifique. Seul compte le comportement strictement déterminé par l'environnement.

Les origines philosophiques du *behaviorisme* remontent essentiellement à la philosophie empiriste des XVII et XVIIIe siècles représentée par John Locke, George Berkeley et David Hume, qui considèrent que l'esprit humain est comme une page blanche à la naissance et que ce sont les multiples expériences de la vie qui lui fournissent les matériaux nécessaires à sa construction [54].

Pavlov (1849-1936) étudie le réflexe de salivation chez les chiens, ce qui lui vaut le prix Nobel de médecine en 1904, différenciant ainsi le réflexe originel inné (le chien salive lorsque ses papilles sont en contact avec la nourriture), et le réflexe acquis (le chien salive en entendant la sonnerie qui précède chaque repas). En découlent alors les notions de renforcement positif et négatif, que nous détaillerons ci-après[19].

John B. Watson (1878-1958) pose, en 1913, les bases conceptuelles du *behaviorisme* : la psychologie est une science naturelle objective dont le but est la prédiction et le contrôle du comportement. L'analyse des processus mentaux n'entre pas dans son domaine d'études. Une de ses phrases est restée célèbre : *« Donnez-moi une douzaine de bébés en bonne santé, bien formés, ainsi que mon propre monde spécifié pour les élever et je m'engage à prendre n'importe lequel d'entre eux et à le former pour qu'il devienne n'importe quel type de spécialiste que je peux sélectionner (médecin, avocat, artiste), quels que soient ses talents, penchants, aptitudes, vocation et race de ses ancêtres. »*[54]

Cependant c'est surtout grâce à Skinner (1904-1990), que le comportementalisme prend véritablement son essor. L'apport majeur de Skinner, comparativement aux travaux de Pavlov, est d'affirmer que *« l'environnement ne se borne pas à aiguiller, il sélectionne».* Skinner a également mené de nombreuses recherches auprès de l'être humain, tout particulièrement dans l'enseignement et l'éducation. Il constate avec regret que l'enseignement a été essentiellement aversif : l'élève étudiait pour échapper aux conséquences négatives en cas d'absence de travail. Il prône le renforcement positif : récompenser l'enfant de ses bonnes actions, faire faire du sport à des jeunes pour éviter des comportements violents, plutôt que de les punir. Selon Skinner, *« il devrait être possible de construire un monde dans lequel tout comportement qui risque d'être puni n'apparaîtrait que rarement ou jamais. »*

En odontologie, les thérapies utiles les plus répandues sont les thérapies *behavioristes* et corporelles. [19]

En effet, leur objectif est de réussir à contrôler le comportement conscient ou inconscient et émotif du patient pour que les séances se déroulent au mieux. Elles se sont montrées efficaces pour :

- Obtenir la ponctualité du patient
- Obtenir sa collaboration pendant les soins
- Lui faire maîtriser les soins d'hygiène buccale

Selon le modèle *behavioriste*, les problèmes émotifs et comportementaux résultent de défauts d'éducation ou d'apprentissage, et peuvent être corrigés par des exercices ou des stratégies accompagnées de récompenses ou de punitions. Selon Kent, il ne fait plus aucun doute qu'aujourd'hui les sciences du comportement doivent être enseignées en odontologie, doivent être connues et si possible enseignées par tous les dentistes.

Décrivons à présent les conditionnements mis en évidence par Pavlov : le renforcement positif et le renforcement négatif.

- ➔ <u>Le renforcement positif</u> est un conditionnement comparable à un encouragement : le praticien renforce un comportement préexistant en signifiant à son patient le bien-fondé de ce comportement.

Le Dr Bourrassa [19] donne comme exemple un cas d'odontologie pédiatrique : un premier entretien passé avec l'enfant pour lui expliquer qu'il est nécessaire qu'il coopère est un renforcement positif. En effet la coopération obtenue lors du premier rendez-vous est consolidée puis réutilisée au deuxième puis au troisième rendez-vous pour réaliser les soins. Cette technique semble très efficace et approuvée par les psychologues sociaux.

- ➔ <u>Le renforcement négatif</u> est un conditionnement inverse : le sujet se soustrait à une expérience parce qu'il a déjà vécu une expérience semblable et désagréable. Par exemple étudions le cas d'une extraction dentaire. Si la première extraction se passe bien, le patient revient. En revanche si la deuxième extraction se déroule nettement moins bien, alors à la troisième extraction le patient peut s'opposer, en annulant le rendez-vous ou en montrant un stress excessif sur le fauteuil. Ce renforcement est un écueil que le chirurgien-dentiste doit s'efforcer d'éviter.

Dans l'éducation, les encouragements ou les caresses prodigués à un enfant agissent comme renforçateurs positifs. En revanche, les remontrances, les punitions et autres sources de déplaisir agissent comme renforçateurs négatifs.

Ainsi, si l'on ne moralise pas l'enfant qui se ronge les ongles ou qui suce son pouce, mais qu'on applique sur ses doigts une solution amère, l'enfant peut rapidement cesser la parafonction. L'échec est souvent lié à la dimension affective donnée par les parents comme faire plaisir à la mère, ne pas faire comme le frère, donner une image idéale… les parents associent au déconditionnement une relation familiale complexe dans laquelle l'enfant ne peut plus se situer.

b) La psychologie humaniste

La double domination de la psychanalyse et du béhaviorisme sur la psychologie a suscité, à partir des années 1940, une réaction chez certains psychologues qui considéraient ces deux approches comme réductionnistes. Pour eux, l'être humain n'est pas le jouet de ses pulsions internes (psychanalyse) ou des pressions de l'environnement (*behaviorisme*), mais un individu désireux de s'accomplir dans l'épanouissement personnel et la relation avec autrui[54].

Abraham Maslow, l'un des principaux artisans de ce renouvellement conceptuel, a notamment critiqué la tendance du Freudisme *« à donner à toute chose une corrélation pathologique et à ne pas voir suffisamment les saines possibilités de l'être humain et à tout voir à travers des verres sombres. […] On pourrait dire que Freud a découvert la psychologie pathologique et qu'il reste maintenant à faire la psychologie de la Santé. »* [25]

En effet, la santé générale et la santé buccale nous intéressent.

La théorie de la motivation humaine a été expliquée par le docteur Bourassa dans son manuel de dentisterie comportementale[19] : *« Afin de provoquer l'apparition de nouveaux comportements chez un patient, il faut savoir agir sur les motivations qui correspondent aux besoins réels. »*

L'auteur tire de cette notion de besoin réel une théorie psychologique générale, « la pyramide de Maslow ».

Maslow, l'un des importants représentants du courant humaniste en psychologie, propose une classification pratique et utile des besoins fondamentaux qui peuvent être ressentis à un moment ou l'autre dans la vie et qui, de fait, sont à la base de nos comportements. L'originalité de son approche réside dans la relation hiérarchique, qu'il a établie, composée de cinq niveaux.

Il s'agit d'une pyramide dont chaque niveau correspond à des besoins spécifiques de l'être humain : s'il manque un niveau, alors tous les niveaux supérieurs ne peuvent s'accomplir, et toute l'énergie de l'individu est consacrée à la recherche de ce niveau de besoins. Tout en

bas figurent les besoins vitaux tels que l'alimentation, et tout en haut figurent les besoins d'accomplissement de la personnalité, comme la « réalisation de soi ».

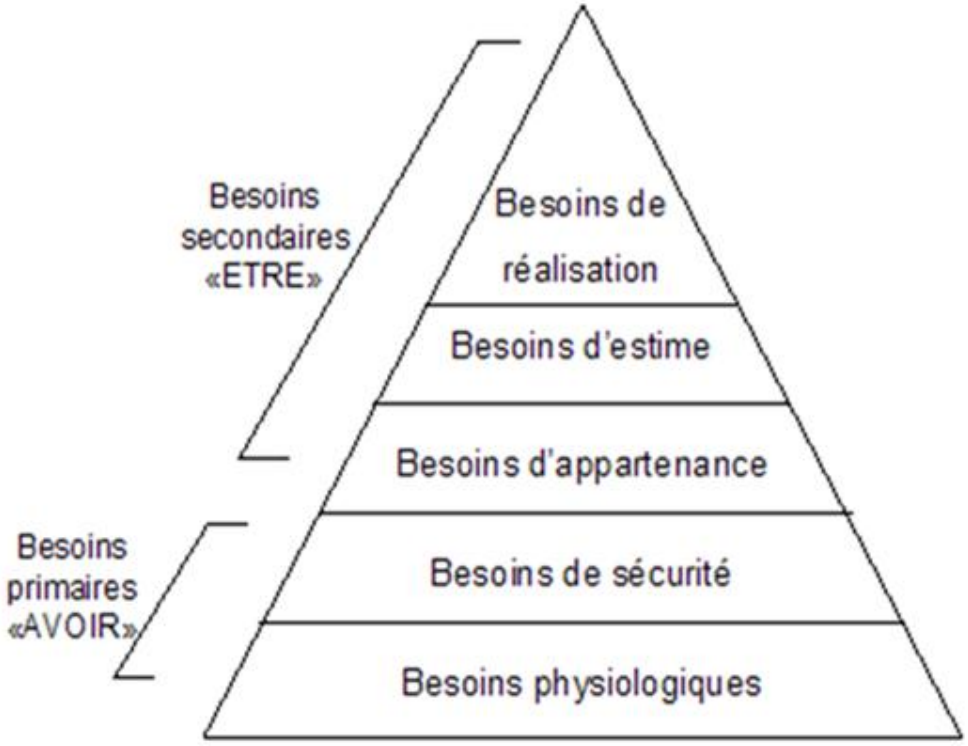

Figure 6: La pyramide de Maslow [19]

- Les besoins physiologiques sont liés à la survie du corps, comme par exemple la faim, la soif, la fatigue ou le froid. Lorsque l'organisme ressent un de ces manques, toute notre intelligence, notre mémoire ou notre imagination se concentrent pour redonner satisfaction et combler ce besoin, tout le reste devient alors secondaire. Dans notre société, les besoins physiologiques sont généralement comblés. D'autres besoins arrivent alors.

- Les besoins de sécurité est le besoin de protection de l'intégrité de soi, contre des périls physiques, ou souvent dans le monde actuel, des périls économiques par exemple.

- Les besoins d'appartenance et d'amour sont les désirs de sociabilité, d'entretenir des relations chaleureuses avec les gens, d'occuper une place dans un groupe ou le cœur de quelqu'un.

- Les besoins d'estime regroupent les désirs de reconnaissance, de respect, de réalisation d'indépendance et de liberté. Ils permettent d'accéder à la confiance en soi, alors que s'ils ne sont pas satisfaits, la frustration qu'elle engendre conduit à des sentiments d'infériorité et de faiblesse.

- Les besoins de réalisation de soi sont le désir qu'a l'être humain de se réaliser et de se développer dans toutes ses capacités. C'est là que se situent sa spécificité, sa nature, son essence et la grandeur de ses réalisations. Chacun se réalise à sa manière mais l'intention fondamentale reste la même : s'améliorer, s'accomplir, s'épanouir, se dépasser.

Mais les besoins n'ont pas à être satisfaits à cent pour cent pour accéder au niveau supérieur : une satisfaction relative à un certain niveau commence déjà à provoquer des besoins du niveau suivant. Nous sommes constamment motivés par une foule de besoins, qui sont parfois inconscients. Les motivations inconscientes, nous l'avons vu, ont un rôle primordial, surtout en ce qui concerne les besoins fondamentaux.

Selon le docteur Bourassa, la théorie de la motivation peut donc s'appliquer à la médecine dentaire quand il s'agit de modifier des comportements ou d'inculquer des habitudes d'hygiène complémentaires au traitement. [19]

L'exemple choisi par le docteur Bourassa est une pulpite aigüe : le patient se rend au cabinet dentaire en urgence, la douleur étant devenue insoutenable. La survenue d'une telle pathologie confère à l'individu un besoin spécifique, le besoin de sécurité. Le praticien va expliquer au patient qu'une mauvaise hygiène dentaire va entraîner des caries, qui provoqueront des inflammations pulpaires et donc une forte douleur. Jouer sur ce besoin

donne alors de bons résultats : le patient ayant compris le lien entre hygiène dentaire et pulpite se brossera alors plus les dents. Mais ceci ne durera qu'un temps, car le fait de retrouver une situation pulpaire normale lui fera monter un échelon de la pyramide. Le besoin de sécurité n'aura plus lieu, puisque le patient ne se sent plus menacé. Aussi le niveau d'hygiène se dégradera-t-il de nouveau et le patient reviendra la fois suivante avec un mauvais état parodontal. Le praticien ne doit pas maintenir sa motivation sur le besoin de sécurité, car jouer sur un besoin satisfait n'est pas un levier de motivation. Il faudrait passer à un niveau de besoin supérieur tel que l'estime de soi.

Le dernier palier, la réalisation de soi, est un concept central de la psychologie humaniste. Elle est conçue comme un processus dynamique, non comme un état statique. La personne en cours de réalisation connaît ses richesses et ses limites et accepte sa condition humaine réelle, avec ses insuffisances. Elle parvient à harmoniser des tendances apparemment contradictoires : intérêt pour soi et pour les autres, goût pour la solitude et pour les contacts sociaux, rationalité et irrationalité.

Carl Rogers (1902-1987) s'est lui aussi intéressé à ce qu'il appelle la « vie pleine », processus qui entraîne une ouverture accrue à l'expérience. Dans cette situation, *« l'individu devient plus capable d'être à l'écoute de lui-même, de faire l'expérience de ce qui se passe à l'intérieur de lui-même. Il est libre de vivre ses sentiments subjectivement, comme ils existent en lui-même, et libre aussi d'être conscient de l'existence de ces sentiments ».* [54]

Lorsque l'individu se libère de ses attitudes de défense et qu'il s'ouvre au vaste éventail de ses véritables besoins, ses réactions sont dynamiques, positives, constructives. Sa personnalité est à la fois assurée et capable de s'adapter aux diverses situations de l'existence.

Carl Rogers a beaucoup œuvré pour offrir des implications concrètes de la psychologie humaniste, en thérapie, ainsi que dans l'enseignement et en politique. Il est à l'origine d'une forme de thérapie qualifiée d' « approche centrée sur la personne » : selon lui, une thérapie ne peut réussir que si le thérapeute a réussi à établir avec le client une relation intensément personnelle et subjective, une relation de personne à personne.

Rogers a également développé la thérapie de groupe. L'essentiel de l'impact des psychothérapies est dû à « l'alliance thérapeutique », terme qui recouvre trois aspects et s'étend à toutes les relations soigné-soignant :

- La collaboration entre le patient et le thérapeute
- Le lien affectif entre eux
- Leur aptitude à se mettre d'accord sur les objectifs du traitement et les tâches à accomplir.

De nombreuses approches thérapeutiques se basent aujourd'hui sur cette alliance, et la notion d'empathie est une des clés de la réussite de la communication entre un médecin et son patient. En odontologie, elle est également fondamentale.

Enfin, Viktor Frankl (1905-1997) occupe une place importante dans la galerie d'auteurs humanistes. Il a creusé un sillon à part, sur un thème unique, le sens de l'existence : *« La principale préoccupation de l'homme, n'est pas de gagner du plaisir ou d'éviter la souffrance, mais plutôt de voir un sens dans sa vie ».* Viktor Frankl a été prisonnier durant la Seconde Guerre mondiale, il a survécu à quatre camps de concentration puis a été libéré par les Américains en 1945. Revenu chez lui, il apprend que ses parents, son frère et sa jeune femme ont tous disparu en déportation. Il écrit alors, en neuf jours, un ouvrage qui est la clé de voûte de son œuvre « découvrir un sens à sa vie »[54].

Nous devons être capables, nous, professionnels de santé, de comprendre nos patients, de repérer les attitudes défensives, agressives, ou masquées. Rares sont les patients qui répondent à tous les échelons de la pyramide de Maslow, épanouis et sereins, dont tous les besoins seraient assouvis. Il faut savoir décoder et repérer l'état psychologique global du patient et ses failles, même si l'on doit se concentrer sur l'accueil, le matériel, le diagnostic, le soin, les papiers administratifs, les impératifs du cabinet, ou encore le temps imparti pour un rendez-vous. Et pour cela, il faut du temps ; le rythme du patient n'est pas nécessairement celui du praticien.

c) La psychologie cognitive.

La psychologie cognitive s'est construite après la Seconde Guerre Mondiale en réaction au comportementalisme qui refusait de prendre en compte le fonctionnement du psychisme. Jérôme Bruner, l'un de ses pères fondateurs, a ainsi déclaré : *« Nous n'entendions pas réformer le behaviorisme : nous voulions le remplacer »*[22]. La psychologie cognitive est la science qui étudie les processus mentaux qui comprennent l'intelligence, la perception, la résolution de problèmes, la créativité, les représentations mentales, la prise de décision, la catégorisation, l'apprentissage ou encore la mémoire[54].

Albert Bandura, né en 1925, a élaboré la théorie de l'apprentissage social, dont les quatre postulats sont les suivants :

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

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

Le docteur Nossintchouck décrit dans son manuel de communication en odontologie[64] une technique de motivation faisant appel à la psychologie cognitive. Cette méthode s'appelle la méthode « DESC », elle fait appel à la capacité de raisonnement et à la logique du patient.

- Description de la situation : exemple de la gingivite, le patient saigne des gencives au brossage et diminue de ce fait son hygiène dentaire. Le dentiste expose au patient en termes compréhensibles la situation dans laquelle il se trouve. Il présente une gingivite, il y a présence de plaque et de tartre en bouche.
- Effets de la situation : le praticien explique à présent au patient le lien entre présence de tartre et inflammation gingivale.
- Solution adaptée : motivation à l'hygiène et explications
- Conséquences : le patient est responsabilisé, il a compris les causes de son problème, et connaît désormais les raisons et les moyens de pallier son défaut d'hygiène.

Cette méthode très simple fait intervenir la cognition du patient. Il s'agit bien là d'un apprentissage social de Bandura expliqué ci-dessus, relevant de la cognition. Avant d'arriver au cabinet, le patient ignorait le lien entre gingivite et présence de tartre. Ne sachant que faire, il diminuait l'hygiène au lieu de l'augmenter. La représentation qu'il aura en sortant du cabinet sera plus conforme à la réalité de la biologie de sa bouche.

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

d) La psychologie sociale.

Cette psychologie étudie le fonctionnement de l'individu dans son environnement social, et inversement l'influence de l'individu sur les personnes qui l'entourent.

Elle occupe une place spécifique, distincte à la fois de la psychologie et de la sociologie. Elle a mis en évidence que le comportement de l'être humain peut varier fortement en fonction de la situation.

L'essentiel de la dynamique de la psychologie sociale telle que décrite actuellement peut se résumer à deux postulats fondamentaux, trois principes de motivation et trois principes de fonctionnement sociocognitif [64].

- Deux postulats fondamentaux :

La construction de la réalité. Chaque individu a une vision, une conception personnelle de la réalité dont il fait partie. Cette conception est construite à partir des processus cognitifs et sociaux.

L'étendue de l'influence sociale. Un individu, ses émotions, ses pensées et son comportement sont grandement influencés par les personnes qui l'entourent, même en l'absence d'autres individus.

- Trois principes de motivation

Le besoin de maîtrise. Les gens ont tendance à essayer de prédire ou comprendre les évènements qui se produisent dans l'environnement extérieur et la société afin d'obtenir une récompense telle que la survie, la sécurité ou encore l'estime de soi.

Le besoin de contact. Les gens accordent de l'importance aux contacts sociaux tels l'amour et le soutien en provenance des individus et des groupes qui leur sont proches.

La valorisation du « moi » et du « mien ». Les gens ont tendance à se comparer aux autres avec un biais positif et valorisent ce qu'ils aiment et possèdent.

- Trois principes de fonctionnement des processus sociocognitifs

Le conservatisme. Chez l'être humain, les processus cognitifs et sociaux, les idées, les impressions ont tendance à persister et sont lents à se modifier. Le conservatisme est cette tendance-là. Elle est parfois appelée « effet de gel ».[64]

L'accessibilité. L'information la plus accessible, celle qui est la plus facile à se procurer est généralement celle qui a le plus d'impact sur notre cognition, notre comportement et nos émotions.

La superficialité et la profondeur. L'humain a généralement tendance à traiter l'information perçue avec superficialité, alors que parfois certaines sources de motivation l'entraînent à aller plus en profondeur.

Exemple d'une technique de motivation : « le pied dans la porte » :

Le pied dans la porte (traduction littérale de l'anglais « foot-in-the-door » mais traduit également en « doigt dans l'engrenage » ou encore « phénomène du premier pas ») est une technique de manipulation décrite par les psychologues sociaux en 1966, que l'on doit à deux chercheurs américains, Freedman et Fraser. Elle consiste à faire une demande peu coûteuse qui sera vraisemblablement acceptée, suivie d'une demande plus coûteuse. Cette seconde demande aura plus de chance d'être acceptée si elle a été précédée de l'acceptation de la première, qui crée une sorte de palier et un phénomène d'engagement. Son principe est donc très simple : obtenir un peu avant de demander beaucoup[78].

Dans leur *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, les psychologues sociaux français Jean-Léon Beauvois et Robert-Vincent Joule[9] détaillent les expériences qui ont été menées sur des campus universitaires pour mettre en évidence la réalité de ces phénomènes :

Un groupe d'étudiants a reçu la consigne de stopper l'usage du tabac pendant toute une journée, puis pendant plusieurs jours.

Un autre groupe d'étudiants a reçu directement la consigne de stopper leur consommation de cigarettes pendant plusieurs jours.

Les individus du premier groupe sont en moyenne plus enclins à accepter la sollicitation d'arrêter de fumer pendant plusieurs jours que les individus du second groupe.

Les étudiants du premier groupe sont entrés dans un processus d'engagement qui rend le refus de la seconde sollicitation plus difficile. Les chercheurs ont montré que le sentiment de liberté de choix permet d'augmenter la puissance du phénomène. Les étudiants se sont ainsi sentis obligés de continuer alors que rien en soi ne les y obligeait : ils ont donc perdu sans s'en rendre compte une part d'esprit critique.

Cette technique est très souvent transposable au cabinet dentaire. Avec un enfant, ou un patient réticent, on commence par leur demander un petit effort, c'est-à-dire un premier rendez-vous sans soins, sans anesthésie, une observation et quelques radios. Au deuxième rendez-vous, l'enfant ressentira ce sentiment de liberté de choix et ouvrira généralement plus facilement la bouche. Bien entendu, aucune stratégie de manipulation ne marche à tous les coups. Le praticien doit faire preuve de souplesse et maîtriser plusieurs techniques.

Autre exemple : la technique de la « porte-au-nez ».

Selon Cialdini et ses collaborateurs en 1975 [23], 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. L'énormité de la première requête fait paraître la seconde extrêmement avantageuse. C'est une technique souvent employée dans la vie de tous les jours et notamment dans le commerce. Daniel Rozencweig prend l'exemple d'un concessionnaire de voitures qui va présenter un modèle six cylindres avant de présenter celle qu'il juge capable d'entrer dans le budget. Cette dernière a alors plus de chances d'être vendue que si elle avait été présentée seule. Au cabinet, pour les cas complexes, certaines reconstructions atteignent des valeurs considérables ne pouvant être assumées par le patient. La présentation d'une solution alternative sera alors regardée avec beaucoup d'attention[78].

De toutes ces approches psychologiques – humaniste, cognitive, comportementale, ou sociale – aucune ne permet d'induire des changements radicaux dans le comportement des patients au cabinet dentaire. Idéalement, le praticien voudrait obtenir du patient une coopération qui perdure au-delà du plan de traitement. Pour cela il ne doit pas limiter son champ d'action mais au contraire multiplier les approches possibles.

En effet, seul le suivi régulier du patient et l'adaptation du praticien permettent d'obtenir de bons résultats à long terme et un changement des mentalités. Le praticien doit se rappeler que la sphère buccale est un lieu particulier, riche sur le plan psychologique, susceptible de recevoir des renforcements négatifs. Intéressons-nous donc précisément à la bouche, cette sphère de la vie privée où de nombreux paramètres éducatifs et relationnels, interviennent.

La vie, c'est comme une dent,
D'abord on n'y a pas pensé
On s'est contenté de mâcher
Et puis ça se gâte soudain
Ça vous fait mal, et on y tient
Et on la soigne et les soucis
Et pour qu'on soit vraiment guéri
Il faut vous l'arracher, la vie.
Boris Vian

B. Le symbolisme des dents et spécificités de la cavité buccale

1. La bouche et la place du stade oral dans le développement.

Dans le chapitre précédent, dans le cadre de l'approche freudienne, nous avons étudié dans le développement de la personnalité, le rôle du stade oral, le premier des stades.

L'oralité est primordiale, et ainsi définie par Durand de Bousingen : *« C'est l'oralité et seulement l'oralité qui permet à l'enfant nouveau-né d'entrer en relation avec le monde extérieur. C'est l'oralité et seulement l'oralité qui, initialement va être pour chaque être humain la source des expériences fondamentales de plaisir et de déplaisir, de gratification ou de frustration. »* [78]

Les soins nourriciers donnés au nouveau-né sont d'une grande importance. Si l'enfant est nourri de manière trop brutale ou à des horaires trop rigides, il peut développer des angoisses orales précoces qui ressurgiront à n'importe quel moment de sa vie et notamment chez le dentiste. Un enfant qui a été nourri de manière excessive peut devenir plus tard un gourmand, aussi bien sur le plan alimentaire qu'affectif. Hilde Bruch a démontré que les adultes qui souffrent de boulimie ou faim nerveuse, gardent en activité un système de satisfaction orale. Enfants, ils ont eu des mères angoissées, qui remplissaient

immédiatement la bouche avec un biberon ou une tétine avant de vérifier s'ils n'avaient pas la couche mouillée par exemple, leur inculquant ainsi que la satisfaction orale est la solution immédiate de tout type de frustration[11]. Quand ces personnes devenues adultes se présentent chez le dentiste, elles continuent à attribuer à la bouche d'intenses significations émotives, qui s'exprimeront par des manifestations psychosomatiques du genre lichen, aphtes ou herpès récidivant, comme nous en parlerons dans le chapitre prochain sur les maladies psychosomatiques. « La manière même dont un individu soigne l'hygiène et l'esthétique de sa dentition peut être pris comme indice de son degré d'estime de soi. »

La bouche sert aussi à la respiration, c'est par elle que le nouveau-né prend sa première insufflation, c'est aussi par elle que la vie prend fin par un dernier soupir. C'est donc sa deuxième fonction vitale après l'ingestion.

Une troisième fonction est la communication ; la bouche est l'organe de la parole. Elle peut détruire, troubler ou au contraire protéger, apaiser.

Enfin, la bouche est la première zone érogène. On comprend que pour certains, l'intrusion du chirurgien-dentiste au sein de cette zone privilégiée puisse être considérée comme un viol de manière inconsciente et que cela occasionne des désagréments.

Avant la naissance de la psychanalyse, la sexualité était définie comme l'ensemble des activités concernant le fonctionnement des organes génitaux : la sexualité se confondait donc avec génitalité. Freud a bousculé ainsi le concept de sexualité en lui donnant une nouvelle définition plus large, c'est-à-dire, « tout ce qui se rapporte au plaisir ». Il a brisé un tabou de plus, celui de la « sexualité infantile ». Il a développé l'idée qu'avant la maturité sexuelle nécessaire à l'accomplissement de la pulsion reproductrice, il existe durant l'enfance des bribes d'éléments sexuels. Ces pulsions sexuelles infantiles qu'il qualifiera de partielles, fragmentaires, ont pour but de satisfaire des zones érogènes sélectives qui varient en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant.

Le stade oral selon Freud dure la première année de la vie. Tous les besoins (souvent alimentaires), toutes les demandes (exprimées par les cris et les pleurs), et tous les désirs (satisfaits par la succion), se fixent sur la bouche et signent la polarisation des pulsions partielles primitives. Le but de la succion n'est plus alors la survie, mais l'assouvissement

d'une pulsion. Cette nouvelle activité orale se tourne vers la recherche d'un plaisir que l'on peut qualifier d'érotique (auto-érotique selon Freud).

L'activité s'est donc détournée de sa fonction biologique pour devenir libidinale. Le plaisir sexuel est alors lié de façon prédominante à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres qui accompagne l'alimentation.

Il arrive que l'enfant ne réussisse pas le passage d'un stade à l'autre, ne pouvant renoncer à la satisfaction engendrée par le mode d'activité sexuelle dans lequel il se trouve. Le développement se bloque à ce stade : c'est la **fixation.**

Il arrive également que le sujet soit confronté dans son histoire personnelle à des difficultés d'ordre psychologique, des stress, des angoisses, qu'il n'arrive pas à résoudre, l'obligeant alors à retourner vers un stade antérieur qui lui procurait une satisfaction et un réconfort plus intense, on parle alors de **régression.**

Pour Abraham Kahn, disciple et ami de Freud, le stade oral se divise en deux phases qui se distinguent avec l'apparition des dents. Pour lui, de la naissance à six mois, le bébé ne fait pas distinction entre lui et le monde extérieur. A partir de six mois il commencera à objectiver le monde qui l'entoure et notamment sa mère qui deviendra le premier objet libidinal[66].

Dans la deuxième phase du stade oral, nommé stade sadique oral, naît une agressivité liée au contexte douloureux ressenti par l'enfant. Au départ, le fait de mordre va soulager la douleur, puis, petit à petit, cette activité va devenir un nouveau plaisir recherché par l'enfant, c'est le stade des impulsions cannibaliques.

La zone érogène est toujours buccale mais plus centrée sur la gencive. L'enfant incorpore des objets et mord tout ce qu'il porte à sa bouche y compris le sein de sa mère. Pour les psychanalystes cette morsure du sein peut être vue comme une tentative de pénétration de la mère par l'enfant. Le fait de mordre correspond à l'expression la plus primitive de la pulsion de mort, de destruction. La dent naissante est vécue comme une arme, un outil. La morsure est pour l'enfant un moyen d'affirmer sa toute-puissance sur l'objet, c'est ce qu'Abraham Kahn appelle l'incorporation active qui permet la possession définitive et totale

de l'objet. Mais cette recherche active du plaisir de posséder l'objet aimé, de l'incorporer, de le dévorer, implique sa destruction et sa perte. L'accent n'est donc plus mis seulement sur une zone érogène mais sur un mode de relation[73].

Puis très vite, le bébé ébauche ses premiers sourires et les adultes récepteurs fondent de tendresse. La bouche produit aussi des pleurs, des gazouillis initiateurs d'une interaction avec les personnes environnantes. Le besoin de sucer le pouce, substitut du sein, et « tranquilisant naturel » selon Cyrulnik, illustre la recherche du plaisir oral[78].

Le Moi rudimentaire du nourrisson est donc exposé très tôt à d'intenses conflits psychiques entre les pulsions de vie et de mort, et ce en fonction de la gratification orale (pulsion de vie) et du déplaisir de la frustration orale (refoulement des pulsions de mort). Il s'établit alors une relation primitive entre le corps biologique et le corps libidinal. Ce conflit pulsionnel, cristallisé par la nature et la qualité des soins maternel est à l'origine des premiers sentiments d'angoisse.

Si l'enfant est sécurisé par l'attention et les soins qui lui sont accordés, les pulsions de vie domineront sur les pulsions de mort offrant à l'enfant les défenses nécessaires à son bon développement psychique. Si, à l'inverse, les frustrations prennent le pas sur les gratifications, les fantasmes destructeurs de l'enfant seront renforcés. L'enfant, incapable de gérer le conflit et les angoisses qui en découlent, subira la prévalence des pulsions de mort qui tendent à bloquer tout processus de maturation. S'ensuivra une fixation et une désorganisation psychique.

Le sevrage : Il apparaît souvent au moment de l'apparition des dents et est un premier traumatisme pour l'enfant car il signe la première séparation avec sa mère. Ce n'est donc pas seulement un sevrage alimentaire, c'est aussi un sevrage affectif. Françoise Dolto, dans *psychanalyse et pédiatrie*, parle des dents comme de véritables « saboteurs internes. » Pour elle, le sevrage est la première castration orale. Pour l'enfant, alors même qu'il commence à sentir sa puissance et son contrôle sur les choses (morsure, agressivité, possession, destruction), il va se trouver confronté à une réalité difficile à supporter : il n'est pas le centre du monde, il ne fait pas corps avec sa mère (sa source de plaisir inépuisable) et pire, il prend conscience qu'il peut la perdre. Cette frustration, si pénible soit-elle, est inévitable. Elle est même souhaitable afin que l'enfant puisse se construire en tant que « Moi ». C'est

une période délicate où se mettent en place les processus de séparation auxquels l'enfant sera confronté lorsque les objets de son désir seront hors de portée. C'est un processus complexe où l'enfant doit assimiler l'autonomie comme une situation compensatoire au détachement d'avec sa mère. Le sevrage doit donc être très progressif et respecter les capacités de l'enfant à aborder sa nouvelle indépendance.

2. Symbolique de la cavité buccale

a) La bouche

La physiologie et la psychanalyse s'accordent pour dire que la bouche est une zone qui a une forte valeur sensorielle et émotive. L'importance des voies sensorielles nerveuses afférentes et efférentes attestent que la bouche est un territoire où se concentrent les sensations douloureuses ou agréables. Le dentiste, comme généralement le médecin, est plus souvent confronté à la douleur et à la souffrance qu'au plaisir.

La bouche est le lieu des premières sensations, des premières communications, le premier lieu d'échange. Ce carrefour entre l'intérieur et l'extérieur du corps nous est livré par le patient dans un contexte d'abandon total que la position couchée vient aggraver. En effet, c'est une position de soumission et incitant la régression. De plus, cette intimité qui nous est offerte est souvent minimisée par le praticien. Il est pourtant essentiel si l'on veut soigner dans un bien-être mutuel, de prendre toute la signification symbolique de la bouche et de l'investissement dont elle fait objet et ce depuis la naissance[73].

➔ La bouche, une zone de plaisir :

La bouche est ambivalence, ce n'est pas un organe purement fonctionnel mais un élément qui oscille entre plaisir et douleur. Plaisir pour le nourrisson qui contente sa faim au sein de sa mère, lieu des premiers échanges affectifs. Plaisir aussi pour les gastronomes et les amoureux. Pour les gastronomes, car dans la nutrition il existe une nette dissociation entre le plaisir buccal et la faim ; à cela s'associe la convivialité du repas. Mais cette nutrition peut être source de dérèglements comme chez les anorexiques ou les boulimiques : il s'agit alors de somatisation à support digestif pour soulager une tension nerveuse.

➔ La bouche, zone de la respiration :

C'est par elle que le nouveau-né prend sa première insufflation, c'est aussi par elle que la vie prend fin par un dernier soupir. La bouche est mise en jeu dans la respiration surtout dans des situations de détresse physique et psychologique en plus des respirateurs buccaux vrais. C'est donc sa deuxième fonction après l'ingestion.

➔ La bouche, zone de communication :

La bouche est l'organe de la parole, des bruits, des cris. Par le verbe, elle peut étonner, enchanter, séduire, détruire, troubler, apaiser.

➔ La bouche, une zone érogène :

La bouche peut être vue comme un contenant affectif et symbolique important et comme une zone érogène. C'est pourquoi, le dentiste ne doit pas considérer la cavité orale comme une zone neutre de travail sans tenir compte de ce que peut ressentir le patient. Il doit entreprendre les soins dans la bouche avec tact et assimiler l'aspect sensoriel et affectif de cette partie du corps[11].

« Le premier organe qui se manifeste en tant que zone érogène et qui émet envers le psychisme, une revendication libidinale, est, dès la naissance, la bouche », disait Freud dans son abrégé de psychologie.

Le symbolisme sexuel de la bouche est donc tout à fait évident. Les publicités aujourd'hui regorgent de jeunes femmes qui posent la bouche entrouverte, suggérant la sensualité. Le modèle précurseur de cette pose publicitaire est bien sûr Marilyn Monroe.

Figure 6 : Marylin Monroe, sex-symbol des années 1950

➔ La bouche une zone tabou :

C'est une zone tabou car il est mal vu de bailler ou manger la bouche grande ouverte. C'est peut-être parce qu'elle est le reflet de notre intérieur et donc de notre intimité.

b) Les dents

Les dents, elles non plus ne sont pas des organes neutres et jouent pour l'identité personnelle et dans la vie du patient des rôles qui méritent d'être identifiés. Traditionnellement les dents ont une fonction de défense, d'instrument et d'ornement.

➔ La fonction défensive

Le lien entre les dents, l'agressivité et l'attitude prédatrice est encore présent dans l'espèce animale, mais tend à diminuer dans l'espèce humaine au fur et à mesure que le développement de la civilisation rend les mécanismes de défense et d'agression plus indirects et médiatisés. Si la composante agressive de la morsure est réduite dans son aspect concret, un autre type d'agressivité s'exprime à travers le syndrome des dents serrées. Il s'agit de l'agressivité d'opposition et du plaisir d'être un esprit de contradiction. Le syndrome a été appelé l'érotisation du non.

Ce symbole d'agressivité s'inscrit, selon Freud, dans le groupe des pulsions de mort.

Chez le petit enfant, avec l'apparition des dents, mordre, couper ou déchirer sont des nouveaux plaisirs. Les dents étant assimilées aux phanères, elles sont souvent comparées aux crocs des animaux, éléments au potentiel d'attaque autant que de défense. Chez l'homme primitif, elles étaient avec la griffe, le premier moyen d'adaptation au milieu hostile, moyen de destruction été symbole de force.

D'autre part, de nombreuses expressions du langage familier rappellent le symbole agressif de la dent :

- « être armé jusqu'aux dents » signifie avoir le corps couvert d'armes
- « montrer les dents » signifie être menaçant, parler durement.

➔ La fonction instrumentale

Les dents sont un instrument important qui sert à la mastication et à la phonation. Au-delà de leur indéniable valeur physiologique, les deux fonctions acquièrent une importance émotive et affective. Les personnes âgées porteuses de prothèses ou édentées peuvent décrire des manifestations cliniques qui influencent et bouleversent profondément l'image de soi. L'altération de la fonction phonatrice et locutrice elle aussi, qui est fortement influencée par la dentition, peut conduire, surtout chez les enfants, à des réactions de moquerie de la part des camarades d'école et aussi à la marginalisation sociale.

➔ La fonction ornementale

Les dents acquièrent une valeur ornementale de plus en plus grande. Leur fonction esthétique devient plus importante au fur et à mesure que la fonction physiologique primitive s'atténue. Dans la culture occidentale, la signification esthétique semblent être au premier plan. Il est difficile d'imaginer une actrice, un présentateur ou encore un homme politique qui ne se serve pas de sa denture comme une carte de visite positive. Selon Hed, le narcissisme est souvent lié à la couleur blanche de la denture, les dents blanches ayant toujours été un objet d'estime.

En son temps, Aristote affirmait déjà que « Les dents peuvent servir au pronostic de la vie, du caractère, des qualités et des défauts ».

➔ Symbole sexuel de la dent

Freud n'a pas été le premier à associer la dent à une symbolique phallique. Pour quelle raison exacte nous l'ignorons, mais il se trouve que de nombreuses cultures associent ou ont associé des liens entre la dent et le pénis. Nous pouvons donner l'exemple de certaines tribus africaines qui remplacent la circoncision, rite de puberté, par l'arrachage d'une dent (les incisives supérieures). Chez les Incas la mutilation la plus répandue était l'avulsion de deux incisives supérieures ; cela ferait partie des épreuves d'initiation des jeunes mâles à la puberté, servant de rituel d'intimidation pour renforcer le barrage à l'inceste et obliger au

respect des plus âgés, faisant porter dans sa chair la menace de castration. Du Japon jusqu'en Malaisie (exception faite de la Chine), les femmes mariées, donc sexuellement actives, se laquaient les dents en noir à l'aide de charbon après mordançage au citron, cette pratique se retrouve encore aujourd'hui au Vietnam.

Dans l'imaginaire collectif, le pénis serait ainsi assimilable à la dent : organe viril, dur et en érection. Freud et son école attribuent à la dent une signification phallique et virile, mais également une fonction agressive, pénétrante. La dent symbole de virilité et puissance sexuelle peut pratiquement être assimilée à un caractère sexuel secondaire. En effet, un homme édenté et chauve sera plus facilement taxé d'impuissance alors que la perfection du sourire est un élément de séduction. A la lumière de cet échange, on comprend l'angoisse déclenchée par la dégradation des dents, ou pire, leur avulsion.

Pour Freud, l'analogie pénis/dent serait inconsciente et se révèlerait dans les rêves. On sait que Freud s'est intéressé aux rêves son livre « l'interprétation des rêves ». Son analyse accentue l'opposition entre conscient et inconscient, la dissociation psychique du patient. Carl Jung ira plus loin dans leur interprétation des rêves, il ira jusqu'à expliquer l'effet thérapeutique de leur analyse. Sa vision s'efforce de diminuer la dissociation psychique du patient [45].

Pour Freud le rêve est le moyen de résoudre les conflits psychiques vécus dans la journée entre les pulsions inappropriées de son « Ça » et la censure de son « Surmoi ». Donc durant le sommeil et sous couvert du symbole l'individu assouvit ses pulsions et évacue ses frustrations. C'est ainsi que, pour lui, rêver que ses dents bougent, sont « branlantes » peut symboliser la masturbation. Il ne faut toutefois pas généraliser : les rêves ont un sens pour la personne qui les fait, en fonction de son histoire et des liens qu'elle va faire.

A propos du rêve de perte de dents Freud dira dans son livre « Introduction à la psychanalyse »[38] : *« Nous avons une représentation particulièrement remarquable du symbole dent/pénis dans la chute d'une dent. Ce symbole signifie certainement la castration comme punition pour les pratiques contre-nature. »* (Auto-punition que s'inflige le rêveur pour ses pratiques masturbatoires). Cela renforcerait donc l'image du dentiste comme père castrateur.

Marie Bonaparte, une amie de Freud, souligne d'ailleurs dans *l'homme et son dentiste*, le rôle « rephallisateur » de l'odontologiste et les raisons du transfert positif dont nous sommes fréquemment l'objet [18]. En effet, l'arrivée des implants a repoussé les limites de la vieillesse : sur le plan fonctionnel, gustatif, sensuel et bien sûr esthétique. Ne plus avoir de « dentier » est vécu comme une révolution pour le patient. Selon Alain Amzalag dans *les codes de la relation dentiste-patient*, les effets de l'implantologie sont aussi importants que l'arrivée du viagra [4].

➔ Symbole de maternité et d'enfance

Groddeck l'explique dans « le livre du ça » de cette manière : « Pour l'inconscient, la dent est un enfant. La dent est l'enfant de la bouche, la bouche est l'utérus dans lequel elle croît, exactement comme le fœtus dans la matrice. » Il justifie ensuite son idée en expliquant l'analogie communément admise entre la bouche et le vagin. Dans la psychanalyse des femmes, la dent peut ainsi désigner l'enfant plus souvent que le désir de phallus ; toutefois on admet que l'on peut rapprocher ces deux désirs[58].

Dans certaines cultures on retrouve la liaison dent/enfant :

En effet, en Guyane et aux Antilles, le père ne peut se faire extraire une dent pendant la grossesse de sa femme sous peine de provoquer une fausse couche.

Certains pensent que la poussée des dents de sagesse du père, pendant la grossesse de sa femme, symbolise son propre désir de grossesse, sorte de grossesse nerveuse.

On peut également établir une liaison entre l'avulsion d'une dent et l'accouchement. Les femmes disent souvent à leur dentiste qu'elles préfèrent accoucher plutôt que de se faire soigner ou enlever une dent. En effet, les douleurs de ces deux évènements sont souvent comparées.

L'accouchement est préféré parce qu'il est vécu comme un acte producteur, non comme une perte. Ce rapprochement est encore plus évident dans la langue anglaise, où le davier se dit « forceps ».

➔ Symbole de séduction, puissance, et moyen relationnel

« Mordre la vie à pleines dents » ; « vingt ans et toutes ses dents » sont des expressions du langage familier qui établissent la relation entre une denture saine, complète et une pleine possession de ses moyens. Les dents renvoient ici à une image idéale du moi, au narcissisme et à la sensualité.

Des dents blanches, bien alignées, un sourire éclatant, sont très valorisés socialement. Ils sont interprétés comme un signe de bonne santé, de jeunesse, et comme une marque de réussite.

Les publicitaires ne s'y trompent d'ailleurs pas, ils exploitent à outrance ce symbole pour vendre toutes sortes de produits, qu'ils aient un rapport ou non avec les dents. L'industrie du cinéma a, elle aussi, servi à véhiculer cette symbolique en ayant tendance à afficher des gentils aux sourires parfaits et à affubler les méchants de sourires noirs entartrés et encombrés[73].

➔ Symbole de vieillissement et de mort

Les dents sont aussi le symbole du déroulement de la vie. Quand elles sont saines et belles, elles évoquent la jeunesse, la santé, la séduction, la virilité et la force vitale. Leur délabrement et leur perte renvoient une image de dégradation physique, de sénescence et implicitement introduit la notion de vieillesse, de maladie et de mort.

Au cours de sa vie, l'individu aura deux voire trois dentitions :

La dentition temporaire qui cède sa place à la définitive : cette étape est assez traumatisante dans le développement de l'enfant. Moqueries devant le bloc incisif édenté… Mais bien qu'angoissante cette perte est généralement bien vécue car la dent perdue est le plus souvent remplacée par une nouvelle plus grosse et plus forte et de nombreuses coutumes, notamment l'histoire de la petite souris, ont été instaurées afin de consoler l'enfant.

La deuxième dentition, définitive cette fois, est celle qui est la plus investie au niveau de la symbolique de la jeunesse et de la santé. C'est ainsi que toute perte ou même atteinte concernant celle-ci sera vécue comme un pas vers la vieillesse et la mort.

Voltaire disait : « *Je perds mes dents, je meurs en détail.* »

Aujourd'hui, l'individu peut accéder à une troisième dentition grâce au développement des techniques prothétiques et implantaires. Bien que les dents soient artificielles, elles peuvent être vécues comme un signe de revitalisation ou même, nous l'avons décrit plus haut, de revirilisation.

C. Les affections psychosomatiques

1. Définition

Un trouble psychosomatique est un trouble somatique dont la dimension psychologique prédomine dans sa survenue et dans son évolution. Dans les autres troubles somatiques, la dimension psychologique existe mais elle est contingente [66].

De façon stricte, les troubles psychosomatiques regroupent des maladies comportant une altération biologique ou organique et décelable cliniquement (comme les affections dermatologiques). Cette altération découle en partie du psychisme.

Dans un sens plus large elle regroupe également les pathologies fonctionnelles, sans altération organique visible.

La relation entre le corps et l'esprit a toujours été une question préoccupante. Déjà en 400 avant J.C, Platon avançait que les émotions affectent le bon fonctionnement physiologique.

C'est au XIXème siècle que le terme « psychosomatique » fut introduit, notamment par le psychiatre allemand Heinroth. On remarqua alors que des stimuli émotionnels, tels que l'anxiété ou l'agressivité, provoquent des modifications des muqueuses. Le rôle de ces facteurs émotionnels dans le développement de certaines maladies somatiques, ou l'asthme, ou les migraines par exemple, a été par la suite, de plus en plus reconnu, et la théorie d'un lien affectif entre émotions et maladies physiques s'est généralisée.

Au début du XXème siècle, Sigmund Freud insiste sur l'importance des émotions dans la formation des troubles mentaux et somatiques, phénomène qu'il appelle « réaction de conversion somatique. » Selon Freud, une pulsion jugée inacceptable par le Surmoi est réprimée avant de surgir au niveau conscient ; Il y aura alors un phénomène de refoulement : la personne subira alors cette répercussion du refoulement sur le plan physique, mais sans comprendre pourquoi.

Des travaux plus récents ont démontré que des situations sociales ou des relations difficiles peuvent susciter des émotions très fortes, s'accompagnant d'un ensemble de troubles fonctionnels ou structuraux, dans la physiologie du système nerveux autonome[22].

Selon Chase Patterson Kimboll, la maladie serait une réponse non adéquate (insuffisante ou excessive) à un évènement et devrait être traitée sous ses trois aspects biologique, psychologique et social. La médecine psychosomatique aborde ce lien existant entre la maladie et ces trois aspects. Elle considère l'homme dans son unicité.

Le terme « Psychosomatique » a été ensuite largement étendu et popularisé. Il a connu un usage tellement vague, et dans la littérature psychanalytique et dans les médias populaires, que la quête d'un sens rigoureux peut paraître ardue.

En psychosomatique clinique, la mentalisation, à savoir « le travail de l'esprit » comme activité psychique de bonne qualité suffisamment riche et simple permettrait de ne pas verser dans « le travail du corps ». Autrement dit, la maladie surviendrait quand l'esprit « lâche le corps ». C'est une « histoire sans parole écrite dans une langue archaïque ».

Nous nous intéresserons aux réactions psychosomatiques dont les émotions ne sont pas directement exprimées mais plutôt intériorisées et transformées en symptômes physiques.

En médecine dentaire, des recherches ont supposé qu'il existait une corrélation entre certaines pathologies dentaires et certains états émotionnels.

Ruth Moulton a observé une corrélation positive entre l'état d'anxiété et certaines maladies parodontales.

Manhold a démontré comment le stress, la frustration ou encore l'anxiété occasionnent le développement de maladies dentaires en provoquant par exemple un dérèglement hormonal, en diminuant la résistance à l'infection ou encore en modifiant qualitativement ou quantitativement les sécrétions salivaires.

2. Modèles théoriques

a) Le modèle psychanalytique.

Un conflit intrapsychique entre un désir le « Ça », et l'interdit le « Surmoi », est générateur d'angoisse. La représentation de ce conflit est inacceptable et est alors refoulée dans l'inconscient. Le retour du refoulé apparaîtra plus tard sous forme de symptômes physiques.

En 1896, Freud a proposé un premier modèle, intitulé « La névrose actuelle », le mot « actuel » signifiant « en train de se produire ». Elle regroupait les névroses d'angoisse, les neurasthénies et l'hypocondrie ; il voulait ainsi la différencier des névroses de transfert (obsessionnelle, phobique, ou hystérique). Ainsi la cause déclenchante du trouble se situerait plutôt dans le domaine somatique et non pas dans le domaine psychique. Les symptômes résultent de l'absence de décharge et de plaisir psychique.

Puis Freud a présenté un deuxième modèle, « la conversion hystérique ». L'hystérie de conversion reste le prototype des différents types d'hystérie. « Saut mystérieux de la psyché vers le soma » : la conversion est la transposition d'un conflit psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans les symptômes moteurs (paralysie) ou sensitifs (anesthésies ou douleurs localisées).

Dans les années 1940, Alexander et ses collaborateurs[1] ont abouti à l'établissement de profils de personnalité en rapport avec des maladies dites « psychosomatiques ». Alexander a cherché à comprendre les symptômes somatiques en réévaluant le rôle du système nerveux végétatif et des émotions dans leur genèse. Il avança que l'on n'avait pas jusque-là assez remarqué le rôle du système nerveux végétatif « qui n'était pas en connexion avec les processus conceptuels mais sur les fibres musculaires lisses et les organes viscéraux ». Pour lui, la répression des états affectifs empêche leur expression dans les mouvements volontaires ce qui crée une tension permanente et une « diffusion » des surcharges émotionnelles dans le système nerveux autonome. Le passage du psychologique au physiologique se traduit par un symptôme fonctionnel : la structure de l'organe n'est pas changée mais ses fonctions sont perturbées, évoluant ainsi en symptôme lésionnel ou organique. Alexander dissocia aussi les rôles des systèmes sympathique et parasympathique

et exploita leurs conséquences psychophysiologiques. Le système sympathique est stimulé par les états émotionnels actifs (agressivité, lutte, fuite) tandis que le système parasympathique le serait lorsque le sujet observe une attitude de passivité. Les somatisations relèveraient ainsi pour Alexander de certains types d'émotions. Par exemple, pour l'ulcère, le sujet présente un « dénuement affectif » : le désir d'être aimé se transforme alors en besoin d'être nourri, d'où une hypersécrétion gastrique, l'estomac réagissant comme s'il avait absorbé de la nourriture.[1]

Avec Alexander, apparaît l'idée (que l'on retrouve actuellement), que les somatisations peuvent résulter d'une mauvaise division du travail entre le SNC et le SNA et ses systèmes sympathiques et parasympathiques (ceux-ci étant en étroite relation avec le système immunitaire).[1]

Dans les années 1950, certains psychanalystes, comme Marty, mirent en évidence la « faillite des défenses mentales » comme le refoulement, le déplacement ou encore la projection. Dès l'après-guerre, Marty s'intéressa à des somatisations fonctionnelles comme les céphalées et les rachialgies envisagées comme symptômes de défense voisins des défenses névrotiques classiques mettant ainsi en jeu des mécanismes d'ordre somatique et biologique (vasoconstriction et vasodilatation par exemple) du fait d'une répression d'émotions agressives.

b) Modèles psychosomatiques non psychanalytiques

Bien réagir face à une situation génératrice de conflits intrapsychiques nécessite un apprentissage comportemental. En effet, l'individu, devant un événement traumatique, n'a pas toujours les moyens affectifs et cognitifs, souvent par défaut d'apprentissage, d'aménager une situation traumatique : les réactions biologiques concomitantes excessives peuvent alors être délétères pour l'organisme et engendrer une pathologie somatique.

On parle alors du modèle *comportemental et biopsychosocial* [68].

Dans ce modèle il est alors nécessaire d'intégrer la notion de stress : elle regroupe le stress psychologique et le stress physique. Le mot « stress » provient du latin *stringere* : tendre.

Chaque individu possède des capacités d'adaptation variables avec son milieu. Si le stress normal ne dépasse pas les possibilités adaptatives du sujet, il représente un « apprentissage positif ». Un stress excessif amène à une rupture d'équilibre entre le sujet et son milieu, aboutissant à une désadaptation, qui, si elle perdure, aboutit à un stress pathologique.

La réaction de stress est la réponse à une sollicitation de l'environnement. Il existe des évènements majeurs ou mineurs, mais répétitifs, dont l'impact est traumatique et déstabilise l'homéostasie sujet-milieu.

- ✓ On note trois phases à la réaction de stress [68]:

  - La phase d'alerte ou l'hypervigilance : elle implique le système sympathique et médullo-surrénalien : il s'agit d'une réponse physiologique immédiate et brève, marquée par la libération de catécholamines : adrénaline (système sympathique) et noradrénaline (médullo-surrénale). Elles ont pour rôle d'anticiper l'effort avec augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.

  - La phase de lutte : elle est gérée par le système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien, qui prend le relais de la réponse précédente, et dont la fonction est double : elle englobe la néoglucogenèse et le contrôle de la libération d'insuline. (D'autres hormones entrent en jeu : vasopressine, lymphokine, endorphine, hormones sexuelles et de croissance.)

  - La phase d'épuisement : si le stress persiste et dépasse les possibilités d'adaptation du sujet, on assiste à un épuisement des surrénales, une atrophie du thymus, et autres dysfonctionnements. Elle correspond à un débordement des capacités adaptatives du sujet tant sur le registre physique, psychique et comportemental.

- ✓ Les facteurs influençant les troubles psychosomatiques :

  - Les évènements de vie :

    . Majeurs : éprouvants, traumatisants, pouvant entraîner un psychotraumatisme majeur, lorsqu'une menace vitale est apparue : deuil, maladie grave, attentat, agression, catastrophe naturelle.

    . Mineurs : représentés par les soucis, les tracas de la vie quotidienne dont l'effet cumulatif peut entraîner une situation de stress et une réaction d'adaptation plus ou moins intense.

  - Des facteurs de vulnérabilité :

La pensée opératoire : elle est caractérisée par un discours factuel, rationnel, avec déficit de l'élaboration fantasmatique. Le sujet est focalisé sur ses symptômes et ne peut s'en éloigner qu'avec difficulté pour parler de sa vie dont l'évocation émotionnelle reste modeste. Le processus de somatisation aboutit à l'apparition du trouble somatique qui, lorsqu'il est lésionnel, n'a pas de sens symbolique, ne s'inscrit pas dans la biographie et apparaît comme un symptôme « bête », anodin.

L'alexithymie : elle est rencontrée dans des pathologies somatiques diverses. L'individu a des difficultés à percevoir et à parler de ses états affectifs avec limitation de la vie imaginaire, de la description des symptômes et prévalence de la tentative de suicide pour tenter de résoudre les conflits.

  - Les profils comportementaux :

Le profil comportemental de type A ou « coronarogène » : Décrit par Friedman et Rosenman en 1959, il est caractérisé par une hyperréactivité hémodynamique et neurohumorale au stress participant à la survenue de l'insuffisance coronarienne.

Ceux ne présentant pas les traits du type A on été désignés comme ceux du « type B ». Les sujets de type A aiment la compétition, la performance et s'engagent dans le travail ou les jeux pour gagner. Ils sont vifs, présentent des signes d'impatience et supportent mal l'inaction ou les obstacles à leurs objectifs. Ils sont combattifs, ce qui se traduit par une tension permanente de leur musculature faciale et leur langage présente un rythme rapide, une voix explosive, une anticipation des paroles de l'interlocuteur. On classe ce groupe comme « coronarogène » car ces patients semblent avoir un risque de maladies cardio-vasculaires (notamment l'insuffisance coronarienne avec un risque d'infarctus du myocarde) multiplié par deux par rapport aux personnalités normales. (Le risque est plus élevé s'il y a une coexistence avec d'autres facteurs de risques tels que le tabagisme ou l'hypertension artérielle par exemple[53].)

Le type B regroupe des personnes dont les caractéristiques sont l'apathie, la patience, la facilité à être détendu ; on les décrit également comme « faciles à vivre » ayant cependant des problèmes d'organisation et manquant de temps à autre du sens de l'urgence.

Le type C serait associé et/ou aurait une valeur de facteur de risque dans les affections prolifératives (cancers) ou dysimmunitaires (maladies auto-immunes). Ces sujets apparaissent comme dépendants des autres, du regard, de l'estime et de l'amour que ceux-ci leur portent. Ce sont des sujets patients, acceptant les contraintes du temps, réfléchis, mais surtout soumis, conciliants, évitant activement les conflits et réprimant toute manifestation agressive.

Maintenant que nous avons redéfini les grandes lignes des troubles psychosomatiques, il convient de nous attarder sur ceux que l'on retrouve au cabinet dentaire. Nous l'avons vu, la bouche est le siège de nombreuses émotions et se trouve très riche sur le plan psychique, notamment au niveau des refoulements.

3. Les manifestations des affections psychosomatiques en odontologie

Parmi les motifs qui poussent à la consultation odontologique, la douleur est un des motifs les plus fréquents. L'anamnèse que nous menons lors de la première consultation doit tenir compte à la fois des facteurs organiques et des facteurs psychologiques[53].

Sur le plan individuel, la douleur est considérée comme un équivalent dépressif. La personne qui se sent mal peut aller consulter directement un psychiatre, ou le médecin de famille, mais parfois, elle se rend chez le dentiste. Il est important de savoir décoder le message écouté « j'ai mal », qui signifie en réalité « je vais mal ».

En effet, les douleurs bucco faciales représentent parfois la somatisation de l'angoisse. On peut trouver des douleurs à base psychique qui aboutissent à la longue à une posture de défense avec tension musculaire chronique à l'origine de manifestations somatiques ; on peut également rencontrer des névroses d'origine traumatique dans lesquelles il y a eu une douleur organique initiale (un abcès dentaire par exemple que l'on traitera et qui disparaîtra), cette douleur réapparaîtra plus tard car le patient se plaindra à l'occasion d'une migraine ou d'une contrariété par une douleur à l'endroit où l'abcès était apparu, alors que les examens démontreront l'absence d'une quelconque pathologie.

a) Les Paresthésies Buccales Psychogènes

Parfois appelées stomadynies, glossodynie, ou encore le *« burning mouth syndrom* » ou « *burning tongue* », ce syndrome concerne des patients qui ne présentent aucune lésion objectivable à l'examen clinique, radiologique ou de laboratoire, mais qui se plaignent de douleurs parfois insoutenables, dont le siège est la cavité bucco-pharyngée[30].

Cette pathologie est le résultat d'une somatisation fonctionnelle et elle touche des patients qui ont un terrain psychique caractéristique mais que l'odontologiste doit être en mesure de reconnaître.

Les patients se plaignent d'une sensation de brûlure sur la muqueuse buccale, de préférence sur la langue, ou moins souvent le palais, les lèvres et les gencives.

Ils peuvent également se plaindre de démangeaisons, d'enflures et d'altérations qualitatives et/ou quantitatives du flux salivaire. Certains affirment avoir une sécheresse buccale, par exemple, d'autres une hypersalivation, ou une salive acide.

Le patient vient souvent pour une mycose et il invoque fréquemment des interventions dentaires à l'origine de ses troubles : anesthésie locale, extraction dentaire, prise d'empreinte, pose d'une couronne ou d'un bridge. Parfois, le patient ne tolère pas une prothèse qui a été refaite plusieurs fois par différents praticiens[66].

Outre le fait qu'aucune anomalie n'est retrouvée à l'examen physique, l'horaire particulier de la symptomatologie représente une aide diagnostique précieuse : au stade initial, les symptômes ne sont pas présents au réveil et leur intensité augmente au cours de la journée, atteignant son maximum le soir. Dans les formes chroniques, elle tend à devenir permanente et à être présente dès le réveil. La sensation de brûlure disparaît presque toujours lors des repas et ne perturbe pas le sommeil. La fatigue ou la tension psychique tendent à augmenter ces symptômes[47].

Les Paresthésies Buccales Psychogènes (PBP) représentent un tiers des diagnostics posés lors d'une consultation spécialisée en pathologie de la muqueuse buccale. Il est donc nécessaire de bien connaître cette entité si l'on veut proposer une prise en charge tenant compte à la fois de l'étiologie psychogène de ces troubles et de la demande d'examen somatique, particulièrement forte chez ces patients.

Les patients ont tendance à examiner par eux-mêmes leur bouche cherchant ainsi une étiologie organique, et découvrent ainsi des reliefs anatomiques dont ils ignoraient l'existence et qui leur semblent préoccupants, comme par exemple les franges sublinguales ou encore les différentes papilles linguales, dont le volume est inégal entre les papilles foliées et caliciformes.

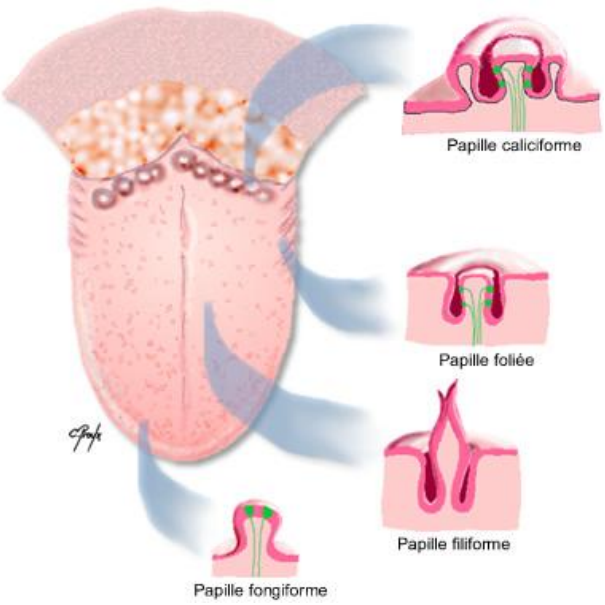

Figure 7: les papilles linguales

L'examen buccal peut révéler des lésions asymptomatiques, comme la langue géographique, et permet d'observer parfois des altérations correspondant à des lésions irritatives dont les origines sont mécaniques ou traumatiques : tics de succion-aspiration, mordillement se diagnostiquent en observant l'empreinte des dents sur les bords de la langue et sur la lèvre inférieure[47].

D'un point de vue épidémiologique, il existe une nette prédominance féminine et l'âge de début se situe entre quarante et soixante ans. Ces paresthésies concernent le plus souvent des patients anxieux, dépressifs cherchant systématiquement une origine physique à leurs plaintes, les attribuant à une candidose, une allergie ou des aphtes. La demande de consultation est impérieuse et le patient exige souvent d'être examiné en urgence, bien que les symptômes soient présents depuis des mois voire des années.

Lorsque l'on diagnostique ces paresthésies buccales psychogènes, il s'agit déjà de rassurer le patient, de l'encourager à stopper les auto-examens. On lui dira que sa muqueuse est « normale » et « saine ». On lui conseillera d'éviter tout traitement local abusif et inapproprié[31].

Nous ne devons pas non plus réaliser des soins dentaires ou chirurgicaux dont l'indication est discutable et ne présentant pas de caractère d'urgence immédiate. Enfin, il est

envisageable d'expliquer en douceur l'inutilité de nouveaux examens afin de mettre un terme à ses nombreuses visites médicales. Il s'agit de le rassurer en l'informant que son cas n'est pas rare et que cette pathologie « paresthésies buccales psychogènes » est bien connue, en évitant toutefois le raccourci primaire : « C'est psychologique », mais plutôt en demandant au patient « Comment vous sentez-vous ? Vous sentez-vous parfois stressé ? »[66].

Il arrive fréquemment que le patient arrête le praticien en s'offusquant : « Mais non Docteur, tout va très bien pour moi ». Cela nous renvoie à la définition du déni que nous avons étudié précédemment, une défense contre la remise en cause d'un équilibre précaire où le symptôme physique joue un rôle qu'il convient de ne pas ébranler prématurément. On pourra alors simplement lui dire que sa bouche n'est pas tout à fait d'accord pour dire que tout va bien. Parfois, notamment si le patient évoque le décès d'un proche, une rupture récente, une perte d'emploi, le praticien peut l'orienter vers une psychothérapie, ou vers un psychothérapeute-psychanalyste spécialisé dans les affections psychosomatiques.

b) Syndrome Algo-Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur (SADAM) et bruxisme

- Définition

Le syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur se traduit par un ensemble de signes et de symptômes dans les régions des articulations temporo-mandibulaires (ATM), de la face et au niveau cervical. On appelle aussi ce syndrome « Les dysfonctions de l'Appareil Manducateur » (DAM).

<u>Rappel:</u> l'articulation temporo mandibulaire ou ATM est une diarthrose qui unit la fosse mandibulaire de l'os temporal avec le condyle de la mandibule par l'intermédiaire d'un ménisque ou disque fibro-cartilagineux et fermée par une capsule articulaire.
Au niveau de la vascularisation, L'ATM est richement vascularisée particulièrement par des collatérales de l'artère temporale superficielle pour sa face latérale, de l'artère temporale

profonde postérieure pour sa face antérieure, et de l'artère tympanique antérieure à sa face médiale.

Le ménisque a pour particularité d'être vascularisé en propre par des rameaux individualisés. Les veines forment un manchon plexiforme drainé par les veines parotidiennes. Quant à l'innervation, L'ATM et la région condylienne sont innervées par des pédicules du nerf mandibulaire. Son innervation neuro-végétative est importante. Synoviale, capsule et ligaments sont riches en récepteurs sensoriels.

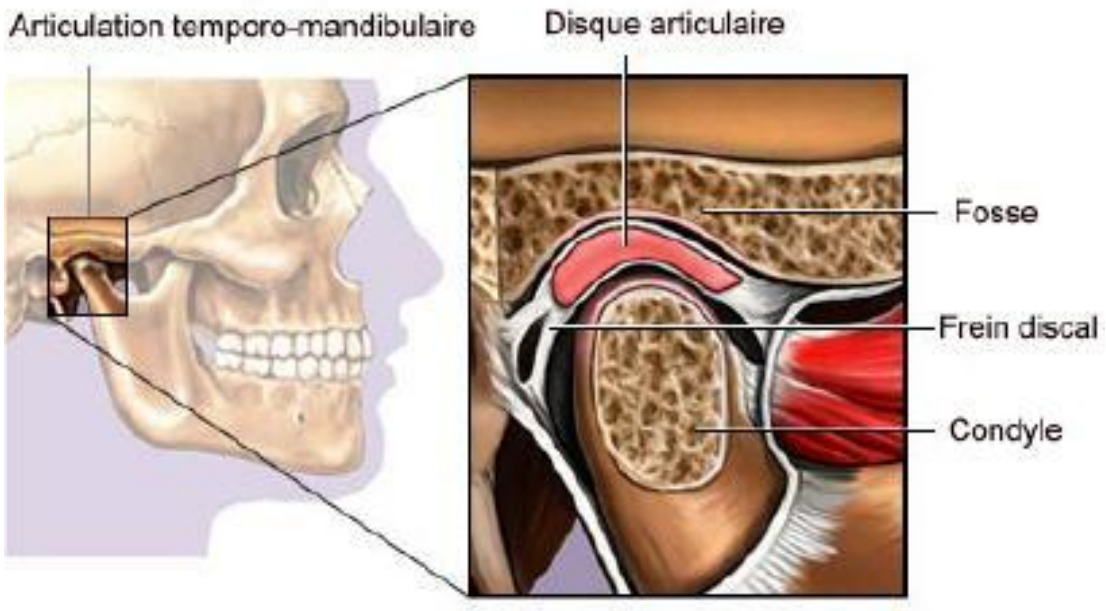

Figure 8 : Anatomie de l'articulation temporo-mandibulaire [116]

Le SADAM se traduit ainsi par des difficultés à effectuer des mouvements mandibulaires, par des douleurs et des raideurs musculaires ainsi que des douleurs et des bruits articulaires. Ces signes et symptômes sont la triade classique du SADAM.

Voici la différence entre une anatomie normale et un trouble de l'appareil manducateur en position bouche fermée[94] :

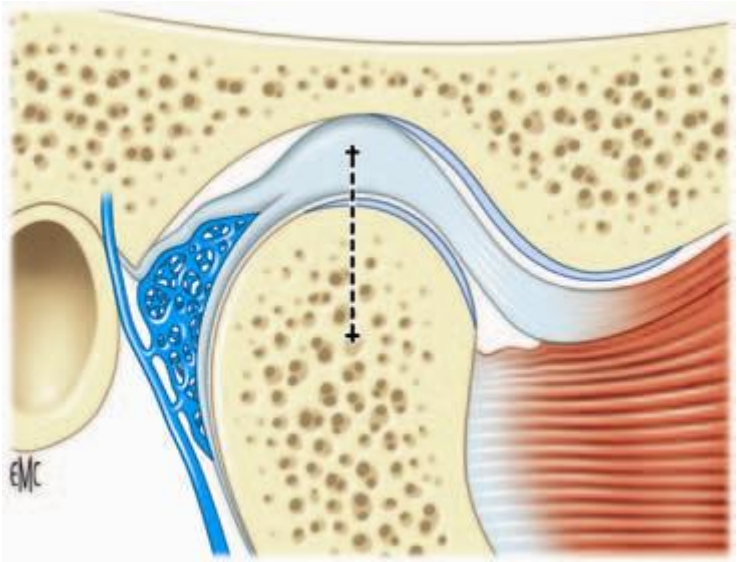

Figure 9: Anatomie normale de l'articulation temporo-mandibulaire [94]

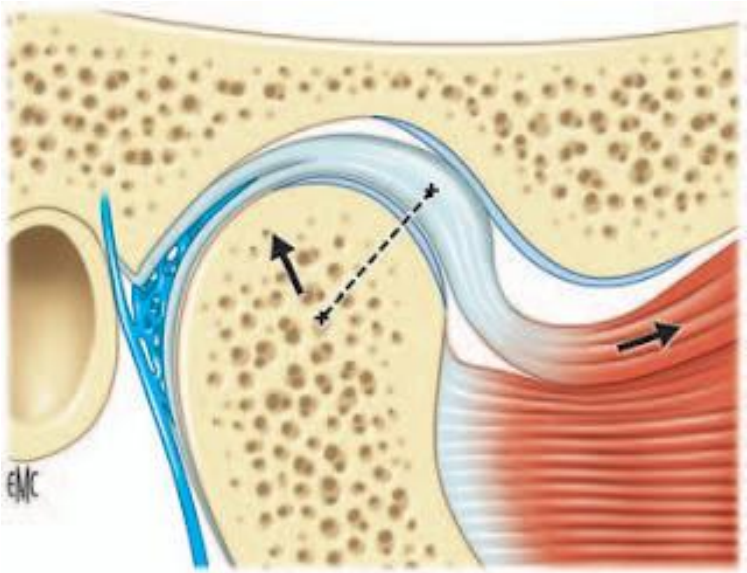

Figure 10: Trouble articulaire : subluxation [94]

Le chirurgien-dentiste se sent souvent démuni face à ce syndrome, le patient ayant des douleurs et des plaintes mal définies. Car contrairement aux douleurs habituelles dentaires qui disparaissent rapidement et définitivement après traitement, les symptômes des patients avec troubles algo-dysfonctionnels diminuent lentement progressivement, et ressurgissent de façon cyclique [57].

Il ne faut pas limiter la définition à la seule composante articulaire et il est important d'englober les aspects musculaires, dysfonctionnels comme le bruxisme, et également les aspects psychologiques.

Dans le cas classique chez un patient psychiquement équilibré, il y a d'abord traumatisme du rapport disque/condyle. Des manifestations psychologiques secondaires peuvent apparaître et sont liées à la douleur aïgue. Elles disparaîtront lors de la résolution du problème somatique.

A l'extrême, il existe des patients qui ne présentent pas ou peu de problème somatique mais surtout une série de troubles psychiques (les patients hystériques, dépressifs et hypocondriaques notamment), et qui somatisent leur détresse psychologique en douleur et hyperactivité musculaire.

Entre ces deux extrêmes, les patients présentent en proportion variable des troubles somatiques associés à des problèmes d'ordre psychologique.

- Etiologie

L'étiologie des troubles algo-dysfonctionnels de l'appareil manducateur est multifactorielle.

On distingue les facteurs organiques et les facteurs psychologiques.

Dans les facteurs organiques on distingue <u>les troubles occlusaux</u>, qui sont les plus repérables pour nous chirurgiens-dentistes. Rapidement, certains auteurs comme Ramfjord ou Krough-Poulsen ont reconnu la nécessité d'une composante psychologique comme le stress pour qu'il y ait apparition de troubles algo-dysfonctionnels. Les autres troubles organiques sont les traumatismes, tels qu'une <u>synovite</u>, une <u>capsulite</u>, un <u>trismus</u> ou la <u>laxité ligamentaire</u>. D'autres origines iatrogènes peuvent également entrer dans l'étiologie du

syndrome algo-dysfonctionnel : on décrit les longues séances de soins dentaires, une large ouverture buccale, une chirurgie intra-orale ou une intubation[66].

Certaines études ont cherché à déterminer les traits de personnalité qui prédisposeraient au SADAM. Selon une revue parue en 1976, les auteurs Rugh et Solberg ont décrit les patients souffrant de ce trouble comme étant « dépendants, rigides, narcissiques, obsessifs, dominants, perfectionnistes, agressifs, névrotiques, émotionnellement instables, hypocondriaques, déprimés et manquant de sécurité [82]». Cependant l'inconsistance de ces résultats a mené ces deux auteurs à considérer davantage les caractéristiques de personnalité en fonction de la tolérance à la douleur, du degré d'amélioration résultant du traitement et la présence de douleur aigüe ou chronique. Par la suite, les études ont permis de ne pas considérer la dépression comme facteur étiologique des troubles algo-dysfonctionnels, mais plutôt l'anxiété, qui est un élément capital dans le tableau clinique. En effet, l'anxiété provoque une hyperactivité musculaire.

Il arrive enfin de rencontrer certains patients qui ne présentent aucune cause organique. Il est important de les reconnaître rapidement car comme dans le chapitre précédent sur les paresthésies psychogènes, se lancer dans une suite de soins de plus en plus lourds et invasifs sur ces patients n'aboutirait à aucun résultat sur le patient et lui serait préjudiciable. Après avoir écarté toute cause somatique dentaire, ORL ou neurologique, on peut suggérer au patient une psychothérapie pour évincer son anxiété.

- Le bruxisme

Le bruxisme est une des parafonctions manducatrices les plus communément répandues qui consiste à serrer et grincer des dents la nuit et/ou le jour. Bien qu'une majeure partie de la population (56%) présente au cours du sommeil une activité des muscles masticateurs plus ou moins importante considérée comme asymptomatique, seule une minorité (environ 6 %) présente un bruxisme exagéré et répétitif [66].

Le bruxisme survient généralement pendant la nuit de façon inconsciente avec des douleurs au réveil, mais peut très bien survenir le jour.

Il se caractérise par des dégâts importants au niveau dentaire avec l'usure des faces occlusales, des nécroses pulpaires, des mobilités ou des hypersensibilités, et il est également responsable de douleurs musculaires de céphalées et de lésions dégénératives.

Figure 11: Abrasion des bords libres et des cuspides dentaires due au bruxisme[109]

Deux courants de pensée existent pour déterminer l'étiologie du bruxisme[89] :

- Le premier est en rapport avec le Syndrome algique de l'ATM, et concernent donc la théorie occluso-psychologique : le bruxisme serait ainsi la conséquence de dysharmonies occlusales associées à un état de stress/anxiété. Les contacts prématurés en relation centrée et les interférences non travaillantes induisent un spasme musculaire : le patient présente alors une incoordination musculaire et une tension continue au niveau des muscles manducateurs liée au réflexe de protection servant à éviter les contacts nocifs lors des différents mouvements de la mandibule.

- Le second considère le bruxisme comme faisant partie des troubles du sommeil. Une étude de J.C Ware a montré que le bruxisme survenant pendant la phase de sommeil paradoxal était le plus destructeur[89]. En effet, durant la phase de sommeil paradoxal, la force destructrice est plus importante, ceci étant lié à l'inhibition du réflexe protecteur d'ouverture. La force de serrage est décrite

comme étant une force énorme comparée aux forces de mastication ou de fonction habituelle.

Ces deux courants s'accordent cependant pour admettre que le bruxisme est associé à une situation de tension émotionnelle qui, même si elle n'est pas la cause directe du bruxisme, elle en est tout au moins un facteur aggravant.

Les facteurs psychologiques tels que le stress ont fait l'objet d'une attention particulière. Pour les psychanalystes freudiens, nous l'avons vu, la cavité orale possède une intense signification émotionnelle. Le bruxisme serait alors l'expression de l'anxiété, des difficultés rencontrées dans la vie ou encore des frustrations ressenties: *« On grince des dents quand on ne peut pas mordre ce qu'on a envie de mordre*" comme l'a écrit Marie Bonaparte en 1952 [18].

Le bruxisme serait même pour Slavicek (1996) un mécanisme indispensable à la libération du stress que le système masticateur met en action dans les situations d'angoisse psychique. En effet, l'importance du grincement augmente en fonction du stress ressenti durant la journée et une corrélation positive entre le bruxisme et l'anxiété, l'hostilité ou encore l'hyperactivité a été mise en évidence chez les étudiants, notamment à l'approche des examens (Etude de Vernallis en 1955). La même corrélation est également observée dans une population plus large (Etude de Thaller en 1967), et même chez les enfants (Lindquist, 1972). Enfin, le taux d'adrénaline dont la concentration augmente dans les urines avec le niveau d'anxiété est corrélé avec l'activité nocturne des muscles massetérins (Etude de Clark et coll 1980)[66].

Comme toujours on commencera par donner au patient des explications anatomiques et physiologiques simples, de manière à ne pas l'alarmer, faire le bilan sur son niveau de stress et d'anxiété, puis d'autres moyens viendront l'aider pour éviter l'usure des dents, comme le port d'une gouttière occlusale.

Chez ce genre de patients, l'empathie et la compréhension du patient est la condition indispensable au succès de tout traitement somatique.

c) Parodontopathies et lésions buccales

- Parodontopathies

Il est utile en parodontologie de connaître les facteurs psychologiques qui influencent les comportements de son patient, au point parfois de causer sa maladie. Ces facteurs nous aident à poser le diagnostic et contribuent aussi à l'efficacité du traitement notamment pour obtenir la collaboration du patient. Les réactions psychosomatiques semblent donc contribuer au développement de certaines pathologies parodontales. En effet, des facteurs comportementaux peuvent intervenir sur trois plans : la négligence de l'hygiène dentaire, les déficiences nutritionnelles et le développement d'habitudes nocives.

Le manque d'hygiène dentaire est une cause majeure des maladies parodontales. Par ailleurs, les facteurs personnels contribuent à l'irrégularité des soins : une personne déprimée par exemple aura plus facilement tendance à se négliger[6].

Les problèmes émotionnels engendrent également des troubles alimentaires : prise compulsive de nourriture qui soulage les tensions, ou au contraire, dégoût total pour l'alimentation, cette anorexie pouvant aussi causer des dégâts dentaires et parodontaux[8].

Enfin, des habitudes orales nocives causent des tensions ou des lésions du parodonte : mordre des crayons ou des objets divers, ronger ses ongles ou encore mâcher sans cesse des chewing-gums[19].

Si l'on prend le temps d'écouter et de discuter avec son patient, on peut être surpris parfois par la relation évidente entre une lésion parodontale et un traumatisme psychologique récent. Un décès, une relation familiale difficile, des soucis professionnels apportent dans la vie courante un certain stress qui se répercute sur notre corps.

Le stress et les facteurs stressants sont surtout définis en fonction de la réponse ou du manque de réponse qu'il suscite. Le stress est une chose aboutissant à une réaction, le degré de stress est mesuré par la capacité à le gérer.

Le stress aurait un impact sur l'immunité.

Concernant le parodonte, les moyens de défense sont de quatre types [34]:

- La barrière mécanique et non spécifique : assurée par la chasse salivaire et l'épithélium kératinisé de la gencive.
- La deuxième barrière est l'immunité non spécifique qui fait intervenir les cellules phagocytaires, polynucléaires et macrophages ainsi que le système du complément activé spontanément par certains produits bactériens.
- La troisième barrière est l'immunité spécifique locale : prenant le relais de la seconde, après le laps de temps nécessaire à son activation, elle fait intervenir les lymphocytes T et B et leur produits, lymphokines et anticorps.
- La quatrième barrière est l'immunité spécifique générale : son intervention constitue un effet secondaire du fonctionnement de la troisième barrière. Son rôle précis et son efficacité pour la protection active du parodonte sont très mal connus.

Des études sur le stress chez l'homme ont montré ceci : il y a diminution significative de transformation lymphoblastique (et donc une diminution de lymphocytes et d'anticorps) chez les êtres « stressés ». En effet nous savons aujourd'hui que le centre de nos émotions est situé dans le cerveau limbique. Chaque émotion vécue est communiquée à l'hypothalamus qui agit à son tour sur l'hypophyse, véritable chef d'orchestre de notre système hormonal. De l'hypophyse, le message est ensuite transmis aux surrénales qui libèrent dans le sang les hormones du stress. Certaines de ces hormones ont notamment un effet dépresseur sur le système immunitaire, notre système de défense. Or, la production lymphocytaire de certaines hormones se fait sous l'influence soit de stimuli infectieux (viral ou bactérien), soit de stimuli cérébraux (choc physique et psychique). Le stress et les émotions négatives peuvent stimuler la production des cytokines. Ces petites protéines très puissantes sont sécrétées par les globules blancs et sont responsables de la régulation de la réponse immunitaire et de la communication intercellulaire. Mais si le stress est trop intense, ou devient chronique, il peut avoir surproduction de cytokines, ce qui contribuerait à aggraver divers processus inflammatoires associés à un grand nombre de maladies : les

troubles cardiovasculaires, l'ostéoporose, les cancers, le diabète de type 2 et bien sûr les parodontopathies[29].

En effet, une parodontopathie est un exemple connu de maladie biologique dans laquelle le stress joue un rôle déterminant.

- Exemple de l'impact du stress sur l'immunité : la Gingivite Ulcéro-Nécrotique :

Cette gingivite bien connue et facilement identifiable est caractéristique d'individus stressés aux fonctions immunitaires altérées.

La gencive, rouge vif, est recouverte de pseudo-membranes, sous forme d'un enduit blanc grisâtre, bordée d'un érythème linéaire. L'aspect décapité des papilles est souvent révélateur de la maladie.

Figure 12: Gingivite ulcéro-nécrotique [52]

Ces lésions sont accompagnées d'une mauvaise haleine et d'importantes douleurs.

Observée depuis toujours, elle fut vraiment décrite avec précision par Jean Hyacinthe Vincent, un médecin de l'armée française, à la fin du XXème siècle.

Sur le plan bactériologique, elle est caractérisée par la présence de spirochètes et de bactéries fusiformes, capables d'envahir le tissu gingival. Les nombreuses publications sur le

sujet s'accordent pour reconnaître aux évènements de stress un rôle presque certain dans l'étiologie des lésions de GUN. Comme nous l'avons vu, il est fort probable que les situations de stress et d'anxiété entraînent, par l'intermédiaire d'une production accrue d'hormones corticoïdes, une diminution des réactions de défense chez ces patients, sous forme d'une entrave des fonctions des lymphocytes et des polynucléaires. La grande fréquence de lésions de GUN chez les patients atteints du SIDA confirme d'ailleurs cette hypothèse[66].

- Autres lésions buccales : aphtes, lichen plan, herpès

Le chirurgien-dentiste est amené à rencontrer fréquemment des lésions buccales que l'on peut ranger dans la catégorie des affections psychosomatiques[66].

En effet, les facteurs psychiques jouent un rôle important en stomatologie, intervenant selon des modalités et une importance variables dans le mécanisme étiopathogénique. Les troubles psychologiques agissent le plus souvent comme cofacteurs par une action sur le système immunitaire.

Les propriétés de la salive s'en trouvent modifiées à différents niveaux [34] :

- Le taux de mucines, le volume ainsi que le débit salivaire diminuent : l'action de nettoyage, détersion et dilution s'en trouve également diminué.
- Le taux de bicarbonates, phosphates, urée et protéases est déséquilibré ce qui entraîne un pouvoir tampon médiocre.
- La balance calcium/phosphates et leur association avec les protéines salivaires impliquée dans la minéralisation et de reminéralisation est bouleversée.
- Enfin, la production d'IgA sécrétoires diminue ce qui entraîne un appauvrissement de la barrière anti-infectieuse.

- **Aphtes et aphtoses :**

L'aphte buccal est très fréquent : il concerne entre 20 et 60% de la population. Parfois utilisé de manière impropre pour caractériser toute lésion de la muqueuse buccale, l'aphte commun ou vulgaire apparaît seul ou en petit nombre, précédé par une sensation de brûlure ou de gêne localisée à l'endroit qui sera ensuite le siège de la lésion. Celle-ci se présente au début comme une petite macule érythémateuse ayant au centre un point jaunâtre. Certaines lésions peuvent avorter à ce stade, mais normalement la macule s'élargit, sa base devient infiltrée, il apparaît ensuite une zone ovale ulcérée aux bords en relief. Elles disparaissent en une semaine sans laisser de cicatrice[29].

Les aphtes géants sont caractérisés par une infiltration plus importante (de 2 à 5 cm de diamètre). Ils sont beaucoup plus douloureux et ont une évolution qui peut durer plusieurs mois et guérissent en laissant une cicatrice parfois invalidante.

Les aphtes miliaires quant à eux se manifestent par des érosions de 1mm de diamètre qui ne sont ni infiltrées ni déprimées. Ils ont tendance à confluer, donnant des érosions de forme polycyclique. Ils guérissent sans cicatrice en une semaine.

Le terme « aphtose » n'est pas employé pour les formes sporadiques, mais plutôt pour les formes récidivantes : ces formes évoluent par poussées avec une fréquence elévée, si bien que le patient redoute leur survenue, ce qui ne fait qu'augmenter son état d'anxiété. Dans les cas les plus graves, les lésions peuvent se succéder sans intervalle (formes subintrantes) pouvant conduire le malade à un état d'invalidité et de dépression. Malheureusement leur évolution est imprévisible.

Les malades associent souvent l'apparition des lésions avec un épisode de fatigue psychique et/ou physique ou avec un stress. C'est pour cette raison que nous l'étudions ici dans ce chapitre sur les lésions psychosomatiques, car au stade actuel des connaissances ce sont les hypothèses immunologiques qui ont le plus de crédit. En sa faveur citons la perturbation de l'immunité humorale et cellulaire, l'altération du taux des immunoglobulines et de l'interféron, la diminution de l'activité suppressive des lymphocytes [66].

Les aphtes se rencontrent de manière routinière dans la pratique quotidienne ; ils n'intéressent souvent que la muqueuse orale, quelquefois ils font partie d'une pathologie plus vaste avec des manifestations assez caractéristiques.

- **L'herpès**

Le grand groupe Herpès Virus contient les virus herpès simplex I et II, les virus de la varicelle et du zona, le virus d'Epstein barr et le cytomégalovirus. Les lésions herpétiques sont très fréquentes dans les maladies buccales [34].

On distingue deux sérotypes viraux : le VHS 1 et le VHS 2. Le premier est responsable de lésions bucco-faciales et le second de lésions ano-génitales. Toutefois, chez l'immunodéprimé, des manifestations buccales peuvent être provoquées par le VHS 2.

La primo-infection associe une stomatite et des manifestations générales, mais passe le plus souvent inaperçue. Les lésions sont d'abord vésiculo-bulleuses, puis érosives. Elles évoluent en une semaine environ, et guérissent spontanément en une quinzaine de jours. A la suite de la primo-infection, un tiers des malades continuera à présenter des infections récidivantes localisées oculaires, labiales, cutanées ou génitales.

Cette récurrence est liée à la persistance latente du virus dans le ganglion trijumeau. Il s'agit d'une infection fréquente (90% de environ des jeunes adultes possèdent des anticorps anti-herpétiques). Les causes de sa réactivation sont multiples : soleil, fatigue, cycle menstruel, traumatismes, maladies infectieuses, immunodépression. Il a été confirmé que l'herpès récidivant pouvait être causé entre autres par des stress psychologiques.

Que l'herpès récidivant puisse être causé, entre autres, par des stress pathologiques, a été confirmé par des études épidémiologiques qui ont démontré la vulnérabilité de l'homme en condition de stress face aux récidives herpétiques et aux infections en général.

En outre, le VHS peut être responsable d'infections sévères ou invalidantes sous certaines conditions d'immunodépression sévère, et l'atteinte buccale peut aboutir à une dissémination générale ou à des atteintes viscérales : broncho-pneumonies, hépatites fulminantes, méningo-encéphalites encore souvent mortelles[66].

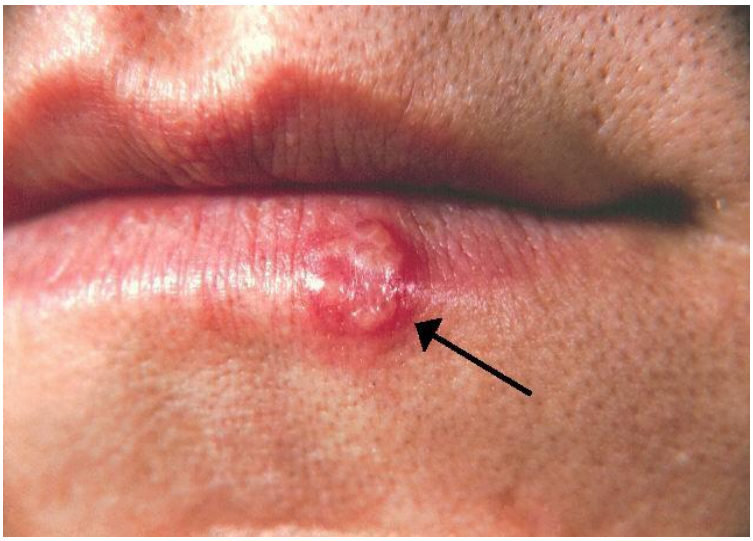

Figure 13: Herpès buccal [52]

- **Le lichen plan buccal**

Le lichen plan buccal est une maladie inflammatoire touchant la peau ou la muqueuse de la bouche, parfois les deux. Elle intéresse le plus fréquemment la face interne des joues et le vestibule. Si la cause exacte est inconnue, il existe cependant de nombreux facteurs favorisants. Le lichen plan est souvent lié au stress[66].

Figure 14: Lichen plan buccal [52]

Les sujets atteints de lichen plan buccal sont souvent décrits comme anxieux, déprimés, et l'existence d'un choc affectif est souvent retrouvée dans la pratique clinique et les publications.

L'aspect clinique du lichen plan buccal est très varié. Selon le stade d'évolution on distingue plusieurs phases : initiale, d'état et tardive.

- La phase initiale se traduit par une kératose constituée de petits points sur une muqueuse peu érythémateuse. Une sensation de brûlure et/ou picotements peuvent être présents. Ces manifestations précèdent parfois l'apparition des lésions (forme invisible de Gougerot).

- La phase d'état est l'image typique du lichen plan avec ses différents aspects : réticulé, en plaque ou dendritique. C'est la forme réticulé qui est la plus fréquente ; elle se compose de fines lignes blanches entrecroisées, comportant de petits reliefs noueux aux points d'intersection. Dans l'aspect en plaque, il existe des pages blanches, arrondies, irrégulières, bien limitées, encore souples. Enfin, les formes dendritiques réalisent l'aspect classique en « feuille de fougère ». Le lichen plan muqueux a une évolution variable : de rares cas de rémission complète ont été décrits, il semblerait que l'atteinte muqueuse persiste pendant de nombreuses années (2 à 5 ans en moyenne), avec l'alternance de périodes d'activité et de repos. Durant les poussées, un érythème apparaît entre les mailles du réseau, associé à des érosions et des picotements et brûlures similaires à la phase initiale. Durant la phase de repos, seules les lésions kératosiques subsistent, les manifestations inflammatoires disparaissent.

- La phase tardive : elle survient au bout de 5 à 10 ans d'évolution. Elle est caractérisée par un état de scléro-atrophie de la muqueuse, qui s'ulcère facilement. Les gencives deviennent lisses, au niveau de la langue il existe une dépapillisation des bords et du dos, et les vestibules dans la partie postérieure perdent de leur profondeur. Dans les formes graves et tardives, les ulcérations sont très douloureuses avec une ouverture buccale limitée et une diminution de protraction de la langue. C'est sur ces formes tardives que peut se développer un processus de transformation carcinomateuse[66].

L’étiopathogénie est très controversée, les hypothèses sont nombreuses : cause virale ou bactérienne, médicamenteuse ; actuellement ce sont les hypothèses immunologiques qui semblent les plus fondées. Le rôle du psychisme serait particulièrement évident dans le lichen plan, probablement lié aux interactions complexes de celui-ci avec le système immunitaire. Chez beaucoup de personnes, le lichen plan commence après un choc psychique [29].

Face à un patient atteint de lichen plan buccal, il s’agit de procéder à un examen minutieux mais discret, afin de détecter toute lésion en phase de transformation tout en prenant la précaution de ne pas alarmer le patient, erreur qui ne ferait qu’accroître son stress.

D. Le patient phobique

1. Définition de la phobie

Les phobies sont des peurs irraisonnées, stables, sans fondement réel et continues d'un objet, d'un être vivant ou d'une situation déterminée qui, en eux-mêmes, ne présentent aucun danger.

Le sujet est conscient de l'irrationalité de sa phobie et il souffre du fait que son comportement est régi par l'évitement du stimulus phobogène et la crainte d'y être confronté inopinément[63].

Figure 15: Représentation du patient phobique

Sont atteintes de phobie les personnes, enfants ou adultes qui, dans une situation donnée, ou en présence d'un élément spécifique, ne présentant pas de danger immédiat, sont saisies d'un effroi qu'elles savent déraisonnable mais ne peuvent contrôler. Ces phobies ne gênent souvent que modérément et disparaissent avec le temps. Elles s'avèrent plus perturbantes lorsqu'elles sont décuplées par l'angoisse de rencontrer l'objet de sa peur et le souci de dissimuler celle-ci. Elles déclenchent des stratégies compliquées d'évitement et influent sur

la vie sociale comme l'agoraphobie (peur des lieux publics), ou la claustrophobie (peur des lieux clos).

Les phobies représentent une des façons qu'a l'anxiété humaine d'anticiper des dangers imaginaires, et doivent donc être distinguées de la peur[90].

a) Prévalence de la phobie dentaire :

Il faut déjà savoir que 40% de la population adulte serait concernés par une certaine crainte et anxiété vis-à-vis des traitements dentaires[66].

Aujourd'hui en France, 3 à 5% de la population souffrirait de phobie dentaire, 10% aux Etats-Unis. L'odontophobie se situe après la claustrophobie, l'arachnophobie, et la peur du vide (vertige) [117].

b) Distinction : Phobie/ Peur

La peur se définit comme un ensemble de réactions qui accompagnent la prise de conscience d'un danger ou d'une menace.

C'est une émotion universelle qui a le rôle de signal d'alarme nécessaire à la survie de l'individu et à la préservation de l'espèce. Elle a donc une fonction indispensable dont l'absence n'est pas souhaitable.

La peur redoute un danger réel représenté par un objet connu.

Si la peur est raisonnable il ne s'agit pas d'une phobie. La phobie se révèle être une véritable maladie de la peur, une peur maladive. La distinction porte sur l'objet entre la peur et l'angoisse phobique. L'angoisse se rapporte à l'état et fait abstraction de l'objet. Elle se caractérise par l'attente d'un objet inconnu[20].

Peur	Phobie
Emotion	Maladie
Anxiété d'intensité limitée souvent contrôlable	Anxiété pouvant aller jusqu'à la panique, souvent incontrôlable
Evitements modérés et handicap léger	Evitements importants et handicap significatif
Peu d'anxiété anticipatoire : l'existence n'est pas organisée autour de la peur	Anxiété anticipatoire majeure : l'existence est organisée autour de la peur

Figure 16: Différences entre la phobie et la peur [5]

c) La phobie d'un point de vue psychanalytique

En psychanalyse, la phobie ne saurait constituer un processus pathologique indépendant et c'est pour cela qu'elle est entre autres rattachée à l'hystérie d'angoisse elle-même rattachée à l'hystérie de conversion. Ces névroses ont un point commun, elles auraient un lien avec un « ratage » du complexe d'Œdipe [37].

En effet, pour Freud, la phobie est équivalente à l'hystérie d'angoisse. Le symptôme va lier l'angoisse à un objet externe (souvent une angoisse de castration elle-même liée à l'histoire infantile sexuelle. En effet, Freud a privilégié la piste oedipienne lui-même ayant été phobique. L'objet phobogène est alors un point de fixation pour éviter le déchaînement de l'angoisse.

Certaines personnes ne traversent pas ce complexe, les jeunes hommes restent fixés à leur mère et les jeunes filles à leur père. L'énergie accumulée, la « libido » selon Freud, ne trouve

pas d'exutoire, cette libido inemployée est finalement convertie en angoisse. L'angoisse est alors une énergie psychique non élaborée, comme le revers du refoulement. Plus tard dans leur vie, ces personnes vont par exemple régresser vers les stades antérieurs, notamment le stade oral, stade qui intéresse les chirurgiens dentistes. Ainsi, chez les personnes adultes phobiques dentaires, nous entrons directement dans une sphère orale psychiquement conflictuelle. Ci-dessous on peut voir le professeur Charcot à la Salpêtrière montrant à ses élèves sa plus fidèle patiente, « Blanche » Wittman, en pleine crise d'hystérie.

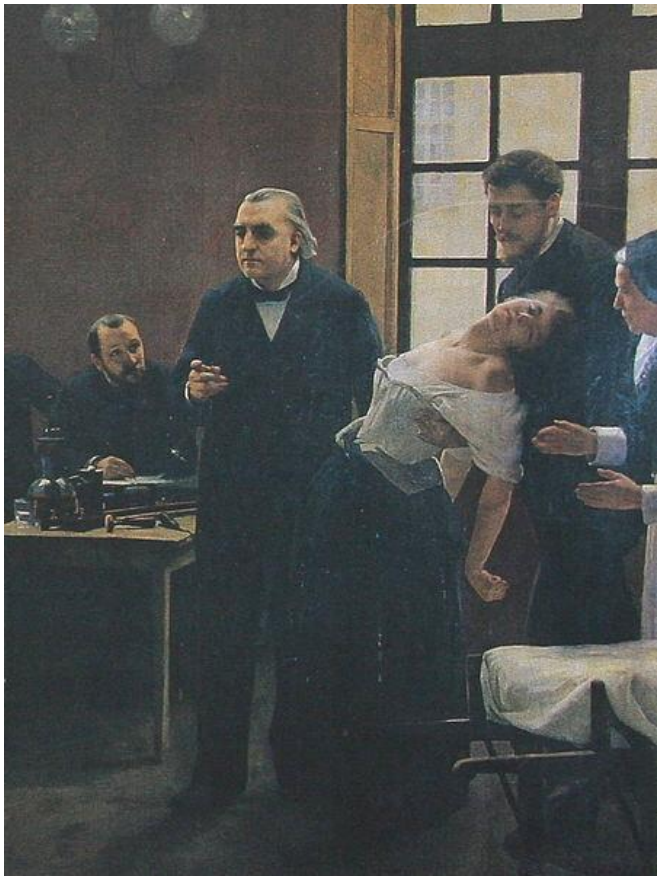

Figure 17: Tableau d'André Brouillet : Une leçon clinique à la Salpêtrière, 1887 [110]

2. L'anxiété dentaire

a) Définition

L'anxiété dentaire porte deux volets distincts : l'état et le caractère.

L'état d'anxiété est la réponse de l'individu à un objet spécifique, un évènement ou une situation. Elle varie en intensité fluctue au cours du temps, augmente avant le soin dentaire et diminue après. Lorsque l'anxiété se produit sur une période prolongée et caractérise un aspect de la personnalité du patient quotidiennement, ce dernier est considéré comme patient à caractère anxieux. Ces patients sont prédisposés à une plus grande intolérance à la douleur, le degré de seuil à la douleur étant très bas[97].

Norman Corah a développé en 1969 l'échelle d'anxiété dentaire (CDAS) comme une mesure du caractère pour évaluer les tendances d'un patient à appréhender une situation qui pourrait être dangereuse et menaçante, comme les soins dentaires. Elle est à ce jour encore la plus utilisée pour mesurer l'anxiété dentaire[88].

Cet outil comprend quatre questions à choix multiples reprenant les réactions subjectives du patient correspondant chacune à une situation dentaire différente:

Un score de 1 à 5 est attribué à chaque réponse. Le score total se situe donc entre 4, pour lequel le patient n'exprime pas d'anxiété et 20, pour lequel le patient est extrêmement anxieux. Le reproche que l'on a pu faire à cette échelle est qu'elle ne mentionne pas les anesthésies locales, source importante d'anxiété pour certaines personnes. C'est pourquoi dans une étude plus récente Humphris développe la MDAS : « Modified Dental Anxiety Scale) (ou Echelle d'anxiété dentaire modifiée), il s'agit de l'échelle de Corah avec un item supplémentaire concernant l'inquiétude liée à l'anesthésie.

En tant que praticiens, nous sommes intéressés par les tendances anxieuses de nos patients, car elles conditionnent le bon déroulement de nos rendez-vous et de notre plan de traitement. Plus le praticien répondra aux réactions d'anxiété de son patient de manière patiente, positive et compréhensive, moins le patient considérera la douleur comme une menace.

1) Comment vous sentez-vous à l'idée de vous rendre chez le dentiste ?

1- Je vois cela comme une expérience agréable
2- Cela ne me fait rien
3- Cela me met un peu mal à l'aise
4- J'ai peur que cela soit douloureux et désagréable
5- Je suis vraiment stressé par ce que le dentiste va pouvoir me faire

2) Comment vous êtes-vous senti dans la salle d'attente ?

1- Relaxé
2- Un peu mal à l'aise
3- Tendu
4- Anxieux
5- Tellement anxieux que je me sens malade

3) Comment vous êtes-vous senti sur le fauteuil avant le début du soin ?

1- Relaxé
2- Un peu mal à l'aise
3- Tendu
4- Anxieux
5- Tellement anxieux que je me sens malade

4) Comment vous êtes-vous senti lors du soin ?

1- Relaxé
2- Un peu mal à l'aise
3- Tendu
4- Anxieux
5- Tellement anxieux que je me sens malade

Figure 18: Corah Dental Anxiety Scale (CDAS): questionnaire type [111]

b) Les principaux modèles expliquant la naissance de l'anxiété dentaire allant jusqu'à la phobie

- Le modèle psychologique ou psychosocial [88] :

Ce modèle considère l'anxiété comme le résultat de l'interaction entre les facteurs de stress environnementaux et les conflits internes passés ou présents. En 1971, Lautch a démontré qu'une première expérience dentaire traumatique avec une importante durée de douleur faisait partie des premiers facteurs étiologiques de la phobie dentaire.

La réaction d'anxiété est considérée comme une action qui tente de s'adapter à la situation, d'immobiliser, de parer et éventuellement d'éviter le danger d'une menace écrasante attendue. Dans le cas du rendez-vous dentaire, le stress lié à la pensée de la douleur associée, l'expérience passée et la rencontre avec le dentiste balance avec le besoin d'être soigné, mettant en place un conflit intérieur.

- Le modèle comportemental [88]:

Il considère que l'anxiété peut se produire même sans conflit. Selon les lois de la théorie de l'apprentissage, la réaction d'anxiété est considérée comme acquise. Elle peut prendre la forme d'une réponse classique à un stress ou un traumatisme, ou d'un comportement exagéré, qui a été antérieurement renforcé par un conditionnement négatif.

Selon Burton (1969), une peur excessive au cabinet dentaire résulte souvent d'un héritage familial, un certain membre de la famille possédant la phobie et la transmettant de génération en génération. Par exemple, Leinknecht, Klepac et Alexander ont noté en 1978 que les attitudes négatives envers les traitements dentaires étaient issues de l'attitude négative d'autres personnes de leur entourage. Ce qui voudrait dire que l'approche du dentiste et de ses soins dépend du contexte social, culturel et familial dont est issu le sujet.

Parfois les gens observent les autres et ont tendance à les imiter et adaptent ainsi leur comportement. Cet apprentissage indirect est l'apprentissage par procuration. L'observation

révèle que les craintes et les phobies peuvent être acquises par une personne qui observe les réactions à la douleur d'une autre personne, ou encore sa peur face à un stimulus aversif comme une anesthésie ou l'extraction d'une dent. Inévitablement, ce sont des projections et des identifications sur autrui.

En 1962, Berger a démontré cet apprentissage indirect dans une expérience de conditionnement. Dans cette expérience, un individu assiste un autre individu dont la dent se fait tailler. Le premier individu va montrer des réactions émotionnelles alors qu'il n'aura pas reçu le stimulus directement. Cela démontre bien les émotions et les sensations que l'on projette sur autrui.

Au cabinet dentaire, cela peut avoir des répercussions importantes et on doit s'interroger sur la présence ou non des parents ou des frères et sœurs dans la pièce. Par ailleurs il est connu que des parents inquiets exercent une influence négative sur le comportement de l'enfant sur le fauteuil.

- Le modèle biologique [88]

Concernant l'attaque de panique et les réactions excessives, elles sont considérées ici comme des maladies ou métaboliques similaires à d'autres troubles du métabolisme. Par conséquent, la phobie manifestée par les patients serait purement l'effet de facteurs émotionnels ou le résultat d'un processus pathologique auquel serait fixé une vulnérabilité génétique comme par exemple un déséquilibre dans le système nerveux central.

De grandes différences existent entre les différentes cultures et sociétés. Ces différences sont hautement responsables du développement et l'évolution de certaines phobies, notamment la phobie dentaire.

Ce qui est accepté dans une culture peut ne pas l'être dans une autre. Certaines vont dramatiser et exagérer leurs sensations en extériorisant, en criant ou en bougeant

excessivement, (les populations orientales par exemple) quand d'autres seront plus stoïques et ne se plaindront jamais, quitte à faire un malaise (les Asiatiques).

Les facteurs socio-économiques jouent aussi souvent un rôle dans la prédiction des effets des réactions des personnes phobiques. Ceux qui sont sur l'échelle économique inférieure ont plus de difficultés à demander des soins aussi souvent que les personnes plus aisées, ce qui a pour conséquences des destructions dentaires plus rapides, des difficultés plus grandes à restaurer les problèmes buccaux, des échecs dans le plan de traitement, et un plus grand nombre d'extractions dentaires. Et malheureusement, les personnes moins favorisées auront donc plus d'expériences traumatiques, des niveaux d'évitement plus élevés ainsi qu'un seuil de douleur abaissé, contrairement aux classes sociales supérieures[88].

3. L'impact de la phobie dentaire sur la vie quotidienne

Une étude ayant pour but d'explorer l'impact de l'anxiété dentaire au quotidien a été réalisée en 2000. Vingt personnes en attente de soins en sédation dans une clinique dentaire ont complété l'échelle d'anxiété dentaire et ont été interviewés selon une technique approfondie, puis l'ensemble a été analysé[88].

➔ Cinq impacts d'anxiété ont été identifiés :

a) Les effets physiologiques :

Tremblements, transpiration excessive, nausées, hyposialie, augmentation de la tension artérielle et musculaire, sensation d'étouffement, hyperventilation et tachycardie sont les symptômes rencontrés chez les personnes phobiques.

b) Les effets cognitifs :

Le patient est inapte à se raisonner ou à relativiser les procédures. Il assaille parfois le praticien d'une multitude de questions, d'une part par angoisse et inconsciemment pour retarder le moment des soins.

c) Les effets comportementaux

L'auto-médication est fréquente de la part des patients phobiques (antalgiques en grande quantité, antibiotiques donnés par un tiers). Elle peut ainsi s'avérer dangereuse, notamment chez les personnes non renseignées sur le risque de toxicité du paracétamol ou en cas d'interactions médicamenteuses. Les patients phobiques présentent également des comportements d'évitement, comme l'annulation de rendez-vous, le déni de leur douleur, l'absence d'hygiène buccale (pour ne pas faire saigner les gencives par exemple), et même parfois la diminution voire la suppression des repas[97].

d) Les effets sur la santé générale

Des insomnies surviennent souvent la veille du rendez-vous, parfois une semaine avant. D'autre part, des complications très graves comme une septicémie peuvent survenir en l'absence de traitements adéquats, ou encore chez les personnes à risque cardiaque et dans les cas extrêmes, certains patients font une attaque de panique, il s'agit pour nous de savoir détecter les premiers signes : inconfort et sueurs intenses, nausées, souffle court, hyperventilation, paresthésies ou encore sensation d'étouffement. Un patient ayant déjà connu une attaque de panique sera sujet à des rechutes.

e) Les effets sur la vie sociale

L'individu phobique organise sa vie autour du rendez-vous dentaire ; il y pense dès la prise de rendez-vous jusqu'au jour « J ». Pendant cette période, le patient se renferme sur lui, est angoissé, déprimé et se montre désagréable envers son entourage.

Dans la pratique actuelle en odontologie, de nombreux efforts sont orientés vers la diminution et l'amélioration de l'anxiété et la phobie dentaire, grâce à des procédures et des méthodes qui prennent en charge cette crainte dentaire. En outre l'anxiété dentaire a de nombreux visages et se manifeste différemment pour chacun. Nous vivons dans un monde complexe où une multitude de variables existent, et leur interaction contribue aux différents niveaux de l'anxiété et de la peur que chacune de nous éprouve à différents moments à différentes situations. Nombre de ces variables n'ont pas de relation directe avec les soins dentaires mais néanmoins, ils peuvent influer directement sur la visite chez le dentiste.

L'avènement des sciences du comportement au cours des quatre dernières décennies dans le domaine de la médecine et de la dentisterie a apporté de nouvelles idées et de nouvelles perceptions sur les émotions de peur et d'anxiété. Cela a abouti à la mise en place de techniques et de procédures visant à anticiper, réduire ou atténuer la phobie dentaire. Les praticiens de tous niveaux doivent être capables de comprendre et agir pour faire face à ce problème récurrent. Il faut privilégier et soigner la relation praticien-patient[4].

Figure 19: Vue depuis le fauteuil dentaire par un patient : situation anxiogène[112]

4. D'autres exemple de cas psychopathologiques

a) Les dépressifs

Une dépression est caractérisée par une perturbation de l'humeur, associée à une perte d'estime de soi, un manque d'intérêt, avec difficultés de concentration, troubles du sommeil, de l'appétit et du désir en général, parfois un sentiment de désespoir et d'incapacité, un ralentissement ou une agitation psychomotrice.

Un état dépressif peut compliquer d'autres troubles psychiatriques, et en particulier un état anxieux, une schizophrénie, ou certaines affections somatiques (maladie de Parkinson, maladie virale, endocrinopathie, hépatite, mononucléose). Il peut aussi être provoqué par certains traitements somatiques comme les corticostéroïdes ou les anti-mitotiques.

Le traitement choisi est souvent des médicaments anti-dépresseurs associés selon les cas à un traitement psychothérapeutique. Chaque médecin connaît par sa pratique des patients dont les traitements sont continuellement mis en échec. D'autres patients demandent d'innombrables investigations dans l'intention d'être rassurés, ou encore reviennent à chaque consultation avec de nouvelles plaintes pour des douleurs impossibles à objectiver.

Ces douleurs dites psychogènes peuvent être considérées comme un moyen qu'utilisent certains patients pour que l'on s'occupe d'eux. Dans certains cas, un patient qui fond en larmes sera plus facile à comprendre que celui qui refuse toute explication psychologique à ses troubles, dans d'autres cas, le chirurgien-dentiste sera mis sur la piste d'une composante dépressive par les récits répétitifs de plaintes concernant la vie ou un membre de la famille.

Le chirurgien-dentiste peut être d'une aide utile, soit en proposant au patient de suivre un traitement spécialisé, soit en soutenant l'existence d'un tel traitement dans un moment difficile. Il est évidemment plus facile de reconnaître ce genre de problèmes chez autrui, si l'on est prêt à accepter d'écouter un patient avec attention et empathie.

La mélancolie est une forme de dépression particulièrement grave caractérisée par une tristesse profonde, une douleur morale, de l'anxiété et des idées de suicide ; une inhibition intellectuelle et psychomotrice pouvant aller jusqu'à un état de prostration, parfois des

idées délirantes à thème de culpabilité, d'indignité ou de ruine ; des perturbations des fonctions biologiques : insomnie, anorexie[48].

b) Les psychotiques

Les psychoses sont moins fréquentes que les névroses, mais souvent plus graves. Les relations avec l'environnement, la réalité extérieure, sont très perturbées. Le malade vit dans un monde de délires et /ou d'hallucination, ses troubles étant le fait du monde extérieur. Les plaintes corporelles sont là aussi, fréquentes et lourdes. L'organisation du « Moi » a été défectueuse avec souvent des manifestations de type orificiel (bouche, nez, aus) se référant à la phase orale. La désorganisation de la personnalité se transforme peu à peu en destruction [90].

Dans le groupe des psychoses coexistent les schizophrènes, les paranoïaques, ou encore les psychoses maniaco-dépressives (encore appelées trouble bipolaire).

Ce trouble bipolaire est une forme de psychose affective, caractérisée par une alternance de phases d'excitation maniaque et de phases dépressives avec récupération complète entre les épisodes.

Un accès maniaque est caractérisé par une exaltation de l'humeur, une euphorie, une désinhibition, une hyperactivité désordonnée, une perturbation des conduites sociales et des fonctions biologiques avec diminution voir absence de sentiment de fatigue ou du besoin de sommeil et augmentation de l'activité sexuelle [66].

c) Les anorexiques et la dysmorphophobie

Le chirurgien-dentiste peut être amené à les reconnaître : l'anorexie mentale est un trouble relativement fréquent des conduites alimentaires qui tout comme la boulimie survient souvent chez les jeunes filles. Il s'agira essentiellement d'érosions gingivales ou dentaires secondaires aux vomissements répétés, mais aussi d'une hypertrophie des parotides.

L'anorexie provient d'un problème au niveau de l'image de soi. Cette image de soi (c'est-à-dire l'image mentale que l'on a de son corps et que l'on pense donner aux autres) est souvent différente de l'image que perçoivent les autres. Le schéma corporel lui, serait la représentation psychique des perceptions conscientes et inconscientes transmises par les voies neurophysiologiques. Chez certains patients la coïncidence entre ces différentes images n'existe pas ou plus[73].

Que l'on se préoccupe de son image est une affaire de tous les temps, cependant il arrive que l'on se mette à détester son corps ou une partie de son corps (comme la bouche et les dents par exemple) : c'est la dysmorphophobie. C'est la conviction plus ou moins totale qu'une partie du corps, comme les dents par exemple, peut être déformée. Ce rejet peut être dissimulé sous d'autres motivations mais peut constituer un risque iatrogénique pour le praticien qui sous la pression du patient ou de la patiente peut se lancer dans une suite de soins inutiles et purement esthétiques. Il faut savoir résister à la demande pressante, écouter et écouter encore, évaluer la dimension affective de l'anomalie par rapport à la norme, envisager les conséquences éventuelles du traitement sur des personnalités incertaines, et enfin demander l'avis d'un confrère si cela est nécessaire [90].

II. Outils de communication dans la relation praticien-patient.

« Ecoutez le malade, il vous donne le diagnostic. »

René Laennec

A. La relation praticien/patient

La relation praticien-patient peut être définie comme une relation thérapeutique, c'est-à-dire que le praticien va avoir une influence sur le traitement prescrit. Cependant, elle est aussi une relation sociale, une rencontre entre deux personnes, membres de groupes sociaux divers mais engagés dans une action commune qui est le soin.

La relation qui doit s'établir entre le dentiste et son praticien est spécifiquement une relation d'aide professionnelle dans un contexte médical. Dans cette relation, deux acteurs sont présents. D'une part le dentiste, un soignant doté de connaissances, d'habiletés manuelles précieuses et d'autre part un patient souffrant, un sujet et non un objet d'étude ou de soin, qui cherche à résoudre son problème et veut guérir. C'est le besoin qui rapproche l'un et l'autre et les engage dans une relation thérapeutique qui exige une confiance réciproque sans laquelle cette relation peut devenir difficile.

1. Rapport actuel du patient avec la dentisterie

Aujourd'hui, l'image du dentiste bourreau tend progressivement à se faire remplacer par celle du chirurgien esthétique du visage, celui qui ne fait plus mal, mais qui donne efficacité et beauté. Il prend part à la qualité de vie et à la valorisation de l'image de soi, aussi bien personnelle que relationnelle [4].

Selon une étude de l'Association Dentaire Française (ADF), réalisée en août 2004, 95% des français déclarent avoir une bonne image du métier de chirurgien-dentiste. Cependant, plus

de 25% ne consulte pas toujours de chirurgien-dentiste au moins une fois par an et 5% reconnaissent ne jamais s'y rendre.

Pourtant, 98% d'entre eux pensent que leur bouche est aussi importante que le reste de leur corps, et 96% que la santé bucco-dentaire est aussi importante que la santé en général[41].

Il ressort donc, que même si les Français ont pris conscience de l'importance de leur santé bucco-dentaire, cela ne suffit pas encore à contrebalancer l'ensemble des peurs qui les éloignent des cabinets dentaires. Cette étude met également en évidence un manque de communication. Effectivement, près d'un français sur quatre pense que son dentiste pourrait s'améliorer sur le plan relationnel. De plus, les demandes d'informations de la part du patient sont élevées : 83% souhaitent en savoir davantage sur les prix, 81% sur la prévention et l'hygiène, et 72% sur les soins.

Enfin, sept français sur dix ne parlent jamais d'eux-mêmes de leur santé générale avec leur praticien ni ne lui signalent d'éventuels problèmes de santé, comme si le patient avait compris que son praticien ne s'intéressait qu'à une partie de son corps et non pas dans sa globalité. Le praticien se doit de toujours faire un questionnaire médical avant tout traitement.

Aujourd'hui, donner un soin de qualité ne suffit plus. Les éléments sur lesquels un patient va se baser pour évaluer la qualité du soin sont tout d'abord la prise en charge de la douleur, puis le délai, et enfin le prix.

- Selon le Docteur Patrick Hescot[41], chirurgien-dentiste et président de l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire), on peut distinguer aujourd'hui trois types de patients, dont la vision et les attentes sont différentes :

- Le premier tiers de la population française, soit environ 25 millions de Français, sont conscients et attentifs à leur santé comme ils le sont pour leur voiture ou pour tout ce qui relève de la vie courante. Ils consultent d'abord pour rester en bonne santé et pour prévenir toute douleur ou soucis éventuels.

- Le deuxième tiers consulte pour se faire soigner. Les patients viennent trouver la solution à un problème dentaire plus ou moins grave. Pour eux, les rendez-vous chez le dentiste consistent uniquement à bénéficier de la compétence « technique » d'un professionnel de santé, capable de résoudre tous les maux dentaires.
- Le troisième tiers correspond aux Français qui fréquentent trop peu, voire pas du tout les cabinets dentaires. Les vieux clichés sont pour eux encore bien présents : la peur, la douleur, le coût.

Cette typologie n'inclue pas les cas d'urgence.

2. Le patient face à la maladie

a) Organisation de sa personnalité, facteurs culturels et cognitifs

Dans sa confrontation à la maladie, chaque individu réagit de façon spécifique en fonction de sa personnalité et de facteurs culturels et cognitifs, de son histoire unique, de ses premiers soins avec sa mère, de relation au corps, ou encore de son image de soi.

Nous avons vu dans la première partie l'organisation de la personnalité d'un individu. Les autres facteurs intervenant dans la réaction à la maladie sont [44] :

- Le facteur historique : l'histoire familiale, l'éducation vont véhiculer certains mythes qui feront qu'un symptôme donné pourra être plus ou moins anxiogène.

- Le facteur culturel : la culture enrichit les mythes précédents d'une pseudo-connaissance qui va conditionner le comportement du patient : le syndrome méditerranéen fait partie de la culture méditerranéenne, qui recommande d'exorciser et d'extérioriser la maladie par des gémissements. Au contraire

les cultures d'Europe du Nord préconisent de « souffrir en silence » pour vaincre le mal en le contenant[42].

- Le facteur cognitif et intellectuel : plus le patient sera instruit, plus son image de la maladie sera proche des schémas médicaux. Toutefois, les facteurs affectifs l'emportent le plus souvent sur les connaissances : les médecins ont tendance à banaliser leurs propres maladies ainsi que celles de leurs proches ou au contraire vivre de manière plus anxieuse leurs propres soucis de santé.

b) Les conséquences et les réactions psychiques de la maladie.

La maladie signifie généralement perte de liberté (cela peut aller d'une simple gêne à un véritable handicap), une dépendance (physique et morale aux proches et aux médecins) et oblige le patient à se rappeler qu'il est vulnérable et même mortel.

- Les conséquences psychiques d'une pathologie sont de deux types :

  - La régression :

C'est une réaction de protection inévitable associant le repli sur soi-même et l'émergence d'un comportement infantile avec réduction des intérêts, égocentrisme, dépendance de l'entourage avec des revendications affectives, et une alternance entre passivité et agressivité. Malgré sa connotation péjorative, la régression est une attitude très utile et nécessaire pour recentrer ses forces sur la lutte contre la maladie et accepter l'aide et la dépendance nécessaire. Cependant elle a parfois des effets négatifs avec auto-entretien de la conduite (personnalités névrotiques).

  - La blessure narcissique

C'est la deuxième conséquence d'une maladie.

On observe une atteinte de l'image idéale de soi avec perte de l'illusion d'invulnérabilité ainsi qu'une émergence d'angoisses infantiles, comme l'angoisse de castration.

De surcroît, on observe une position dépressive avec dévalorisation, incapacité de se projeter dans l'avenir, ainsi qu'une certaine résignation. Cette dépression peut être corrigée par la régression si celle-ci est bien acceptée par le patient et l'entourage : le malade s'en remet aux autres pour réparer son narcissisme comme un enfant s'en remet à ses parents.

Parfois, la blessure narcissique se complique d'une dépression caractérisée qui doit toujours être traitée.

- Les réactions de défenses psychiques contre la maladie sont essentiellement de cinq types :

  - L'adaptation :

Cette réaction permet au malade de changer son mode de fonctionnement, et suppose un niveau de régression « acceptable », c'est-à-dire suffisant pour que le malade accepte la dépendance nécessaire, mais assez contrôlé pour ne pas s'y abandonner. Les praticiens et l'entourage doivent savoir apprécier la valeur adaptative de ces comportements et ne pas briser cet équilibre fragile par une réaction inappropriée (stimulations intempestives, indisponibilité ou surprotection).

  - L'hyperadaptation :

Elle traduit un refus donc une peur de régresser, de dépendre de l'autre. Le malade refuse les aides externes, adopte des conduites à risque et se condamne à une suradaptation très coûteuse en énergie. Ce type de fonctionnement est à l'origine de nombreux troubles psychosomatiques car les défenses psychiques qui accompagnent la régression ne peuvent pas jouer leur rôle de tampon.

- Le déni de la maladie :

Le malade refuse la maladie, rarement de façon ouverte, souvent par déni inconscient, camouflé sous une pseudo-rationalisation. Cette position se traduit par la persistance d'attitudes nocives, d'une hyperactivité, d'un refus de soins. Elle témoigne également d'une grande fragilité psychique où le sujet se protège de l'effondrement psychique par le déni.

- La réaction persécutive :

C'est parfois une conséquence du déni. Pour éviter la dépression, voire le suicide, le malade rejette sur l'extérieur la cause de ses problèmes : on l'a mal soigné, ce sont les soins qui l'ont rendu malade.

- L'isolation :

La prise de conscience d'une pathologie ne s'accompagne pas d'une expression d'affects, d'émotions, car la maladie est mise à distance : le patient en parle en termes scientifiques comme s'il ne s'agissait pas de lui. Les affects ainsi réprimés, non liés à des mots, peuvent avoir des effets très néfastes et prédisposent aussi aux troubles psychosomatiques.

3. Les motivations du praticien

Il existe des liens étroits entre la personnalité d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste et sa façon d'exercer : il n'y a pas de séparation entre l'homme et le technicien.

L'exercice de la médecine sera donc pour chacun l'exercice de « sa médecine », et sera fonction :

- De son apprentissage technique
- De sa personnalité et de ses motivations

- De la conception du rôle du médecin dans une société donnée

Ceci est valable pour toutes les professions soignantes : chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes…

a) Les motivations conscientes et inconscientes

- Les motivations conscientes (étude statistique de Missenard) semblent s'organiser autour de trois topiques [16]:

L'intérêt humanitaire : désir de soigner, de se dévouer, ajouté au goût des contacts

L'intérêt scientifique : comprendre, voir, savoir, désir d'expérimenter, de transgresser ainsi que la curiosité de connaître et de s'approprier le corps humain, par l'observation ou dissection.

L'intérêt socio-économique : le statut social, le prestige, la sécurité personnelle et l'intérêt pécuniaire sont pour beaucoup des motivations initiales.

- Les motivations inconscientes [16] :

Le désir de voir ou de savoir concerne les principaux tabous de notre société qui sont le sexe et la mort. Ce désir naît très tôt chez l'enfant et s'exprime dès qu'il apprend à parler. Il pose une multitude de questions afin d'éviter « la question », celle que l'enfant se pose sur ses origines et la nature des relations entre ses parents. Le médecin est le seul à pouvoir transgresser ces tabous : il voit ce qui est caché, les corps, les sexes, et même les « intérieurs », il peut toucher, il côtoie parfois la mort.

Le désir de réparer tire son origine de réparer nos pulsions de mort infantiles, en d'autres termes de réparer les conséquences de notre agressivité inconsciente. C'est aussi le désir de réparer la blessure narcissique que nous inflige la différence des sexes (chaque sexe est incomplet).

Des motivations propres peuvent également exister : au-delà du fond pulsionnel commun, elles sont fonction de l'histoire de chacun, nous citerons par exemple :

- Le désir des parents d'être médecin (contrainte de loyauté ou sentiment d'appartenance à une filiation)
- Le désir d'identification à un médecin dans la famille ou à un médecin de la famille
- La valorisation très précoce de l'enfant qui s'occupe des autres, se sent responsable de l'harmonie familiale, scolaire, universitaire, qui soutient les exclus, qui évite les conflits…

b) Les attitudes du praticien vis-à-vis du patient

- Les identifications :

Elles évoluent au cours des études médicales : au début, le jeune praticien opère une identification prédominante au patient. Puis il va s'identifier au médecin, ce qui permet l'acquisition progressive de l'identité professionnelle.

Dans l'idéal, le praticien devrait pouvoir utiliser de façon souple cette double identification : l'identification au patient est nécessaire pour se mettre à la place du malade, le comprendre et lui témoigner de l'empathie. L'identification au médecin permet ensuite de conserver la position qui est attendue de lui et garder la distance nécessaire concernant les décisions prises. Bien sûr, cette double identification est très coûteuse en énergie.

- La désexualisation :

Le praticien doit sans cesse s'effacer dans la relation, se désexualiser, au profit d'une autre identification de type masculin-féminin. Quel que soit son genre, il aura ainsi le patient et selon le moment une fonction maternelle ou paternelle, investie de manière positive (bonne mère gratifiante, bon père sécurisant) ou négative (mauvaise mère frustrante, mauvais père distant) par le patient.

- La fonction apostolique du praticien

Tout comme le patient, la conduite du médecin sera influencée par des valeurs personnelles, plus ou moins implicites. Cette influence s'exercera dans tous les actes de la pratique médicale mais sera majorée par les situations sensibles sur le plan idéologique. Citons par exemple l'avortement, la fin de vie avec l'acharnement thérapeutique, la prescription d'arrêt de travail ou encore le choix de certaines thérapeutiques[16].

4. Les caractéristiques de la relation dentiste-patient

a) Une relation asymétrique et paradoxale

La relation soignant-malade est souvent comparée à la relation parent-enfant : le malade à son insu projette sur le médecin un besoin d'amour, de gratification et de soumission. Son statut de malade le fait régresser à un état de dépendance dans lequel le médecin est paré de la toute-puissance parentale. Le médecin lui-même assujetti à sa propre problématique peut trouver un certain bénéfice à occuper cette place d'autant plus s'il se trouve dans une position de faiblesse narcissique. Cette toute-puissance n'est pas que fantasmatique et la réalité en cas d'échec vient ébranler la figure magique du magicien transformé en bourreau.

La relation qui unit un dentiste à son patient est donc plus encore atypique. Elle n'est pas comparable avec celle que va entretenir ce même patient avec un autre médecin, généraliste ou spécialiste. La qualité de cette relation influencera celle du soin assuré par le chirurgien-dentiste[5].

Cette relation est profondément inégalitaire et asymétrique puisque la demande du patient le rend passif et dépendant et que sa souffrance le diminue. En effet, comme nous venons de le voir dans le chapitre précédent, le patient compense la maladie par cinq types de mécanismes de défense qui sont l'adaptation, l'hyperadaptation, le déni de la maladie, la réaction persécutive et l'isolation.

La relation praticien-patient est l'objet d'attente et d'espérance mutuelle : le patient attend la guérison et la réhabilitation et le praticien la reconnaissance de son pouvoir réparateur.

Elle est donc inégale car le patient est en position basse, il souffre et demande de l'aide, alors que le médecin est en position haute, il peut aider grâce à son savoir et son savoir-faire[25].

Selon Balint [7], la relation soignant-soigné est une relation paradoxale dans laquelle coexistent deux niveaux différents :

- Le niveau objectif où le praticien examine, palpe, questionne sur les symptômes et administre un traitement.
- Le niveau intersubjectif de la relation affective mutuelle entre le soignant et le soigné, plus ou moins calqué sur la relation mère-enfant.

Ces deux niveaux sont importants et ne supportent pas d'être négligés. Le praticien qui fait une injection doit se concentrer sur l'endroit où il va piquer, et il ne peut pas penser à la souffrance qu'il risque d'infliger ; le patient est objectivé, réduit à l'organe piqué.

Puis, dès que l'injection est faite, le praticien doit se souvenir que le patient n'est pas qu'un organe, il le subjectivise et l'interroge alors sur sa douleur et le réconforte.

C'est pourquoi, technique et psychologie doivent avoir une place entière dans la relation soignante, quel que soit la discipline.

b) Des attentes et des espérances mutuelles

Le patient, après le soin, attend soulagement et guérison, le soignant quant à lui attend la vérification de son pouvoir réparateur.

La relation d'aide est une relation complémentaire d'échange, de respect de l'intégrité de chacun, et la transformer en rapport de force n'est pas souhaitable[4].

c) Le transfert et le contre-transfert

Le transfert regroupe les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard de son praticien.

Selon Marc-Gérald Choukroun, orthodontiste et psychologue, Sigmund Freud a invité les médecins à examiner deux concepts : l'inconscient et le transfert[27].

Dans la relation praticien-patient, il y a quatre personnages qui communiquent : les deux sujets de l'inconscient, et les deux Moi. Parfois, on ne sait plus qui parle à qui…

Au réveil d'une de ses séances d'hypnose en 1896, une des patientes de Freud se lève et se jette dans ses bras. Il comprit alors que la patiente avait effectué un déplacement de ses besoins d'amour sur le thérapeute. Il appellera ce phénomène « transfert » et réalisa que l'hypnose était un moyen simple de communication entre le praticien et le patient, différent d'une conversation, car une conversation fait intervenir en permanence les défenses du Moi et ne laisse pas le patient s'exprimer avec ses pensées les plus sincères. Son ami et collaborateur Jacques Breuer dira de la découverte du transfert : *« C'est là, je crois, la chose la plus importante que nous ayons à révéler au monde. »*[27]

Figure 20: Sigmund Freud lors d'une séance de psychanalyse

Les conditions du transfert

Le patient vient consulter le soignant avec une série d'images préétablies et tend à transporter ses habitudes affectives dans ses relations avec son thérapeute. Il lui suffit pour cela de retrouver quelques points communs avec ces images et le soignant sera investi sur le mode transférentiel. Cette situation se s'observe au maximum dans la psychothérapie pure, mais la relation médecin-malade en présente toujours de nombreux traits.

Selon Choukroun[27], le patient nous prend pour le père ou la mère, imaginaires détenant le pouvoir d'amour. Le transfert est un jeu, un report d'affects. Une fois guéris, les patients peuvent nous quitter et ne pas nous donner signe de vie. Au mieux, ils gardent un bon souvenir. Au pire ils nous haïssent. Pour nous, l'intimité d'une relation avec un patient est remplacée par l'intimité avec un autre. *« Un patient chasse l'autre et nous sauve de tout abus de transfert ».*

➔ Le transfert positif

Le praticien se confond avec une image rassurante, il est celui que le patient imaginait, ce qui explique les sentiments de sympathie et de confiance qui seront un bon moteur thérapeutique. Ce transfert positif se transforme parfois en désillusion, le soignant n'y étant pour rien : le malade vit son ambivalence vis-à-vis de ses images internes.

➔ Le transfert négatif

« Le beau temps ne peut pas toujours durer » déclare Freud dans son Introduction à la psychanalyse. A la période faste du transfert positif semble parfois succéder une phase contraire dans laquelle le patient se rétracte, doute du praticien, déclare qu'il est suffisamment guéri. Freud nomme ces caractéristiques « les résistances au traitement ».

Parfois, c'est dès le premier rendez-vous qu'il s'opère : le patient retrouve dans le soignant des images considérées comme mauvaises, ce qui provoque des attitudes de méfiance et d'antipathie. Si les zones conflictuelles persistent, elles seront anti-thérapeutiques et devront être analysées et dépassées par une psychothérapie.

➔ Le contre-transfert

Il met en jeu les mouvements affectifs du praticien (positifs ou négatifs) en réaction à ceux de son patient, ou en relation avec son propre vécu infantile.

Le contre-transfert positif facilite l'empathie, la disponibilité, la patience vis-à-vis d'un patient même difficile.

Le contre-transfert négatif peut entraîner une attitude de rejet ou d'agressivité inconsciente (Citons par exemple l'oubli de rendez-vous, les erreurs de prescription, ou encore le refus d'écouter le patient par « manque de temps »).

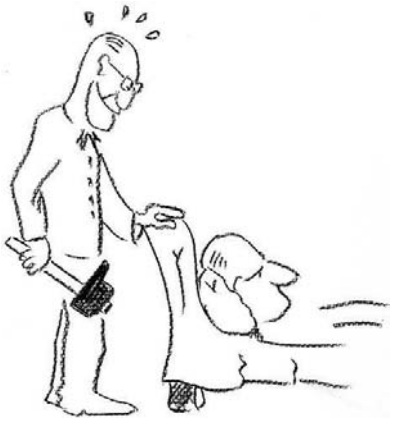

Figure 21: illustration caricaturale du Contre-transfert Négatif [113]

Pour Alain Amzalag[4], l'idéal serait de savoir constamment garder du recul tout en établissant une relation humaine. Il faut au maximum éviter de rentrer dans une relation trop affective, afin de ne pas perdre sa neutralité et d'être perturbé lors du protocole. Si le dentiste est trop impliqué, son travail est plus complexe.

Selon lui, *« Il est souvent nécessaire de se retrancher derrière une autorité pour retrouver la juste distance. »* Avoir de l'empathie, être humain, comprendre les dimensions psychologiques de chacun ne signifie pas perdre tout recul et s'engager dans une relation affective. Il est préférable de garder sa neutralité pour faire les meilleurs choix possibles et

obtenir les résultats attendus. *« Il ne faut pas confondre les relations humaines et les relations affectives ».*

Selon P.Nayrac[61], pour diriger la situation de transfert, le médecin doit jouer un personnage sous l'œil toujours aux aguets du patient. Il doit paraître sûr de lui mais sans présomption ; autoritaire mais sans dureté ; attentionné mais sans faiblesse. Une relation de confiance naturelle doit s'établir, intersubjective, dans laquelle le praticien par ses compétences, la praxis, ses limites, écoute, informe et soigne son patient, selon l'alliance thérapeutique de soins détaillée au premier chapitre.

« Méfiez-vous de la première impression, c'est la bonne. »

Talleyrand

B. La rencontre praticien-patient

1. La communication

D'après Charles-Daniel Arreto [5], le chirurgien-dentiste est pleinement compétent lorsqu'il parvient à concilier son savoir avec son savoir-faire mais aussi son savoir-dire. Le savoir-dire du praticien en odontologie s'appuie sur l'acquisition d'une pratique fondamentale : les compétences en communication médicale.

a) Définition de la communication

Communication vient du mot latin *communiquare,* qui signifie « mettre en commun ». Communiquer c'est échanger des signaux dont la symbolique commune aboutit à la construction chez celui qui les reçoit, d'une image mentale identique à celle qui a présidé à l'émission de ces signaux. Cela suppose l'existence d'un émetteur et d'un récepteur humain d'un système de transmission et d'une organisation sociale de référence [10].

La communication est un échange d'informations qui va être à l'origine d'une relation thérapeutique entre le chirurgien-dentiste et son patient. Une bonne communication est la pierre angulaire d'une relation saine et constructive avec les patients. Elle permet d'accéder à la compréhension et à la confiance aboutissant de ce fait à « l'alliance thérapeutique », que nous avons définie dans notre chapitre sur la psychologie humaniste.

La finalité de cette communication thérapeutique est de favoriser les échanges interactifs entre le praticien et son patient, ainsi que la transmission et la réception des messages utiles au bon déroulement des soins.

Pour bien communiquer, il faut un code commun. Le vocabulaire que le chirurgien-dentiste va utiliser pour décrire les symptômes, poser un diagnostic ou définir une pathologie est

bien souvent inconnu du patient. Il faut donc adapter le plus possible le langage à celui de l'interlocuteur pour une meilleure compréhension du message transmis.

Mais la communication est loin de se limiter aux mots que l'on emploie. Notre corps communique et envoie des signaux qui vont appuyer notre discours ou le contredire. Nous parlons ici de la communication non verbale[32].

b) La communication non-verbale.

D'après Jacques Corraze [28], la communication non-verbale est définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores. Les êtres humains parlent non seulement avec des mots mais également avec leurs corps, avec les objets, avec leurs organisations dans l'espace et le temps.

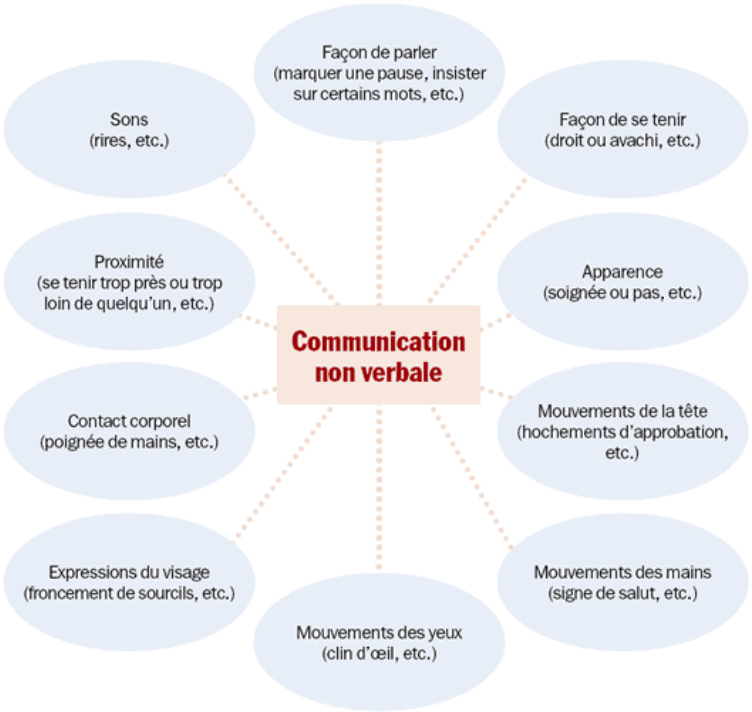

Figure 22: les différents aspects de la communication non verbale [72]

Albert Mehrabian [59] a mis en évidence l'impact et les différences entre le langage verbal et le non verbal, c'est la règle du 7% 38% 55%, également appelée la règle des 3V. Elle signifie que :

- 7% seulement de la communication est verbale
- les 93% restant est transmise de façon non verbale, dont :
  - 55% par la communication visuelle, c'est-à-dire entre la distance physique (la proxémie), les expressions faciales, le contact des yeux, le contact physique, la posture, la gestuelle, l'apparence, ainsi que les odeurs
  - 38% par la communication para-verbale.

Ce schéma prouve aux chirurgiens-dentistes que les longs discours sont souvent moins utiles qu'un simple geste rassurant.

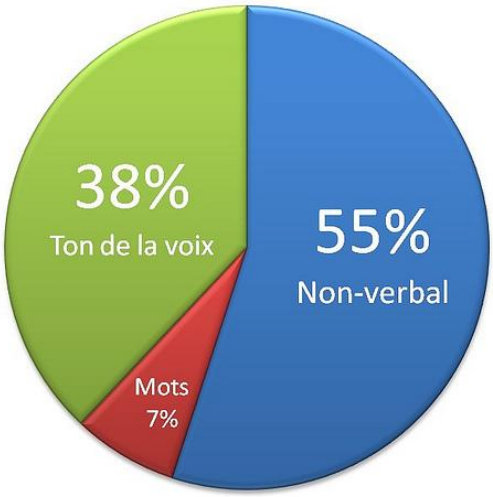

Figure 23: la règle des 3V d'Albert Mehrabian [59]

On distingue donc deux types de communication non verbale : le langage para-verbal et la communication visuelle.

- La communication para-verbale

Une même personne s'exprime différemment selon son humeur, ses états d'âme, les circonstances dans lesquelles elle parle et des personnes avec qui elle s'entretient. Une même phrase peut avoir une signification différente selon la façon avec laquelle elle est prononcée. Ces différences vont dépendre du para-langage qui comprend non seulement les caractéristiques de la voix (le ton, l'intensité, le tempo) mais aussi d'autres vocalises non verbales telles que les rires, les cris, les bâillements ou les soupirs [63].

- La communication visuelle

Elle regroupe tous les détails qui nous apprennent quelque chose sur le patient sans qu'il ait besoin de nous le dire. Aussi faut-il apprendre à bien les observer.

On note ainsi les expressions faciales (mimiques du patient, crispations musculaires, pâleur), la posture (posture d'inhibition ou d'anxiété), les manifestations psychosomatiques (difficultés d'ouverture buccale lors de l'examen clinique, sialorrhée, transpiration excessive, tremblements, agitation) et on note également l'apparence (les accessoires, parfums, maquillage, ou bien la distance physique encore appelée proxémie.

La proxémie est en rapport avec le type de rapport recherché avec un autre individu. On est conduit à pratiquer une certaine distance relationnelle physique, en vue de préserver l'intimité de chacun. L'anthropologue Edward Hall [40] a identifié quatre types de distance :

1) L'espace intime : il s'étend de 15cm à 45cm et représente l'espace le plus important, le bien le plus personnel. Seuls les êtres proches sont autorisés à y pénétrer théoriquement. Jusqu'à 15cm c'est le micro-espace, le contact physique est alors inévitable.
2) La distance personnelle s'étend de 45cm à 125cm. C'est la distance naturellement établie entre deux personnes qui se rencontrent pour communiquer.

3) La distance sociale s'étend de 125 cm à 210 cm : cette distance autorise une perception complète de la personne.
4) La distance publique elle s'étend de 210 cm à 750 cm: c'est la distance correspondant à des échanges de type salutations à distance dans la rue.

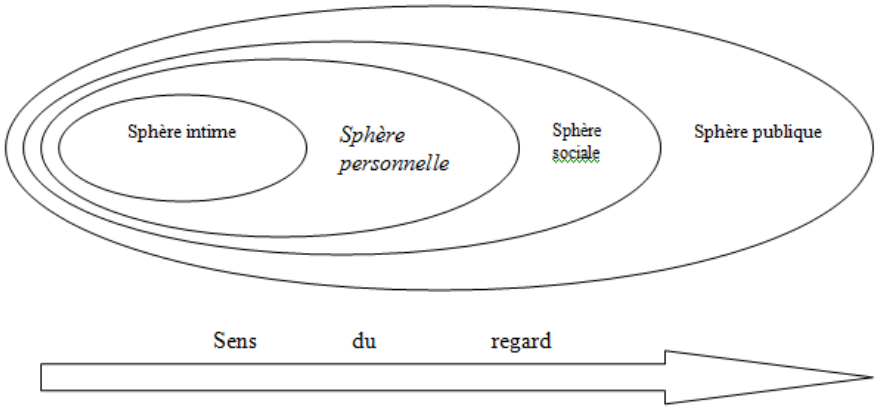

Figure 24: La proxémie [86]

En ce qui concerne les soins dentaires, il règne une certaine ambiguïté entre le faible degré d'intimité qui unit généralement le dentiste à son patient et la zone intime physique dans laquelle il pénètre presque directement. C'est pour cela qu'il faut essayer de franchir chaque distance doucement et naturellement.

Tout d'abord on effectue un mouvement d'accueil de la salle d'attente (distance sociale), puis on bavarde un peu avec le patient (distance personnelle) et enfin on l'installe sur le fauteuil (distance intime), tout en respectant un temps entre chaque distance. En effet, lorsqu'une personne franchit le seuil de votre espace intime, vous l'acceptez si c'est un ami. S'il s'agit d'un étranger, le corps tout entier se révolte et réagit : battements de cœur et décharge d'adrénaline se mettent en place [5].

Le respect de ces étapes est donc fondamental pour un abord optimal du patient.

c) La Communication verbale

La communication verbale est un mode de communication utilisant le verbe. Elle est rendue possible par la mise en action du canal vocal : les mots sont les éléments de base. D'après Charles-Daniel Arreto [5], l'effet d'un mot va dépendre de sa signification (ou dénotation) mais aussi de sa connotation. La connotation dépend donc du contexte socioculturel de l'émetteur et du récepteur. Les mêmes mots sont donc loin de reproduire les mêmes effets.

De plus, le sens des mots peut aussi varier en fonction de la voix de la personne qui les énonce. L'intonation, le poids des mots, leur résonnance symbolique et les mots chocs sont difficiles à maîtriser car leur effet est toujours lié à l'histoire personnelle du récepteur. Ce sont les premiers et les derniers mots qui ont le plus d'impact en communication[32].

Bien souvent, le patient allongé sur le fauteuil la bouche grande ouverte ne peut pas vraiment s'exprimer, c'est pourquoi nous devons rattraper cela au téléphone, lors de l'accueil du patient, lors de l'anamnèse puis du diagnostic jusqu'à la décision thérapeutique.

De plus, nous devons nous efforcer de poser des questions claires et précises, de parler lentement et en articulant, de simplifier les mots techniques et de choisir des images compréhensibles par le patient.

d) Les outils de communication

Nous disposons de supports très diversifiés qui nous permettent de finaliser et d'optimiser la communication. Ces outils permettent participent à l'information globale du patient en décryptant à son intention des concepts réputés hermétiques et complexes.

Nous pouvons par exemple citer [64] :

- <u>Les supports papiers</u> : affiches dans la salle d'attente, notices, brochures, schémas, croquis.

De plus, le dessin est un outil explicatif très important puisqu'il permet de personnaliser l'étude et l'analyse du cas. Le praticien se place à côté de son patient, et commence alors le schéma personnalisé de la situation buccale de son patient. Celui-ci appréciera grandement cette pause picturale qu'il considérera comme un privilège. Le dessin permet ainsi de décrire la situation au fur et à mesure du croquis, et l'analyse est facilitée par l'implication du patient durant son observation.

- Les supports matériels: les modèles de prothèse, d'étude ou encore les macro-modèles de motivation à l'hygiène clarifient d'emblée une terminologie qui peut sembler complexe au patient[64].

Dans certains cas, par exemple la préparation d'un stellite, il est important de montrer au patient à quoi ressemblera sa future prothèse. La première raison est que certains patients ne prennent pas forcément conscience malgré les explications du praticien du caractère amovible de cette prothèse. Lors de la livraison, il leur arrive d'être déroutés à la vue du stellite qui leur semble alors très encombrant. Leur permettre de l'appréhender dans un premier temps par la vue et le toucher l'aidera à l'imaginer en bouche, la préparation psychologique sera ainsi plus efficace.

- Les supports radiologiques: aujourd'hui, la radiographie rétro-alvéolaire, panoramique ou en trois dimensions (scanner) sont les outils diagnostics quotidiennement utilisés.

Les images sont exclusivement dédiées à la communication patient-praticien et au diagnostic. La radiographie est un environnement spécialisé et par conséquent échappe à la compréhension du patient tout en ayant, sur celui-ci, un fort impact émotif et logique [33]. Si le cliché apparaît sur un écran situé dans le champ visuel du patient installé au fauteuil, la communication s'instaure entre patient et environnement dentaire. Le patient reçoit un message implicite et fort qui le renseigne sur l'attachement du cabinet aux valeurs technologiques. Si le praticien

se donne ensuite la peine de donner des explications, de façon simple et brève, sur ce qui apparaît à l'écran, le message devient alors explicite. L'imagerie radiologique numérique est devenue un dispositif incontournable dans la pratique des soins dentaires.

❖ La photographie

L'utilité de la photographie dans la communication du monde dentaire n'est plus à démontrer. Avec une qualité d'image toujours plus performante, la photographie numérique permet de voir concrètement le problème dentaire, de dialoguer de manière plus pertinente avec son chirurgien-dentiste et de comprendre plus facilement les soins proposés. C'est un moyen de communication en parfaite adéquation avec les besoins actuels : résultat instantané, transmission par internet possible, duplication sans perte de qualité, gain de temps et d'économie [64].

Expliquer la progression d'une carie en montrant directement sur la radiographie la zone radio-claire puis expliquer son impact sur la dent à l'aide d'un schéma clarifie tout de suite le discours. Parfois des outils trop perfectionnés ne sont pas compris par le patient. Il faut d'abord commencer par faire simple puis compléter par d'autres outils plus perfectionnés si le patient est demandeur.

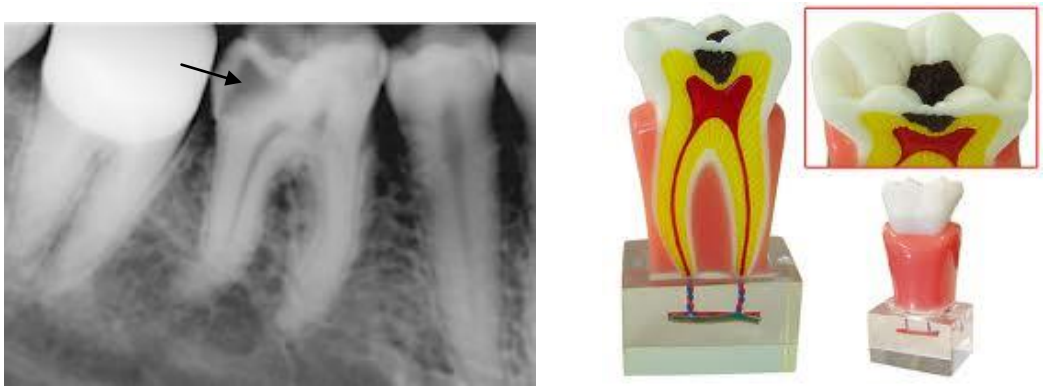

Figure 25: Exemple d'outils simples de communication : radiographie rétro-alvéolaire et macro-modèle représentant une carie

Ces outils nous aident à compléter notre discours, à expliquer ce qui demeure obscur chez le patient, ainsi qu'à décrire nos futurs soins. Dans tous les cas, les outils de communication ne peuvent être proposés sans commentaires, commentaires qui doivent correspondre précisément aux différents impératifs thérapeutiques recherchés.

En effet, Ronald Nossintchouk rappelle que *« les moyens de communication ne font pas la communication »* [64].

2. Le premier contact

a) La prise de rendez-vous téléphonique

Pour Ronald Nossintchouk [64], la communication téléphonique relève de la communication verbale et impose un cahier des charges très précis, propre à la formulation voire à la reformulation. Elle implique la mise en jeu de normes ergonomiques auxquelles s'ajoutent un savoir-faire et des attitudes propices qui s'inspirent de données psychologiques.

Robert Rosenthal [77], psychologue et professeur américain, a développé le concept d'Attitude Mentale Positive et a ainsi démontré « l'effet Pygmalion ». L'effet pygmalion consiste à effectuer des hypothèses sur le devenir scolaire d'un élève et les voir effectivement se réaliser. Autrement dit, en croyant qu'une chose est vraie, on peut la rendre réelle. Cela se décrit donc particulièrement à l'école : dans une classe donnée, les enfants dont le maître attend davantage feront effectivement des progrès plus grands. Il semblerait que les enseignants se font une idée globale de leurs élèves, et dans un second temps y associent un comportement particulier.

Par exemple, si l'enseignant considère un élève comme un bon élève (de manière intuitive ou basée sur des critères personnels), il aura tendance à le surestimer, à le solliciter plus souvent, à lui répondre patiemment ou encore à le prendre en exemple devant ses camarades. L'élève ainsi valorisé, même s'il n'est pas meilleur qu'un autre, le deviendra (au moins pour un temps), pour répondre aux attentes de son enseignant, car il aura augmenté sa confiance et son estime de soi.

En suivant ce principe au cabinet dentaire, c'est en visualisant une journée harmonieuse que celle-ci le deviendra réellement. Bien sûr, être optimiste ne résout pas tous les problèmes, mais notre façon de les percevoir influencera positivement les solutions. C'est pour cela que l'attitude mentale positive commence dès la prise de rendez-vous téléphonique. C'est le meilleur moyen pour projeter d'emblée une image positive du cabinet[76]. Car avant même de décrocher, les préjugés s'installent de part et d'autre.

Voyons les réflexes à adopter pour optimiser la conversation téléphonique [60].

- Le nombre de sonneries

Avant même d'entendre une voix, les patients commencent mentalement à mesurer la qualité du service par le nombre de sonneries. Si la réponse est instantanée, elle provoque une réaction de surprise. Si elle tarde trop, elle entraîne une réaction d'angoisse, d'impatience voire d'abandon. L'idéal est donc de décrocher entre la deuxième et la troisième sonnerie.

- Le message d'accueil

Il est déstabilisant d'être reçu par un simple « Allô ? » et cela pousse le patient à demander s'il est bien chez le docteur X. Il est donc important de toujours se présenter : « Cabinet du docteur X, Catherine à l'appareil, bonjour ! » ou bien si l'on travaille sans assistante on se présente directement « Docteur X bonjour ! »

- Voix et conversation téléphonique

Il convient de parler suffisamment fort, distinctement et pas trop vite. Il faut opter pour un timbre de voix tonique et chaleureux. Le ton de la voix est une carte de visite, il doit rester agréable et prévenant d'un bout à l'autre de la conversation. Le patient 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 secrétaire ou l'assistante doit avoir le sourire aux lèvres avant de décrocher et parler dans cette situation.

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. »* [13]

- Les questions

L'assistante si c'est elle qui s'en charge, se doit de poser les bonnes questions. Prenons l'exemple d'une urgence : les questions seront claires et permettront de connaître le degré d'urgence. *« Depuis quand avez-vous mal ? Avez-vous mal tout le temps même sans sollicitation, la nuit par exemple ? »* Ces questions simples montrent également l'intérêt que l'on porte au patient et cela le rassure.

- Règles de langage

Il est recommandé d'éviter les interjections verbales de type « hum » ou « euh » et d'utiliser plutôt des petites phrases comme « je vois, je comprends, voyons ensemble… ». De même, nous devons nous appliquer à ne pas employer un vocabulaire trop spécialisé. Au téléphone, chaque mot a une résonance renforcée. Comme nous l'avons vu dans la communication verbale, chaque mot peut être interprété selon sa connotation[14].

- L'écoute

Il est bon de laisser le patient s'exprimer sur le motif de son appel en évitant de lui couper la parole ou en finissant ses phrases. Après l'écoute, il convient de rassurer le patient, positiver, puis lui proposer un rendez-vous qui lui convient.

Eviter :	➔ Préférer :
C'est impossible.	Nous allons étudier une autre possibilité
Rappelez-nous dans une semaine.	Je vais vous rappeler dans une heure
Tout est déjà pris	Excusez-moi, tout est réservé pour cette date. Avez-vous une autre préférence ?
Je vous donne un rendez-vous le…	Nous vous réservons une séance de traitement le…
Je ne sais pas, je ne peux pas vous dire.	Je vais me renseigner et vous rappellerai pour vous aider
Combien de fois faut-il vous dire…	Permettez-moi de mieux vous expliquer
C'est votre problème	Essayons de voir cela ensemble
Il n'y a plus rien de libre	Nous avons la possibilité de vous recevoir à partir du…
Patientez un peu	Donnez-moi votre numéro, je vous rappelle de suite
Vous avez raté votre dernier rendez-vous	Notez bien votre prochaine séance de traitement pour ne pas l'oublier
N'oubliez pas d'apporter	Nous souhaiterions que vous apportiez…
« Maladie » ; « problème », « inquiétude »	« amélioration », « solution », « sécurité »

Figure 26: Le choix des bonnes formules lors de la conversation téléphonique [78]

- La prise de rendez-vous : Trois étapes sont essentielles à la prise de rendez-vous :

  - Déterminer quel jour de la semaine lui convient le mieux
  - Savoir s'il préfère le matin ou l'après-midi
  - Puis lui proposer deux options seulement plutôt que de le laisser complètement libre ou l'enfermer d'emblée dans un seul créneau. On laisse le patient faire son choix puis on lui confirme son rendez-vous d'une voix claire.

- Les pièges à éviter : l'assistante ou le praticien qui réceptionne l'appel doit s'efforcer de toujours garder son calme, même si le patient est énervé et désagréable. Il est important de ne jamais argumenter avec lui, cela ne ferait que rajouter de « l'huile

sur le feu ». De la même manière, les questions précises sur le plan de traitement ou sur les honoraires doivent être évitées au téléphone, il est préférable de les traiter par écrit ou de vive voix [63].

Prendre son téléphone et appeler au cabinet dentaire est souvent un très grand pas voire une épreuve pour les patients anxieux. S'ils ont réussi cette étape, c'est à nous de réussir l'entretien téléphonique pour leur montrer qu'ils ont eu raison d'appeler. Mais la première rencontre sera tout aussi déterminante [35].

b) Le premier pas au cabinet

Comme nous venons de l'expliquer, les premières impressions sont déterminantes. Un nouveau patient arrive, nous lui souhaitons la bienvenue. Pour Alain Amzalag [4], ce n'est pas toujours une évidence, souvent on entend des « Bonjour » du bout des lèvres, le regard baissé et le visage fermé. Prendre le temps de vraiment souhaiter la bienvenue à quelqu'un en étant chaleureux et ouvert, c'est autre chose.

- Aspect du cabinet dentaire [15]

Avant même d'avoir vu le praticien, le patient a vu le cabinet, il a perçu une ambiance, des couleurs et des sons. Le cabinet ne doit pas afficher un luxe ostentatoire mais dégager une impression euphorisante, apaisante. L'ensemble du cabinet, par son ambiance, permet de communiquer des émotions. Le patient peut assimiler la tenue d'un cabinet, sa décoration et sa propreté aux capacités techniques du praticien. S'il est conçu de manière fonctionnelle, esthétique et confortable, il engendre une intuition positive et devient en termes de communication vis-à-vis du patient, « la carte de visite » du praticien [4].

Un éclairage optimal est important, il permet de satisfaire un confort et une performance visuelle. Une pièce mal éclairée peut provoquer un sentiment d'insécurité.

Concernant les sons, la salle de soins doit être insonorisée au maximum, car il n'y a rien de plus anxiogène pour les patients que de percevoir et d'imaginer les soins effectués sur le patient présent. En effet, le bruit de la turbine et de l'aspiration, les éventuels soupirs et exclamations du patient, ou encore les apartés avec l'assistante et la présentation du devis

au patient ne doivent pas être perçus ou entendus par les autres patients du cabinet. En outre, la musique au cabinet a d'excellentes vertus, relaxantes et anxiolytiques, et permet la dérivation de l'attention.

Le choix des couleurs est important : transmises au cerveau par la rétine, elles agissent par le système nerveux autonome sur les glandes endocrines par l'intermédiaire de l'hypophyse. Elles ont donc une influence sur la respiration et la circulation[78]. On optera préférentiellement pour des couleurs non violentes pour les murs, les couleurs vives seront utilisées de façon ponctuelle, dans la salle d'attente ou dans les couloirs sombres. Les couleurs froides telles que le bleu, le vert et le violet sont reposantes et apaisent les esprits.

Les odeurs peuvent évoquer des souvenirs dentaires pénibles, notamment l'odeur de l'eugénol. C'est pourquoi il est conseillé de veiller à éliminer toute odeur médicamenteuse par le nettoyage immédiat des flacons et des plaques de verre, et d'utiliser des désodorisants légers, ainsi que d'aérer les pièces le plus souvent possible. Bien évidemment, l'hygiène, la netteté et la propreté doivent être respectées. Les toilettes doivent être également irréprochables[5].

Nous pouvons proposer au nouveau patient une présentation brève des lieux (les différents fauteuils, la salle de stérilisation, la salle d'attente, la radiographie panoramique et les toilettes). Cela est rarement proposé par peur « d'en faire trop » ou parce que notre éducation nous pousse à mettre une certaine distance pour protéger notre autorité et notre savoir-faire, ou encore par simple manque de temps [4].

Par mesure d'hygiène et dans un souci de transparence, le cabinet doit idéalement être aménagé de façon à apercevoir les différentes structures dans leur globalité dès l'entrée du cabinet, comme par exemple la salle de stérilisation visible par tous.

- Tenue du praticien :

  Lors du premier contact entre le patient et le praticien émerge la première impression ou intuition, issue des informations collectées de façon automatique. Le patient regarde notre visage, notamment le regard, puis le corps et la tenue vestimentaire [5].

Même s'il est nié, l'impact de l'apparence sur la première impression est incontestable. Dans le cadre de la relation soignant/soigné, il faut savoir que les patients nous observent plus que ce que nous les observons. Concernant l'aspect extérieur du praticien, il doit pouvoir être accepté par tous les patients. La blouse fait l'unanimité, elle impose le respect et valorise le chirurgien-dentiste. Les manches à mi-hauteur jusqu'aux coudes et qui dégagent les avant-bras sont en tête, et pour le bas, le patient préfère que le praticien porte un pantalon de même nature que la blouse ou la casaque. La tenue civile sous la blouse reste douteuse. Il est bien vu d'utiliser des couleurs nouvelles qui changent du « total blanc ». Les chaussures portées pour le travail ne doivent pas être les mêmes que celles portées dans la rue. Surtout, la tenue doit toujours être propre. Les mains doivent être soignées, les ongles courts, sans vernis pour les dames. Les bijoux sont à éviter, sauf l'alliance. La coiffure doit être soignée, les cheveux ne doivent pas gêner ou tomber.

Le blanc et la netteté de la tenue vestimentaire suggère au patient que leur dentition sera aussi soignée et immaculée que les lieux et le praticien. De même, une peau trop maquillée ne donne pas aux patients une impression de propreté, il faut favoriser un maquillage léger sans trop de couleurs. Enfin, il faut veiller à une certaine cohérence avec l'apparence des autres membres de l'équipe médicale et avec celle du cabinet [12].

c) La poignée de mains entre le dentiste et son patient

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 le ferait un maître de maison allant au-devant de ses invités sur le seuil de sa demeure, la main tendue. La poignée de main est le premier contact entre le praticien et son patient. 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. Une poignée de main est une signature. Une poignée de main ferme inspire confiance et inaugure positivement la relation. En effet, elle permet de percevoir des signes de personnalité. C'est pourquoi il est important de

soigner la nôtre, tendre la main vers le patient, effectuer une poignée de main assez ferme mais pas trop, en le regardant dans les yeux avec bienveillance.

De nos jours, la poignée de main n'est plus systématique, pour des raisons d'hygiène et parce que les mœurs changent. Dans d'autres cas, c'est parce que le patient peut présenter une infirmité, ou avoir simplement les mains occupées. Dans ce cas, si le patient ne nous tend pas la main, veillons à lui adresser un petit signe de la tête, comme une petite révérence, afin de lui souhaiter la bienvenue de façon non verbale, avant de passer à l'entretien et l'examen cliniques. D'après Geoffrey Beattie [12], Professeur à l'Université de Manchester, une poignée de main irréprochable serait *« la main à mi-chemin entre vous et l'autre personne, une paume douce et sèche, une pression ferme, (mais pas trop), trois mouvements d'une vigueur moyenne et d'une durée inférieure à deux ou trois secondes, le tout accompagné d'un regard et d'un sourire. »*

Type de poignée de main	Traits psychologiques
Molle, inconsistante	Manque de caractère, timide, indécis
Très longue	Compatissant, chaleureux
Très ferme	Franc, direct, l'individu a du caractère
Ecrasante	Autoritaire
Moite	Anxieux, nerveux
Brève	Vif d'esprit, manque de considération
Se colle à vous	Marque de respect, l'individu a de l'affection
Evite le regard	Sournois, timide

Figure 27: Mise en relation du type de poignée de main et des traits psychologiques [78]

C. Les étapes du rendez-vous

1. L'anamnèse

a) Le questionnaire médical

Un nouveau patient aura rempli le questionnaire médical que nous lui aurons fourni dans la salle d'attente. Ensuite, praticien et patient pourront reprendre chaque point ensemble afin de s'assurer que n'ont été oubliés aucun trouble, traitement médicamenteux ou allergie, susceptibles d'interférer avec les soins dentaires. Il est préférable de laisser le patient le remplir seul, car il osera plus aisément écrire ce qu'il n'ose pas dire, comme les troubles dépressifs, la prise de drogue, ou les maladies « honteuses » comme le VIH ou les hépatites[4]. Ce questionnaire médical, daté et signé par le patient, intégrera ensuite le dossier médical et sera réactualisé à chaque nouvelle série de soins [63].

b) Le motif de consultation

Un patient peut venir au cabinet pour effectuer un simple contrôle annuel, ne ressent pas forcément d'appréhension, son histoire dentaire étant sereine. Il attend alors un entretien relationnel minimum. On doit s'adapter alors à ce que l'on ressent et ne pas forcer une relation et sortir l'artillerie de précautions ! Bien sûr, ce cas est loin d'être majoritaire, et dans un grand nombre de cas, l'anxiété et le besoin d'être rassuré nécessitent d'établir une relation de confiance.

Le patient peut également venir pour une urgence douloureuse (carie) ou prothétique (descellement d'une couronne), ou parce qu'il a déménagé et qu'il souhaite rencontrer son nouveau dentiste près de chez lui, ou encore parce qu'il a longtemps négligé ses dents et est motivé pour un traitement global.

Les pathologies parodontales sont également un motif fréquent de consultation dentaire : elles touchent le parodonte et peuvent prendre plusieurs aspects comme les récessions, les mobilités, ou la perte de l'organe dentaire.

Les problèmes esthétiques amènent très fréquemment les patients à consulter, soit par soucis d'estime de soi, soit à cause de l'image qu'ils renvoient aux autres ou encore en vue d'une réinsertion sociale.

Les manifestations psychosomatiques que nous avons décrites dans la première partie sont un motif de consultation de plus en plus fréquent, notamment le bruxisme qui détériore parfois énormément les dents.

Il est très important de noter la demande initiale du patient, car même si l'on juge que d'autres soins sont prioritaires, il faudra avoir satisfait sa demande à un moment donné.

Pour l'écouter, notre position par rapport à lui doit être adaptée.

c) Position adaptée

La position est significative. Elle induit ou non un rapport d'autorité et de passivité si le praticien parle debout face au patient allongé[90]. Il est malvenu voire malpoli de demander le motif de consultation au patient et de se retourner sans l'écouter ou en faisant autre chose en même temps. Si on lui a posé une question on doit l'écouter activement.

Idéalement, l'entretien clinique doit se faire à distance du fauteuil, face à face au bureau, le praticien et le patient communiquent avec les éléments du dossier sous les yeux. Si l'entretien ne peut se faire au bureau, le patient est au fauteuil et le praticien s'assoit face à lui, de manière à ce que leurs regards soient au même niveau. L'écoute du patient est facilitée par cette position face à face, le corps orienté vers lui. Le praticien va être perçu comme authentique, sincère et rassurant. Il va inspirer confiance au patient et l'inciter à se livrer davantage.

Il est déconseillé d'allonger directement le patient en position horizontale, (voire avec la lumière dans les yeux…) et de lui poser des questions debout, avec le masque, ou encore en train de préparer les outils [4] ! En effet, le patient allongé dans une position allongée se sent inférieur, soumis par rapport à son dentiste [90]. De plus, il a besoin au moment où il parle de se sentir prioritaire par rapport au cabinet et au matériel et que le dentiste concentre toute son énergie à l'écouter.

2. L'entretien clinique

L'entretien clinique comprend trois étapes : l'exploration, la compréhension et l'information. Cette conduite est utile lors du premier rendez-vous, comme pour une urgence ou simplement un examen périodique, les différentes étapes étant à moduler selon le type de rendez-vous[33].

a) L'exploration et le questionnement

A ce stade initial de l'entretien clinique, le rôle du dentiste sert à faciliter le contact et à apaiser l'anxiété du patient ou à éliminer tous les éléments pouvant entraver la qualité de la relation et l'intervention. Il doit rassembler de façon naturelle toutes les données concernant la motivation du patient, ses demandes, ses peurs ou encore ses possibilités financières, puis il fait ressortir celles qui le guideront à la thérapeutique.

Le questionnement représente l'outil de base de l'interrogatoire clinique. Pour obtenir les informations recherchées, le plus simple est de donner la parole au patient, les questions permettant de préciser les domaines à explorer. Encore faut-il poser les bonnes questions et de la bonne manière [5].

- Poser la bonne question : résoudre ce problème est affaire de connaissance sémiologique et de bon sens. Il est important que le clinicien, par l'interrogatoire, détermine au mieux le motif réel de la consultation, l'environnement ainsi que le mode de vie des patients qu'il interroge.

- Poser ses questions de la bonne manière est lié aux techniques de communication. Quatre types de questions sont habituellement posés :

    - La question ouverte : « qu'est-ce qui vous amène ? » permet d'obtenir des informations souvent directes, claires et développées mais elle autorise, aussi, un flot d'informations difficile à canaliser.

- La question fermée : elle permet des informations précises et concises mais orientées.

- La question alternative : elle force parfois le choix de réponse mais peut être utile pour aider un patient à se décider.

- La question influencée ou suggestive : elle force la réponse. En général, elle est à éviter car l'interrogatoire ne consiste pas à faire dire ce que l'on souhaite entendre mais ce que l'on cherche à découvrir.

En premier lieu de l'interrogatoire, les questions ouvertes seront préférées, afin de cerner les désirs profonds et primordiaux du patient. Puis il fait préciser les points obscurs par des questions fermées. Enfin, les questions alternatives sont employées quand une réponse à une question fermée est évasive ou pour construire une argumentation[33].

Durant cette phase de questionnement, **la neutralité** est indispensable au déroulement correct de l'interrogatoire. La neutralité totale n'existe pas mais il faut chercher à :

- Eviter toute connotation personnelle, a priori ou jugement.
- Parler le moins possible en phase de recueil d'informations mais plutôt d'une voix « neutre ». Il faut éviter les intonations particulières et émotionnelles en se contentant de questions adaptées ou de relances et reformulations indispensables.
- Différer les réponses aux questions du patient lors de cette phase en disant par exemple « je vous expliquerai tout à l'heure, quand j'aurai bien saisi l'ensemble de votre problème » [4].

Ainsi, plus on est neutre en phase d'écoute, plus l'écoute est active et plus l'argumentation finale est performante.

b) La compréhension

- **L'Ecoute active**

La satisfaction du patient sera issue de trois données[2] qu'il faut réussir à identifier clairement :

- Ce que voudrait le patient
- Ce que le praticien comprend
- Ce qu'il va offrir au patient

Elle se trouve donc à la croisée de ces trois domaines : la qualité attendue, la qualité d'écoute, et la qualité de réalisation.

L'écoute de ce que dit le patient est indispensable à l'établissement d'une relation de confiance. Ce comportement peut être défini par ce qu'il n'est pas, c'est-à-dire :

- L'écoute simulée, qui permet de penser à autre chose
- L'écoute sélective, qui permet d'entendre ce qui nous intéresse
- L'écoute réductrice, qui n'écoute que les mots sans porter intérêt à la personne qui les prononce.[2]

Cependant, il ne suffit pas simplement d'écouter [43] : il faut démontrer au malade que l'on écoute avec attention, c'est-à-dire lui envoyer des signaux d'intérêt. C'est ce que l'on appelle l'écoute active. C'est avant tout un comportement et il se traduit par une attitude physique et psychologique réceptive à l'égard d'une autre personne. C'est-à-dire par un ensemble de signes non verbaux comme le regard, l'expression du visage, les hochements de tête ou tout autre signe d'intérêt. Cette technique de communication doit rester naturelle et doit s'intégrer au comportement professionnel du praticien.

En phase d'écoute active, la prise de parole du clinicien doit se résumer au questionnement et ne doit pas dépasser 10% du temps de parole [55]. Lorsque le patient expose son problème, rester impassible et muet ne va pas l'inciter à se livrer. Il ne faut pas hésiter à reformuler les propos du patient. Il est aussi important de signaler lorsque l'on ne saisit pas bien et de demander des explications complémentaires.

Nous devons penser à quelques règles simples qui permettent une écoute active :

- A la fois regarder, observer, et entendre,
- Savoir se taire et laisser la parole à l'autre,
- Laisser au patient le temps de s'exprimer,
- Accepter ce qu'il dit et ce qu'il ne dira pas,
- Respecter ses silences, ses hésitations et ses réticences,
- Etre attentif à ce que dit le patient et à la façon dont il le dit,
- Observer ses mimiques et les signes non verbaux définis dans le chapitre précédent : un rictus traduisant l'émotion, un rire cherchant à masquer l'angoisse, un sourire atténuant un mouvement d'agressivité, une agitation des mains ou des pieds… ces messages non verbaux ne sont pas toujours en cohérence avec les paroles !
- Prendre conscience de ce que le patient nous transmet : intérêt, ennui, ou rejet.

Epictète, philosophe de la Grèce antique, disait : *« la nature a donné à l'homme une langue mais deux oreilles afin qu'il puisse écouter les autres deux fois plus qu'il ne parle »*43. Pour écouter il ne suffit pas d'attribuer une signification aux mots que le patient va nous dire. Il faut également évaluer la façon de parler de notre interlocuteur fluidité du discours, ton de la voix, choix des mots, mais également observer le comportement non verbal du patient. Il faut donc être attentif au message global qu'il va nous transmettre.

- **L'empathie**

Etymologiquement, le préfixe *en-* vient du latin *in-* signifiant « dans », et *–pathie* dérive du grec *–patheia* de *pathos,* « la souffrance » ou « ce que l'on éprouve ». Autrement dit le mot *empathie* signifie « dans la souffrance ». En psychologie, elle est la capacité à imaginer la souffrance de l'autre en tant qu'observateur, donc sans aucun caractère altruiste. Elle est la faculté à se mettre à la place de l'autre, de ressentir des sentiments et ses émotions sans chercher à les modifier[51].

L'empathie est une forme de compréhension. Le patient sait ainsi que son problème est compris, reconnu et accepté. Pour cela, le soignant s'efforce de regarder les difficultés du

patient sous le même angle que lui. Cela se différencie de la sympathie car l'empathie est un processus dans lequel le praticien essaie de mettre de côté son propre univers pour se concentrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. Elle se résume par une question que le soignant peut se poser régulièrement : « Qu'est-ce qu'il se passe actuellement chez la personne qui est en face de moi ? » [4]

Cette attitude permet, d'un part, d'indiquer au patient la position aidante du chirurgien-dentiste, et, d'autre part, de l'aider à s'inscrire dans un processus de résolution de problème. Il prend de la distance par rapport à ses préoccupations et s'engage dans la voix du changement. L'empathie est un processus dynamique où le soignant tente de comprendre le point de vue du patient.

On décrit généralement deux formes d'empathie [43] :

- L'empathie spontanée, instinctive : elle est due au fait que soignant et soigné partagent le même univers et possèdent deux visions de la situation du soin qui se rencontrent. Lorsque soignant et soigné discutent, ils partagent leur point de vue, leur vision des choses et sont amenés à explorer le monde de l'autre, la façon dont l'autre regarde la situation.

- L'empathie difficile : elle intervient dans des moments de crise pour le patient. Sa souffrance le déborde et le contexte du soin est pour lui trop pesant. Tandis que pour le soignant, elle ne possède aucun caractère exceptionnel. La réaction du patient semble alors hors normes et difficilement compréhensible.

Le docteur Ronald Nossintchouk décrit trois facteurs indispensables à une attitude empathique[64]:

1) La volonté d'écoute : c'est une compétence qui s'acquiert et s'améliore avec la pratique.
2) La curiosité : la peur de paraître indiscret empêche bien souvent le praticien de sortir du cadre de son activité en posant des questions d'ordre personnel au patient ; c'est pourtant une attitude d'ouverture à l'autre et à son

environnement culturel, social et familial permettant une vue d'ensemble du fonctionnement du patient.

3) La patience : c'est également une compétence qui s'acquiert avec l'expérience mais avec une certaine difficulté car elle nécessite que le praticien ait une bonne maîtrise de ses émotions.

- **La congruence**

Ce mot signifie « se rencontrer dans un même mouvement ». Il fait référence à la capacité des membres d'un groupe à parvenir à une intimité. Lorsqu'un groupe est congruent, les positions de leurs corps se mimétisent selon une image en miroir. Si l'un des membres du groupe change sa position, chacun fait de même. La congruence d'un groupe indique habituellement que tous ses membres sont en accord. On parle ici de congruence entre les attentes du patient et celles du soignant [5].

- **La reformulation**

La reformulation consiste à restituer les informations reçues sous une forme différente et intelligible par l'autre. Cette technique, très utilisée lors d'entrevues, mérite d'être développée dans l'interrogatoire clinique car elle est riche d'intérêts.

Elle permet la vérification de la fiabilité et de la compréhension des informations reçues. En fin de compte seul le patient peut dire s'il a bien été compris ! La reformulation évite ainsi les contresens et les erreurs de compréhension qui mènent inévitablement à une mauvaise communication.

Elle peut également servir de relance, voire de résumé. Elle signale au patient qu'il doit reformuler ses informations ou bien qu'il peut en apporter d'autres. Il ne faut certainement pas abuser de la reformulation-relance, mais elle permet de distinguer les différentes phases de la consultation et de rassurer le patient, qui a plus le sentiment d'avoir tout dit (en fait d'avoir dit ce qu'il fallait pour que le dentiste saisisse son problème). En pratique, la

reformulation peut s'exercer simplement en renvoyant l'information reçue sous une autre forme. En fait, plus la reformulation est fidèle, plus le patient se sent écouté et compris [62].

- **L'examen clinique**

L'examen clinique est une expérience assez éprouvante pour le patient. En effet, il est allongé pour la première fois, avec ses peurs et éventuellement ses douleurs, en présence d'une personne inconnue qui a pénétré directement dans sa distance intime. Une lumière aveuglante le gêne tandis que divers instruments effleurent ou grattent ses joues et ses dents. Pendant le temps où le praticien fait l'examen exo et endobuccal, le patient ne doit pas être isolé avec sa peur du diagnostic. Le praticien doit communiquer avec lui sans fausse assurance ou banalisation. Une brève explication de ce qui est vu ou de ce qui est recherché doit être donnée [33].

Son déroulement doit suivre un cheminement établi :

- Il est préférable que le praticien commence l'examen par la tête, le cou, les ganglions avant de regarder les dents directement. Cela permet une approche plus douce, moins agressive de la bouche.
- Il est nécessaire ensuite que le praticien palpe l'intérieur des joues puis les gencives. Il est indispensable que le soignant fournisse au patient des informations sur ses gestes dans un but de le rassurer.
- La présence de l'assistante est discutable. Elle permet de fournir au praticien les outils et l'aide nécessaire notamment lors de la prise de clichés radiographiques ou encore la prise de note des caractéristiques cliniques du patient, cependant elle nuit à l'intimité de la relation praticien-patient et peut empêcher le patient de se sentir à l'aise en se sentant seul face à deux acteurs de santé.

La description des observations doit se faire dans un langage compréhensible[12], et doit toujours être accompagnée d'une courte explication : « ces saignements sont l'indication d'un problème au niveau de vos gencives et de l'os, c'est pourquoi nous allons faire quelques radiographies. »

Les examens complémentaires sont nécessaires pour affiner le diagnostic, sans sous-entendre une quelconque gravité. D'autant plus que les radiographies sont d'excellents outils de communication qui valent parfois mieux que de longs discours.

Anamnèse et examen clinique orientent le praticien vers sa décision thérapeutique. Dans bien des cas, elle est rapidement prise avec l'accord du patient. Mais dans des cas plus complexes de restauration, la décision ne peut être envisagée sans l'analyse de la demande du patient et peut quelquefois aboutir à un compromis.

c) Information et élaboration du plan de traitement

- **Le diagnostic**

A l'heure du diagnostic, le praticien se sent seul. Ses décisions ont parfois des conséquences capitales. Elles se traduisent sous forme de conseils et de pronostics. Dès l'énoncé du diagnostic, le praticien engage sa responsabilité. En optant pour une solution thérapeutique, il met sa crédibilité à l'épreuve d'une vérification éventuelle (le futur est souvent le juge suprême). La persistance de la douleur après un soin annoncé par le praticien plonge souvent le patient dans le doute et la confusion, sa confiance s'en trouvera diminuée[90].

Selon les cas cliniques et l'état psychologique du patient, l'énoncé du diagnostic est différemment ressenti. Certains diagnostics ne créent aucune surprise, le patient avait lentement pris conscience de son état buccal. Pour d'autres, le sujet risque d'être traumatisé car il n'était pas conscient de l'état de sa bouche. Par exemple, l'annonce de la nécessité d'une avulsion peut induire un véritable choc ; la révélation d'une disgrâce esthétique, jusqu'alors occultée, peut réveiller des complexes d'infériorité. La découverte d'une lésion précancéreuse, ou pire, d'un carcinome peut provoquer des réactions psychologiques difficiles [16].

Le tact, la prudence, la psychologie permettent de révéler tout diagnostic si l'information est développée avec empathie et en des termes adaptés à la capacité de compréhension de

l'interlocuteur. 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 d'autant plus si son traitement implique une participation active et financière.

Pendant cette phase, le dentiste doit veiller à : [17]

- Souligner les éléments positifs : plus les éléments pathologiques sont nombreux, plus il est important de montrer l'existence des éléments préservés.
- Ne pas submerger le patient : l'excès d'information a pour résultat d'assommer, d'accabler voire déprimer le patient. Découragé, il risque d'abandonner en raison de l'énormité des écueils. Lorsque le praticien soupçonne une telle réaction, il est souhaitable de se limiter à un seul cadran ou un seul maxillaire.
- Ne pas créer de résistances : si on parle de pathologie, le patient imagine de suite la fraise, le bistouri, les aiguilles. Plus tôt il sera rassuré, plus nous aurons de chances de conserver son attention jusqu'à la fin de notre discours.

A ce stade, le praticien intervient en aidant le patient à choisir ou en l'incitant à adopter des comportements préventifs. Lors de cette étape, il faut :

- Etablir des priorités en fonction de l'urgence et du système de valeurs du patient,
- Fixer des objectifs réalisables pour chaque problème concret,
- Déterminer les moyens nécessaires.

A partir de cette démarche, le dentiste va pouvoir informer et réaliser un plan de traitement en accord avec le patient et commencer les soins.

- **L'information**

L'entretien se déroule entre deux personnes inégales sur le plan des connaissances médicales, même si le patient a un niveau culturel élevé[69].

Cette inégalité dans les connaissances entraîne deux conséquences négatives : d'un côté elle incite le dentiste à adopter une attitude de domination, de l'autre elle rend difficile la

concordance des informations transmises. La relation peut commencer alors par une incompréhension ou un malentendu.

La transmission d'information apparaît comme le moyen le plus simple d'effacer au maximum cette asymétrie des connaissances et de réprimer les sentiments d'infériorité du patient vis-à-vis du praticien. Le but principal est de donner suffisamment de données au patient pour qu'il se sente capable d'approuver notre choix thérapeutique.

Ainsi, l'information revient au soignant et ne peut être déléguée. Son rôle consiste à clarifier les situations et mettre son expertise au service des patients. Il est primordial d'expliquer précisément ce qu'il va se passer avant chaque type d'examen ou de soins car cela permet au patient d'être rassuré et de moins appréhender la suite des évènements.

L'information doit être personnalisée et adaptée aux caractéristiques du patient, il convient dès lors de fournir une quantité et un type d'information adéquats, de respecter les décisions du patient, et de se mettre d'accord pour coopérer.

Dans la mesure du possible, le praticien se doit d'informer le patient sur dix principaux points [69]:

- **Le diagnostic**
- **L'évolution de son état dentaire avec ou sans thérapeutique**
- **La thérapie conseillée**
- **Les modalités d'application**
- **Les bénéfices attendus**
- **Les inconvénients**
- **Les risques éventuels**
- **Les chances de succès**
- **Le coût prévu**
- **Les possibilités thérapeutiques alternatives**

Aussi, l'information préalable constitue un pré-requis au consentement éclairé et libre. En effet, l'information du patient est à la fois une obligation légale, déontologique et l'expression d'un besoin. Elle représente une condition d'adhésion, de consentement et de participation au processus de soin.

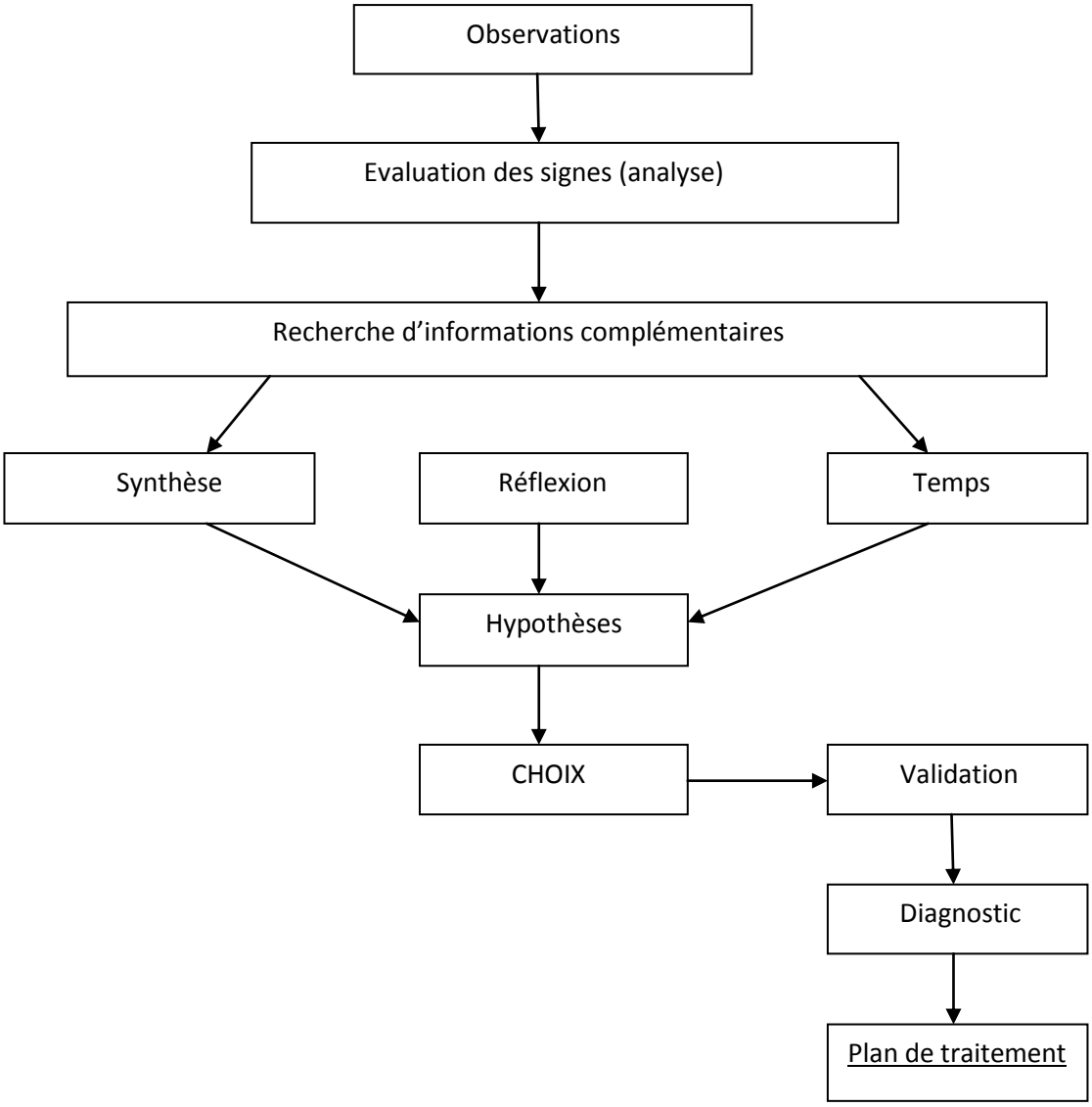

Figure 28 : Démarches du praticien aboutissant au plan de traitement [64]

« Si on me donne trois heures pour abattre un arbre, je passe deux heures à affûter ma hache. »

Abraham Lincoln

- **Présentation du plan de traitement**

La présentation du plan de traitement est donc la résultante de ces examens et de cette réflexion. Il est essentiel de prendre des repères, de façon à reprendre la discussion très exactement là où on l'avait laissée, sans le moindre flottement, avec un enchaînement parfait [4].

Il est issu de l'analyse diagnostique et des choix du praticien, il doit être expliqué en détails pour que le patient en comprenne le déroulement, les étapes et les implications. Après réflexion, le patient informé choisit librement d'entreprendre, de différer, ou de refuser le traitement proposé par le praticien. C'est le consentement éclairé à l'acte médical.

Le délai de réflexion est une garantie de respect de l'autonomie du patient. De plus, il est recommandé de proposer de « ne rien faire et laisser en l'état », afin de préserver totalement cette liberté de choix, et d'expliquer ce qu'il risque d'arriver en l'absence de traitement, afin que le patient en porte l'entière responsabilité[78].

Parfois, il faut apprendre à lever certains freins, que nous décrirons au prochain chapitre. Cependant, il faut savoir qu'un patient à qui l'on a bien expliqué les avantages de son plan de traitement devient un patient motivé et acteur de sa santé. Et chez un patient motivé, les freins n'existent plus.

3. Les honoraires

L'annonce des honoraires est, pour bon nombre de praticiens, une étape délicate. On passe soudainement de notre métier de docteur à celui de financier. Or nous n'avons pas passé sept ans en école de commerce, mais sept années à la faculté et en clinique. Apprendre à faire accepter des devis, parfois élevés même s'ils sont parfaitement justifiés, n'est pas inné.

Mal à l'aise, il arrive parfois que le praticien cherche à se débarrasser de cette étape et la banalise sans l'expliquer, ou au contraire par peur d'être crédible se lance dans des discours interminables pour justifier le montant des honoraires [4].

Voici quelques règles pour annoncer les honoraires de la façon la plus professionnelle possible.

- Tout d'abord, il est recommandé de dissocier le devis et les explications sur le plan de traitement. Même si ces deux éléments sont inséparables, les mélanger dans un même discours peut entraîner la confusion, et inciter le patient à s'interroger sur les intentions du praticien. C'est parfois une simple question de nuance, mais elle est cruciale. Le devis peut donc être présenté dès que le bilan est réalisé et que la confiance du patient est acquise, soit environ huit jours après la première consultation ou davantage si le cas est compliqué[10].

- Il ne faut jamais annoncer les honoraires avant le plan de traitement, même si le patient pousse le praticien dans ce sens. Car, déconnecté du détail des soins, et des bénéfices apportés, le traitement sera toujours trop cher [33].

- Pour expliquer un devis, de même que pour négocier les conditions de règlement, il est préférable de choisir un environnement adapté à ces situations délicates. Pour obtenir toute l'attention du patient, il faut d'abord le mettre à l'aise pour qu'il ne perde pas son énergie à gérer son inconfort. Il ne faut pas annoncer les honoraires lorsque le patient est encore allongé au fauteuil, mais plutôt face à face au bureau, ce qui rappelle la position de départ lors de l'entretien préliminaire. Toute personne aime les repères [35].

- Une fois l'annonce du devis faite, parler à ce stade ou s'engouffrer immédiatement dans une avalanche de termes techniques ou de justifications est à proscrire. Le malaise ou le doute, que le praticien pense être celui de son patient à l'annonce des honoraires n'est en réalité que le sien.

  Les patients attendent la tranquillité du praticien pour se sentir eux-mêmes vis-à-vis des honoraires. Cette attitude tranquille s'appelle « l'assertivité ». Elle consiste à donner son point de vue, ses conditions et ses demandes sans agressivité « Il va falloir que vous me versiez un acompte ! », sans suite « On verra ça plus tard », sans soumission « Avez-vous pensé à mon petit chèque ? »), et enfin sans manipulation « Faites-moi plusieurs chèques, c'est plus simple pour ma comptabilité » [4].

  La meilleure attitude à ce moment-là est donc de se taire, ne rien dire et laisser au patient le temps de la réflexion. Cela permet au patient de comparer les avantages du traitement par rapport à l'investissement nécessaire et réduit le risque de refus. Il faut attendre la réaction du patient. Enfin, un devis détaillé doit être remis au patient.

- D'autre part, un praticien qui cherche à faire plaisir à son patient ne remplit pas son engagement au plan moral et scientifique : seul doit s'imposer l'intérêt du patient. Alain Amzalag [4] relate l'anecdote du « gentil dentiste ». Un homme est venu le voir sur la demande de son épouse estimant qu'il le soignerait mieux que son dentiste habituel. Il ne présentait aucune douleur, à part quelques gênes dues aux points de contacts défaillants et à quelques obturations dégradées. La radiographie montrait des obturations canalaires insuffisantes et des débuts d'infections apicales. Aucune dent n'était couronnée, ce à quoi le patient répondit « Oui, mon dentiste est très gentil, il ne fait pas de couronnes ». Alain Amzalag explique que le praticien habituel de ce patient n'avait pas fait son travail de sensibilisation à la qualité des soins et à la préservation des dents. Il a donc fallu expliquer les bénéfices d'une couronne à ce patient ainsi que les risques que couraient les dents dévitalisées.

- Le praticien doit garder à l'esprit que les honoraires correspondent au prix de ses efforts et du temps passé à s'investir dans la qualité des soins de son patient. Il doit se déculpabiliser en se représentant tout qu'il apporte au patient au niveau de la fonction, de la physiologie, de l'esthétique, de sa qualité de vie et de la communication.

Figure 29: Illustration du service rendu et de l'argent reçu

D. Les difficultés et les conflits

1. La levée des objections

Les objections que les patients mettent en avant lors de la présentation d'un plan de traitement sont habituellement au nombre de quatre[63] :

a) Le temps

Le patient devra être rassuré quant à la durée du traitement. Il est conseillé de lui indiquer le nombre de séances ainsi que leur durée, en précisant que les aléas de la dentisterie peuvent engendrer des modifications.

Un autre cas se présente souvent : la patient a les moyens d'accepter le plan de traitement, mais le refuse principalement car il ne le juge pas si urgent que le praticien le prétend. Dans ce cas, le praticien n'a pas été compris, il n'a pas assez insisté sur les risques que le patient encourt, s'offrir des soins n'est pas une option ou un caprice. Il faut alors lui rappeler ces deux évidences : l'attente ne résout rien et la seule solution est de traiter au plus vite pour le confort et éviter tous les dommages induits.

b) La douleur

La peur du dentiste, la peur d'avoir mal, pourraient être une thèse à part entière. Contentons-nous de rappeler que de la simple peur à la réelle phobie, le chirurgien-dentiste devra alors prendre son temps pour les soins, quitte à les fractionner, et indiquera au patient que, lorsqu'il le jugera nécessaire et avec son accord, il endormira la zone traitée.

c) La confiance

Nous sommes alors dans le cas où le patient a les moyens d'accepter le plan de traitement mais le refuse principalement à cause d'une question de confiance. Quelle qu'en soit la raison, (maladresse commise, mauvaise communication, ou situation conflictuelle au départ, méfiance vis-à-vis de la profession), la confiance du patient n'est pas totale. Le mieux est de prendre alors quelques instants pour comprendre l'origine du mal. Le mieux est de laisser le

patient s'exprimer clairement et sincèrement ses doutes et d'en déterminer la source par une ou deux questions ouvertes « Qu'en pensez-vous ? Je vous écoute. » Parfois, le silence est encore plus efficace pour laisser le patient s'exprimer.

d) L'argent

C'est le motif de refus le plus courant. Les préjugés perdurent, les médias ne cessent de traiter des sujets montrant la marge réalisée sur la prothèse et parfois le manque de naturel empreint de culpabilité durant la phase de règlement cautionne l'idée du dentiste vénal[4]. Cette image du dentiste arnaqueur dépasse d'ailleurs nos frontières, dans nombre de pays, les dentistes sont toujours associés à l'argent, à la douleur des soins et à l'addition finale.

Alain Amzalag[4] explique que jeune praticien, il avait peur de demander de l'argent aux patients par crainte d'être moins apprécié, il n'osait pas proposer les solutions les plus onéreuses, il avait l'impression de leur « prendre leur argent ». Il dit avoir compris par la suite que proposer des plans de traitements importants faisait du bien aux patients parce qu'ils étaient dans un parcours de reconstruction. Le patient a besoin de régler ses soins, cela fait partie intégrante de la consultation. Le patient qui repart sans payer est gêné, voire frustré. Dans son esprit, s'il n'a pas réglé c'est peut-être qu'il n'a pas bénéficié d'une vraie consultation. Le professeur Lejoyeux, enseignant en prothèse adjointe, expliquait que lorsque l'on pose une prothèse adjointe complète, il faut que le patient règle le jour de la pose, sinon les problèmes consécutifs à la pose seraient amplifiés. Une fois que le patient a payé, les blessures sont beaucoup mieux acceptées, le patient a besoin de payer pour s'approprier la prothèse[4].

La relation à l'argent est toujours complexe, elle prend ses racines dans tout ce qui est arrivé au cours de notre existence, jusqu'aux discours de nos parents sur l'argent et leur manière de l'appréhender. Lorsque le patient est sur le fauteuil, allongé, coincé, il est dans un état de totale dépendance, de régression. Une fois qu'il retrouve ses esprits, son autonomie, il peut avoir tendance à s'affirmer, se « révolter », cette révolte se matérialisant parfois par l'argent. Le fait d'avoir, pour le patient, de l'argent à donner pour régler ses comptes lui permet de se dire que finalement le dentiste est un homme comme les autres. C'est à ce

moment précis qu'il va pouvoir être acteur de la situation en acceptant ou en refusant la proposition du praticien.

Pourtant, certaines situations de refus peuvent être évitées. Nous sommes dans le cas où le patient a les moyens d'accepter le plan de soins, mais le refuse principalement à cause de son jugement de valeur. Le patient estime que l'ensemble des actes prothétiques ne vaut pas ce que le chirurgien-dentiste lui demande. Il semble alors dans ce cas que le praticien a laissé entrevoir un plan de traitement moins contraignant, moins onéreux et tout aussi efficace, ou bien la raison est que le patient n'a, à l'évidence, pas totalement compris les conséquences du choix d'un bon traitement.

Lorsque le patient pense sincèrement qu'il n'a pas les moyens d'accepter le plan de traitement, il est fort probable, que dans un grand nombre de cas, il peut accepter mais ne le sait pas. La santé fait curieusement partie des premières dépenses que les gens « compressent » avant de toucher à leur épargne. Il leur semblera naturel de contracter des crédits pour acheter des biens semi-durables, en revanche il leur semble parfois impossible d'emprunter pour obtenir des soins adaptés. L'arbitrage des priorités n'appartient pas au praticien, il se doit d'expliquer l'importance d'une réhabilitation prothétique, de manière à ce que le patient la juge prioritaire dans sa liste de dépenses et mette en place une stratégie financière personnelle pour mener à bien le projet prothétique.

Enfin, certains patients dont la situation est vraiment précaire ne peuvent vraiment pas entreprendre des soins, même s'ils en rêveraient. L'humain qui se cache en nous va souvent faire en sorte de régler les problèmes les plus urgents, afin de stabiliser l'état dentaire et éviter tout risque d'infection.

Chaque fois que nous sommes soumis à une décision, nous rationnalisons nos actes et nous sommes heureux si quelqu'un nous aide, d'où l'intérêt de rassurer le patient en lui rappelant qu'il a fait le bon choix. Au moment où il prend sa décision, le patient hésite, il va devoir mettre en balance en une interminable seconde d'un côté les éléments consonants : la confiance qu'il porte au praticien, l'envie d'avoir des soins de qualité, une bouche parfaite, l'enchaînement des actes qui l'ont conduit au fauteuil… et de l'autre côté, les éléments dissonants tels que les doutes sur la nécessité, l'urgence réelle, l'existence d'autres solutions, la possibilité d'un confrère moins cher, ce qu'il aurait pu faire du budget…

Si le patient décide ne pas signer le devis et sort du cabinet, dans les trente secondes qui suivent il va s'auto-persuader qu'il a eu raison de ne pas le faire « Après tout ce n'est pas urgent, j'ai mieux à faire en ce moment de mon argent, et de toute façon je n'ai pas envie de sourire en ce moment… »

A l'inverse, s'il accepte, il va instantanément se tourner vers le chirurgien et dire « de toute façon il fallait le faire ! ». Sitôt sorti, il se dira que s'il n'avait pas pris cette décision il aurait fini aux urgences, et il s'imaginera avec son futur sourire, en l'ayant déjà au coin de la bouche[4].

Une dernière étape permet de lever le frein financier : ce sont les facilités de paiement. Quand on en arrive à négocier les conditions de règlement, c'est que le patient accepte déjà de suivre le plan de traitement, il est donc motivé. S'il exprime des difficultés à payer la somme indiquée sur le devis nous pouvons lui proposer un échelonnage des paiements, de manière à les répartir sur quelques mois. La réponse à sa doléance peut se faire sous la forme d'une question « Comment aimeriez-vous faire ? » Il faut noter la demande du patient et demander des précisions : c'est la négociation. Il faut prendre le temps de la réflexion avant d'accepter et éventuellement trouver une proposition à mi-chemin entre les deux.

Enfin, il est très important de faire signer le patient pour donner une valeur contractuelle symbolique à ce document dont la valeur juridique est faible[24].

2. Gérer les crises

a) L'inconscient collectif en odontologie

Malgré nos efforts, très souvent, aller chez le dentiste, c'est déjà être dans une situation de crise. Douleur, problème fonctionnel, esthétique, anxiété liée à la séance de soin à venir, emploi du temps et travail bouleversé, le patient est déjà tendu. La douleur résonne dans sa tête ou un problème esthétique portant atteinte à son intégrité physique justifient déjà son état d'agressivité. Ce patient a un comportement modifié, il est dans une confusion mentale qui réactive toutes ses peurs, tous les messages liés aux dents. Il est capable d'être injuste,

confus, agressif. Tant que l'on n'aura pas réussi à faire disparaître cette tension, il n'y aura pas d'alliance possible, il faut restaurer la connexion thérapeutique[55].

Cet ensemble d'images et de préjugés n'est autre que « l'inconscient collectif » des patients au cabinet dentaire. Cet inconscient collectif du dentiste qui fait mal et qui fait peur change depuis quelques décennies, depuis les progrès de l'anesthésie et de l'apprentissage de la communication.

L'inconscient collectif est un concept de la psychologie analytique qui s'attache à désigner les fonctionnements humains liés à l'imaginaire et qui sont communs ou partagés, quels que soient les époques et les lieux, et qui influencent et conditionnent les représentations individuelles et collectives.

Selon le psychiatre suisse Carl Gustav Jung, créateur du concept, l'inconscient collectif constitue « *une condition ou une base de la psyché en soi, condition omniprésente, immuable, identique à elle-même en tous lieux* »[45].

Rares sont les patients qui ont une image positive et sereine du dentiste et nombreux sont ceux qui n'hésitent pas à apposer les mots « douleur », « roulette », « boucherie » lorsque l'on évoque les soins dentaires. Même si nous n'en sommes plus à l'image ancestrale du dentiste bourreau, arracheur de dents et charlatan, le dentiste apparaît encore beaucoup trop souvent comme quelqu'un de vénal et chez qui on a mal.

Dans l'inconscient collectif, le dentiste masqué et ganté s'approche du patient allongé et aveuglé, le davier ou la turbine à la main, prêt à l'attaque. Dans cette image il n'est pas question de sourire, d'empathie, mais seulement de l'exécution d'actes traumatisants.

A côté de cette image, tous les patients relativisent, tous se rassurent et se disent que leur dentiste est un être humain comme les autres. Ils dévoileront néanmoins leur anxiété par une petite phrase énoncée dès l'entrée dans le cabinet « je vous préviens Docteur, je n'aime pas trop venir chez le dentiste ! »[90].

L'inconscient collectif en odontologie tend à évoluer, malheureusement beaucoup moins vite que les progrès techniques en eux-mêmes. Puissent les générations futures bénéficier des efforts actuels fournis par la majorité de la profession pour venir à bout de cette image. Car même lorsque le praticien acquiert la confiance du patient, des doutes peuvent ressurgir

chez celui-ci à n'importe quel moment. Ses images inconscientes lui reviennent soudainement, provoquant des conflits plus ou moins importants dans la relation praticien-patient.

Les conflits peuvent apparaître à tous les moments de la séance de soins : avant, pendant et après la prise en charge thérapeutique.

b) Avant le traitement

Déjà, lors de la prise de rendez-vous, le délai d'attente ou le créneau horaire réservé ont été source d'incommodité. Puis, au stade des séances préopératoire, la démarche du praticien dans la collecte des informations au cours de l'anamnèse et de l'examen clinique a pu faire l'objet d'un jugement négatif de la part du patient et être source d'incompréhension.

c) Pendant le traitement

Dès les premières phases opératoires, plusieurs situations peuvent être source de conflits [63] :

- la précarité de l'information fournie au patient
- une perception approximative ou une interprétation incorrecte du contenu de cette information
- des manœuvres opératoires douloureuses
- une incompatibilité d'humeur entre le praticien et le patient
- La sollicitation de règlements d'honoraires en phase clinique intermédiaire mal acceptée par le patient
- La fréquence et la durée des rendez-vous
- la ponctualité non observée par l'un ou par l'autre
- La non-observation des recommandations cliniques ou des prescriptions médicamenteuses.

d) Après le traitement

La génération d'un conflit peut être due au niveau d'insatisfaction du patient, à l'issue d'une phase déterminée du traitement, ou, en fin de traitement, dès lors que les résultats ne correspondent pas à ses attentes. La mise en cause des honoraires versés, compte tenu de certaines doléances émises et non prises en compte, peut être également un moment critique.

Il faut parfois savoir reconnaître ses erreurs. On ne perd pas sa crédibilité en reconnaissant une erreur. Bien au contraire, on fait preuve de transparence et d'honnêteté. Le pire étant d'accuser le patient « c'est de votre faute si votre dent s'est décollée, vous n'y avez pas fait attention », mais au contraire montrer de l'empathie : « je comprends à quel point cela doit vous être désagréable, j'ai surestimé la solidité de l'ancrage. » Si l'on est dans une approche ouverte et non accusatrice, le patient se détend. Se défendre et attaquer c'est se placer sur le terrain de l'affrontement. Il ne faut jamais croire qu'une relation ancienne, en apparence solide, ancrée, puisse être indestructible : elle est aussi fragile que les autres[4].

Les situations de crise sont inhérentes à notre pratique. Savoir les désamorcer est l'une de nos missions.

En résumé, les principales règles pour gérer les conflits :

- **Ecouter le patient**
- **Faire preuve d'empathie**
- **Ne pas se justifier**
- **Poser des questions et proposer les solutions**
- **Etre en accord sur un mode d'action et le faire**
- **Assurer le suivi**

3. Les limites de la psychologie en odontologie

Nous avons vu qu'à chaque stade du rendez-vous, la psychologie apporte des données supplémentaires pour mieux comprendre et donc mieux communiquer avec nos patients. Mais cette aide n'est pas toujours suffisante dans certaines situations.

Parfois nous nous trouvons face à des obstacles dans la relation praticien-patient, et nos notions de psychologie ne nous aident pas. Il arrive que l'on soit confronté à des personnes en souffrance psychologique. Parfois, nous l'avons vu, cela se traduit par un trouble oro-facial. Que ce soit la somatisation d'un trouble psychique ou une paresthésie bucco-dentaire, ces affections ne sont pas de notre ressort. Il est donc primordial d'orienter ces patients vers des spécialistes [90].

Cependant, le mot psychologue demeure encore difficile à prononcer et nous ne savons comment aborder le sujet.

Après avoir identifié le problème au travers du dialogue avec le patient, le praticien évoquera une possible relation entre les troubles buccaux et le psychisme du patient. Il se présente alors deux cas de figure : soit le sujet nie en bloc en devenant agressif (on se trouve alors dans une impasse), soit il hésite, conscient du stress qu'il éprouve, même s'il ne voit pas le lien direct entre les deux problèmes.

Il appartiendra donc au praticien de dédramatiser au maximum la situation et d'expliquer au patient que l'on requiert l'avis d'un thérapeute au même titre qu'un confrère stomatologue ou cardiologue.

De même, le chirurgien-dentiste sera vigilant de ne pas utiliser des mots chargés de sens comme psychiatrie ou névrose pour ne pas terroriser le patient. Il ne faut pas non plus ignorer cette souffrance en la dénigrant : « ce n'est rien, cela va passer ».

Il demeure alors le choix du thérapeute : il nous faut trouver des praticiens qui s'intéressent à la composante odontologique et s'assurer que l'on pourra échanger des informations sur la conduite à tenir avec ce type de patients.

Il faut être conscient que nous ne sommes pas formés à la gestion de ces pathologies, mais nous devons savoir réfléchir à la manière d'orienter ou de suggérer. Par ailleurs il est nécessaire de savoir garder ses distances par rapport à l'investissement personnel dans une relation praticien-patient pour ne pas être perturbé à notre tour.

Conclusion

Lors de ce travail, nous avons non seulement abordé les notions de psychologie et de communication, mais aussi le patient comme une personne à part entière, dans toute sa dimension humaine et sa singularité. Il faut garder à l'esprit que la qualité et la réussite des soins dépendent de la façon dont nous l'approchons.

La dimension psychologique nous a permis d'observer d'un œil différent la cavité buccale, lieu émotionnellement très chargé, puis de cerner le fonctionnement psychologique du patient, de ses motivations fondamentales à ses blocages. De même, déceler et aborder une pathologie psychosomatique permet d'éviter au praticien de tomber dans le piège du traitement invasif et inefficace. Enfin, connaître quelques règles de base pour accompagner un patient phobique désireux de soigner ses dents rend service au chirurgien-dentiste dans son exercice quotidien.

Le concept d'alliance thérapeutique fondé sur le rapport humain représente une nouvelle forme de partenariat dentiste-patient. Aujourd'hui, le soigné n'est plus considéré comme un ignorant et le soignant comme un tout-puissant. Le partage du savoir ouvre les portes sur ce nouvel aspect plus humain du chirurgien-dentiste.

La communication n'est pas innée et nécessite un investissement important. L'écoute, l'observation, l'empathie et le dialogue sont mis en place dès la première consultation. Parfois, ils sont repris à chaque séance, car la confiance du patient n'est jamais acquise de façon définitive, et instaurer une relation sereine avec le patient nécessite du travail et de la patience, et parfois une remise en question.

La psychologie et la communication sont des disciplines à part entière qu'il serait dommage voire dangereux de négliger. Ce sont des clés et des outils qu'il faut intégrer en soi afin de s'en servir avec naturel, et qu'il faut précieusement garder toute sa vie, avec l'humilité nécessaire pour ne jamais considérer un jour, et à tort, n'en avoir plus besoin.

Table des illustrations

Figure 1: Pierre Fauchard (1678-1761), père de l'Art dentaire [105] 17
Figure 2: Sigmund Freud (1856-1939), père de la psychanalyse [95] 20
Figure 3: les stades du développement de la personnalité [95] 24
Figure 4: Carl Gustav Jung, psychiatre et psychologue suisse (1875-1961) [114] 29
Figure 5: Jacques Lacan, psychanalyste français (1901-1981) [115] 29
Figure 6: La pyramide de Maslow [19] 34
Figure 7: les papilles linguales 66
Figure 8 : Anatomie de l'articulation temporo-mandibulaire [116] 68
Figure 9: Anatomie normale de l'articulation temporo-mandibulaire [94] 69
Figure 10: Trouble articulaire : subluxation [94] 69
Figure 11: Abrasion des bords libres et des cuspides dentaires due au bruxisme[109] 72
Figure 12: Gingivite ulcéro-nécrotique [52] 76
Figure 13: Herpès buccal [52] 80
Figure 14: Lichen plan buccal [52] 80
Figure 15: Représentation du patient phobique 83
Figure 16: Différences entre la phobie et la peur [5] 85
Figure 17: Tableau d'André Brouillet : Une leçon clinique à la Salpêtrière, 1887 [110] 86
Figure 18: Corah Dental Anxiety Scale (CDAS): questionnaire type [111] 88
Figure 19: Vue depuis le fauteuil dentaire par un patient : situation anxiogène[112] 93
Figure 20: Sigmund Freud lors d'une séance de psychanalyse 107
Figure 21: illustration caricaturale du Contre-transfert Négatif [113] 109
Figure 22: les différents aspects de la communication non verbale [72] 112
Figure 23: la règle des 3V d'Albert Mehrabian [59] 113
Figure 24: La proxémie [86] 115
Figure 25: Exemple d'outils simples de communication : radiographie rétro-alvéolaire et macro-modèle représentant une carie 118
Figure 26: Le choix des bonnes formules lors de la conversation téléphonique [78] 122
Figure 27: Mise en relation du type de poignée de main et des traits psychologiques [78] 126
Figure 28 : Démarches du praticien aboutissant au plan de traitement [64] 139
Figure 29: Illustration du service rendu et de l'argent reçu 143

Bibliographie

Références d'ouvrages, thèses, revues et encyclopédies :

1. ALEXANDER F.
   Médecine psychosomatique Ed Payot, Paris 1967.

2. ALLOUCHE L.
   Comment écouter un patient pour mieux le satisfaire ? Information dentaire 2006, Vol88 N°13, p.664.

3. ALLPORT G.W
   Personality a psychological interpretation. Oxford,1937; Holt, pp 24-97.

4. AMZALAG A.
   Codes de la relation dentiste-patient. Paris : Elsevier-Masson, 2007. Pp 31-44;60;71-75;111.

5. ARRETO C.D; BRUNET-CANONNE A; FIORETTI F.
   Consulter en odontologie la relation praticien patient. Editions CdP, 2006, p.127.

6. AYER WILLIAM A.
   Pyschology and dentistry : mental health aspects of patient care. Routledge, 2005.

7. BALINT
   Le médecin, son malade, la maladie. Editions Payot, Paris, 1998

8. BARTLETT D.W, SMITH B.G.
   The dental impact of eating disorders. Dent update, décembre1994, Vol10, N°21, pp404-407.

9. BEAUVOIS et JOULE
   Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Presses universitaires de Grenoble, nouvelle édition, 2004.

10. BENABBOU Nabella
    La relation praticient patient : les clés de la réussite. Thèse d'exercice 2010. Université de Reims Champagne-Ardenne.

11. BESTAUX M.
La bouche, organe érotique par excellence. Information dentaire 2008, vol 90; n°32, p.1761

12. BINHAS E.
Comment créer la confiance lors de la première consultation ? Information Dentaire, 2006, vol 88, N°13, p.662.

13. BINHAS E.
L'accueil au téléphone. Clinic ; 1999 ; vol 20 n° 8 ; p 553

14. BINHAS C, BINHAS E.
Que dites-vous après avoir dit « Allô » ? Information dentaire, mars 1995 ; N°13 ; p 997-1003

15. BINHAS E.
Dessine-moi un cabinet dentaire : la conception architecturale. Les cahiers de l'ADF, 1998 ; 1 : pp.6-13

16. BIZOUARN P.
Le médecin, le malade et la confiance. Ethique et santé, volume 5, n°3, sept 2008, p.165-172.

17. BOITEUX JP
Le premier contact, le dossier médical et dentaire. Dossier de l'ADF, la relation praticien-patient, 1999.

18. BONAPARTE M.
Auto-érotismes agressifs par la griffe et par la dent. Psychanalyse et Anthropologie. Paris PUF, 1952, pp 84-88.

19. BOURASSA M.
Dentisterie comportementale : manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire. Montréal : Frison-Roche ; 1998,pp6-10;57-60;169-172;210.

20. BDJ 2008
Using psychology to help patients with dental anxiety. British Dental Journal 205, p.528

21. BROCK A.M
Communicating with the elderly patient. Special care in dentistry, 1985.Vol5, Issue4, pp157-159.

22. BRULIN F., DOUAL A., TREANTON A.M.
Quelques données sur l'évolution de la psychologie en odontologie. Revue Odonto-stomatologie Nord, n° 122.

23. CIALDINI, ROBERT B.
Test of a concession procedure for inducing verbal, behavioral and further compliance with a request to give blood. Journal of applied psychology, Vol 61, Jun 1976.

24. CHARON Jacques, JOACHIM Frederic
Service patient service gagnant. Editions CdP. 1996, p. 5;42;65

25. CHOUKROUN Marc Gerald
Abrégé de psychologie. Editions S.I.D 1997

26. CHOUKROUN Marc Gerald
La mise en acte du traitement. Editions S.I.D 2005

27. CHOUKROUN Marc Gerald
Au cœur de la relation thérapeutique : le transfert en odonto-stomatologie. Editions Glyphe, 2008.

28. CORRAZE J.
Les communications non verbales. 6e édition, Paris : presses universitaires de France, 2001, p.252

29. DAVID P, GINOCCHIO C, KLEIN P.
Immunologie bucco-dentaire. Ed Procodif, Paris,1983,p.83.

30. DEMANGE C. , HUSSON C. , POI-VET D., ESCANDE J.P
Paresthésies buccales psychogènes et dépression : une approche psychanalytique. Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale 1996 vol 97 n°4 pp 244-252

31. DEMANGE C
Prise en charge de paresthésies buccales psychogènes. Information dentaire, 10 mars 1999, Vol 81, N°10, p.675.

32. DURAND J.
Les formes de communication. Ed Dunod, Paris 1988.

33. ESCALIER Caroline
La communication avec le patient au cabinet dentaire. Thèse chir dent. Marseille, 2011.

34. FAURE G, BENE M.C, DUHEILLE J.
Abrégé d'immunologie dentaire. Ed Masson 1985, pp 40-50.

35. FAYOLLE-LABE Christelle
Apport de la psychologie dans la communication entre le chirurgien-dentiste et son patient. Thèse chir dent. Lille 2, 2003.

36. FREUD Sigmund
Cinq leçons sur la psychanalyse. Paris : Payot (coll. Petite bibliothèque Payot) ; 2002.

37. FREUD S.
Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : PUF (coll Quadrige) 1993.

38. FREUD S.
Introduction à la psychanalyse. Ed Payot, 1978.

39. GUISSE A.M
Concept de santé : du biologique au culturel, du professionnel au profane. Information dentaire, Mars 1998, Vol 8, N°77, pp 1638-1646.

40. HALL Edward T.
La dimension cachée. Seuils éditions, 1978, p.254

41. HESCOT P.
Le chirurgien-dentiste d'aujourd'hui : une vision globale du patient. Dossier ADF, 2007.

42. HUSSON A.
Décoder les non-dits des patients. Information dentaire. Février 2010.

43. IANDOLO C.
Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication. Editions MMI Masson, 2001, p.192.

44. JORIS Roger
Psychologie dentaire. Revue Mens Suisse Odontostomatol , Vol 114: 10/2004

45. JUNG Carl Gustav
L'homme à la découverte de son âme, structure et fonctionnement de l'inconscient. Editions Albin Michel, Paris 1963.

46. JOVER M .
Etude de la connotation des mots utilisés en odontologie. Information dentaire , 2004; vol 86, n°14, p859.

47. KUFFER R.
Les paresthésies buccales psychogènes. Ann. Dermat. Vénér.113 : 1589-96, 1987.

48. KRESSIN N.R., SPIRO A., ATCHISON K., JONES J.
Is depression associated with oral health? Journal of dental research, 1997.

49. KREYER Gerhard
Psychosomatics *of the orofacial system; a medical and ethical challenge.* Article stomatologie; Mars 2012, Vol. 109 Issue 1/2, p5-10

50. KVALE, G., BERGGREN, U. and MILGROM, P
Dental fear in adults: a meta-analysis of behavioral interventions. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2004, Vol 4, n°32; p.250-264.

51. LAROUSSE
Le petit Larousse illustré. Collection Petit Larousse, 2012.

52. LASKARIS G.
Atlas de poche des maladies buccales. Ed Flammarion, 2007, p144.

53. LEADER Darian
Psychanalyse et psychosomatique. Savoir et Clinique : 1/2009 N°10 ; p.91

54. LECOMTE Jacques.
Psychologie, débats, applications. Ed Dunod, 2008, pp 7-26.

55. LLORCA G .
Communication médicale. Ellipse éd. 1994

56. LUNDGREN J. , BERGGREN U., CARLSSON S.G
Psychophysiological reactions in dental phobic patients with direct vs. indirect fear acquisition. European Journal of Oral Sciences, 2001, N°109, pp 172-171.

57. LEJOYEUX Joseph
Aspect comportemental, morphopsychologique et typologique du syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur. Rev d'ODF. Vol21 N°4, 1987.

58. MANNE Jacques
La psychologie en odontostomatologie. Editions Maloine, 1967.

59. MEHRABIAN A.
Dedodins of inconsistance communication. Journal of personality and social psychology. 1967.

60. MIEROWSKA D.
Accueil téléphonique. Info. Dent. ; avril 2006 ; n° 17 ; P 996

61. NAYRAC P.
Eléments de psychologie médicale. Paris : Editions médicales, Flammarion, 1962.

62. NETTER Franck H.
Atlas d'anatomie humaine. 3e Ed, Masson, 2004

63. NOSSINTCHOUK R.
Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire. Paris Editions CdP 1998, p.234.

64. NOSSINTCHOUK R.
Communiquer en odontostomatologie. Editions CdP, Paris, 2003, p25 ;67.

65. PARIS J.C, FAUCHER A.J.
Le guide esthétique : comment réussir le sourire de vos patients. Ed quintessence international, 2004.

66. PASINI W. HAYNAL A .
Manuel de la psychologie odontologique. Paris : Masson ; 1992, pp10;30;37-50.

67. PINDBORG J.J.
Atlas des maladies de la muqueuse buccale. Ed Masson, Paris,1994.

68. PIRLOT G.
Modèles actuels en psychosomatique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-400-C-10, 2007.

69. PIRNA P.
Comment expliquer nos traitements aux patients ? Information dentaire, vol 93 n°26, p 28-29, 2011

70. POUEZAT J.
Formation odontologique : assurance qualité et promotion d'une nouvelle culture professionnelle. Bull. Acad. Natle Chir. Dent., 2001, 45-3

71. PRIM-ALLAZ Isabelle
Praticien-patient : "mieux communiquer pour bien se comprendre". Cahiers de l'ADF 2010.

72. PROZESKY D, STEVENS S, HUBLEY J.
Pour un enseignement et un apprentissage efficace. Revue de santé oculaire communautaire, août 2007, Vol 5, n°5 p.17

73. RICHARD Monica
Image du corps, symbolique de la dent, retentissement sur la relation praticien-patient. Thèse chir dent. Toulouse III ; année 2008.

74. ROMAGNA Christine
L'ouverture de l'odontologie aux sciences humaines. Interview dans Quintessence Internationale, 2009, Titane Vol 6 n°1, p.48

75. ROMAGNA Christine
La bouche au cœur du corps. 2005 Titane Vol.2-N°3

76. RONALD A. KLEINKNECHT, ROBERT K KLEPAC, DOUGLAS A BERNSTEIN
Psychology and dentistry: Potential benefits from a health care liaison. Professional Psychology: Research and Practice Volume 7, Issue 4, November 1976, Pages 585-592

77. ROSENTHAL Robert
Pygmalion à l'école. Ed Casterman, Paris, 1971, p.368.

78. ROZENCWEIG Daniel
Des clés pour réussir au cabinet dentaire. Ed quintessence internationale, Paris,1997, pp105 ;123 ;243 ;255

79. ROZENCWEIG Daniel
En route vers la qualité en odontologie...pour optimiser votre avenir professionnel. Paris: Quintessence, 1003. p199

80. RUEL-KELLERMAN M.
Repères historiques de l'évolution du recours de l'odonto-stomatologie à la psychologie. Information dentaire 1981, Vol.63, N°33, pp 3071-3083.

81. RUEL-KELLERMAN M.
Qui était Fauchard ? Information dentaire, 30 mars 2011.

82. RUGH J.D et SOLBERG
Psychological implications in temporomandibular pain and dysfunction. Orla Science revue, 1, 3-30, 1976.

83. SAADOUN A., SABA F.
Psychologie du sourire. Information dentaire, 2000, Volume 82, n°30, p.2257.

84. SPOM
Société Psychologique odonto-stomatologique et médicale.

85. TATE P.
Soigner (aussi) sa communication. Bruxelles : De Boeck Université 2005.

86. TROTTIER J.G
La théorie proxémique dans l'aménagement des espaces de distribution : l'exemple du luxe. Actes de l'AFM, Montréal, 2000, vol 1, pp 275-289.

87. VALENTIN C.
La consultation en odontologie : abord pratique de la dentisterie globale. Paris : Ed société nouvelle de publications médicales et dentaires : 1984

88. WEINER Arthur A.
The fearful dental patient. A guide to understanding and managing. Wiley Blackwell, 2010, pp 15-44.

89. WARE J.C et RUGH J.D
Destructive bruxism: sleep stage relationship. 1988 Apr; 11(2):172-81

90. YARDIN M.
Odontologie globale. Paris : Masson ; 1995. pp 91-97 ; 123-127.

Liens internet :

91. British Dental Journal : http://www.nature.com/bdj/journal/v205/n10/full/sj.bdj.2008.1003.html [consulté le 20/10/2011]

92. Cahier de l'ADF : "La Communication : choisir les mots pour convaincre" http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=21/2006 [consulté le 05/09/2011]

93. Cahier de l'ADF 2010 : http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=21&conference=2/2010 [consulté le 05/09/2011]

94. Club Scientifique dentaire : arthrites et dysfonctionnements de l'ATM http://csd23.blogspot.fr/2010/03/arthrites-et-dysfonctionnements-de-latm.html [consulté le 04/07/2012]

95. Freud S. http://fr.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud ; http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9tapsychologie

96. Griffiths D. Plan de traitement : "bon pour acceptation", présentation et proposition Cahier de l'ADF 2007 ; [consulté le 04/07/2012]

http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=16/2007 [consulté le 05/09/2011]

97. Henin : http://www.heninpsy.fr/docs/les_phobies.pdf

98. Joris :http://www.zahnaerzte.ch/doc/doc_download.cfm?uuid=88235F6AD9D9424C45D0AE320EBE559D [consulté le 08/10/2011]

99. Parker : *The psychology of dental patient care: An introduction*; British Dental Journal; http://www.nature.com/bdj/journal/v186/n9/full/4800137a1.html [consulté le 19/10/2011]

100. Pouezat :http://www.academiedentairefr/attachments/0000/0025/45_3_Pouezat.pdf [consulté le 05/10/2011]

101. Psychology and dentistry : http://www.routledgementalhealth.com/psychology-and-dentistry-9780789022967 [consulté le 20/10/2011]

102. Psychosomatic illness : www.bettermedicine.com/article/psychosomatic-illness [consulté le 20/10/2011]

103. Romagna Christine : http://www.quintessenceinternational.fr/abonnements/titane/2009/numero1/08-interview.pdf [consulté le 05/09/2011]

104. SPOM *:* http://spom.fr/ [consulté le 15/09/2011]

105. SFHAD : Pierre Fauchard : *http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhad/debut.htm* [consulté le 20/11/12]

106. Troubles psychosomatiques : http://lmm.univ-lyon1.fr/internat/download/item289b.pdf [consulté le 07/10/2011]

107. *Treating patients with dental phobia :* www.newenglanddental.com/dental_treatingpatients.html [consulté le 20/10/2011]

108. VEREECK E : Langage des dents, l'essentiel [consulté le 15/09/2011] http://holodent.com/categorie-10163202.html

109. Les désordres de l'appareil manducateur :http://www.iocclusion.com/blog/?p=636 [consulté le 20/10/2012]

110. André Brouillet, *Une leçon clinique à la salpêtrière* http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Une_le%C3%A7on_clinique_%C3%A0_la_Salp%C3%AAtri%C3%A8re.jpg [consulté le 20/10/2012]

111. Corah Dental Anxiety Scale : http://www.docstoc.com/docs/24922538/Norman-Corahs-Dental-Questionnaire-Scoring-the-Dental-Anxiety [consulté le 20/10/2012]

112. Stomatophobie : http://www.e-sante.fr/stomatophobie-ou-peur-panique-dentiste/actualite/1231 [consulté le 20/10/2012]

113. Contre-transfert négatif. http://jeanpaulcoupal.blogspot.fr/2012/03/transfert-et-contre-transfert-travers.html [consulté le 20/10/12]

114. Carl Gustav Jung. http://www.nndb.com/people/910/000031817/ [consulté le 20/10/2012]

115. Jacques Lacan. http://www.quotesby.co.uk/celebrities/jacques_lacan_gallery-g119074/ [consulté le 20/10/2012]

116. Anatomie de l'articulation temporo-mandibulaire. http://www.centremassiliendelaface.com/chirurgien-centre-massilien-de-la-face-dysfonctionnement_de_atm-maxilofaciale-1.html [consulté le 20/10/2012]

117. Dentophobie : http://www.dentophobie.ch/francais/dentophobie-peur-dentiste.html#dentophobie

L'abord du patient au cabinet dentaire. Approche psychologique et outils de communication.

RUGA Agathe
Nancy, le 17 Janvier 2013
Thèse Chir-dent : Université de Lorraine ; 165 pages.

Mots-Clés :

Psychologie
Communication
Relation praticien-patient
Maladies psychosomatiques
Phobie dentaire
Symbolisme buccal

Résumé :

Le chirurgien-dentiste doit aujourd'hui savoir aborder un patient dans sa globalité. La cavité buccale, carrefour de nos émotions, est riche en symboles et en antécédents psychanalytiques.
Pour le comprendre, nous explorons dans ce travail plusieurs domaines de la psychologie. Sigmund Freud et la psychanalyse nous renseignent sur l'organisation du psychisme, les étapes du développement de la personnalité et les mécanismes de défense intervenant lors des conflits psychiques. La psychologie comportementale, par le renforcement positif ou négatif, offre des pistes pour obtenir la collaboration du patient, tandis que la psychologie humaniste cherche à le motiver. Les pathologies psychosomatiques ainsi que les personnalités phobiques ou psychopathologiques rencontrées dans notre exercice doivent être connues et décryptées afin de répondre au mieux à la demande du patient et d'éviter tout traitement inapproprié.
L'alliance thérapeutique praticien-patient est ainsi au cœur de la réussite du traitement. De la prise de rendez-vous jusqu'à la fin du protocole de soins, l'observation, l'écoute et l'information doivent prendre leur place. Toutes les précautions nécessaires sont mises en œuvre pour garantir une communication optimale et obtenir une relation sereine et durable. L'ensemble de ces outils allie notre savoir-dire à notre savoir-faire.

Examinateurs de la thèse :

Monsieur J-P LOUIS	Professeur des Universités	Président
Monsieur J.M MARTRETTE	Professeur des Universités	Juge
Monsieur M. ENGELS-DEUTSCH	Maître de Conférences des Universités	Directeur
Madame S. ENGELS-DEUTSCH	Psychologue clinicienne	Invitée

Adresse de l'auteur :

Agathe Ruga
15 Rue des Glacis
54000 Nancy

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté d'Odontologie

Jury : Président : J.P.LOUIS – Professeur des Universités
Juges : J.M.MARTRETTE – Professeur des Universités
M.ENGELS-DEUTSCH- Maître de Conférences des Universités
S.ENGELS-DEUTSCH- Psychologue clinicienne

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

Présentée par: **Mademoiselle RUGA Agathe**

né(e) à: **NANCY (Meurthe-et-Moselle)** le **12 mai 1986**

et ayant pour titre : **« L'abord du patient au cabinet dentaire. Approche psychologique et outils de communication.»**

Le Président du jury

J.P.LOUIS

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie

J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 6030

NANCY, le 20 12 2012

Le Président de l'Université de Lorraine

P. MUTZENHARDT