



HAL
open science

L'information : rôle clef dans l'adhésion du patient au plan de traitement du praticien

Marie Mathelin

► **To cite this version:**

Marie Mathelin. L'information : rôle clef dans l'adhésion du patient au plan de traitement du praticien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01739111

HAL Id: hal-01739111

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739111>

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.



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

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 HENRI POINCARRE NANCY I
FACULTE ODONTOLOGIE

Année 2010

N° 3319

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Marie MATHELIN

Née le 16 août 1981 à Manosque (04)

L'INFORMATION :
RÔLE CLEF DANS L'ADHÉSION DU PATIENT
AU PLAN DE TRAITEMENT DU PRATICIEN

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2010

Examineurs de la thèse :

Mademoiselle Catherine STRAZIELLE

Madame Dominique DROZ

Monsieur Daniel ANASTASIO

Mademoiselle Amélie RIFFAULT

Professeur des universités

Maître de conférences des universités

Praticien hospitalier

Assistante hospitalo-universitaire

Présidente

Juge

Juge

Juge



Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE

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

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. M. Mlle M.	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques BOCQUEL Julien PHULPIN Bérengère SABATIER Antoine	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle M.	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> BOLENDER Yves PY Catherine REDON Nicolas	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. Mme	<i>Par intérim</i> <u>ARTIS Jean Paul</u> JANTZEN-OSSOLA Caroline	Professeur 1 ^{er} grade Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. M. M.	<u>AMBROSINI Pascal</u> BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) MILLER Neal PENAUD Jacques GALLINA Sébastien JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M. M. Mlle	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian BALLY Julien CURIEN Rémi SOURDOT Alexandra	Maître de Conférences Professeur 1 ^{er} grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. Mlle	<u>WESTPHAL Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc ERBRECH Aude	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe MORTIER Eric CUNY Pierre HESS Stephan PECHOUX Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. Mlle Mlle Mlle M.	<u>SCHOUVER Jacques</u> LOUIS Jean-Paul ARCHIEN Claude DE MARCH Pascal BARONE Serge BEMER Julie RIFFAULT Amélie MONDON Hélène SIMON Franck	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. Mme	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (Section 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009

souligné : responsable de la sous-section

* temps plein

Mis à jour le 01.02.2010

*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.*

Mademoiselle le Professeur Catherine STRAZIELLE

Docteur en chirurgie dentaire
Professeur des universités
Habilité à diriger des recherches
Responsable de la sous-section : Sciences anatomiques et physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Je remercie Mlle le Pr C. STRAZIELLE de l'aide qu'elle m'a apportée pour l'élaboration de cette thèse d'un point de vue « logistique ». A cet égard j'ai beaucoup apprécié la rapidité de ses interventions pertinentes.

Madame le Docteur Dominique DROZ

Docteur en chirurgie dentaire
Docteur de l'université Henri Poincaré, Nancy-I
Maître de conférences des universités
Responsable de la sous-section : Pédonodontie

Je remercie Mme le Dr D. DROZ d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance de thèse. Lors des séances où je l'ai assistée pour des soins sous sédation j'ai beaucoup appris sur l'abord du patient atteint de handicap, connaissance qui me sera utile tout au long de mon exercice.

Monsieur le Docteur Daniel ANASTASIO

Docteur en chirurgie dentaire
Odontologiste des hôpitaux
Praticien hospitalier
Responsable de l'unité fonctionnelle de Thionville
Service d'odontologie du CHR de Thionville

Je remercie M. le Dr D. ANASTASIO d'avoir accepté d'être mon co-directeur de thèse. En me laissant une grande liberté d'action sa vision de la relation praticien-patient et son ouverture d'esprit ont enrichi cette thèse et lui ont donné une dimension qu'elle n'aurait pas eue sans elles.

Mademoiselle le Docteur Amélie RIFFAULT

Docteur en chirurgie dentaire
Ancienne interne en odontologie
Assistante hospitalo-universitaire
Sous-section : Prothèses

Je remercie Mlle le Dr A. RIFFAULT de m'avoir coachée au long de cette thèse. Sa boulimie personnelle de boulot a eu un effet stimulant dans mes périodes de doute.

A mes parents

Merci pour tout ce que j'ai appris grâce à vous. Papa, sans ton soutien tout au long de mes études je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui.

A ma sœur

Tu es mon point de repère dans notre famille Oddono-Mathelinesque. Merci pour ça et pour ce magnifique filleul !

Céline

Ma seconde sœur... Merci pour les trésors de patience que tu as pour moi. J'aime la façon dont nous grandissons ensemble.

Laure-Hélène

Tu es mon refuge de douceur dans ce monde de brute... Vivent la chuiche et Roger Federer !

Isabelle

You are the sunshine of my life. Penser à toi me file le smile à chaque fois !

Jean-Marc

Tu es l'être qui peuple mon monde... Le meilleur des amoureux, le meilleur des maris et, bientôt, le meilleur des pères ! J'ai hâte de voir la petite bouille de notre nouvelle aventure.

A la petite louloute qui gigote dans mon ventre

...

A mon frérot

Si semblables et si proches nous étions quasi jumeaux... tu fais partie de moi.

Table des matières

I. Cadre juridique de l'information au patient.....	4
1. Le droit à l'information et le devoir d'informer.....	4
1.1. Sources du cadre juridique de l'information au patient.....	4
1.2. Modalités juridiques de l'information.....	7
1.3. Contenu juridique de l'information.....	9
1.4. Frontières de l'information.....	14
1.5. Défaut d'information.....	16
2. Le consentement libre et éclairé.....	21
2.1. Consentement requis.....	21
2.2. Consentement non requis.....	22
2.3. Défaut de consentement.....	23
II. Contexte relationnel de l'information au patient.....	25
1. La relation praticien-patient.....	25
1.1. Facteur anxiété et stress.....	25
1.2. Facteur financier.....	27
1.3. Facteur soignant - soigné.....	28
2. Le transfert.....	31
2.1. Lexique.....	31
2.2. Principes fondamentaux du transfert.....	31
2.3. Résolution du transfert.....	32
3. La démarche pédagogique.....	39
3.1. Diagnostic préalable à la démarche.....	39
3.2. Déroulement de la démarche.....	40
3.3. Evaluation des résultats de la démarche.....	45
4. Techniques de communication.....	46
4.1. La communication non verbale.....	46

4.2. Le contrôle lexical.....	48
4.3. La Communication non violente.....	49
4.4. La Programmation neuro-linguistique	54
5. En pratique.....	57
5.1. Réceptivité du patient	57
5.2. Disponibilité du praticien.....	60
5.3. La première consultation.....	61
5.4. Le plan de traitement	66
5.5. Le devis.....	70
III. Dimension éthique de l'information au patient.....	75
1. L'éthique.....	75
1.1. Ethique et morale	75
1.2. Ethique et droit.....	78
1.3. Protocole d'une décision éthique	79
2. Le « meilleur » plan de traitement.....	82
2.1. Pondération bénéfices/risques.....	82
2.2. Pondération autonomie/paternalisme.....	85
3. Le consentement éclairé	88
3.1. Capacité à consentir	88
3.2. Révélation de l'information	88
3.3. Compréhension de l'information	93
4. Communication vs éthique	94
Conclusion.....	98
Bibliographie.....	100
Annexes.....	103

Première partie

Cadre juridique de l'information au patient

I. Cadre juridique de l'information au patient

La prise en charge initiale et le suivi d'un patient constituent des moments privilégiés où, par le dialogue, peut s'amorcer et s'affirmer une approche psychologique bien utile à l'établissement et au maintien de relations de confiance. Pourtant la perte actuelle de confiance est, de plus en plus fréquemment, la source de manque d'adhésion du patient et, parfois même, de conflits culpabilisant les deux parties. En raison de ces conflits et d'impératifs économiques dominants, il ne faut donc pas s'étonner, quoiqu'on puisse le regretter, que le législateur tende, à réglementer les pratiques médicales et odontologiques. Ainsi, même s'il ne saurait techniquement et éthiquement parlant s'en contenter, tout praticien désireux de rester dans la légalité lorsqu'il informe son patient, ressentira la nécessité de connaître le cadre juridique de l'information. A cet égard il est à noter que, l'information étant par définition partie intégrante du consentement éclairé, leurs cadres juridiques respectifs sont étroitement liés. (1) (2) (3)

1. Le droit à l'information et le devoir d'informer

1.1. Sources du cadre juridique de l'information au patient

Le contrat de soins

L'obligation d'information, comme d'autres obligations de l'odontologiste, trouve la première source de son cadre juridique dans le contrat de soins. En effet, celui-ci, en définissant comme contractuelle la nature des relations entre le soignant et le soigné, marque de son sceau les rapports unissant le praticien au patient et conditionne le substrat juridique qui commande le régime spécifique de la responsabilité et de sa mise en œuvre. L'origine du contrat de soin est l'arrêt du 20 mai 1936 de la Chambre civile de la Cour de cassation, dit « arrêt Mercier », cet arrêt valant pour décision de principe et faisant jurisprudence:

Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement de donner des soins attentifs, consciencieux et, sous réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle.

Un contrat civil

Le contrat de soin, comme tout autre contrat, est soumis aux règles du Code civil, un contrat étant « *une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose* » (Code civil – **art. 1101**). La convention, légalement formée, tient alors lieu de loi à ceux qui l'ont faite (4).

Un contrat synallagmatique

Le contrat de soin est synallagmatique c'est-à-dire qu'il fait naître entre les parties des obligations réciproques et interdépendantes (Code civil – **art. 1102**). Il met à la charge du praticien l'obligation de donner des soins « *attentifs, consciencieux et, conformes aux données acquises de la science* » (arrêt Mercier ci-dessus) au patient et à la charge du patient celle de

rémunérer le médecin et, en toute hypothèse, de ne pas aller à l'encontre des prescriptions du praticien sans l'en avertir. En cas d'inexécution de l'une des parties, l'autre partie peut refuser d'exécuter la sienne. C'est le principe de l'exception d'inexécution (4).

Un contrat à titre onéreux

Le contrat à titre onéreux est celui qui assujettit chacune des parties à donner ou à faire quelque chose.

(Code civil – **art. 1106**)

Un contrat conclu intuitu personae

Le contrat de soin est conclu intuitu personae c'est-à-dire en fonction de la qualité du chirurgien-dentiste et de la confiance que le patient lui accorde. Il permet le respect d'un des grands principes de la médecine libérale: le libre choix du praticien. En contrepartie, le chirurgien-dentiste doit exécuter personnellement ses obligations.

Un contrat consensuel et tacite

Le contrat de soin impose l'échange des consentements. Cet échange peut être verbal, il l'est même le plus souvent, l'acte écrit n'étant qu'un éventuel élément de preuve des engagements réciproques des parties. Le contrat de soin prend effet dès la mise en relation du praticien et de son patient.

Conditions requises pour sa formation

Ainsi le contrat de soins régit-il les obligations du praticien et donc également celle d'informer son patient. Mais pour qu'il en soit ainsi, encore faut-il que sa formation réponde à toutes les conditions requises par la loi puisqu'il ne saurait évidemment produire d'effets s'il n'est pas valablement constitué. Quatre conditions sont essentielles pour la validité d'une convention :

- *le consentement de la partie qui s'oblige;*
- *sa capacité de contracter;*
- *un objet licite, certain et possible qui forme la matière de l'engagement;*
- *une cause licite dans l'obligation.*

(Code civil - **art. 1108**)

A cet égard tout individu est présumé avoir le pouvoir de contracter à moins que la loi ne l'en tienne pour incapable (Code civil - **art. 1123**). Tel est le cas soit à raison de l'âge de cette personne (les mineurs), soit à raison de son état mental (les majeurs). Ainsi « *sont incapables de contracter : les mineurs non émancipés, les majeurs protégés* » (Code civil - **art. 1124**). Il convient de noter que l'incapacité civile de la femme mariée a disparu tardivement avec la loi du 13 Juillet 1965 qui a reconnu une pleine autonomie civile à chaque époux (Code civil - **art. 216**) (4).

Certaines particularités du contrat médical, et donc du contrat odontologique, sont à noter par rapport au contrat en général:

- l'accord de volonté est échangé lorsque le malade exprime sa volonté de se faire soigner et que le praticien l'accepte comme patient;
- concernant la capacité de contracter : le patient doit être « majeur non protégé » et le praticien doit être titulaire du diplôme nécessaire;
- l'objet de dispenser les soins est licite (conforme à l'ordre public), certain (c'est-à-dire suffisamment déterminé dans l'acte pour que les parties puissent mesurer l'étendue de leur engagement) et possible;
- la cause (amélioration de la santé du patient) est licite (conforme à l'ordre public et aux bonnes mœurs) (5).

Un contrat résiliable unilatéralement

Le contrat de soin est résiliable unilatéralement. A la nuance près que pour le patient, cette faculté est absolue alors que pour le praticien, il s'avère obligatoire d'assurer la continuité des soins et de répondre aux situations d'urgence.

Un contrat éthique?

D'un point de vue éthique la relation liant le patient à son praticien est parfois dénommée par le terme « contrat ». Chaque partie, en s'engageant l'une envers l'autre, contracterait donc une obligation morale. Cependant il existe une grande controverse sur la question de savoir si cette dénomination de contrat respecte bien l'esprit de l'éthique. Il paraît évident que la relation entre un dentiste et un patient ne peut être interprétée de façon minimaliste avec un dentiste qui donnerait exactement ce que le contrat exige et rien de plus. La relation praticien-patient peut être résumée à un marché légalement encadré. Déterminer les implications de ce contrat avec le patient est l'un des plus complexes, mais aussi l'un des plus intéressants, aspect du questionnement éthique au sein des professions de santé. Ce questionnement est basé notamment sur l'engagement du praticien de se mettre au service du patient ou, pour employer d'anciens termes, faire ce qui est le mieux pour lui. Cet engagement moral est si fortement ancré dans l'éthique professionnelle qu'il peut être considéré comme une promesse faite au patient (1).

Autres sources du cadre juridique de l'information au patient

Hippocrate, en son temps, avait souligné la nécessité de l'information du patient: *« comme le public est ignorant, il ne saurait connaître les maladies dont il souffre, ni comment elles se produisent, ni comment elles prennent fin, ni ce qui les exalte ou les calme. Mais cela lui devient facile quand il l'apprend par la bouche d'un homme du métier, d'autant plus qu'il n'est rien dont on se souvienne mieux que ce dont on a souffert. »* (De l'art) (6).

L'histoire légale moderne de l'information au patient débute en 1974, avec le décret n°74-17 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux qui expose que *« le médecin chef de service ou le médecin du service doivent donner aux malades, dans les conditions fixées par le Code de déontologie, les informations sur leur état qui leur sont accessibles; dans toute la mesure du possible les traitements et soins proposés aux malades doivent aussi faire l'objet d'une information de la part du médecin »* (art. 41). C'est ensuite la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui est venue reprendre

cette obligation mais lui octroyant une force législative et non plus réglementaire, en exposant que dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Enfin, après quelques errements jurisprudentiels, venant notamment imposer une obligation d'information sur tous les risques encourus, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, est venue consacrer le principe de l'obligation d'information du patient (7). Ce droit nouveau du patient, à savoir le droit à l'information (déjà reconnu par la jurisprudence de la Cour de cassation), a été inscrit dans le Code de la santé publique à l'**article L. 1111-2**. Le corollaire de ce droit à l'information c'est bien entendu l'accès direct et libre au dossier médical (CSP - **art. L. 1111-7**) (8). Deux après L'ANAES (actuelle HAS) a établi des recommandations de bonne pratique sur les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne et notamment l'accompagnement de cet accès (arrêté du ministre de la santé du 5 mars 2004 - publication au JO le 17 mars) (9).

Il est notable que le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne soit pas parfaitement en concordance avec cette évolution des droits à la santé des patients, et ce, contrairement au Code de déontologie des médecins qui a subi de nombreuses évolutions. En effet celui des chirurgiens-dentistes n'impose qu'indirectement une obligation déontologique d'information. Le nouveau Code de déontologie des chirurgiens-dentistes est issu du décret n°2004-802 du 28 juillet 2004, publié au JO du 8 août 2004, et est codifié aux articles **R. 4127-201** à **R. 4127-285** du Code de la santé publique. L'information du patient y est sous-entendue dans différents articles (**R. 4127-233**, **R. 4127-232** et **R. 4127-264** notamment) mais cela reste des situations spécifiques, sans véritable portée ou principe général. En revanche y est consacré le droit au silence du chirurgien-dentiste qui l'autorise, pour des raisons légitimes qu'il apprécie en conscience, de laisser un patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave (CSP - **art. R. 4127-239**). Cependant cela ne comble pas le vide législatif et réglementaire de ce code - aucun article explicite sur le droit à l'information et le « consentement éclairé » ou assimilé - en ce qui concerne l'information au patient. Ce vide, inexistant dans le Code de déontologie des médecins, renforce le poids d'une jurisprudence par ailleurs déjà bien présente dans la détermination du cadre juridique de l'information donnée par le chirurgien-dentiste au patient. (7).

1.2. Modalités juridiques de l'information

Forme de l'information

L'information doit être « *loyale, claire et appropriée* » (CSP - **art. R. 4127-35**) et délivrée. Les informations délivrées par le praticien ne doivent donc pas être réduites à une simple énumération, mais exposées de façon précise et claire en adaptant le discours aux possibilités de compréhension du patient et à l'acte opératoire envisagé (10). Le concept d'information du malade a ainsi connu une évolution significative, puisqu'auparavant le praticien devait « *employer une expression simple, approximative, intelligible et loyale,*

permettant au malade de prendre la décision qu'il estime s'imposer » (arrêt du 21 février 1961 de la Cour de cassation) (11).

Débiteur de l'information

En premier lieu l'information incombe « *à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* » (CSP - art. L. 1111-2). Ainsi l'information du patient incombe au praticien au cours d'un entretien individuel et ne peut être déléguée à l'assistante ou à une secrétaire. Les employés peuvent, tout au plus, reprendre un certain nombre d'éléments pour assurer que l'information a été bien reçue, mais il appartient au seul praticien avec lequel le patient conclut le contrat de délivrer l'information et de recueillir le consentement. De plus il n'est pas exclu que le chef d'équipe soit personnellement débiteur d'une information, fût-elle basique, relative aux soins délivrés par les membres de la dite équipe. En second lieu, le chef d'équipe est débiteur, à l'égard des autres membres de l'équipe, de toute information utile susceptible d'être prise en compte dans l'exercice de leur mission. (12).

Finalité de l'information

L'information éclaire le consentement. On n'attend pas qu'elle l'influence étant donné que « *le praticien n'est pas tenu de convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande* » (12). De plus l'obligation de conseil doit s'associer à l'obligation d'informer. Elle peut être considérée comme une orientation thérapeutique spécifique du praticien quant à l'intérêt du patient dans un cas soumis à son évaluation. L'obligation de conseil se situe au-delà de la simple mission d'information, elle relève d'un parti pris thérapeutique du clinicien primordialement guidé par l'intérêt de son patient (l'obligation de conseil n'exclut donc pas des réserves diverses qui peuvent être formulées). Le patient vient, en effet, fréquemment quérir une solution thérapeutique spécifiquement adaptée à sa (ou ses) pathologie(s), plutôt qu'une simple information de principe (13) (11).

Continuité de l'information

Toute modification du traitement doit, en principe, recueillir le consentement du patient. Dès lors, une information complète devra être présentée sur l'orientation nouvelle. L'obligation du praticien est, sur ce point, aussi impérative que son obligation d'information initiale. L'information concerne donc l'état de santé du patient et les soins, qu'il s'agisse d'actes isolés ou s'inscrivant dans la durée, et elle doit être actualisée au fil du temps. Lorsque postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. (7) (12)

1.3. Contenu juridique de l'information

Une information actuelle et complète

Information actuelle

Dans la mesure où le praticien est débiteur, à l'égard du patient, de soins « *conformes aux données acquises de la science* » (arrêt Mercier), il ne fait pas de doute que l'information relative aux dits soins sera elle aussi conforme à ces données acquises de la science et intégrera par conséquent les éléments d'actualité susceptibles d'éclairer le patient sur les soins proposés (12). Cette expression « *données acquises de la science* » trouve donc sa source dans l'arrêt Mercier et a été retenue par la Cour de cassation après une bataille sémantique. Elle est d'ailleurs employée dans le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes (CSP - **R 4127-233**) et se rencontre largement dans les arrêts rendus par les juridictions. On peut se demander cependant si le terme « acquis » ne nie pas la probabilité de remise en cause des données médicales après quelques temps de mise en pratique, or la médecine n'est jamais acquise. Elle peut cependant être considérée comme avérée à un moment donné, aussi la loi Kouchner utilise-t-elle la notion de « *données avérées* » (5). Il va de soi que l'obligation d'actualité se limite à une information concernant les risques connus au moment où le traitement est décidé. Encore faudra-t-il que le praticien entretienne sa propre connaissance des risques pour ne pas omettre, dans son exposé, un élément qu'aurait présenté un autre professionnel normalement avisé (12).

Information complète

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - CSP - **art. L. 1111-2, al. 1**)

En résumé, il s'agit de fournir au patient toute information, pouvant avoir une incidence ou une influence sur son consentement. Cela implique une quantité considérable de renseignements à fournir que l'on peut synthétiser en trois volets pour plus de clarté:

- *l'information préalable aux actes médicaux*: elle porte sur les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires, sur la nature et les alternatives possibles aux actes proposés, leur utilité, les risques qu'ils comportent, les incidents possibles et les suites prévisibles de ces actes;

- *l'information concomitante à la réalisation des actes*: elle concerne toutes les modifications, tous les changements apportés aux décisions médicales initialement prises, avec l'accord du patient;

- *l'information postopératoire*: elle succède à tout acte et précise les incidents éventuellement survenus, leurs suites prévisibles et les solutions pouvant y remédier (12) (14).

Le plan de traitement

Le plan de traitement réside dans la conception d'une solution thérapeutique par la définition des modalités techniques et des procédures susceptibles de réduire, si ce n'est supprimer, l'affection bucco-dentaire dont souffre le patient, le plan de traitement apparaissant alors comme une « *tentative justifiée par le but d'améliorer les déficiences d'un état pathologique antérieur.* » (Tribunal de grande instance de Limoges 3 décembre 1981). Cependant la perspective curative ne serait être une justification suffisante, la nécessité du traitement est une condition clairement mise en évidence par de nombreuses juridictions.

Le plan de traitement est donc issu directement du constat de la pathologie bucco-dentaire c'est-à-dire du diagnostic. Cependant, la démarche de l'odontologiste, en la matière, diffère de l'approche qui a guidé le diagnostic. Le plan de traitement est une dynamique commandée par une problématique thérapeutique. Il suppose, de la part du chirurgien-dentiste, l'exercice d'un choix entre les diverses options ou hypothèses thérapeutiques qu'offre l'état de la science et des techniques odontologiques. C'est ce que ne manquent pas de relever certaines décisions de justice.

Hors les hypothèses les plus évidentes de techniques dangereuses et périmés, la jurisprudence a également été conduite à préciser les devoirs et les obligations auxquelles le plan de traitement est soumis. Ainsi, le praticien est tenu d'une obligation générale de conscience et d'attention puisqu'il doit « *recourir à une thérapeutique consciencieuse, attentive et conforme aux données actuelles de la science médicale* » (Cour d'appel de Paris - arrêt du 19 juin 1979) (4).

L'information sur les risques

Avec la loi Kouchner le praticien doit donc désormais informer son patient de tous les « *les risques fréquents ou graves normalement prévisibles* » que comportent investigations et soins proposés (CSP - **art. L. 1111-2, al. 1**). Ce but est plus raisonnable que celui visant à informer même à propos « *des risques exceptionnels* » qui avait été aménagé par une jurisprudence récente et qui était abusif car cela imposait au praticien d'informer son patient même sur des risques non graves exceptionnels (6). Le caractère prévisible ou non de la réalisation du risque s'apprécie in concreto, au cas par cas, en fonction de la situation particulière du patient. Cette précision importante a été apporté par un arrêt de la Cour de cassation qui a statué sur le cas de la survenue d'un choc anaphylactique suite à la prise d'un médicament ayant entraîné d'importantes séquelles. Le questionnaire médical et les examens préopératoires avaient été correctement menés et ne révélaient pas de risque augmenté, pour le patient en question, de réaction allergique au médicament prescrit. La réalisation du risque a été jugée imprévisible pour le patient: le praticien n'a pas commis de faute en n'informant pas le patient de ce risque (arrêt du 15 juin 2004 - n°02-12.530) (5).

Les risques peuvent être liés à la nature de l'intervention, au contexte anatomique dans lequel on opère, au stade d'évolution de la pathologie en cause. Ils sont liés également à l'état général du patient, soit qu'une pathologie générale vienne compliquer nos actes, soit que ceux-ci puissent aggraver une pathologie préexistante. C'est donc bien d'un abord du patient

dans sa globalité tant psychologique que physiologique qu'il s'agit (15). Avant chaque acte, l'information sur les risques est donc proportionnée et graduelle. Elle sera succincte pour les actes simples et la plus complète possible dès lors que l'acte comporte un risque grave: atteinte du sinus, du nerf dentaire inférieur, du nerf lingual... Dans la pratique, ce ne sont pas seulement les extractions et les actes chirurgicaux qui appellent une information sur les risques. On peut également se trouver dans des situations où, par exemple, le traitement endodontique d'une 2^{ème} molaire inférieure dont les racines sont en rapport direct avec le nerf dentaire inférieur, comprend des risques d'atteinte de ce nerf. Là encore, ces risques doivent être évalués et exposés au patient, avec leurs conséquences possibles (14).

Si les risques mineurs sont fréquents dans l'exercice de l'art dentaire (notamment les douleurs postopératoires), ils sont rarement à l'origine d'un contentieux. En effet la jurisprudence montre que la responsabilité du chirurgien-dentiste est recherchée en matière d'information dans plus de 90 % des cas pour les conséquences d'actes comportant des risques graves. Ils jouent cependant un rôle essentiel dans le maintien de l'adhésion du patient au plan de traitement. En effet tout désagrément même mineur dont le patient n'aurait pas été prévenu peut remettre en question la confiance qu'il accorde à son praticien. L'information du patient quant à l'existence des risques fréquents mais mineurs n'en reste donc pas moins utile, légalement obligatoire (loi du 4 mars 2002) et médicalement recommandée (voir à ce sujet les recommandations de l'ANAES « Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale », novembre 2005). Les recommandations et prescriptions renseignent fréquemment sur ces risques mineurs mais fréquents et, à ce titre, font partie intégrante de l'information. A cet égard il est impératif de se rappeler que toute prescription doit légalement s'accompagner d'explications et de conseils donnés par oral (10). Les recommandations qui doivent être données au patient avant et après une intervention chirurgicale décrites par M. Davarpanah (10) constitue un bon exemple de recommandations qui vise à informer sur la survenue de risques mineurs mais fréquents (*cf Annexe 1*).

Précision importante: les risques doivent faire l'objet d'une explication au cours d'une consultation suffisamment éloignée de la date de l'intervention pour laisser au patient un délai de réflexion et la possibilité de consulter d'autres professionnels. Délai de réflexion d'autant plus long que les thérapeutiques odonto-stomatologiques sont lourdes. Les détails de cette consultation doivent être portés dans le dossier clinique du patient, avec les réflexions ou les commentaires de celui-ci (14). Cette mise par écrit du contenu de la consultation, en plus d'être indispensable pour constituer un dossier digne de ce nom, pourra, si besoin, participer au faisceau de présomption tendant à prouver que l'information a été apportée.

L'information sur les coûts : le devis

Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires.

Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient.

(Code de déontologie des chirurgiens-dentistes - **Titre 2 – art. 33**)

Tout d'abord il s'agit « d'une entente directe » qui suppose un dialogue entre praticien et patient (**Art. 7**) et la fixation des honoraires relève du donc du domaine contractuel. A cet égard l'information du patient doit être complète, précise et loyale. L'acceptation des honoraires d'un plan de traitement fait en effet partie intégrante du consentement du malade à ce même traitement. Les honoraires ne sont pas distincts du contrat de soin qui s'établit entre l'homme de l'art et le destinataire des soins. Ils constituent au contraire une composante primordiale de la viabilité du protocole thérapeutique et, à ce titre, ils ne doivent engendrer aucune insuffisance ni aucune lacune préjudiciable. La règle consensuelle veut que, après l'obtention de tous les renseignements fournis par l'anamnèse et une fois le diagnostic établi, les propositions thérapeutiques soient assorties d'un document financier analytique et récapitulatif. Un devis chronologique et « séquencé » s'avère en effet être le meilleur garant de la clarté contractuelle recherchée et donc la formulation écrite des honoraires relative à des postes thérapeutiques précisément identifiés et définis, en vue d'un projet de soins spécifique, s'avère en conséquence indispensable. Elle constitue, dans la mesure où elle est soigneusement élaborée, une référence notable qui constitue une pièce du dossier médical importante en cas de recherche de responsabilité (16). La rédaction d'un devis est d'ailleurs obligatoire si le coût à prévoir est « élevé » (**Art. 33** ci-dessus).

Le contenu du devis pour traitement prothétique est strictement fixé par la convention nationale entre les chirurgiens dentistes et les caisses d'assurance maladie. Certains éléments doivent obligatoirement y figurer, d'autres éléments sont facultatifs et ces deux catégories excluent de son contenu toute autre mention n'en faisant pas partie (*cf Annexe 2*). Il apparaît également qu'il est souhaitable, sinon indispensable, que le devis établi en double exemplaire soit signé par le praticien et le patient, chacun en conservant un exemplaire. M. Sabeck (17) précise que le devis ne devrait être signé par le patient qu'en présence du praticien qui aurait expliqué et détaillé le traitement proposé et répondu aux éventuelles questions de son patient. Dans la mesure où la disposition importante qui consiste à accorder à un patient un délai de réflexion d'autant plus long que les thérapeutiques odonto-stomatologiques sont lourdes prend également en compte le poids économique de la thérapeutique il est prudent de ne pas exiger du patient une signature immédiate. Ce délai, en plus d'être une obligation éthique, pourra, si nécessaire, servir de preuve du « consentement éclairé » du patient sur ce devis (8).

Dans l'esprit de la continuité de l'information il est recommandé de ne réaliser exclusivement que les travaux prévus par le devis signé et accepté par le patient, ou d'établir un nouveau devis en cas d'évolution pendant le déroulement du traitement qui obligerait le praticien à faire le choix d'un nouveau plan de traitement, lequel devra lui aussi recevoir l'assentiment du patient (18).

L'information sur les modalités de prise en charge

L'information ne se limite pas à l'information sur les risques liés à l'acte médical et sur le honoraires. Elle englobe également un domaine souvent oublié: celui de sa prise en charge financière. Dans une décision du 18 novembre 1999, le tribunal d'instance de Semur-en-Auxois a condamné un chirurgien-dentiste sur le fondement du devoir d'information du patient portant sur le coût exact du traitement prodigué. A l'occasion d'un traitement prothétique, le devis présenté au patient ne précisait pas la part remboursable par la mutuelle. Le patient pouvait donc imaginer que la part des soins indiqués comme remboursables n'incluait que le remboursement accordé par la sécurité sociale et que le remboursement de sa mutuelle viendrait en complément. Tel n'était pas le cas. Le juge a considéré que les sommes indiquées sur le devis n'éclairaient pas le patient sur le coût réel des travaux et a condamné le praticien pour manquement au devoir d'information.

Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge.

Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - CSP – **art. L. 1111-3**)

Cet aspect ne peut donc, plus que jamais, plus être négligé car il fait partie intégrante des éléments qui vont présider au choix du patient quant au consentement ou au refus du traitement ou des soins qui lui sont proposés, mais également quant au moment où il va souhaiter se soumettre au dit traitement. En ce sens il convient de se rapprocher du rapport et du référentiel d'évaluation de novembre 2004 établis par la Haute Autorité de Santé: « *Information et consentement du patient majeur et non sous tutelle dans le cadre de l'exercice libéral de la chirurgie dentaire* » (7).

Un exemple de la nécessité d'une information actuelle et complète: l'implantologie

Les techniques de restauration prothétique sur implant sont maintenant bien maîtrisées sur le terrain technique. Mais l'enthousiasme et les pressions commerciales conduisent hélas à des indications parfois abusives. La prise en compte des enjeux éthiques par les praticiens devient de plus en plus nécessaire. La problématique qui doit guider toute communication en implantologie concerne l'évaluation objective du service rendu face aux procédés conventionnels. En effet une publicité tapageuse tend à faire croire au public que l'implant est une panacée. Le praticien doit lui-même résister aux pressions médiatiques. Il doit savoir interpréter les statistiques qui lui sont exposées dans la presse professionnelle. La durée du suivi clinique de chaque implant n'est pas toujours évoquée, il en va de même du nombre de perdus de vue. Actuellement, le problème est posé par la distraction ostéogénique et les membranes appliquées à l'implantologie. Une information quelque peu agressive tend à faire croire que tout est possible grâce à ces techniques laissant augurer des lendemains difficiles. On peut sans doute admettre des taux de succès avoisinant les 95 % à court terme. Mais à

moyen et à long terme, après la mise en charge de l'implant, les paramètres entrant en ligne de compte ne peuvent statistiquement assurer de tels pourcentages de réussite. Ignorer ou dissimuler les échecs ne peut faire progresser la technique (19).

La responsabilité médicale engagée peut intéresser aussi bien le praticien réalisant la pose des implants que celui qui fabrique la prothèse. Or, on assiste dans un certain nombre de cas à un partage des responsabilités entre ces deux catégories de praticiens, dommageable pour le patient. Tant sur le terrain technique (conception, mise en œuvre d'un plan de traitement) que juridique, il serait souhaitable que le même praticien ou, à défaut, la même équipe assume la globalité de la responsabilité. C'est donc dans le cadre d'une prise en charge occluso-prothétique globale que l'implant doit prendre sa place parmi les thérapeutiques qui peuvent être proposées. Que faire en effet d'un implant placé dans un site irrationnel ne pouvant déboucher sur aucune restauration prothétique pérenne? Quelle longévité attendre d'un implant dont la petitesse de l'ancrage osseux implique un rapport défavorable avec la hauteur de couronne de substitution? Que peut-on attendre d'un implant dont l'axe d'insertion compromet l'équilibre de la réalisation prothétique face aux sollicitations fonctionnelles ou parafunctionnelles? (19)

Un exemple d'information selon la loi du 4 mars 2002 : la chirurgie buccale

Selon la loi du 4 mars 2002 l'information du patient en chirurgie buccale comprend (10):

- les explications concernant le diagnostic de la maladie;
- les options thérapeutiques envisageables;
- le pronostic et les risques d'échec;
- les avantages d'une thérapeutique particulière par rapport aux risques encourus (explication du rapport bénéfice/risque) ;
- la description du déroulement de l'intervention:
 - o mode d'anesthésie,
 - o risques opératoires courants et complications éventuelles avec mention des répercussions sur la vie courante,
 - o suites opératoires normales du traitement envisagé,
 - o nécessité d'un suivi postopératoire, en précisant les modalités et la durée;
- les risques découlant de l'absence du traitement;
- le coût du traitement et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

1.4. Frontières de l'information

Publicité

Sont notamment interdits:

- tous procédés directs ou indirects de publicité;
- les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

(Code de Déontologie des Chirurgiens Dentistes - **Titre 1 art. 12 – alinéas 3 et 4**)

La communication en odonto-stomatologie ne peut s'inspirer des règles de « marketing » ni de celles qui peuvent prévaloir pour les moyens de communication du secteur industriel (ou secteur secondaire). Il ne s'agit en aucun cas de promouvoir « une technique commerciale de soins » mais de mettre en œuvre de la façon la plus adaptée qui soit l'assistance thérapeutique optimale due au malade lorsque s'expriment une ou plusieurs pathologies. Toute forme de communication médicale doit donc être finalisée par l'intérêt supérieur du malade et l'amélioration de sa santé. Cette prise en charge implique à la fois des obligations strictement diagnostiques et cliniques et des obligations morales propres au respect de la personne humaine et à la sauvegarde des possibilités de compréhension de chaque patient. Contribuer à traiter une pathologie ou à restaurer une fonction buccale compliquée implique souvent un contrat complexe tout entier contenu dans le message thérapeutique qui ne peut accepter de dérives (20).

Les seules indications que le chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer sur ses imprimés professionnels, sur une plaque professionnelle ou dans un annuaire sont strictement encadrées par la loi (*cf Annexe 3*). A noter également que toute insertion payante dans un annuaire est considérée comme une publicité et est donc interdite.

Actions promotionnelles

Il est interdit au chirurgien-dentiste de donner des consultations même à titre gratuit dans tous locaux commerciaux ou artisanaux où sont exposés ou mis en vente des médicaments, produits ou appareils qui peuvent être prescrits ou délivrés par un chirurgien-dentiste ou par un médecin ainsi que dans les dépendances desdits locaux. Par ailleurs, tout compérage entre chirurgien-dentiste et médecin, pharmacien, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit. Enfin, le chirurgien-dentiste doit éviter dans ses écrits, propos ou conférences toute atteinte à l'honneur de la profession ou de ses membres. Sont également interdites toute publicité, toute réclame personnelle ou intéressant un tiers ou une firme quelconque.

Thérapeutiques nouvelles

Divulguer prématurément dans le public médical et dentaire en vue d'une application immédiate un procédé de diagnostic ou de traitement nouveau insuffisamment éprouvé constitue de la part du praticien une imprudence répréhensible s'il n'a pas pris le soin de mettre ce public en garde contre les dangers éventuels du procédé.

Divulguer ce même procédé dans le grand public quand sa valeur et son innocuité ne sont pas démontrées constitue une faute.

Tromper la bonne foi des praticiens ou de leurs patients en leur présentant comme salutaire et sans danger un procédé insuffisamment éprouvé est une faute grave.

(Code de déontologie des chirurgiens-dentistes - **Titre 1 art. 22**)

1.5. Défaut d'information

Des trois principales responsabilités du praticien (civile, pénale et disciplinaire) c'est majoritairement sa responsabilité civile qui va être mise en cause dans le cadre du défaut d'information, et ce, par le biais de la responsabilité civile contractuelle.

Responsabilité civile

La faute civile se constitue par « *l'attitude d'une personne qui par négligence, imprudence ou maladresse ne respecte pas ses engagements contractuels (faute civile contractuelle) ou son devoir de ne causer aucun dommage à autrui (faute civile délictuelle ou quasi-délictuelle)* ». Du fait de l'existence du contrat de soin entre le soignant et le soigné (arrêt Mercier), tout manquement de l'une ou de l'autre des parties à l'une de ses obligations constitue une faute susceptible d'entraîner la mise en cause de sa responsabilité contractuelle. La faute délictuelle ou quasi-délictuelle sort du champ d'application du contrat. La faute délictuelle est issue d'un fait illicite accompli avec l'intention de causer un dommage, tandis que la faute quasi-délictuelle, différente par l'intention à son origine, est un fait illicite mais non intentionnel (5).

Pour engager la responsabilité civile il est nécessaire d'avoir la preuve de la faute (cas d'une obligation de moyen) ou de l'absence de résultat (cas d'une obligation de résultat), la preuve du dommage (qui peut être matériel ou moral) et que l'on puisse prouver le lien de causalité entre la faute ou l'absence de résultat et le préjudice. L'absence d'un de ses éléments constitue une exonération de responsabilité. La charge de la preuve de la faute ou de l'absence de résultat est à la charge du demandeur (généralement le patient). Le défaut d'information est une exception notable à cela depuis l'inversement de la charge de la preuve par la Cour de cassation.

Charge et modes de la preuve

L'obligation d'information étant régie par le contrat de soin c'est donc aux lois du Code civil qu'est soumise la charge de la preuve de l'information. Cependant, tandis qu'habituellement au niveau civil la charge de la preuve échoit à « *celui qui réclame l'exécution* » de l'obligation (Code civil – **art. 1315**) et donc, généralement, au patient, la Cour de cassation a changé la donne lorsqu'elle a stipulé qu'il « *appartient au médecin de rapporter la preuve de l'exécution de l'obligation d'informer qui lui incombe* » (Cass. Civ. 1^{ère}, 25 février 1997) (12). Depuis, sur le plan médico-légal, en cas de litige sur le devoir d'information, c'est au praticien de prouver qu'il l'a bien rempli. En renversant ainsi la charge de la preuve, la jurisprudence de la Cour de cassation a pris le risque de compliquer quelque peu la relation thérapeutique, en encourageant les praticiens à garder, avant chaque prescription, chaque acte ou chaque opération, une preuve du consentement de leur malade (4).

Cette décision prise par la jurisprudence a été récemment inscrite dans le Code de la Santé publique (loi Kouchner):

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. (CSP – Art. L. 1111-2, al. 7)

Comment le praticien peut-il prouver qu'il a bien et dûment informé son patient, en conformité avec la nature et le contenu de l'obligation que le droit positif met à sa charge? Par tous moyens, répond la jurisprudence. « *Y compris, donc par présomption* » ajoute P. Mazière (12). Les principaux modes de preuve sont donc composites: dossier du patient, consultations préalables au traitement, examens complémentaires, photographies, radiographies, témoignages... (10)

Les « documents d'information » ou « documents de consentement éclairé »

Jusqu'à une époque récente, l'information était orale, mais la nécessité imposée aux praticiens de fournir la preuve de la nature et de la qualité de l'information dispensée, a provoqué un changement d'attitude chez certains d'entre eux. La peur du procès, le sentiment d'une perte de confiance, ont favorisé l'éclosion de documents - dits d'information - affirmant que le patient a bien reçu l'information et que le praticien demande à son patient de signer, en particulier avant toute intervention à risque. Dès lors que l'on demande au patient de signer un tel document quel est, d'un point de vue juridique, sa valeur? D'un côté la rédaction d'un tel document ne peut éviter une formulation technique, à moins de tomber dans une vulgarisation excessive qui fait perdre au texte toute valeur crédible. De l'autre les juges apprécient la valeur d'un tel document au regard des termes employés et de la faculté du patient à les comprendre: l'information devant être intelligible, adaptée et loyale. Ainsi les juges estiment souvent qu'un document standardisé, même signé du patient, n'apporte aucune garantie quant à la nature et la qualité de l'information réelle. Donc les documents du type « consentement éclairé » n'ont de valeur que si leur rédaction est personnalisée à chaque cas clinique et en fonction des capacités de compréhension du patient qui doit les signer (21) (14).

Une autre interrogation issue de l'acte de faire signer au patient un document indiquant qu'il a bien reçu l'information est d'ordre déontologique. En effet quel est le bien-fondé de l'information du patient? S'agit-il de protéger le praticien ou d'associer le patient à l'acte thérapeutique? Or « *la recherche de l'accord écrit systématique présente des inconvénients majeurs pour le corps médical, sans d'ailleurs que le malade trouve bénéfice. En effet cette pratique s'assimile, quoi qu'on en dise, à une décharge de responsabilité et tend à favoriser un climat de suspicion par définition incompatible avec le climat de confiance devant imprégner la relation de soins* » (J. Vilanova) (13). Ainsi, issu d'un sentiment des praticiens de perte de confiance des patients et de peur du procès, le document de consentement éclairé tendrait, si ce n'est à créer, du moins à renforcer cette perte de confiance et donc à augmenter la fréquence des procès. A l'évidence, on ne peut remplacer le dialogue par la simple signature d'un document. L'art de l'information médicale est de trouver les mots et les images qui « parleront » au patient. La manière dont un patient décrit ses antécédents de santé témoigne de ce décalage entre la représentation qu'il en a et l'approche médicale que le

chirurgien-dentiste pourrait en avoir. Saisir ce décalage et lui adapter le discours du praticien seraient la meilleure garantie de se prémunir contre cet autre aléa qu'est l'incompréhension de l'information par le patient (21).

Autres types de preuve

D'autres types d'écrits peuvent servir en matière de preuve. Ainsi le devis signé par le patient, avec une date d'acceptation bien décalée par rapport à la date d'établissement du document, constitue un moyen de preuve efficace. La production de certificats, comptes rendus et constats peut être suffisante pour convaincre les juges (17) (11). De plus des éléments de présomption peuvent résulter des mentions figurant dans les dossiers médicaux, fiches, comptes rendus ou encore lettres adressées à des confrères. Émanant du débiteur de l'obligation, de tels indices seront toutefois appréciés avec circonspection par les tribunaux (11). La preuve semble également pouvoir résulter d'éléments tirés du nombre de consultations ayant précédé l'acte concerné, du délai de réflexion accordé au patient avant l'intervention ainsi que de l'attitude et du comportement du patient ou des connaissances particulières qu'il peut avoir du fait de son activité professionnelle (11).

Engagement de la responsabilité civile contractuelle en cas de défaut d'information

La faculté de refuser les soins, garantie par le principe du consentement éclairé, prend la forme d'une chance d'éviter la réalisation d'un risque. Bien informé, le patient accepte avec les soins le risque qui leur est inhérent ou refuse en connaissance de cause de le courir. Mal informé, il s'expose à un risque dont il ignore l'existence, perdant par cette ignorance la chance, en refusant les soins, de refuser le risque. C'est donc la théorie de « la perte d'une chance » qu'appliquent les juges en matière de défaut d'information (la perte de chance de n'avoir pu refuser l'intervention proposée du fait des risques qu'elle comportait).

Une question essentielle est la suivante : l'obligation d'informer est-elle une obligation de moyen ou de résultat? En effet dans le cas d'une obligation de moyen, et suivant le processus d'engagement de la responsabilité civile, si le praticien apporte une preuve recevable qu'il y a eu une information adaptée alors sa responsabilité civile ne peut être engagée pour défaut d'information. Une obligation de résultat, quant à elle, introduirait la possibilité d'engager la responsabilité du praticien en l'absence de faute de sa part, alors même qu'il a fourni l'information à son patient et peut le prouver. Le contrat de soin créé des obligations de type obligation de moyen, comme le montre l'arrêt Mercier, la transposition de celui-ci par la Cour de cassation qui fait référence en chirurgie dentaire (Cass. Civ. 1^{ère}, 27 janvier 1960 ; Juris-data n°000059) (5) et un autre arrêt de la Cour de cassation utilisant explicitement l'expression « *obligation de moyens* » (arrêt du 14 mars 1967 ; pourvoi n°66-10.284) (11). Cependant différents décrets de la Cour de cassation ont abouti à passer clairement d'une obligation de moyen à une obligation de résultat et de sécurité-résultat dans 3 champs d'application: en ce qui concerne la réalisation de prothèse, en cas de dommage causé par l'utilisation de matériel médical et en matière d'infection nosocomiale. Or on constate également l'existence d'un courant jurisprudentiel qui tend systématiquement à transformer l'obligation d'informer en une obligation de résultat, cette tendance étant parfois affirmée et parfois voilée c'est-à-dire masquée par l'obligation de moyen (5).

A noter cependant qu'une information complète et un consentement éclairé ne dédouane pas d'un acte risqué. C'est une situation fréquente lorsque le patient demande le rescellage d'une prothèse fixée inadaptée (notamment les couronnes et les « dents à tenons »). Malgré l'explication du risque d'ingestion ou d'inhalation, il peut insister pour que la prothèse soit rescellée. Le chirurgien-dentiste est en droit de refuser un tel acte. Sa responsabilité sera engagée, même s'il s'entoure de toutes les précautions prouvant que son patient, dûment informé des risques, a souhaité la réalisation de l'acte. En effet, c'est au praticien d'évaluer la proportionnalité entre le risque pris et le bénéfice escompté de l'acte (14).

Dans le cadre de la responsabilité civile l'assureur peut se substituer au praticien pour verser l'indemnisation pour la réparation d'un préjudice. Dans le cas où un défaut d'information est à l'origine d'un préjudice, le préjudice résultant du défaut d'information et le préjudice lié à l'acte fautif ne peuvent se confondre. Le praticien - ou son assureur - devra donc réparer le préjudice spécifique subi par son patient du fait du défaut d'information, calculé en pourcentage du préjudice réel (17).

Exonérations de responsabilité de l'obligation d'informer (12) (6) (7) (20) (5)

Les exonérations liées à la disparition de l'obligation d'informer

Le praticien échappe à toute responsabilité lorsque *les circonstances l'ont libéré de son obligation*. Ainsi l'urgence ou l'impossibilité suspendent l'obligation d'information. Le principe est ici l'écho des possibilités de pratiquer les soins sans le consentement du patient. Mais seuls les cas prévus par la loi libèrent le praticien de son obligation d'information.

Le refus d'être informé exprimé par le patient présente encore ce caractère libérateur, de même que *la limitation thérapeutique de l'information*.

Pour des raisons légitimes que le chirurgien-dentiste apprécie en conscience, un patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave.

*Un pronostic fatal ne doit être révélé au patient qu'avec la plus grande circonspection mais les proches doivent généralement en être prévenus, à moins que le patient n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné le ou les tiers auxquels elle doit être faite. (Code de déontologie des chirurgiens-dentistes - **Titre 2 art. 32**)*

Enfin si *le patient a commis une faute qui a empêché le praticien de remplir son obligation d'information* la responsabilité civile du praticien ne pourra être engagée. En effet de par le contrat de soin le patient est créancier, selon le principe de bonne foi, de l'obligation de mettre son débiteur (le praticien) en mesure d'exécuter son obligation. Cela a été confirmé par la loi Kouchner: « *les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose* » (CSP - **art. L. 1111-1**). Sur le terrain de l'information, ceci devrait conduire le patient à livrer tous les éléments nécessaires au praticien pour l'exécution de sa propre obligation d'information.

L'exonération pour absence de dommage

La responsabilité pour défaut d'information n'est pas encourue lorsqu'aucun dommage n'a été causé. En effet la perte d'une chance de refuser les soins, et donc le risque réalisé, doit constituer en soi un préjudice certain pour qu'il y ait responsabilité.

L'exonération pour absence de lien de causalité

La Cour de Cassation, avant la loi du 4 mars 2002 - le 20 juin 2000, avait déjà posé le principe selon lequel le défaut d'information, pour engager la responsabilité du praticien, devait avoir eu une incidence sur le consentement du patient. Un nouvel arrêt récent de la cour de cassation (31 mai 2007) confirme très clairement sa position sur cette question en estimant que s'il n'y a pas de causalité entre le défaut d'information et le préjudice subi par le patient, la responsabilité du praticien n'est pas engagée. Il est désormais acquis qu'un défaut d'information n'entraîne pas nécessairement la responsabilité du praticien en cas de préjudice subi par le patient. Donc, pour reprendre la formule de la Cour de cassation, si une information complète, exhaustive n'aurait pas offert au patient un autre choix que l'intervention proposée, le défaut d'information ne peut être civilement sanctionné. Cette solution doit cependant être utilisée avec prudence. Les juges, en effet, ont refusé d'admettre que l'information n'était pas due alors même que l'opération se présentait comme inévitable. Tel n'est pas non plus le cas lorsque le dommage résultant de la réalisation du risque reste inférieur, en termes de gravité, aux troubles découlant de la non-réalisation des soins concernés. (12) (6) (7) (20) (5)

Autres types de responsabilité engageables

Responsabilité pénale

La responsabilité pénale peut être engagée seulement s'il existe bien réellement une faute et la voie pénale ne sera choisie par rapport à la voie civile seulement si le fond de l'action est l'infraction. Les fautes pénales peuvent être d'imprudence ou intentionnelles et comptent notamment parmi elles : les coups et blessures, l'homicide volontaire, ou encore l'abstention à porter secours. En fait l'activité médicale est « *intrinsèquement délictuelle* » et l'acte médical n'est justifié que par le consentement de la « victime » (consentement éclairé) et celui de la loi (acte justifié par un but thérapeutique) (5). Dans le cadre de la responsabilité pénale l'assurance ne peut se substituer au praticien car la sanction a pour objet la punition et non la réparation.

Responsabilité disciplinaire

L'Ordre des chirurgiens-dentistes veille au respect des règles édictées par le Code de déontologie. La responsabilité disciplinaire fonctionne indépendamment des responsabilités civile et pénale et peut exister en parallèle d'elles. Les fautes punissables ne sont pas forcément illégales et peuvent être: le manquement aux obligations professionnelles déontologiques de moral et de probité ou encore l'atteinte à l'image de la profession, cette dernière pouvant intervenir sur une conduite sans rapport avec l'activité médicale. Les sanctions sont graduelles : avertissement, blâme, interdiction d'exercice temporaire etc...

2. Le consentement libre et éclairé

2.1. Consentement requis

Principe du consentement (12) (22) (7)

L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son consentement préalable. Affirmé également par le Code civil (**art. 16-3**) et par les codes de déontologie la jurisprudence l'a interprété ainsi: « *nul ne peut être contraint, hors les cas prévus par la loi, de subir une intervention chirurgicale* ». Pour cette raison « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (loi Kouchner). Et même plus: « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* » (CSP - **Article L. 1111-4**). Ce fondement doit être étendu à toute intervention, à visée thérapeutique ou non, y compris les actes nécessaires au diagnostic.

Le consentement de la personne doit donc être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne. Cependant, lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, et hors urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches. (12) (22) (7)

Consentement donné (12) (22)

Le consentement éclairé ne peut être recueilli et validé que si le patient a la faculté de consentir. L'acte de consentir suppose une double compétence (ou aptitude, ou capacité): il faut pouvoir comprendre (clarté de l'entendement ou intellect), et pouvoir se déterminer librement (autonomie de la volonté : aptitude à prendre une décision rationnelle touchant son propre bien). Sont tenues pour inaptes à donner un consentement de bonne qualité les personnes dont la capacité de compréhension est faible ou troublée (par exemple, sujets confus ou obnubilés), et celles dont la liberté de choix n'est pas entière (sujets en état de dépendance, comme les pensionnaires des asiles ou des prisons ...). A cet égard il est notable que la capacité légale de consentir au soin diffère de celle de la capacité d'un sujet à former un contrat de soin. Tandis que la capacité à contracter exclut « *les mineurs non émancipés et les majeurs protégés* » (Code civil - **article 1124**) la capacité à consentir aux soins exige, elle, que « *le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.* » (CSP - **Article L.**

1111-4). Même dans le cas où la capacité à consentir est avérée la réalité du consentement donné par le patient pouvant être incertaine, la plus grande prudence sera requise dans la réception du consentement, pour la réalité duquel un simple écrit peut ne pas suffire.

Le consentement vaut, en bonne logique, pour les soins à propos desquels a été délivrée l'information. Certains praticiens ont pu éprouver les effets de cette logique après avoir pratiqué des soins autres que ceux initialement programmés. (12) (22)

Consentement refusé (12) (22)

« Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter le refus, après avoir informé le malade de ses conséquences » (Code de déontologie des médecins, **art. 30, al. 2**). S'il passait outre le refus, le praticien se rendrait coupable de violences volontaires justement caractérisées.

Ce principe toutefois n'est peut-être pas intangible, En effet le principe du respect du refus exprimé par le patient *« trouve sa limite dans l'obligation qu'a également le médecin, conformément à la finalité même de son activité, de protéger la santé, c'est-à-dire en dernier ressort la vie même de l'individu »* (arrêt du Conseil d'état). Le praticien ne peut donc pas se borner à prendre acte du refus, il doit respecter la volonté de la personne seulement *« après l'avoir informée des conséquences de ses choix »* (CSP - **art. L. 1111-4, al. 2 in limine**) et ne peut renoncer aux soins *« qu'après avoir informé le malade sur les autres possibilités et sur les conséquences prévisibles en cas de refus »* (Code civil - **art. 16-3**). Cette obligation, qui a pour objet de compléter l'information due par le praticien, s'inscrit davantage dans le cadre d'une obligation de conseil.

A l'extrême, pour les soins vitaux, la loi Kouchner consacre une obligation de moyen de convaincre le patient: *« Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables »* (Code de la santé publique, **art. L. 1111-4, al. 2 in fine**). Il faut préciser que cette notion d'assistance à personne en péril voit son étendue amoindrie dans le cadre de l'exercice de l'odonto-stomatologie.

Le principe du consentement refusé vaut également pour l'interruption des soins. Le praticien ne saurait interrompre de sa propre initiative les soins acceptés par le patient. Par contre le patient peut, en cours de traitement, à tout moment reprendre son consentement et le praticien après l'avoir dûment informé des conséquences, pourra accepter sa décision. La question du refus des soins (initiale ou secondaire) ne concerne, par définition, que les hypothèses dans lesquelles le consentement du patient est requis. En dehors de ces hypothèses, certes majoritaires, le droit positif admet que certaines circonstances dispensent le praticien de recueillir le consentement du patient. (12) (22)

2.2. Consentement non requis

Comme pour l'obligation d'informer, certaines circonstances exonèrent le praticien de sa responsabilité d'obligation d'obtenir un consentement. C'est le cas lorsque le patient est

hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'il y a urgence .Cette notion se retrouve dans le Code civil (**art. 16-3**), dans les Codes de déontologie et dans la loi Kouchner (CSP). Comme le confirme la jurisprudence, les deux conditions sont cumulatives. Ainsi d'une part, des soins même urgents ne peuvent être pratiqués qu'avec le consentement du patient, lorsqu'il est en état de consentir; d'autre part, en l'absence d'urgence, le praticien doit attendre que le patient recouvre la faculté de consentir. Dans l'éventualité où les deux conditions sont réunies la responsabilité du praticien oscille donc entre la faute professionnelle qui consiste à ne pas intervenir et celle qui consiste à intervenir sans autorisation préalable. Dans les deux cas, sa responsabilité pénale est aussi susceptible d'être engagée (12).

2.3. Défaut de consentement

Le défaut de consentement libre et éclairé peut avoir différentes causes et en conséquence, lorsqu'il est prouvé, entraîner de différentes façons la responsabilité du chirurgien-dentiste.

Le consentement peut être tout simplement *absent* : l'accord du patient n'a pas été demandé. Cela ne veut pas forcément dire que les soins ont été faits sous la contrainte. En général cela est représenté par le cas où la demande de consentement n'a pas été faite par le praticien alors qu'elle était légalement requise.

Le consentement peut également avoir été *insuffisamment éclairé ou non éclairé*. Dans ce cas là c'est le défaut d'information qui va être mis en cause.

Le consentement peut être *non libre* c'est-à-dire obtenu avec une contrainte ou une pression de quelque nature qu'elle soit.

Finalement le consentement peut-être *invalide* car déclaré obtenu d'une personne légalement jugée incompétente à consentir.

Deuxième partie

Contexte relationnel de l'information au patient

II. Contexte relationnel de l'information au patient

La qualité de la relation praticien-patient, influence la justesse du diagnostic, la qualité de l'information échangée et celle de l'adhésion du patient au plan de traitement. Il semble superflu de dire que cette relation praticien-patient dépend entièrement de la communication qui s'instaure entre le praticien et le patient. Ainsi les litiges patient-praticien résultent pour la plupart d'une incompréhension mutuelle par carence d'écoute et de clarté, une possible conciliation étant trop souvent confisquée par la surdité et la cécité réciproques des deux protagonistes. Nécessaire depuis toujours, une bonne communication s'impose désormais depuis les dernières directives relatives aux lois de mars 2002 qui soumettent les professions de santé à l'obligation d'information du patient tout en faisant du patient un partenaire à part entière lors de la décision thérapeutique (15).

Les qualités d'humanisme, de compétence et d'efficacité du thérapeute ont toujours prévalu pour établir la qualité du rapport soignant/soigné et assurer ainsi son rôle légitime. Certains praticiens disposent de qualités innées à cet égard et s'avèrent être spontanément de bons communicateurs. D'autres éprouvent plus de difficultés à mettre en œuvre un protocole relationnel conforme à leurs aspirations et aux nécessités qu'imposent les choix thérapeutiques. Si, dans le domaine de la communication, l'empirisme pouvait être recevable jusqu'à une époque récente, les mutations importantes qu'a connues l'odonto-stomatologie au cours de ces dernières décennies - élargissant ses options diagnostiques et thérapeutiques et redéfinissant même son champ d'application en fonction des pathologies exprimées - imposent désormais une approche moderne à la fois maîtrisée et responsable (16).

Ainsi, tout praticien souhaitant instaurer une communication et un échange d'information de qualité, condition indispensable à l'obtention de l'adhésion du patient au plan de traitement, sera désireux d'acquérir des outils comportementaux à cette fin. Ces outils peuvent être issus, d'une part de la psychologie (comme la résolution du transfert et la démarche pédagogique) et, d'autre part, des techniques de communication. Cette acquisition ne serait cependant se faire sans que le praticien n'ait au préalable à l'esprit toutes les implications de la relation praticien-patient.

1. La relation praticien-patient

1.1. Facteur anxiété et stress

La cavité buccale fait partie de ces zones anatomiques que chacun ressent mais qu'il ne peut voir qu'indirectement grâce au miroir. Elle tient néanmoins une place considérable, où se concentrent plaisir et souffrance: elle est en effet nutrition, sensation, respiration, affection, séduction, sensualité, expression et communication, et ce dès la naissance (23). Quelle que soit la pathologie, même la carie la plus banale, a fortiori lorsqu'il s'agit de lésions douloureuses, tout patient est psychologiquement troublé. Ce qui touche aux dents a un double sens: celui de la nécessité d'une intervention pour le moins désagréable, mais aussi celui d'une dégradation plus ou moins soudaine, mêlé d'un sentiment d'injustice et de culpabilité. Généralement les patients taisent cela de peur de passer pour quelqu'un de

ridicule. De plus la perte des dents joue sur l'estime de soi, la perception du vieillissement et rapproche de la mort. La personne qui enlève sa prothèse adjointe totale, chaque soir dans sa salle de bains, se sent diminuée. Elle voit son visage s'effondrer, se rétracter brutalement, et elle ressent parfois un dégoût d'elle-même qui exerce une influence désastreuse sur sa qualité de vie (24). Ainsi l'odonto-stomatologiste touche non seulement à la préhistoire de chacun, à l'intimité d'un lieu chargé d'émotion, de plaisir, de déplaisir et de frustration, mais il intervient de plus sur des organes extrêmement ambivalents destinés à la morsure, à la mastication, au sourire, en d'autres termes, à l'attaque, à la survie, à la séduction et à la communication (25).

On peut recenser six types de craintes liées au soin dentaire.

- *Les peurs transgénérationnelles*, héritage des idées reçues transmises par les parents. Le patient conditionné par un passif de santé bucco-dentaire inadapté, associe ses problèmes dentaires à la fatalité. Dans les cas les plus sérieux, il ne s'autorise pas à dépasser ses préjugés de peur de « trahir » sa famille sur le plan symbolique. Un message d'espoir fondé sur des critères strictement rationnels est difficile à entendre.

- *Les peurs acquises au cours d'expériences vécues*, et qui restent tapies au fond de l'inconscient. L'éruption des premières dents lactéales est presque toujours douloureuse. Première douleur à s'inscrire dans le schéma corporel de l'enfant, elle laisse des traces mnésiques indélébiles. De plus l'éruption dentaire coïncide souvent avec la période du sevrage et celle de la séparation maternelle difficile.

Par la suite les mauvais souvenirs du dentiste de son enfance peuvent influencer la perception des soins dentaires d'un sujet. De même, certaines réflexions déplacées des parents, du type: «le docteur ne va pas te faire mal si tu es sage» et autres menaces de pique, donnent du fil à retordre aux praticiens. Rappelons également que la pulpite vient au palmarès de l'intensité douloureuse en seconde place derrière la crise de colique néphrétique. Le sujet a malheureusement tendance à assimiler, au fil du temps, la douleur intense liée à la pulpite et l'acte thérapeutique du chirurgien-dentiste.

- *La peur de l'envahissement, du viol* : toute approche thérapeutique brutale peut être interprétée par le patient comme un viol de son espace intime

- *La peur de la contamination et des infections* car tout lieu de soins peut donner lieu à des infections nosocomiales. Le patient ne remet pas personnellement le praticien en cause, il craint juste les « microbes ». La consommation fréquente d'émissions de télévision et d'articles alarmistes favorise ce type de réactions.

- *La peur de l'arnaque* parce que les soins dentaires sont les seuls à donner lieu à un important « reste à charge » qui varie d'un praticien à l'autre, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des disciplines médicales. Cette « anomalie » entraîne autant de suspicions que les clichés dont la profession est victime: le dentiste coûte cher, il fait mal, même si ce n'est plus le cas, donc sa probité est au mieux incertaine. (23) (24) (25)

Les signaux d'alerte de la crainte sont variés comme en témoigne une liste non exhaustive:

- Soumission suspecte
- Logorrhée pour retarder l'échéance
- Gestes mal coordonnés
- Changement de tonalité de la voix (plutôt vers l'aigu)
- Agressivité dirigée contre l'assistante
- Somatisations
- Douleurs post-opératoires atypiques ... (23) (24) (25)

Par conséquent il est possible parfois d'assister à un jeu de poker menteur. Déstabilisé par la dimension irrationnelle des réactions de son interlocuteur, le praticien monologue face à un mur. Le patient, lui, dit gentiment « oui docteur », mais il n'a nullement l'intention d'obéir aux injonctions d'un expert incapable de le mettre en confiance et qui nie complètement ses émotions. Quand le courant ne passe pas, deux frustrations se confrontent: celle du praticien qui se sent remis en cause dans ses compétences professionnelles et son autorité médicale, et celle du patient qui a le sentiment de passer à côté de solutions restauratrices, dont il a besoin, mais qui en veut au praticien de n'avoir pas été assez pédagogue et rassurant. Le danger est la création d'un cercle vicieux: une technicisation de l'exercice qui entraîne un retrait relationnel. Faute de communiquer avec le patient, le praticien le réduit au « bridge de 15h » et se réfugie dans une approche technique de son exercice. Stressés et déstabilisés par des craintes irrationnelles qu'ils ne peuvent anticiper en raison d'une formation exclusivement scientifique, ils passent à côté de nombreuses demandes de soins. Celles-ci restent informulées ou sont exprimées indirectement, ce qui rend leur interprétation difficile. Face à ces « bugs » relationnels qui empêchent d'envisager des soins pourtant nécessaires, la tentation de recourir aux outils marketing est bien réelle. Le patient, de son côté, n'a aucune envie de confier ses problèmes bucco-dentaires à un homme-machine (24).

1.2. Facteur financier

Dans le domaine du soin c'est certainement la profession de chirurgien-dentiste qui confronte le plus le patient à la dimension financière des traitements. Cela est dû au faible taux de remboursement des prothèses et implants. Or le consumérisme croissant qui touche la société s'avère un écueil dans la relation soignant-soigné et donc plus fortement encore dans la relation dentiste-patient. De plus la presse écrite grand public, comme le cinéma, renvoie le plus souvent une image négative du chirurgien-dentiste. Elle suscite réticence et interrogations des patients concernant la qualité des soins, leur nécessité, et le montant des honoraires qui en découle. Y sont employés les mots « arnaques », « hors de prix », remettant en cause la bonne foi des chirurgien-dentistes, même envers des actes dont les honoraires sont fixés par la nomenclature. Ces affirmations - aux termes délibérément racoleurs - confortent lecteurs et spectateurs dans leurs préjugés : « *Le dentiste fait peur, fait mal ... et encaisse.* ». Cette petite phrase trouve sa source dans une maxime bien connue outre-atlantique: « *drill, fill, bill* » (fraisier, remplir, et facturer). Les patients deviennent de véritables « consommateurs de santé », de plus en plus exigeants en matière d'informations aussi bien au niveau des soins qu'au niveau de leur coûts. Cette exigence en matière de renseignements n'est pas forcément à considérer comme un handicap, dans la mesure où elle reflète un certain intérêt du patient à

l'égard des actes du praticien. Le « hic » réside dans le fait qu'elle est souvent combinée à un autre aspect de cette évolution sociale, qui consiste à placer la réhabilitation buccale au rang d'une dépense comme une autre. En clair, les devis prothétiques sont mis en concurrence avec le remplacement de la machine à laver ou le désir d'achat d'un écran plat pour ne rien manquer de la Coupe du Monde (23).

1.3. Facteur soignant - soigné

Toute compréhension est personnelle

A partir du moment où sont associés relation et contenu du message, il n'est pas difficile d'admettre que, chaque « communicant » étant différent, le traitement de l'information va subir des variations considérables selon les données psychologiques, cognitives, sociales et culturelles de chacun.

Données psychologiques

Toute communication comprenant intrinsèquement un objectif, y compris celui de ne pas vouloir communiquer, chaque interlocuteur traite d'abord cet objectif selon sa personnalité et ses motivations. Consciemment ou non, il filtre, sélectionne ou interprète, mettant en œuvre ses mécanismes personnels de défense c'est à dire « *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* » (Faure, 1973). Parmi les principaux mécanismes personnels de défense se trouvent:

- *la projection*: « Le sujet attribue à l'autre les pensées désagréables qu'il ne peut supporter en lui-même et il les ressent comme autant de reproches qui lui sont adressés venant de l'extérieur » (Fédida, 1974). Exemple: « Je me sens coupable » devient « On m'en veut »;

- *la scotomisation*, du terme scotome utilisé en ophtalmologie pour signifier la présence d'une tache opaque, désigne l'élimination de l'information gênante en ne la percevant même pas. Plus communément, on parle de « mémorisation sélective » oubli immédiat de l'information problématique, ou encore d' « interprétation défensive », qui aménage la signification pour la rendre conforme à ce qui en est attendu (25).

Données cognitives

Les données cognitives coexistent et se conjuguent avec les données psychologiques. Les capacités cognitives sont assujetties à la formation du sujet et à son organisation mentale et intellectuelle. Elles dirigent la réflexion et la représentation de la situation, ce qui rend évident qu'il ne peut y avoir de réalité objective. Chacun s'approprie, reconstruit, interprète selon son système cognitif, lequel s'augmente de la représentation qu'il a de lui-même, de l'image qu'il veut donner et de la représentation qu'il a de l'autre. L'intersubjectivité de toute relation de communication prend toute sa dimension dans l'imbrication du psychologique et du cognitif (25).

Données sociales et culturelles

Les données sociales et culturelles renforcent la complexité des échanges d'informations et de significations. L'identité et l'image sociales sont bien évidemment liées à la place occupée par une personne dans la hiérarchie sociale. Ce statut confère des rôles, des comportements, des attitudes prédéterminées et attendues par les autres et menace aussi de distorsion une relation qui s'entache inévitablement de préjugés, de stéréotypes et d'a priori.

Le codage et le décodage de la signification d'indicateurs verbaux ou non verbaux dépendent eux aussi du contexte culturel. Il est à noter que la culture, qu'elle soit d'un groupe social professionnel ou ethnique, possède un système d'échange souvent très spécifique. Un exemple est celui du jargon médical parfaitement hermétique pour les autres. Pour le non-verbal, il est connu que le sourire en Extrême-Orient n'a pas du tout la même signification qu'en Occident (25).

Le transfert

Le transfert joue un rôle primordial dans la relation soignant-soigné. Cet aspect affectif est classiquement décrit à partir des travaux de Freud au début du 20^e siècle. La notion de transfert et de contre-transfert applicable initialement à la relation entre le psychanalyste et son patient peut donc en fait être élargie à toute relation soignant-soigné. Le transfert concerne l'ensemble des sentiments affectifs ressentis spontanément par le patient envers le praticien. Il est décrit comme la base de tout attachement et résulte d'une pulsion primitive élémentaire qui remonte à l'état de dépendance envers ceux qui, dans notre enfance, nous protégeaient, nous soignaient. C'est la place occupée par le thérapeute qui conditionne la dynamique de transfert: le patient prend le soignant pour le père, ou la mère, imaginaire qui détient le pouvoir d'amour: le transfert est un jeu, un report d'affects, un amour virtuel. Le contre-transfert résulte du même processus, mais de la part du praticien envers le patient. Transfert et contre-transfert peuvent être positif ou négatif (26).

Le transfert vient donc renforcer le déséquilibre de la relation praticien-patient. Ce déséquilibre trouve son origine dans l'inégale répartition des savoirs et « des pouvoirs » entre le praticien et son patient et induit des rapports dominant-dominé que certains praticiens croient effacés par la dimension technique de l'acte de soin. Le modèle paternaliste, transmis par la culture hospitalo-universitaire, conforte cet état de fait. Cependant l'autorité dans la relation praticien-patient est très insidieuse. Elle n'apparaît pas sous forme d'ordres. Aucun praticien ne se reconnaît sous cet aspect, socialement incorrect. Pourtant, dans les jeux de rôles que fait pratiquer Marc-Gérald Choukroun à des praticiens, elle apparaît nettement au grand étonnement des participants. L'autorité se manifeste dans le fait que le praticien parle peu, ne délivre que des informations techniques, de telle sorte que le malade ne peut que se plier au discours du praticien. Bien que le gant soit de velours, le comportement subséquent du malade est de se soumettre. Voilà bien la visée de l'autorité (27). Cette condescendance involontaire empêche le patient de livrer les clés de sa personnalité et, par là même, nuit à la qualité de son adhésion à un plan de traitement qui ne saurait, dans ces conditions, lui être adapté (24).

Vocabulaire médicale abscons

Habitué à manipuler certains concepts médicaux et/ou scientifiques, le praticien est entraîné à s'exprimer sans nécessairement adapter son discours à son interlocuteur. Il faut insister sur le fait que le patient ignore généralement tout de la langue odonto-stomatologique et que l'emploi d'un vocabulaire très spécialisé peut aisément le déstabiliser (16). L'exploitation d'un vocabulaire médical abscons et hermétique est toujours préjudiciable pour le patient:

- image « péremptoire » du praticien dans l'esprit du patient (attitude qui peut être « jugée » par le patient comme défensive de la part du praticien) ;
- refus liminaire d'un dialogue thérapeutique équilibré;
- accentuation du sentiment de marginalisation du patient (qu'il ressentait déjà à cause de sa pathologie ou de son handicap oral) ;
- sentiment de rejet du malade (qui ne peut participer légitimement à l'échange) ;
- image « condescendante » du praticien;
- sentiment d'affliction du patient (qui ne dispose pas de points de repère pour situer sa pathologie ou son handicap) ;
- apparition possible de dérivés fantasmatiques;
- émergence de complexes du patient;
- demande « non dite » d'apaisement, non satisfaite.

Cela peut donc aisément aboutir à une mise en cause de l'engagement relationnel. Plus handicapants encore sont les risques potentiels de désinformation du malade qui a été le destinataire d'un exposé hermétique ne lui permettant pas d'accéder à une base minimale de références. Tous ces facteurs peuvent se conjuguer pour engendrer un risque de perte de spécificité de la relation thérapeutique (16).

Spécificité de la relation-communication en odonto-stomatologie

Les techniques de soin exigent habileté, minutie, ingéniosité, réflexion et nécessitent un patient immobile et docile. Celui-ci, hypervigilant (les anesthésies ne sont que locales ou locorégionales) pour ne pas dire « aux aguets », est à la merci du praticien par le rapprochement physique et son peu de possibilités d'émettre des messages pendant l'intervention dont il a plus ou moins bien compris le déroulement. Le praticien, masqué, ganté et lunetté, examine, observe, commente rarement, use d'un langage codé, technique, avec son assistante et s'adresse plutôt parcimonieusement au porteur des objets de toute son attention: la bouche et les dents du patient (25).

2. Le transfert

2.1. Lexique

Le Conscient

Le conscient est le monde sur lequel chacun pense et communique, il n'est qu'une partie de l'activité psychique. Il s'oppose à l'Inconscient.

L'Inconscient

L'inconscient résulte de pulsions refoulées.

Le Moi

Le Moi est l'interface entre le monde intérieur et le monde extérieur, à l'image d'un ectoderme. Il a une fonction d'adaptation.

Le Sujet

Le Sujet est la part de l'individu qui existe dans l'inconscient. Le Sujet tel un hypnotiseur envoie des ordres au Conscient. De ce fait, le praticien doit avoir à l'esprit que lorsqu'il s'adresse à son patient, il a en présence un Moi et un Sujet. Il doit donc communiquer avec les deux. Si la communication verbale est difficile et décevante, c'est que n'est tenu compte que d'une partie du patient en s'adressant au Moi.

Le Transfert

Pour Freud : « remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin ». Neyraut parle lui d'un « quiproquo » où le médecin est pris pour ce qu'il n'est pas.

Le Contre-Transfert

Le contre-transfert du praticien est une résistance à la relation ou, mieux, l'Inconscient qui se manifeste. Il commence par la réponse à une demande, celle du patient qui peut s'exprimer soit par la souffrance (si elle est exprimée avec trop d'émotions), soit par la peur de la maladie et de ses conséquences (si le praticien ne se sent pas apte à donner des réponses précises), soit par le comportement du malade (si celui-ci met le traitement en péril). Mais aussi, lorsque le malade pose trop de questions, met en doute les paroles du praticien, le praticien est alors sollicité pour apporter une réponse. C'est là que le contre-transfert se met en œuvre, et que le praticien peut être tenté d'éluder, d'escamoter la demande dans un silence ou dans une réponse technique, ou dans une réponse hostile (27).

2.2. Principes fondamentaux du transfert

Le transfert est transfert d'un autre

Lorsque le patient met en acte son praticien, il parle d'un autre, et le fait parler à la place de cet autre. Cet autre est son père, sa mère, son frère, son instituteur, un autre médecin, ou tout autre ... La demande du patient est que le praticien réponde comme un Idéal du Moi (parent protecteur) ou comme un Surmoi (Parent interdicteur). Devant cette « duperie » reconnue et nécessaire, le thérapeute est tenté de se protéger, car son propre affect est interpellé. Le contre-transfert contient en lui-même les résistances au transfert, résistances que

le soignant doit dépasser pour vivre et faire vivre le transfert. Le patient renvoie régulièrement son praticien à des croyances: la mort, la maladie, la guérison, la douleur... Le praticien lui aussi a accumulé des croyances sur ces thèmes. Le contre-transfert s'appuie sur ces représentations fictives, non critiquées, que le médecin véhicule et qui font résistance aux représentations du patient. Ils se nourrissent mutuellement de ces croyances ou, au contraire, ils s'y affrontent (27).

Le transfert est la répétition d'un scénario d'amour déçu

Les stratégies de l'amour conduisent à des scénarios repérables par le praticien chez son patient. Répétition d'un désengagement des parents, le patient cherche à vérifier l'échec qu'il a vécu dans son enfance. Lorsque je suis sage, mes parents m'aiment, mais lorsque je fais une bêtise, ils ne m'aiment pas. Cette expérience enfantine est l'objet d'une détresse affective. Elle est curieusement l'origine du scénario de la répétition transférentielle. Lorsque je me conduis mal, est-ce que le médecin s'intéresse encore à moi? S'il me fait des reproches ou devient indifférent, alors je vais me protéger et ne pas croire dans la possibilité d'être aimé. Le patient prend le soignant pour le père, ou la mère, imaginaire qui détient le pouvoir d'amour: le transfert est un jeu, un report d'affects, un amour virtuel. La relation de soins est donc une mise en acte de l'inconscient, c'est-à-dire l'actualisation d'une stratégie d'amour déçu, car le patient la met en relation avec l'échec du corps. Il répète une histoire vécue ou imaginaire et fait répéter à son praticien un personnage qui lui a posé un problème crucial dans cette histoire (27).

Le praticien n'est pas étranger à cette mise en scène

Lui aussi a ses scénarios d'amour et ceux-ci vont se jouer sur chaque plateau dans un scénario différent. Ceci n'est pas le contre-transfert mais le transfert du praticien, parfois la mésalliance. Tout soignant y est soumis. Cela constitue sa part d'humanité, c'est alors son Sujet qui agit en lui, l'attitude objective qui suppose de nier cet inconscient est fictive. Il est préférable pour le praticien d'être sincère, d'être congruent, cela constitue la seule manière d'y faire face (27).

2.3. Résolution du transfert

Plonger dans le transfert pour le résoudre (27)

Tout d'abord il va s'agir pour le praticien d'être conscient que le réel n'existe pas, qu'il n'est que le reflet du monde extérieur dans le regard du Sujet. En effet «*la conscience est toujours conscience de quelque chose* » (Brentano). Pour accomplir son art, le praticien doit se fier aux découvertes scientifiques, mais elles ne sont qu'une partie de la réalité. Il en existe une autre dont le praticien doit tenir compte car la réalité du Sujet est la réalité de l'inconscient.

Dans le transfert le patient fait donc jouer un rôle à son praticien, il lui donne le rôle qu'un autre a déjà joué dans son enfance. Le patient répète inlassablement la scène qui l'a meurtri, dans un autre temps. Dépasser ce quiproquo consiste pour le praticien à remettre les choses et les personnages à leur place et ne pas jouer ce rôle. Cependant, ignorer l'implication

de soi et ne pas la gérer, est une erreur à éviter. Le praticien doit se laisser prendre dans cet artifice psychodramatique, sans « y perdre son âme ». De nombreux praticiens ont cette intuition, et, faute de vouloir entrer sur la scène du drame, ils se retranchent derrière l'indifférence. Comme un refus de mise en acte, comme une crainte d'être dépassé par le personnage que le patient leur fait jouer.

Lorsque le patient se fourvoie et piège le praticien dans un scénario d'échec, pour en sortir il faut tout d'abord que le praticien admette que son patient joue et lui fait jouer un rôle dans une scène imaginaire ou vécue. Cette scène dans laquelle son besoin d'amour a été mis en danger. Le but du praticien est d'en délivrer le patient par une issue différente. Le rôle du praticien est celui d'un repérage. Il s'agit de repérer les stratégies d'amour utilisées par le patient, afin de sortir de la toile d'araignée dans laquelle voudrait le plonger le patient pour revivre cet échec. Tout acte du patient dans le cadre du soin est un signal qui indique un autre scénario que celui qui se joue en conscience. Telle une pièce de théâtre, tout ce qui se passe dans la scène du soin son décor, ses personnages, ses dires - constituent des signes. Les symptômes sont des signifiants. Tout dire, tout acte doit être soupçonné d'avoir un double sens. Bien sûr, il ne faudrait pas systématiser cette symbolique et oublier de prendre au sérieux les signes médicaux et la souffrance du patient. Il s'agit pour le praticien d'écouter et non de discuter. L'idée est d'être disponible, sensible et de noter certains petits détails. «Tiens, elle était allongée dans la salle d'attente et maintenant en s'asseyant sur mon fauteuil, elle baille. N'est-elle pas en train de me dire quelque chose?». Peut-être ne se passera-t-il rien, ou peut-être est-ce le point de départ d'une situation intéressante. (27)

De la relation « d'autorité soumission » à la relation « centrée sur le patient »

Il va s'agir de déprogrammer la relation habituelle d'autorité soumission. Le plus difficile étant que les praticiens n'ont pas conscience de l'existence de cette relation et que ces attitudes agissent à leur insu, comme le montrent les jeux de rôles pratiqués par Marc-Gérald Choukroun avec les professionnels de santé où les attitudes négatives sont identiques d'un groupe à l'autre. Thomas Gordon, dans son livre *Communiquer avec ses patients*, les a bien identifiées et propose cet exercice fort intéressant qui consiste à imaginer comment inquiéter le patient, afin de déduire ce qu'il ne faut pas faire.

Il est possible de résumer les différentes réalisations du contre-transfert :

- moraliser*: « Pourquoi grignotez-vous après les repas, vous savez que ce n'est pas bien! »;
- *menacer*: « Si vous ne suivez pas mes prescriptions, il est inutile de revenir me voir ... » ;
- ridiculiser, ironiser*: « - Docteur, j'ai eu mal à me taper la tête sur le mur, après votre intervention! - J'espère que vous ne l'avez pas cassée! » ;
- *désespérer* : «Selon les statistiques, vous avez 50 % de chance de vous en sortir ... » ;
- *humilier*: «Votre régime est ridicule, ce n'est pas ce que je vous ai conseillé ... » ;
- *interpréter*: «- J'ai eu trop mal, je n'ai pas pu aller au travail. - Pas pu ou pas envie? » ;
- donner des solutions*: «Vous ne pensez pas à prendre votre médicament? Vous n'avez qu'à faire un nœud à votre mouchoir! ». Ainsi si le patient n'applique pas la solution, il est en faute;
- ordonner*: «Vous ne devez plus manger de chewing-gum, de caramels, ni de sandwiches. », si le patient, mange un chewing-gum, il est situé dans la transgression ;

-rassurer: « Ne vous inquiétez pas, cela ne va pas faire mal. » « C'est une intervention très banale. ». Ces paroles sous-entendent qu'il y a un risque.

Tous ces comportements de soignant ont pour conséquence de culpabiliser le patient. Ils s'adressent au Moi infantile et agissent comme un Surmoi. Se taire pour le praticien, c'est déjà progresser dans la relation positive. Ainsi il peut commencer par utiliser les astuces que sont l'écoute active et l'encouragement à parler qui se manifestent par des marques d'écoute verbales - interjection (oui... hum... ha !), répétition du dernier mot en forme d'interrogation, demandes d'explication - ainsi que par des comportements non verbaux comme des hochements de tête, un regard attentif, une expression du visage, une posture ou toute autre marque d'intérêt ou d'attention (28). En tout cas le praticien doit s'interdire d'effectuer des jugements négatifs: le thérapeute doit être amoral et bienveillant. Carl Rogers livre la clef de l'attitude idéale à conseiller au praticien, il nomme cette procédure la relation d'aide et la décrit comme une « thérapie centrée sur la personne » qui vise à une harmonie entre l'inconscient et le conscient. La personne est l'être authentique qui doit naître pour prendre la place de ce patient qui souffre et se ment à lui-même : c'est le « développement de la personne ». Cette « relation centrée sur la patient » nécessite trois conditions (27).

Première condition, le thérapeute doit être congruent

Il s'avère que le changement d'un patient se trouve facilité lorsque le thérapeute est ce qu'il est, lorsque ses rapports avec son patient sont authentiques, sans masque ni façade, exprimant ouvertement les sentiments qui l'envahissent de l'intérieur. Le praticien s'adressera à son patient dans des termes tels que: « Je sens que vous avez peur de moi ... J'ai l'impression que je ne vous ai pas vu depuis longtemps et pourtant je vous ai vu la semaine dernière... Je vous trouve élégante aujourd'hui ... Je sens que l'on va bien s'entendre ... Je suis content de vous soigner ... ». Et avant une explication technique, le praticien, peut déclarer: « Je voudrais vous dire quelque chose qui est important pour moi » plutôt que de faire croire au malade que c'est important pour lui. Ou bien encore: « Vous êtes venu parce que vous aviez mal, vous n'avez plus mal, et moi je voudrai bien accomplir mon rôle de praticien en recherchant une cause à cette douleur ... », plutôt que d'énoncer: « Maintenant que votre douleur est réglée, *il faut* en rechercher la cause. », car le « il faut » désimplique le praticien, et fait référence à l'Idéal du Moi parental. Tout se passe comme si le patient était sujet d'une situation, un sujet solitaire. Au contraire, dans la congruence, le praticien est solidaire (27).

Deuxième condition, le thérapeute doit être accueillant

Etre accueillant consiste avant tout à adopter une attitude de réceptivité aussi bien intellectuelle qu'affective. Cela suppose que l'esprit du praticien (logique, imagination, intuition, etc.) ne soit pas accaparé par des problèmes personnels et qu'il soit attentif aux messages présents. Cela nécessite que le soignant soit donc émotivement disponible. Il pourra ainsi atteindre un sentiment positif d'accueil, qui s'extériorise sans réserves, ni jugements: c'est « la considération positive inconditionnelle ». En effet pour être accueillant un praticien ne doit jamais faire de reproches, mais pour être congruent, il ne doit pas non plus se taire. C'est pourquoi le praticien cherchera, et c'est toujours possible, à énoncer ses observations dans la considération positive.

Ainsi si le patient déclare :

- « J'en ai marre de souffrir, je voudrais mourir », le thérapeute l'accueille dans ce sentiment et dit « Je comprends que c'est très difficile », plutôt que d'énoncer « Vous n'avez pas le droit de dire cela ... » ;

- « Je veux arrêter le traitement! », le thérapeute accepte et reconnaît le désespoir de son patient en disant: « Vous avez sûrement raison, essayez de me dire pourquoi ... »;

- « Je n'aime pas souffrir. », au lieu de rétorquer: « Mais dans la vie il faut savoir souffrir. », le praticien répondra: « Votre réaction est tout à fait naturelle. ».

Autrement dit, la place du thérapeute n'est pas de faire de la morale au patient, ni même de faire peser des paroles négatives. C'est son éthique la plus profonde qui doit le soutenir afin que, quelles que soient les circonstances et les apparences, il reste amoral et bienveillant.

Troisième condition, l'empathie

L'empathie professionnelle (28)

La notion fondamentale d'une communication thérapeutique est donc l'empathie, notion qui reste assez difficile à cerner car il s'agit d'une attitude réellement professionnelle, demandant un apprentissage. L'empathie se définit par la capacité d'un individu à se mettre mentalement à la place d'un autre. Pour Adler (1991), c'est la capacité de sortir de soi-même pour comprendre quelqu'un d'autre, de saisir le point de vue de l'autre avec « les yeux » de l'autre. Une personne qui se veut empathique effectue un effort volontaire pour recréer la façon dont son interlocuteur perçoit la réalité. Les psychologues disent qu'il s'agit d'un état de congruence (relation qui associe deux êtres) entre les attentes du patient et celles du thérapeute. S'y distingue une implication émotionnelle, cognitive (permettant de se connaître) et comportementale du patient par une mise en œuvre active et positive du thérapeute.

Trois facteurs préalables sont indispensables à l'établissement d'une attitude empathique :

- *la volonté d'écouter*, pour s'informer, vérifier, questionner, sonder, observer. L'écoute est un acte d'attention qui se travaille, s'apprend, s'éduque et s'améliore au fur et à mesure de la pratique;

- *la curiosité*: un certain nombre de praticiens n'osent pas déborder le cadre strict de leur domaine d'activité en posant des questions d'ordre personnel à leurs patients de peur de paraître indiscrets. En réalité, la curiosité est une ouverture à l'autre, à son environnement social, culturel, familial et affectif, permettant une vue d'ensemble du fonctionnement du patient. Une certaine dose de tact est nécessaire, qualité qui peut également se travailler et s'éduquer;

- *la patience*, qui est certainement le facteur le plus difficile à acquérir car il demande au praticien une bonne maîtrise de ses émotions. Le temps, l'attente et le silence font partie de la mise en œuvre d'une bonne technique de communication.

La réalisation d'une empathie s'effectue à deux niveaux:

- *sur le plan cognitif*, il s'agit de la compréhension de ce que l'interlocuteur exprime. Cette compréhension intellectuelle implique de n'être ni juges ni critiques, ni même d'exprimer de

la compassion. Toutes les valeurs, opinions, croyances personnelles sont occultées pour adopter celles de l'autre personne sans pour autant adhérer à ses idées ou se laisser influencer;

- *sur le plan affectif*, il s'agit de saisir l'expression des sentiments et des émotions.

L'empathie oblige le sujet à se mettre à la place de l'autre « comme si » il était l'autre (28).

L'utilisation de la paraphrase est la clé de ces réponses de reflet. La paraphrase vise trois objectifs: d'abord, montrer au patient que le praticien est avec lui et essaie de comprendre ce qu'il dit; ensuite, clarifier ses propos en les reformulant de façon plus concise; enfin, en favorisant les rectifications, vérifier si ses paroles ont été bien comprises. Il est ainsi possible pour le praticien de refléter le patient dans:

- sa perception d'une situation;
- ses pensées vis-à-vis de la situation;
- ses sentiments;
- sa décision ou son action. (28)

L'utilisation de la paraphrase et des réponses de reflet permet au praticien une bonne évaluation. Elles lui fournissent également une aide à la prise de décision par un recentrage ou un « déplacement du problème ». Par exemple, un patient s'oppose à la prescription de radiographies et déclare: « Je préfère que l'on ne prenne pas de radiographies ». Divers types de réponses peuvent lui être opposés:

- *réponse reflet de sentiment*: « - J'ai l'impression que vous craignez les radiographies... - J'ai entendu dire que, lorsque l'on prend trop de radiographies, c'est dangereux pour la santé - Je comprends votre prudence. »

- *réponse reflet de perception*: « Vous estimez qu'une radiographie est préjudiciable pour la santé... Je ne sais pas. On dit tellement de choses sur les radiographies » ;

- *réponse déplacement du problème*: « Vous avez raison, les radiographies peuvent nuire à la santé si elles sont utilisées trop fréquemment, ce qui n'est pas le cas en ce qui nous concerne. Permettez-moi de vous expliquer ce que la radiographie nous permet de voir et pourquoi je devrais en prendre une. » (28)

Une communication empathique est reconnaissable par sa capacité à faire revivre et à recréer les sentiments et les émotions au cours de l'entretien. Cependant l'empathie est différente de la sympathie: celle-ci se définit par l'affinité spontanée entre deux personnes ou par le fait d'éprouver les mêmes sentiments. Or, le thérapeute doit veiller à ne pas montrer les émotions que le discours du patient provoque en lui pour ne pas le mettre en difficulté. L'empathie est la reconnaissance exprimée et sincère de ce que l'interlocuteur exprime et ressent sans pour autant l'approuver systématiquement. En cours de traitement, l'empathie permettra au thérapeute d'apporter plus facilement son soutien à son patient; celui-ci peut exprimer librement ses difficultés et développer un véritable sentiment de maîtrise vis-à-vis de son traitement. Cela constitue la base d'une bonne coopération. (28)

L'empathie c'est écouter au bon endroit (29)

Première étape : *ne rien faire*. Siddhārtha Gautama (le bouddha) fait cette proposition: « Don't just do something, stand there ». Arriver à écouter l'autre sans rien faire suppose d'avoir profondément intégré la confiance que tout être dispose en lui de toutes les ressources nécessaires à sa guérison, à son éveil et à son épanouissement. Tout cela est bien loin de tout réflexe paternaliste. Dans un premier temps le souci de « bien faire » doit laisser la place à celui de « bien rien faire ». Etre en empathie avec l'autre exige donc une bonne sécurité intérieure.

Deuxième étape : *porter son attention sur les sentiments et les besoins*. Il ne s'agit pas d'interpréter, mais de paraphraser pour tenter de prendre conscience des sentiments et des besoins. Il est crucial de comprendre que répéter, reformuler les besoins de l'autre ne veut pas dire approuver ni, a fortiori, être prêt à les satisfaire. En ne reflétant que le sentiment, le risque est de rester à ce seul niveau tandis qu'en « lestant » le sentiment d'un besoin, cela invite l'interlocuteur à descendre à l'intérieur de lui-même, à faire le travail d'intériorité qui permet d'élargir la conscience et le pouvoir d'action.

A noter qu'il s'agit de reformuler sans entretenir l'opposition et donc d'employer la méthode de formulation de la Communication non violente. Ainsi il s'agit de ne pas laisser passer les phrases « mentales », qui restent en surface, comme les jugements, les préjugés et les assignations de catégories visant à mettre les personnes « dans des cases ». Marshall Rosenberg constate en effet que « nos jugements sont l'expression tragique de nos besoins ». Ne pas laisser passer ne signifie pas argumenter ou démontrer l'inexactitude mais inviter à un « changement de niveau » loin des jugements généraux et au plus proche du ressenti et du besoin personnel de l'interlocuteur.

Finalement il n'est pas indispensable de tomber pile sur les bons sentiments et besoins. En reflétant les sentiments et les besoins, une perche est tendue à l'autre. Cette attitude, d'une part incite l'autre à se situer intérieurement, à descendre en lui-même pour s'assurer de son état intérieur, et, d'autre part, manifeste à l'autre l'écoute bienveillante dont il a besoin pour trouver ses propres ressources. Il s'agit donc d'une écoute active (29).

Aimer le patient (27)

Lorsque le thérapeute devine les sentiments et les réactions personnelles éprouvées par le patient à chaque instant, quand il sait les percevoir de « l'intérieur » tels qu'ils apparaissent au patient, et quand il réussit à communiquer quelque chose de cette compréhension au patient, le praticien peut s'exprimer ainsi: « Je vous sens soucieux ... J'ai l'impression qu'il vous est arrivé quelque chose d'important... Vous n'êtes pas content d'avoir attendu ... Vous avez mal à votre corps, et plus loin encore ... Je sens que vous êtes fatigué d'avoir mal. .. Vous vous inquiétez de cette intervention ... ». Aimer le patient au lieu de se faire aimer, voilà le projet d'une nouvelle relation thérapeutique, dont les fondements théoriques sont ici présentés. Cette attitude vertueuse du praticien sera le plus souvent qualifiée d'une gratification positive de la part des patients et d'une reconnaissance réelle. Quel est le vecteur thérapeutique qui modifie les circonstances psychologiques du patient? L'expérience clinique de Marc-Gérald

Choukroun lui permet d'assurer que le plus positif pour un être humain est un autre être humain, car notre principale caractéristique est la vie sociale. Si la science permet de résoudre les problèmes du réel biologique, l'effet en est formidable. Mais si la science ne fait que rompre le lien, la détresse peut être redoublée. Associer la biotechnologie à la connaissance de l'Inconscient, c'est agir d'une façon nouvelle sur la santé. Les anciens nous ont maintes fois avertis du registre corps et âme, mais ce sont les recherches récentes sur le stress et la psychologie médicale qui nous indiquent une pratique désormais incontournable.

C'est pourquoi le discours technique n'est qu'une fermeture de l'inconscient. La seule attitude possible est d'interroger le patient sur sa maladie, la raison de sa visite, ce qu'il craint, ce qu'il désire savoir, s'il pose des questions: qu'est-ce qui l'inquiète? L'acte le plus efficace est la parole. Le praticien doit s'obliger à l'acte de parole. C'est une attitude qui doit apparaître comme un intérêt total porté au corps du patient et à sa personne: les deux indissociés. Il faut prendre le temps et ne pas tarir de questions, de sorte que le patient acquiert l'intime conviction que l'on s'intéresse à lui dans la totalité de son corps et de son vécu. Avec le réductionnisme scientifique, l'anamnèse s'est limitée aux informations biologiques, ce qui n'est pas conforme à l'art médical ni à la science. Science signifie savoir, tout savoir. L'incidence du traitement sera proportionnelle à ce que l'on sait du patient. Plus on possède d'informations, plus le traitement sera adapté au malade. Or, la déviation qui peut s'opérer est de se satisfaire des seules informations qui permettront de décider de la prescription. À jouer à ce jeu-là, les professionnels de la santé se retrouveront un jour au chômage, car un ordinateur peut parfaitement isoler des symptômes physiques et délivrer une ordonnance. En revanche, l'échange de deux Inconscients est inconstructible. Neyraut écrit qu'une machine peut faire des erreurs mais ne peut se tromper, sinon c'est qu'elle aurait acquis la fonction de Sujet et la capacité d'un transfert.

Ce scénario est très important à comprendre car il va conditionner le comportement du praticien: jamais de jugements, jamais de reproches, Si le praticien est amené à faire des remarques, il doit les présenter positivement, c'est ce que C. Rogers nomme la considération positive inconditionnelle. Lacan nous invite à la même démarche, par la Conversion de l'Amour. Nasio dit que le but d'un être humain est de rencontrer un autre être humain. En somme, lorsque le praticien est disponible dans son attention bienveillante, il se passe quelque chose entre lui et son patient de lumineux. N'est-ce pas un autre regard du consentement « éclairé »? (27)

3. La démarche pédagogique

3.1. Diagnostic préalable à la démarche

La notion d'objectif « écologique »

Un praticien qui souhaite obtenir l'adhésion d'un patient doit bien poser les objectifs pour pouvoir vérifier qu'ils sont réalistes c'est-à-dire effectivement réalisables par le patient. Trop de soignants se lancent dans des demandes sans se poser la question: est-ce que ce patient est susceptible de suivre ces conseils? Pour répondre à cette question il va s'agir dans un premier temps de vérifier l'écologie des objectifs. La notion de vérification de l'écologie d'un objectif est issue de la Programmation neuro-linguistique (30). Un objectif écologique est celui qui respecte l'environnement du patient, au sens large du terme : son système de représentations mais aussi son entourage. Pour qu'un objectif soit écologique il ne doit pas nuire, une fois atteint, à un autre aspect important de la vie du patient, il en va de la pérennité des résultats.

Prenons l'exemple d'une patiente qui adhérerait à un plan de traitement prothétique et qui le mènerait à terme. S'il s'avère que la dépense engendrée par les soins et les actes prothétiques l'amènent à une situation financière difficile incorrectement anticipée il est probable que cette situation nuise à son moral et donc à son bien-être global malgré une bouche parfaitement restaurée. Il est même possible d'imaginer que cela aurait pour autre retentissement l'affaiblissement de son hygiène buccale (la patiente « se laissant aller » ou faisant « un refus » de ses dents qui lui ont « coûté si chères) ce qui aurait pour conséquence une moindre pérennité des soins effectués. L'objectif n'était pas écologique pour la patiente : il a nui à sa santé globale et n'est pas pérenne dans le temps.

Les facteurs pour le diagnostic éducatif (31)

Pour savoir si un patient est capable de suivre ses conseils le praticien va ensuite devoir constituer « un diagnostic éducatif » en répondant à l'interrogation suivante : quels sont les facteurs sous-jacents à la relation pédagogique qui vont faciliter ou inhiber le processus d'apprentissage? L'analyse de ces facteurs doit être faite systématiquement au cours des entretiens. Le diagnostic éducatif est une notion très importante sur plusieurs points. Il faut imaginer évaluer le savoir du sujet sur une échelle de 1 à 10. Supposons que le sujet soit au niveau 3. Nous distinguerons trois situations:

- dans la première éventualité, le praticien le suppose au niveau 5, le patient se sent alors ignorant et se détache de l'enseignant. Il perd sa motivation ;
- dans la deuxième situation, l'enseignant le pense au niveau 0. Il reprend des notions qui l'ennuient et lui donnent la sensation d'être pris pour un être inférieur. Il se désolidarise de l'enseignant ;
- troisième situation: l'enseignant évalue le niveau du sujet à 3 et poursuit son complément de connaissances, la motivation à apprendre est correcte.

Il existe trois types de facteurs permettant le diagnostic éducatif.

Premier type : *les facteurs favorables au processus éducatif*. Le patient perçoit-t-il les risques de son traitement ou de la maladie ? Les risques portent-ils seulement sur son corps ? Les conséquences sur la vie familiale, sociale et professionnelle ou scolaire sont-elles à envisager ? À court terme ? À long terme ? Le patient perçoit-il l'effet du traitement sur sa santé ? Le patient perçoit-il les changements que le traitement occasionne dans sa vie ? Son entourage ?

Deuxième type : *les facteurs facilitant le processus éducatif*. Le patient doit être capable de suivre l'apprentissage. Le soignant doit être capable d'enseigner. Les méthodes choisies sont-elles utiles ? Efficaces ? Valorisantes ? Psychologiquement positives ? Autrement dit, la méthode ne conduit-elle pas le patient à se culpabiliser ? Ou à se sentir incapable ?

Troisième type : *les facteurs de renforcement de l'éducation*. L'entourage participe-t-il positivement à la situation de traitement ? Quelles sont les sources d'inquiétudes : au niveau familial, au niveau professionnel ou scolaire ? Peut-on demander à un très jeune patient de porter un multi-attache lorsqu'à l'école on se moque déjà de son aspect ? Peut-on demander à un très jeune patient de faire des efforts sur l'arrêt de la succion du pouce lorsque la maman « lui fait la guerre ? ». (31)

3.2. Déroulement de la démarche

Savoir éduquer le patient devient aujourd'hui une nouvelle compétence. Les praticiens doivent devenir des éducateurs. Le traitement n'est pas la seule application d'un savoir, c'est aussi un apprentissage. Mieux, le soignant ne peut se contenter d'être éducateur occasionnel, il doit être éducateur parallèlement aux soins. C'est pourquoi M.G. Choukroun recommande de faire de l'apprentissage une dimension à part entière dans l'acte du soin.

Les méthodes sont au nombre de trois.

- *L'enseignement magistral* : il établit un rapport unidirectionnel entre l'enseignant et le ou les écoutants (cours, conférence, démonstration). C'est la méthode la plus largement répandue dans les cabinets qui se définit par « les explications ». S'ajoutent dans cette méthode la documentation et l'audiovisuel, qui se fixent toujours sur ce même rapport. Cette relation permet la transmission d'un savoir, mais elle exige une attention très importante et elle suppose le partage de codes culturels implicites du patient, elle ne produit aucune participation de sa part.

- *Le dialogue* : la maïeutique, l'entretien, se fondent sur un rapport biunivoque, dans lequel la parole du patient est constamment sollicitée.

- *L'apprentissage* : la découverte expérimentale (comprimé révélateur de plaque dentaire), la simulation (brossage d'un modèle), l'auto-observation (brossage dans un miroir), l'auto-évaluation (nombre de millimètres de recul d'une arcade dentaire avec des tractions intermaxillaires) sont des méthodes qui mettent en jeu l'activité du patient et l'impliquent positivement dans le traitement. (31)

Le principe du step by step (31)

La démarche pédagogique suit le principe du « step by step ». Le projet pédagogique doit se concevoir en plusieurs étapes successives. Chaque étape doit être envisagée de telle sorte que le sujet soit gagnant et renforcé psychologiquement: « Bravo! ». Le sujet se sent alors encouragé par ses efforts et se motive pour continuer. Il est possible d'imaginer que certains praticiens attendent de leur patient, d'une consultation à l'autre, qu'ils aient acquis un savoir en une seule étape. Peut-on supposer, par exemple, qu'un patient acquiert une hygiène dentaire en deux consultations ?

N'est-il pas plus logique d'envisager plusieurs étapes comme:

- 1 - acheter une bonne brosse à dents ;
- 2 - prendre conscience de la plaque dentaire par une coloration ;
- 3 - être capable de situer la plaque dentaire ;
- 4 - comprendre l'utilité d'un dentifrice ;
- 5 - savoir positionner sa brosse à dents ;
- 6 - éliminer la plaque dentaire colorée ;
- 7 - passer sa brosse à dents sur la partie vestibulaire d'une arcade dentaire ;
- 8 - passer sa brosse à dents sur la partie linguale d'une arcade dentaire ;
- 9 - passer sa brosse à dents sur la partie occlusale de l'arcade dentaire ;
- 10 - additionner les trois passages ;
- 11 - le faire une fois par jour ;
- 12 - le faire deux fois par jour ;
- 13 - le faire trois fois par jour.

Il est alors aisément compréhensible que de nombreux praticiens se plaignent du manque de coopération de leurs patients. Ils exigent en réalité d'effectuer treize étapes d'un coup ... Il est essentiel pour le praticien de garder à l'esprit le principe selon lequel l'éducation du patient doit être constante dans la relation médicale. En effet même si c'est l'exemple de l'apprentissage de l'hygiène qui a illustré le propos, il faut que chaque dentiste soit conscient que toutes les notions véhiculées sont nouvelles pour son patient et importantes à être retenues. L'apprentissage va du diagnostic aux thérapeutiques. Plus l'attitude est pédagogique, plus le patient va se prendre au jeu de la consultation et s'approprier les outils de son traitement. (31)

Les quatre conditions (31)

« Pas n'importe où, pas n'importe quand, pas n'importe comment, pas n'importe qui »

Les erreurs pédagogiques peuvent la plupart du temps être attribuées à la transgression de cette règle simple.

Par exemple le praticien engage une conversation qui représente une véritable information au moment de quitter le patient, en ouvrant la porte : « Et si vous avez trop mal, prenez un antalgique ». Il s'agit d'une prescription, c'est donc une information médicale: il s'agit pour le prescripteur de s'assurer que le patient en possède à son domicile, sinon il faut

établir une ordonnance. Il doit également s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications, donc faire un interrogatoire. Le seuil de la porte n'est pas le lieu de cet acte: *pas n'importe où*.

Autre exemple lorsque le dentiste donne une leçon d'hygiène sur le ton de la culpabilisation : « Continue comme cela et tu auras toutes les dents cariées ». Cette réflexion répond en principe à une explication sur le danger d'une mauvaise hygiène et ses conséquences. C'est un discours scientifique et préventif. Dans cet exemple, le praticien n'est pas crédible, les informations sont absentes et leur lien inexistant. La culpabilité n'a jamais déclenché un comportement de prévention, le discours doit être d'une neutralité bienveillante : *pas n'importe comment*.

Voici maintenant que le dentiste a passé un long moment sur l'appareil et soudain il s'aperçoit que l'hygiène n'est pas suffisante : « Il faut mieux te laver les dents, n'est-ce pas ? ». Cette phrase ne peut constituer une leçon d'hygiène dentaire. Il faut prévoir une séance à cet effet. « Je vois que ton hygiène n'est pas suffisante, nous allons prévoir un temps pour en parler. En attendant, essaie de réfléchir à cette question pour que nous ayons une bonne conversation tous les deux »: *pas n'importe quand*.

Un praticien s'adresse à la maman: « Madame, votre fils doit faire attention à son hygiène... ». Si c'est le fils qui doit être vigilant, pourquoi s'adresser à la mère? Si la mère a un rôle à jouer, quel est-il ? Voilà encore un raccourci de pédagogie qui laisse toutes les parties dans l'embarras. Il vaudrait mieux dire: « Paul, ton hygiène n'est pas suffisante, il serait bon que tu reprennes les éléments que nous t'avons enseignés, s'il existe une difficulté, il faut me le dire pour que je puisse t'aider. Madame, serait-il possible d'observer son comportement le soir dans la salle de bains et de nous informer, la prochaine fois, des difficultés qu'il rencontre ». Cela permet de se situer dans un rapport pédagogique de participation et d'implication : *Pas n'importe qui*. (31)

La technique par la maïeutique

La technique d'apprentissage par les explications est bien souvent la seule employée, c'est très souvent la moins audible: le malade n'entend plus rien après trois minutes d'attention. La technique par explication implique deux impératifs : elle doit être courte et elle ne doit intervenir qu'après avoir posé au patient certaines questions qui visent à l'impliquer dans les réponses.

La rétention de l'information s'effectue ainsi:

- 10 % de ce que nous lisons,
- 20 % de ce que nous entendons,
- 30 % de ce que nous voyons,
- 50 % de ce que nous voyons et entendons à la fois,
- 80 % de ce que nous disons,
- 90 % de ce que nous disons et faisons.

C'est pourquoi, la maïeutique est la méthode de choix car dans cette méthode, c'est le patient qui dit le message. Le mérite de son invention en revient à Socrate. Maïos en grec

signifie l'accouchement. L'art consiste à faire accoucher l'élève des éléments de savoir du maître. Voyons l'exemple de l'hygiène avec le docteur Tom qui s'entretient avec un jeune patient.

« Dr Tom: Pourquoi doit-on se brosser les dents?

François: Parce que l'on mange ...

Dr Tom : Et alors ?

François : Alors cela attire les microbes.

Dr Tom : Et que font les microbes ?

François: Ils font des caries...

Dr Tom : Comment les éviter?

François : En les brossant.

Dr Tom : Quand ?

François: Quand on a mangé.

Dr Tom: C'est-à-dire?

François: Ben ... après les repas.

Dr Tom : Comment les brosser?

François: Je ne sais pas ...

Dr Tom: Que doit-on enlever?

François: Les microbes.

Dr Tom : - Où sont-ils ?

François : Sur les dents ?

Dr Tom : Tu les vois ?

François: Non.

Dr Tom : Alors comment faire ?

François : Là où sont les aliments... ?

Dr Tom: C'est cela, et quel geste ferons-nous?

François: Je ne sais pas.

Dr Tom : Je vais t'expliquer ... »

Ainsi, de question en question, la technique consiste à guider l'élève vers les réponses qu'il découvrira par lui-même. C'est à ce moment seulement que peut intervenir le soignant. Il propose une brosse à dents au patient ainsi qu'un miroir et joint le geste à la parole : «Tu poses ta brosse au milieu de l'arcade. Les poils vers le haut pour les dents du haut et vers le bas pour les dents du bas. Tu progresses vers le fond en faisant un petit massage, comme la fumée d'un train. Tu fais le tour derrière la dernière molaire pour longer l'intérieur et revenir finalement au point de départ ». Des explications simples, répondant à l'interrogation du patient. Il est préférable de compléter les explications dans une séance ultérieure, de sorte que le patient puisse assimiler les premières. La pédagogie s'arrête là où les aptitudes d'intégration du patient s'arrêtent. Et ces limites sont très vite atteintes (31).

La technique liée au schéma corporel

Toute personne aura vécu lui-même ces expériences difficiles, liées à la mobilisation du corps. C'est ainsi que d'aucuns se souviendront d'une leçon de ski, au cours de laquelle, le

moniteur leur demandait de plier les genoux. Éprouvant la sensation de poser les fesses près du sol, le moniteur insistait en leur faisant observer notre extrême raideur. C'est en regardant une photographie qu'ils ont pu réaliser à quel point la position était sans rapport avec la «sensation corporelle» évoquée. Ainsi le schéma corporel est psychologique, il est dissocié de la motricité. Le but de tout apprentissage lié au corps est de faire coïncider les deux. Pour cela, l'éducateur doit imaginer des exercices ou des explications qui sont en rapport avec l'expérience sensorielle du sujet (perceptivo-motrice) et non pas en rapport avec le résultat objectif (31).

Par exemple, pour faire plier les jambes à un skieur non initié, il ne faut pas dire «pliez les jambes» mais plutôt: «ramassez une fleur près de votre talon». Plusieurs actes médicaux sont assimilés à des actes intellectuels. Tout acte effectué par le corps est l'objet d'un apprentissage sensori-moteur. L'hygiène dentaire est typiquement le lieu d'un quiproquo et d'une incapacité du patient à effectuer des gestes adéquats. La déglutition est un autre domaine sensible, mais ce qui est le plus frappant dans la déglutition, c'est que le bon «schème moteur» (ensemble organisé de gestes selon Piaget) n'est pas toujours entendu. C'est ainsi que va être demander de presser la pointe de la langue en arrière des incisives alors que la déglutition se fait plutôt par pression du dos de la langue au palais. En demandant au patient de poser l'index enduit de chocolat crémeux sur la voûte palatine, il est possible d'obtenir ce geste sans difficulté (31).

Prenons, pour exemple, le cas de l'hygiène dentaire : la technique éducative habituelle consiste à expliquer au patient que les aliments constituent un enduit blanchâtre (la plaque dentaire) qui se forme vingt minutes après toute prise alimentaire, puis à proposer au patient de passer la brosse verticalement des dents vers les gencives. Cette approche est difficilement réalisable par les patients. Il suffit pour cela de demander au patient d'effectuer les gestes devant le praticien. Il sera alors surpris de constater à quel point le geste est éloigné de ses objectifs. Cette maladresse peut être interprétée comme un manque de motivation. Il n'en est rien, il s'agit d'une erreur psychomotrice. Le praticien devrait plutôt demander au patient d'imaginer que la brosse est un petit train qui part de la gare Saint-Lazare (point incisif), fait un tour pour revenir à la gare. Il est possible d'imiter le geste de la fumée du train au bord des gencives, ce qui correspond à la méthode de Bass modifiée.

Prenons l'apprentissage de la déglutition. Est tout d'abord expliqué la différence entre la déglutition atypique et la déglutition normale : lèvres détendues, dents serrées, appui du dos de la langue au palais. Puis, le praticien proposera au patient l'apprentissage suivant, étapes par étapes:

- Déposer une crème au chocolat au palais et la sucer avec le dos de la langue: une semaine.
- Deuxième semaine : sucer le chocolat en serrant les dents.
- Troisième semaine: écarter les lèvres en même temps.
- Quatrième semaine : maintenir les trois éléments et avaler la salive en faisant une grosse grimace comme si c'était dégoûtant.
- Cinquième semaine : laisser le corps apprivoiser le geste jusqu'à ce qu'il devienne élégant.
- Sixième semaine: penser à cette déglutition durant tout un repas (31).

3.3. Evaluation des résultats de la démarche

Trop souvent, les tentatives du praticien se soldent par les observations négatives mentionnées précédemment: « Je lui ai pourtant bien expliqué... mais il ne le fait toujours pas ». À cette réflexion stérile, il faut opposer le critère de faisabilité. Le dentiste lance une pédagogie, elle ne fonctionne pas, il conclut: ce n'était pas faisable. Que doit-il modifier ou apporter de plus pour la rendre faisable? Voilà bien l'objectif de l'évaluation. (31)

Le concept d'évaluation est donc inhérent au domaine de la pédagogie. Il fonde sa valeur et son efficacité. Loin de sanctionner l'élève, elle sanctionne le maître et le met face à ses lacunes. L'évaluation négative est une recherche sur les outils qui ont mal fonctionné, l'évaluation positive est la garantie du bon fonctionnement de ces outils. Elle n'est pas spécifique à la pédagogie, elle est le corollaire de tout travail quel qu'il soit. L'évaluation pose le problème des critères de jugement. Tout ce qui concerne les objectifs de traitement doit subir cet effort de déterminer des critères d'évaluation. En ce qui concerne l'hygiène, l'affaire est simple: c'est l'absence de plaque dentaire et de gingivite. À condition que la prescription tienne compte du consentement du patient. L'évaluation s'appuie donc sur un compromis. En éducation pour la santé, cette phase relationnelle est appelée «la négociation». Il s'agit pour le soignant et le soigné d'effectuer un contrat partagé, quitte à faire évoluer ce contrat en plusieurs étapes pour atteindre un objectif de santé (31).

Selon les patients, le praticien doit moduler sa tolérance. Si le praticien a une exigence qui dépasse les possibilités du patient, alors il ne crée que du désespoir chez le sujet et peut le mettre, et se mettre lui-même, en échec. Il s'agit là du même problème qu'en pédagogie: s'il est demandé à certains enfants d'obtenir des 18 en mathématiques, et qu'ils ne sont pas capables d'atteindre ce résultat, cela les désespère, ils se démotivent et au lieu d'obtenir des 13, ils finissent par une moyenne de 5. Parents et professeurs sont parfois complices dans cet échec. C'est là l'intérêt majeur de ce que les éducateurs en santé nomment le diagnostic éducatif: quels objectifs nous pouvons nous donner? Ainsi il est préférable de conduire un bon traitement avec certains inconvénients, que de mettre en échec un traitement en visant la perfection (31).

Enfin, le praticien devra évaluer incessamment le bien-être du patient dans son vécu du traitement. La réussite figure un traitement qui laisse derrière lui une expérience positive, ce qui n'élimine pas certains moments difficiles inhérents aux caractères d'un traitement. La satisfaction du patient n'en aura que plus de valeur. Les critères psychologiques et éducatifs seront de nouveaux critères pour le professionnel de santé : l'évaluation doit chercher à mesurer la perception que le patient appréhende de son corps, de sa santé. Celle-ci doit évoluer. Il est difficile de préciser des critères aujourd'hui, il faudrait pour cela établir des échelles d'attitude et observer leur progression dans le traitement (31).

4. Techniques de communication

4.1. La communication non verbale

Des recherches sur la communication (UCLA – Pr A.Mehrabian) ont démontré que l'importance des paroles dans tout le processus de communication est de l'ordre de 7 %. C'est ainsi 93 % du contenu du message qui est transmis par les gestes, la posture, l'expression du visage, l'intonation de la voix. Ainsi le visage, les mains, le corps parlent. Ce que l'on appelle la communication non verbale. Le non-verbal est au cœur de la signification de la communication humaine. Il structure à la fois nos messages et nos relations aux autres (32). E. Amado Lévy-Valensi le définit ainsi: « *zone d'échanges non verbaux qui à la fois précèdent, sous-tendent et prolongent le langage* ». Le problème de la communication avec autrui ne peut être réellement abordé, et le seul niveau de la communication verbale ne peut être réellement compris, sans lui faire une place importante. De plus il ne suffira pas au praticien d'examiner une fois pour toutes le langage non verbal pour le mettre ensuite entre parenthèses. Il lui faudra au contraire, après avoir tenté de le désigner, avoir constamment à l'esprit, par la suite, ses implications subtiles et inaperçues, néanmoins présentes à tout échange (16).

Ainsi, en dehors de tout recours au langage (et avant l'instrumentalisation du dialogue thérapeutique), cette expression non verbale, qui peut mobiliser maintes ressources sensorielles, émotionnelles et cognitives (fréquemment en relation avec une ou plusieurs expériences antérieures vécues dans des conditions analogues), peut être riche d'enseignements et constituer pour le praticien à la fois un révélateur du profil psychologique du malade et un précieux indicateur de tendance de sa disponibilité individuelle qui orientera la prise en charge des protocoles thérapeutiques et leur mise en œuvre progressive. Il sera aussi possible pour le praticien d'adapter sa propre communication pour rendre les échanges plus efficaces. Ainsi cette communication « muette » ressemble à un code qu'il peut apprendre à décrypter et analyser, pour l'affiner et l'améliorer, pour s'en servir à l'avantage commun de son patient et du sien plutôt qu'à son dépend (32). De plus dans les cas particuliers de l'impossibilité de communication verbale le recours au non verbal sera la seule ressource pour communiquer. Il existe notamment des techniques de communication non verbales destinées à être utilisées avec de très jeunes enfants ou des enfants difficiles (33).

Un certain nombre de principes simples gouvernent la communication non verbale:

- le clinicien doit en premier lieu être attentif à son patient. Son sens de l'observation, son intuition, son empathie aussi peuvent être décisives pour la collecte de ce type d'informations. La vigilance demeure un atout indispensable;
- le clinicien doit laisser librement évoluer le patient au risque, sinon, de le contraindre à un comportement déviant et vide de signification. Il devra donc à cet égard adopter la position la moins directive possible;

- la liberté du patient doit également être respectée en ne l'impliquant pas d'emblée dans une relation verbale duale trop précoce et soutenue;

- la prise de possession de l'espace thérapeutique par le patient (fauteuil dentaire du cabinet dans lequel le patient est invité à s'installer, déplacements et postures préliminaires du patient avant d'accepter de se mettre en position de « consulté ») est toujours riche d'enseignements. Elle permet de déceler différents types d'inhibitions et de réactions d'évitement voire de contournement, assez révélateurs;

- la communication non verbale trouve son plus juste espace hors d'un contexte relationnel trop accusé. S'il n'est pas indispensable que le praticien quitte le cabinet, il n'est pas recommandé non plus qu'il s'impose à son patient dans une relation frontale. La latéralisation du consultant par rapport au consulté peut s'avérer favorable;

- les données de la communication non verbale seront d'autant plus efficaces que le praticien aura été sensibilisé à cette dimension de l'examen et qu'il aura su acquérir suffisamment de repères pour en intégrer les contenus et prendre les initiatives requises à partir de cette enquête;

- la communication non verbale ne se limite pas aux seules consultations initiales. Elle peut se révéler d'une réelle utilité dans le déroulement même des protocoles de soins en subissant certaines mutations significatives;

- la communication non verbale implique une culture adaptée du praticien en matière de psychologie clinique et d'odonto-stomatologie comportementale, ce qui peut sous-entendre la possibilité de participer à des séminaires de perfectionnement dans le cadre de la formation continue et/ou hospitalo-universitaire;

- la communication non verbale s'intègre nécessairement à la communication verbale, elle ne peut se concevoir de façon exclusivement autonome, elle pourra évoluer d'ailleurs de façon très sensible par son couplage avec la communication verbale et aux différents modes de communication dérivés qui pourront être mis en œuvre. Tout effet de dissociation (non congruence) entre les communications verbale et non verbale du praticien est susceptible d'entraîner un déficit informationnel et relationnel qui peut retentir négativement sur la relation thérapeutique;

- la maîtrise de la communication non verbale peut être fort utile à l'engagement thérapeutique initial puis de « croisière » du patient et dans son aptitude à consentir aux soins qui lui sont proposés. Elle doit donc se concevoir comme un processus continu d'évaluation;

- la prise en charge globale d'un patient requiert donc des voies d'abord corrélées de la communication médicale et c'est bien à partir de la somme des informations produites et transcrites que pourront se concevoir la légitimité et l'actualité du protocole relationnel (16).

Communications verbale et non verbale doivent donc relever de mécanismes synergiques qui en habilitent et renforcent les contenus. L'expérience acquise par le praticien et son sens clinique jouent à cet égard un rôle qu'aucune théorisation ne peut remplacer.

L'empathie qu'un clinicien parvient à exprimer à son patient, la justesse de son discours, son sens de l'observation, ses capacités de formulation et de reformulation des concepts cliniques et pathologiques ainsi que l'intérêt qu'il porte aux évolutions comportementales représentent une caution puisqu'ils s'inspirent de l'ensemble des critères exigibles pour porter assistance au sujet soigné (16).

4.2. Le contrôle lexical

De nombreux exemples peuvent illustrer à quel point peuvent être éloignés le message fournit par le praticien et celui reçu par le patient. C. Iandolo s'étend dans deux ouvrages sur les mécanismes à l'origine de fréquents quiproquos entre praticien et patient: différence de connaissance, ambiguïté du langage, pression du temps... Parmi ceux-ci, le contenu émotionnel transporté par un mot, appelé aussi connotation, joue aussi un rôle important. Si la dénotation correspond à la partie stable du mot, donnée par le dictionnaire et ne dépendant pas du contexte, cela n'est pas le cas de la connotation. Celle-ci renvoie à la signification que revêt un mot pour un sujet, un groupe ou une culture. La connotation contient les évocations que le mot suggère, avec une composante émotionnelle et de valeur forte. Un mot peut être ainsi anxiogène ou apaisant, évoquer quelque chose de bon ou de mauvais. Le jeu des connotations module alors le discours et singularise chaque interaction verbale en fonction du contexte et des interlocuteurs. La connotation d'un mot peut induire ce que Bourassa appelle des interférences sémantiques qui conduisent à des quiproquos entre le praticien et le patient ou au déclenchement de réactions émotionnelles inattendue: suite à l'emploi d'un mot. Cette constatation a déjà conduit de nombreux praticiens, à force d'expérience, à préférer parler à leur patient de technique de brossage à améliorer plutôt que de mauvaise hygiène (34).

La dimension évaluation de la connotation des mots, appelée aussi dimension connotative ou affective, est décrite comme la plus fondamentale, celle ayant le plus de poids dans le jugement ou l'attitude des sujets. Dans son étude sur la connotation des mots utilisés par les chirurgiens-dentistes dans leur pratique quotidienne, M. Jover, Dr en psychologie de l'INPC-CNRS de Marseille, montre l'influence de la profession des personnes sur la connotation des mots. A l'instar de l'étude conduite par Guillard (35), cette recherche montre la connotation des mots liés à la chirurgie dentaire dépend de la formation médicale ou non des sujets interrogés. Même si les différences concernant la perception des actes relatifs à la santé par les praticiens ou par les patients semblent cependant progressivement se combler certaines différences perdurent et le praticien n'évoque pas les mêmes images que les siennes chez le patient avec lequel il parle. Ainsi, les mots du questionnaire relatifs à la chirurgie-dentaire sont toujours perçus comme plus négatifs et plus sales par les non médicaux. Le praticien doit tenir compte de cette différence en manipulant avec précaution des termes ou des concepts sources de malaise chez le patient. Ce contenu affectif, invisible a priori, doit être pris en compte pour limiter les incompréhensions ou les disjonctions fréquentes dans la communication entre soignant et soigné (34).

Il n'apparaît cependant pas que la solution à cette difficulté soit l'utilisation systématique par le praticien de synonymes aux termes consacrés. En effet, Guillard a montré que des mots synonymes engendrent parfois des profils de connotation différents (faire un

curetage/nettoyer) mais que la plupart du temps, les profils sont identiques (faire un meulage/réduire la dent, enlever la dent/extraire, faire une anesthésie/ endormir la dent). Ainsi, à moins que les termes aient une signification crue ou violente, qui dépasse le champ de l'odontologie (curetage, inciser, burin...), que le praticien modifie totalement son vocabulaire n'est pas la réponse définitive à la difficulté de communication. Car c'est bien l'idée associée au mot, autrement dit, sa signification dans le contexte du soin, qui induit sa perception positive ou négative. La connotation découle d'une imprégnation négative ou positive des mots et dépend de la « vie » du mot. Le praticien ne doit donc pas se raidir et s'interdire de prononcer des termes lorsque ceux-ci sont porteurs de sens et importants pour être compris (appareil dentaire, carie). Il sera dans une situation beaucoup plus confortable s'il écoute activement son patient et tente de connaître les émotions associées par la personne à telle ou telle pathologie, acte ou soin. Il pourra alors préciser ou expliciter des termes, comparer des actes inquiétants à d'autres mieux connus du patient pour dénouer progressivement et individuellement le poids des connotations sur la communication (34).

Certains vocables seront donc à définir devant le patient et, surtout, à préciser sans ambiguïté ni sophistication ce à quoi ils renvoient (pour un esprit néophyte). Ce décodage est d'ailleurs à double sens dans la mesure où les références lexicales formulées par le patient doivent également faire l'objet d'une identification précise et rationnelle, qu'il s'agisse du passé ou du présent pathologique et thérapeutique (pouvant réactiver un certain contexte irrationnel d'emblée pénalisant). Dans tous les cas, il appartiendra au praticien d'effectuer un travail de discrimination et de réinvestissement afin d'éliminer certaines convictions non fondées et de réintroduire la justesse d'une approche thérapeutique cohérente et conforme aux seules nécessités exigées par l'état pathologique du patient qui se confie à lui (16).

4.3. La Communication non violente

Il serait illusoire pour un soignant de penser qu'il suffit d'adopter une attitude professionnelle détachée pour pouvoir communiquer avec ses patients. Connaître les principes de la Communication non violente (CNV) permet d'accéder à une communication épurée de tous les parasites nuisibles qui sont trop souvent la source du manque d'adhésion du patient et de potentiel conflit entre lui et son praticien.

La plupart d'entre nous, praticiens et patients, en sommes encore aux balbutiements lorsque nous tentons de communiquer. Nous sommes habituées à évaluer les autres, à les juger et à les étiqueter sans leur révéler quels nos propres sentiments, sans oser *se dire*, coupant ainsi toute possibilité de vraie communication. En effet qui, parmi nous, peut se vanter d'inventorier les sentiments qui motivent ses jugements avant de les énoncer? Qui prend la peine d'identifier et de nommer les besoins qui ont été refoulés et camouflés derrière les mots que nous prononçons? Qui tente de faire des demandes réalistes et négociables dans ses rapports avec les autres? (36)

Cela est dû au fait que nous sommes rarement en rapport avec *la réalité telle qu'elle est*, en effet la plupart du temps nous sommes en rapport avec la réalité telle que nous croyons qu'elle est ou, plus précisément, *telle que nous craignons qu'elle soit*. Par conséquent nous

basons souvent nos réactions sur nos impressions, nos croyances et nos préjugés plutôt que sur ce que nous ressentons vraiment et personnellement, de sorte que nous ne sommes pas adéquatement à l'écoute de nous-mêmes. La conséquence est que nous agissons en fonction de critères extérieurs : l'habitude, la tradition, le devoir imposé ou supposé (« je crois devoir »), la crainte du regard de l'autre (pression sociale), l'autre pouvant être parfois cette partie de nous-mêmes que nous ne connaissons pas bien, qui ne nous est pas familière et dont nous avons peur qu'elle nous juge et nous culpabilise. Finalement, faute de pouvoir comprendre et traiter nos propres besoins avec aisance et souplesse (pour le praticien : le besoin d'informer le patient, de s'assurer de son adhésion...), nous renonçons souvent à exprimer nos besoins les imposant ou *espérant qu'ils soient devinés* (29).

La CNV permet de palier à tout cela en suivant l'idée directrice que si chacun d'entre nous acceptait d'observer sa propre violence, celle qu'il exerce souvent inconsciemment et très subtilement sur lui-même et sur les autres – souvent d'ailleurs avec les meilleures intentions du monde – et prenait soin de comprendre comment elle s'enclenche, il se donnerait l'occasion de la désenclencher, de la désamorcer. Il est donc pertinent de parler de « communication consciente et non violente », la violence étant en effet la conséquence d'un manque de conscience. Si chacun de nous était intérieurement plus conscient de ce qu'il vit vraiment, nous trouverions avec plus d'aisance l'occasion d'exprimer notre force en évitant de nous agresser mutuellement. Cette idée est celle développée par Thomas d'Asembourg (29), formé à la CNV auprès de Marshall Rosenberg qui a fondé la CNV dans l'esprit et la ligne de pensée des travaux de Carl Rogers.

La CNV est donc un outil pour le praticien lui permettant de communiquer de façon non violente, et donc d'être entendu de ses patients, tout en étant fidèle au message qu'il veut faire passer. De surcroît cette communication lui permet de guider ses patients dans une expression non violente de leurs desiderata, et donc de les entendre. Afin de communiquer de façon non violente (et aider ses patients à communiquer de façon non violente) le praticien apprendra donc à (et guidera ses patients vers) :

1. Observer sans juger ni interpréter (O comme Observation)

Pour le philosophe indien Khrishnamurti, distinguer l'observation d'un fait de son interprétation est l'un des stades les plus élevés de l'intelligence humaine. C'est certainement l'une des choses les plus difficiles et les plus inhabituelles : différencier le fait tel qu'il est de l'émotion qu'il suscite en nous. C'est certainement l'une des choses les plus difficiles et les plus inhabituelles : différencier le fait tel qu'il est de l'émotion qu'il suscite en nous. Souvent, nous teintons complètement notre lecture des faits. Notre décodage des faits prend la couleur des peurs, des espoirs, des projections qui nous habitent. Nous ne sommes pas en relation avec la réalité, c'est-à-dire avec la vérité du fait, mais avec nos préoccupations, notre interprétation, avec le cinéma plus ou moins fictif que nous nous faisons à propos de cette réalité ; et nous pouvons bâtir toute notre vie là-dessus, toutes nos attitudes, toutes nos réflexions, sur une lecture subjective de la réalité ; et cela sans comprendre dans quelle misère de quiproquos et de malentendus cette attitude peut nous entraîner (29).

La CNV invite à sortir de ce piège de l'interprétation-projection par la vérification des faits. Voici une formulation simplifiée des choses, employée ici du point de vue du praticien, qui a pour but de faciliter la compréhension du processus :

- j'observe (O) que mon patient consulte son portable régulièrement quand je lui parle;
- cette observation génère chez moi un sentiment (S) : je me sens irrité (si j'interprète la situation comme un manque de respect de la part du patient), ou encore déstabilisé;
- ce sentiment indique mon besoin (B) : j'ai besoin de savoir s'il est vraiment inattentif ou si c'est un moyen de me faire passer un message;
- concrètement, ma demande (D), mon action, sera d'aller vérifier comment il se sent, si son comportement est conscient et si je peux faire quelque chose pour qu'il ramène son attention à la consultation.

Si le praticien n'avait pas fait ce travail « d'objectivation » ou « conscientisation » en amont il est fort probable que sa réaction aurait été soit de nier son ressenti (au risque de le voir ressurgir) soit de « rappeler à l'ordre » son patient d'une façon paternaliste ou au contraire trop douce ne permettant pas de lui démontrer l'importance de prêter attention. La CNV propose donc d'énoncer la formulation suivante: « Quand je vois que vous consultez votre portable pendant que je vous parle (O), je suis dubitatif (S) et je voudrais savoir si vous êtes attentif et si nous devons reporter cette entretien à un moment plus propice. (B + D) ». Dans le même esprit le praticien ne devrait jamais dire « Vous êtes en retard. C'est systématique avec vous! Je ne peux pas me permettre de prendre du retard à cause de vous. ». Il devrait plutôt dire « Nous avons rendez-vous à 9h00 il est 9h10 (O). J'en suis irrité (S). J'ai besoin de comprendre ce qui se passe et de savoir que vous êtes conscient des conséquences sur mon emploi du temps de vos retards (B). Quelle suite pouvons-nous donner à nos séances pour que vous arriviez à l'heure ? (D) »

Ces formulations peuvent paraître naïves et peu praticables dans la vie quotidienne. Cependant il ne faut pas confondre ce qui est naturel et ce qui est habituel. De plus chacun peut adapter la formulation tant que l'esprit qui sous tend la formulation est respecté. Cette façon d'« ouvrir » l'entretien, d'aborder le sujet sans juger, sans interpréter, non seulement met le praticien dans une meilleure disposition pour écouter son patient, mais également invite le patient à une meilleure disposition pour parler vraiment de ce qu'il ressent sans se sentir critiqué. Dans les exemples proposés il pourrait s'avérer que le patient ose faire part de ses réticences au plan de traitement ou encore confier au praticien des préoccupations qui amèneront à retarder l'exécution du plan de traitement.

2. Sentir sans juger ni interpréter (S comme Sentiment)

La plupart du temps, si vous demandez à une personne « Comment vous sentez-vous? » par rapport à une situation préoccupante, elle répondra « Je sens qu'il faut absolument faire ceci ou cela... », « Je sens qu'il est temps que les responsables fassent ceci ou cela... », « Je sens que c'est fichu... ». Elle vous répondra donc par une pensée, un concept, un commentaire, *pas par un sentiment*, alors même que la question l'invitait à se situer par rapport à ses sentiments. Cette personne sera sans doute convaincue de vous avoir bien fait part de son sentiment puisqu'elle a commencé son commentaire par « Je sens que ». De

nouveau, c'est la vieille habitude de penser plutôt que de ressentir qui prime. C'est un vieux réflexe. Il n'est pas irrécusable (29).

Si nous voulons donc davantage nous renseigner sur nous-mêmes, pour savoir ce que nous vivons vraiment par rapport à une situation, nous avons intérêt à écouter notre sentiment en le formulant comme ceci: «Je *me* sens inquiet, triste, déçu, etc...». C'est le sentiment qui va nous aider à identifier notre besoin et, ce faisant, nous permettre de nous situer par rapport à une situation ou une personne sans la juger, sans la critiquer et sans nous décharger sur elle de la responsabilité de ce que nous vivons. Tant que nous attribuons à l'autre la responsabilité de ce que nous vivons, nous nous déresponsabilisons, tant que nous lui donnons les clés de notre bien-être (et de notre mal-être) nous nous piègeons. Il est donc bien utile de différencier, dans le vocabulaire des sentiments, ceux qui comportent une interprétation ou un jugement sur ce que l'autre dit, fait ou est. En effet, très souvent, croyant parler au «Je» en prenant la responsabilité de notre sentiment, nous employons des mots considérés couramment comme des sentiments tels que «je me sens trahi, abandonné, manipulé, rejeté». Or, il est sûr que ces mots-là expriment des sentiments, mais ils véhiculent en même temps une image sur l'autre, une interprétation, un jugement. En filigrane, il est sous-entendu «tu es un traître, un manipulateur, tu m'abandonnes, tu me rejettes ». Le grand avantage qu'il y a à différencier les sentiments vrais des sentiments teintés d'interprétation est que cela nous permet de nous faire bien comprendre par l'autre grâce des mots qui suscitent le moins possible l'inconfort, la peur, la résistance, l'opposition, la contradiction, l'argumentation et la fuite (29).

Ainsi en observant puis en ressentant sans juger ni interpréter le praticien épure sa conscience et donc son langage de ce qui génère opposition, division et séparation.

3. Identifier nos besoins sans les projeter pour l'autre (B comme Besoins)

De par notre passage en enfance, où notre survie puis notre bonheur dépende de nos parents nous avons davantage intégré l'impression confuse et quasi constante de la responsabilité de chacun par rapport à l'autre (où chacun est responsable du bien être et des réactions de l'autre ce qui génère de la culpabilité) que le sens éclairé de la responsabilité de chacun. Nous attendons donc souvent de l'autre qu'il prenne soin de nos besoins et si l'autre ne réagit pas dans le sens que nous souhaitons, nous nous exprimons par des critiques, des reproches, des jugements. Le fait de prendre conscience de notre besoin nous aide à comprendre que celui-ci existe, quelles que soit la situation et la personne avec qui nous sommes. Ces dernières ne font qu'activer la conscience de ce besoin (29).

Ainsi, prenons l'exemple du praticien: il a besoin que son patient comprenne son message ou encore qu'il adhère à son plan de traitement. Cela n'aurait pas de sens pour le patient de s'entendre dire « ce que vous avez besoin de savoir » ou encore « il faut que soyez motivés ». Par contre il est plus percutant que le praticien dise « J'ai besoin que vous soyez bien informé de ce fait » ou encore « J'ai besoin de connaître votre degré d'adhésion à ce plan de traitement pour savoir s'il faut le modifier ou vous le réexpliquer ». Car si la toile de fond est le bien-être du patient en premier plan apparaît le besoin personnel du praticien, qu'il serait incongruent pour lui de dissimuler.

A noter qu'il faut distinguer le besoin du désir et de l'envie ainsi que le « j'ai besoin de » du « j'ai besoin que tu » car le but n'est pas d'obtenir à tous les coups l'adhésion de notre interlocuteur, le but est d'arriver à une demande réellement négociable, sinon la problématique reste entière. Et même si aucune solution ou compromis n'apparaît à l'instant T les possibilités restent ouvertes. Deux expressions clés pour cela: « pour le moment » où la notion de temps donne l'espace pour respirer et « et en même temps » (plutôt que « mais ») qui permet de supprimer l'opposition et montrer qu'il y a deux besoins concomitants dont l'un est réalisable et l'autre pas sans que cela nie l'existence de ce dernier. En effet nos besoins ont plus besoin d'être reconnus que satisfaits. Identifier nos besoins, aussi contradictoires qu'ils puissent nous paraître, permet de choisir sans rien nier ni renier de ce qui nous habite (29). De fait lorsque le praticien permet à son patient d'exprimer ses besoins il lui donne l'occasion de poser des choix plus conscients et de donner à son praticien une adhésion solide et pérenne.

4. Formuler une demande concrète, réaliste, positive et négociable (D: Demande)

Même si certains de nos besoins ont davantage besoin d'être reconnus que satisfaits, le but est tout de même d'obtenir satisfaction des plus importants d'entre eux. Pour augmenter la probabilité que le besoin soit comblé (par exemple celui qu'a le praticien de voir un patient adhérer au plan de traitement) la demande à formuler doit être :

- *concrète*. C'est-à-dire bien définie, bien incarnée. Or définir c'est finir, c'est accepter la finitude. En travaillant sur le caractère concret et parfois pratique-pratique de la demande (la notre ou celle de notre patient), nous travaillons à l'intégration dans la réalité en acceptant (ou faisant accepter) notre finitude ;

- *réaliste*. Et pour cela elle tient compte de la réalité telle qu'elle est et non telle que je crains qu'elle soit ni telle que je rêve qu'elle soit. C'est pourquoi il est précieux d'inviter l'autre ou de s'inviter soi à se dire : « Quelle est la plus petite chose ou la chose la plus agréable, même petite, que je puisse dire ou faire et qui aille dans le sens du changement que je désire, dans le sens du besoin que j'ai identifié » ;

- *positive*. C'est-à-dire que dans la mesure du possible elle est une invitation à faire autrement ou à un autre moment et non une simple énumération de ce qui n'est pas possible ;

- *négociable*. En effet tout le travail en amont n'aurait servi à rien si au moment de formuler de la demande celle-ci est une exigence sans appel.

La faculté de formuler une demande négociable et donc de créer vraiment l'espace de la rencontre est directement fonction de notre sécurité intérieure. Elle suppose que nous sachions intimement (et non uniquement intellectuellement) que nous pouvons accueillir le désaccord de l'autre sans craindre de devoir démissionner de nous-mêmes (29). Compétence que le praticien aura à cœur d'acquiescer s'il souhaite vraiment entendre ce que son patient a à lui dire.

Grâce à la Communication non violente le praticien pourra donc communiquer « vrai », communiquer authentique, en accord avec le message qu'il veut vraiment faire passer, et permettra ainsi d'éviter la plus grande part des malentendus et des incompréhensions mutuelles de la relation praticien-patient. Pour permettre à cette communication de s'instaurer

le praticien devra tout d'abord augmenter la connaissance et la conscience qui a de lui-même et de sa perception subjective du monde et de l'autre, afin d'éliminer une grande part de son fonctionnement « inconscient », « automatique » qui parasite sa communication.

4.4. La Programmation neuro-linguistique

La Programmation neuro-linguistique (PNL) permet d'étudier la subjectivité, notre expérience subjective étant celle qui influence le plus nos comportements quotidiens: cette constatation de départ est donc commune avec celle de la Communication non violente. La PNL est, entre autres, une méthode d'observation de l'apprentissage humain ainsi qu'une « technologie d'intervention » sur cet apprentissage. A ce titre elle est plus un processus éducatif qu'une réelle thérapie. Pour le praticien l'utilisation de la PNL est possible pour l'apprentissage, la motivation ou encore pour éliminer certaines sources inconscientes du manque d'adhésion d'un patient à un plan de traitement. Elle est également utilisable dans le cadre de la phobie dentaire. Le mathématicien et informaticien Richard Bandler, co-fondateur de cette discipline au côté du linguiste John Grinder, dit, avec son humour caractéristique, avoir élaborée la PNL « *pour éviter de devoir se spécialiser dans un domaine* » et, plus sérieusement, parce que « *la plupart des êtres humains sont prisonniers de leur cerveau. C'est comme s'ils étaient enchaînés au fond d'une barque et que quelqu'un d'autre était à la barre. La PNL met au point des moyens d'apprendre aux gens à utiliser leur cerveau* » (37).

Lassus (38) énumère ainsi les trois principaux processus qui font de la perception du monde un phénomène très personnel:

- *la généralisation* est le processus par lequel des éléments du modèle d'une personne se détachent de leur expérience d'origine et en viennent à représenter toute la catégorie dont l'expérience est un exemple. L'aptitude à la généralisation est essentielle pour l'apprentissage, mais engendre également des erreurs dans la perception du monde;

- *l'omission* est un processus par lequel nous accordons une attention sélective à certaines dimensions de notre expérience, et en excluons d'autres;

- *la distorsion* est le processus qui nous permet de faire des changements dans notre expérience des données sensorielles. Elle est notamment à l'origine des différences de perception d'une même situation par deux individus différents.

Le chirurgien-dentiste est fréquemment confrontés à des problèmes de généralisation, d'omission et de distorsion dans la perception de l'événement par le patient: nombreux sont les patients anxieux qui redoutent une intervention pourtant parfaitement indolore par généralisation, nombreux sont ceux qui ne retiennent par omission sur dix rendez-vous que celui où ils auront ressenti une douleur, et nombreux sont ceux qui, par distorsion, vont ressentir une douleur insoutenable quand le dentiste leur écarte la joue avec un miroir (39).

Comprendre la PNL

Pour comprendre la PNL il faut se livrer à l'expérience suivante. Se souvenir d'une expérience très agréable, se la représenter le plus fidèlement possible puis changer la luminosité de l'image intérieure que nous avons de ce souvenir. Ensuite il faut constater ce que ce changement a comme impact sur ce que nous ressentons en évoquant ce souvenir.

Enfin il faut procéder de même (changement du souvenir puis observation de l'impact du changement) en adoptant un point de vue dissocié (comme si nous étions extérieur à l'expérience) ou associé ou encore en « déroulant le film » à l'envers puis à l'endroit. En fait nous procédons ainsi à des changements sur ce que Bandler appelle les « submodalités de la modalité visuelle ». Il est possible également de « jouer » sur la modalité auditive (par exemple sur ses submodalités que sont le rythme et le volume de la « bande son » associée au souvenir), la kinesthésique ou encore sur l'olfactive et gustative (37).

Applications concrètes au cabinet dentaire

Dans sa méthode R. Bandler cherche systématiquement dans un premier temps à comprendre comment son interlocuteur « fonctionne ». Ainsi il lui demande « comment vous faites pour avoir peur (ou pour être motivé) ? Apprenez-moi à le faire comme vous. » Il faut alors que l'interlocuteur « se regarde fonctionner » pour pouvoir décrire toutes les modalités (visuelles etc...) et toutes les séquences du processus interne concerné. Dans un deuxième temps il est alors possible de changer la façon dont la personne « a enregistré » un événement (son souvenir) ou un processus (comme se motiver) et de le modifier afin de modifier le comportement qui en découle.

En ce qui concerne la motivation dans son ouvrage « Un cerveau pour changer » (37) R. Bandler décrit l'exemple d'une femme qui arrive aisément à se lever le matin. Il lui fait décrire par le menu toutes les modalités, et leurs submodalités respectives, de la séquence qui lui permet de se motiver à se lever à l'heure. R. Bandler finit ainsi par reconstituer le descriptif complet de la séquence : elle ressent une sensation de chaleur de plus en plus importante, puis se répète intérieurement « je dois me lever » d'une voix calme et agréable qui s'accélère et devient plus claire etc... Une autre personne va décrire son propre processus de motivation grâce à l'anxiété : elle se projette intérieurement des images où elle arrive en retard à son travail. L'intérêt est double. Le premier est que si une personne a dû mal à se motiver (pour se lever le matin, pour se brosser les dents...) elle peut reproduire le processus efficace chez une autre personne pour voir s'il fonctionne pour elle. Le deuxième intérêt est que, lorsqu'est connu un processus de motivation efficace chez une personne (pour travailler, pour faire du sport etc...), il va être intéressant de transposer ce processus à quelque chose que la personne n'arrive pas à se motiver à faire (se brosser les dents trois fois par jour par exemple).

R. Bandler se sert également de la PNL pour guérir les phobies (37), d'une façon qui pourrait paraître presque miraculeuse ou « trop belle pour être vraie », les phobies (avion, ascenseur...) en faisant changer au sujet phobique les modalités du « film » intérieur qui est à l'origine de sa phobie. C'est un espoir pour le « traitement » des phobies du dentiste!

Toutes ces techniques qui permettent de transformer la perception de la réalité sont des déclinaisons de ce que R. Bandler et J. Grinder ont appelé par le terme générique de « recadrage » (30).

La PNL est-elle fiable ?

Christian Balicco, docteur en psychologie et membre de l'American Psychology Association, a rédigé un article tentant de définir les fondements scientifiques de la PNL pour l'organisme indépendant de l'Association Française pour l'Information Scientifique (40). Dans cet article il met en garde sur l'absence de validation scientifique de la PNL. Cependant R. Bandler et J. Grinder n'ont nullement qualifié leur théorie de science et précisent ne s'intéresser « qu'aux résultats et non à la vérité » (39) c'est-à-dire au fait que « ça marche ou non » (et il s'avère qu'effectivement « ça marche ») et non au « pourquoi ça marche ».

Cela semblerait s'opposer à la psychanalyse qui possède une théorie extrêmement développée et parlante à l'esprit mais dont les résultats thérapeutiques sont sérieusement remis en doute par différentes sources sérieuses et documentées (41) (42). R. Bandler oppose lui la PNL à la psychologie. Pour lui le psychologue cherche à savoir *quand* et *ce qui* « a brisé son patient » ce qui lui permet de conclure au *pourquoi* afin de voir comment il peut soigner son patient. Mais la psychologie n'a jamais cherché à savoir *comment* les gens se détraquent, ou *comment ils se maintiennent dans cet état*. Pour R. Bandler l'autre problème de la psychologie est qu'elle étudie les « êtres brisés » pour savoir comment les soigner ce qui est comparable à examiner toutes les voitures d'une casse pour trouver comment mieux les faire fonctionner. La PNL propose elle d'étudier des personnes « fonctionnelles » pour voir comment elle fonctionne pour pouvoir appliquer ce fonctionnement à d'autres personnes (37).

En fait la PNL est basé sur un modèle de représentation du monde et comme tous les modèles elle n'est qu'une représentation de la réalité, une grille de lecture, et non la réalité elle-même. Ce qui est intéressant c'est ce que le modèle permet même s'il a ses limites ou s'avère un jour perfectible.

5. En pratique

Trouver le temps

Au premier abord il pourrait sembler que la communication implique un temps supplémentaire. Ainsi, dans des plannings déjà surchargés, la conclusion que la communication est un luxe non abordable peut s'insinuer. D'après M.G. Choukroun (27) les entretiens nécessitant réellement plus de temps ne sont qu'une partie de l'exercice d'un praticien formé aux techniques relationnelles. La consultation habituelle est identique à celle d'un de ses confrères non formé à de telles techniques. Finalement la différence réside dans le fait que lorsque le praticien a compris et assimilé les notions sur l'empathie et la communication son attitude devient ouverte au lieu d'être fermée. À temps égal, les effets de paroles et de gestes sont différents.

Ainsi tandis qu'un praticien non formé aux techniques relationnelles reçoit son patient sans le regarder, un praticien plus averti, lui, regarde son patient dans les yeux pour l'accueillir, cela demande le même temps. Au lieu de le laisser s'asseoir sur le fauteuil, il l'invite et lui propose la chaise. Plutôt que d'être sans expression, il lui sourit. Lorsque qu'il lui demande la raison de sa visite à la place d'un «Je vous écoute» ou d'un «Quelle est la raison de votre visite? » ou parfois encore, d'un silence il dit au patient qu'il est content qu'il vienne le voir, et il l'interroge en lui exprimant son intérêt pour sa personne: « Quel est votre problème? » ou encore « Je vous sens soucieux, pourquoi? » (27). Au cours de l'anamnèse, le plus courant est de poser des questions qui se réfèrent à des signes corporels. Il est pourtant plus pertinent de solliciter également le patient pour qu'il exprime ses émotions, son contexte de vie... et d'adopter alors une attitude d'introspection, de concentration et d'entrer véritablement en empathie avec le patient. C'est également cette attitude particulière qui est adéquate lorsque le praticien sent que le patient est en difficulté et qu'il doit se confier à son soignant. Et tout cela représente « seulement » des changements d'attitude sans demander plus de temps. D'une manière générale, comme le conseille J.O. Nasio, il est crucial pour le praticien d'observer le patient : ses gestes, ses vêtements, ses mimiques, ses paroles pour reconnaître la personne qui est en lui. Cela ne donne pas toujours lieu à des réactions verbales de la part du praticien, mais cela change beaucoup le rapport humain (27).

Ainsi le problème du temps est un faux problème. Une fois encore, il ne s'agit pas d'ajouter du temps à son planning mais de le remplacer. Pourquoi le praticien prend t'il le temps d'effectuer un diagnostic? Ne serait-il pas plus simple de prescrire tout de suite un traitement? Or la réponse est évidente: le temps perdu au diagnostic est gagné en dirigeant mieux le traitement et en le rendant plus efficace. Repérer les problèmes psychologiques, les inclure dans le planning ou le plan de traitement, c'est l'actualisation d'une médecine moderne (27).

5.1. Réceptivité du patient

La réceptivité du patient est indispensable à un échange d'information et à une adhésion de qualité. Cette réceptivité et cette mise en confiance sont totalement conditionnées par la perception que se fait le patient du cabinet du praticien et du praticien lui-même. Tout

simplement parce que, dans les rapports humains, perception = réalité. Ainsi la perception que se fait le patient est « sa » réalité. Un praticien peut exceller si le patient ne le perçoit pas ainsi, il considérera le praticien comme les autres. Or, le patient n'a ni les compétences ni les aptitudes pour juger la qualité « réelle » des traitements. Il juge donc sur les seuls éléments susceptibles d'entrer dans son champ de perception (43).

Selon l'enquête de l'institut de sondage TN5 Healthcare (université d'été CN50) de 2008 (44), en termes d'améliorations attendues par les patients, la plus fréquemment évoquée - 22% du panel - concerne la prise en charge du patient par le chirurgien. Pour 13% des personnes interrogées, la relation entre le chirurgien-dentiste et le patient doit passer par plus d'explications, mais aussi plus d'écoute et d'amabilité. Concernant les soins, 10% d'entre elles souhaiteraient une meilleure prise en compte de la douleur, l'application de nouvelles technologies, ou encore l'accès à des soins spécifiques. Seconde attente forte citée par 21% du panel: une baisse des tarifs des frais dentaire et une meilleure prise en charge. Concernant le chirurgien-dentiste, 17% des patients interrogées critiquent le manque de ponctualité, mais aussi, prioritairement, le manque de disponibilité durant le rendez-vous. Dans une moindre mesure, quelques attentes en lien avec le matériel et les installations sont évoquées. Certains patients regrettent que les installations ne soient pas suffisamment modernes ou que, par exemple, la salle d'attente ne soit pas suffisamment attractive (24).

Une nécessaire formation des intervenants du cabinet (16) (25)

L'assistante dentaire fait partie, par le rôle qui lui est dévolu, de l'équipe soignante et demeure solidaire non seulement de l'activité de soin mais encore des annexes qui y sont subordonnées. Ainsi, comme c'est le cas pour le praticien, le comportement inadéquat ou asynchrone d'une assistante dentaire peut porter atteinte à l'image d'un cabinet. L'absence de référence propre à la prise en charge du patient, à son encadrement et à son suivi peut avoir des effets très négatifs, voire contre-productifs.

Les principes de la communication verbale et non verbale doivent donc être enseignés aux assistantes pour leur permettre d'intervenir avec doigté, savoir-faire et efficacité compte tenu de la personnalité « réceptrice » du patient et du plan de traitement envisagé. Une formation assez approfondie de l'assistante dentaire en matière de traitement de la communication ne peut qu'avoir des effets bénéfiques sur les dispositions de l'exercice.

Cependant l'assistante est une collaboratrice qui ne saurait pallier tous les manques du praticien ou de la praticienne. Cette mission pourrait être préjudiciable aux tâches de plus en plus nombreuses qui lui incombent. Les patients apprécient avant tout la complémentarité praticien-assistante, gage de leur sécurité. (16) (25)

Accueil et environnement

Selon une étude réalisée en 2001 pour l'Association Dentaire Française (ADF) sur le thème, « les Français et leur chirurgien-dentiste » la salle d'attente arrive en tête des insatisfactions des patients. 41 % déclarent être « moyennement » ou « peu » « satisfaits » dans ce domaine. La salle d'attente est le premier endroit du cabinet fréquenté par le patient, et si

son rôle est méconnu voire sous-estimé, elle reste pourtant essentielle pour l'image du cabinet dentaire. Fini de ronger son frein et de faire monter l'adrénaline, il faut désamorcer l'angoisse voire l'hostilité pour favoriser l'adhésion. Lieu idéal pour initier une relation plus humaine et plus conviviale avec les patients, elle est encore trop souvent inexploitée. Pourtant, depuis quelques années, les priorités en direction de la personne « en attente » ont été édictées : détente et proximité au travers d'informations et de conseils. C'est, en effet, l'occasion pour le chirurgien-dentiste d'ôter le masque, d'entamer un dialogue avec son interlocuteur en faisant preuve d'empathie, qualité essentielle de tout soignant, et de désamorcer ses appréhensions, son stress ou ses angoisses (45).

Ponctualité

Les défauts de ponctualité peuvent altérer la qualité de communication que le patient sollicite d'une structure thérapeutique spécialisée. Les attentes injustifiées indisposent, en même temps qu'elles risquent de désinvestir le malade souvent lassé par leur répétition et par les pertes de temps qu'elles engendrent (16). Or l'exercice odonto-stomatologique, par les interventions qui lui sont propres (protocoles conservateurs, chirurgicaux, prothétiques délicats et, quasi constamment, d'anesthésies locales ou locorégionales, etc.), peut générer un certain nombre de retards inhérents non pas au laxisme mais à une gestion prospective insuffisante des modalités opératoires et de leurs incidences en temps réel.

L'activité clinique en odonto-stomatologie impose donc un contrôle rigoureux du facteur temps qui détermine à la fois des normes de productivité thérapeutique et une prise en charge globale du patient. La gestion du temps représente également en elle-même une spécificité opérationnelle à laquelle on doit donc porter une attention particulière puisqu'elle conditionne l'élaboration d'un plan directeur clinique (dans toutes ses phases constitutives). La maîtrise du temps s'avère incontournable en termes d'ergonomie. Il ne peut y avoir de performance thérapeutique et d'optimisation de la qualité des soins dispensés en dehors d'un encadrement réfléchi des critères de planification et d'accomplissement de la thérapeutique. La ponctualité relève donc, avant toute chose, d'une appréciation fine et concertée des implications opératoires (16).

Espace de communication

Il est nécessaire au praticien de recevoir les patients dans une pièce, ou du moins un espace, dédié. C'est un espace hors du fauteuil qui permettra tout ce qui ne concerne pas le soin proprement dit : première consultation, explication du plan de traitement et des honoraires etc... Là, loin du « bruit et des odeurs » liés à l'exercice du chirurgien-dentiste, la confiance est plus aisée, la détente possible et l'adhésion plus probable. Un simple coin de bureau, côte à côte plutôt que vis-à-vis, permettra une proximité propice à l'écoute. « *Dieu a créé l'Homme avec une bouche et deux oreilles pour qu'il écoute deux fois plus qu'il ne parle* » a dit Epictète. Et un persan lui a répondu : « *Celui qui parle sème, celui qui écoute récolte* » (46).

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

- l'espace intime: c'est un espace de grande proximité intensément chargé d'affects qui sera en conséquence très protégé; toute forme intrusive dans cette sphère pourra être « reçue » sur un mode réactionnel suggéré ou imposé par une « agression » possible (le thérapeute peut cependant être admis dans cette sphère après y avoir été convié de façon consensuelle par le malade) ;

- l'espace conversationnel, supérieur à l'espace intime, qui se trouve à distance d'une poignée de mains, bras tendu. Il implique l'immense majorité des contenus de communication personnalisés: c'est l'espace du discours personnalisé;

- l'espace social de 2,50 m à 5 m. Ce peut être le cas de figure du médecin et du malade, se situant de part et d'autre d'un bureau à l'occasion d'un entretien;

- l'espace public jusqu'à 5-6 m, et au-delà. C'est un espace d'une bien plus vaste amplitude pouvant engendrer des risques d'affaiblissement de la transmission et de l'intégration des contenus de communication (16).

Il importe donc de concevoir que l'espace de conversation n'est pas dissociable de l'expression verbale qui s'impose dans tout rapport soignant/soigné. Il doit en conséquence être investi, exploité et contrôlé au plus juste des intérêts des intervenants. C'est par définition le lieu privilégié de convergence du discours - praticien-patient - et il ne doit en cela ni être transgressé, ni être sous-évalué. Il représente dans le champ thérapeutique un référentiel de communication (sur le plan tant objectif que symbolique). Dans le cadre de toute relation inter-individuelle d'ordre médical, cet espace doit être géré avec compétence et discernement compte tenu de ses ressources contributives (16).

5.2. Disponibilité du praticien

Stress au cabinet

Le stress du praticien dentiste est un obstacle à sa capacité d'être disponible pour son patient et est toujours ressenti par ce dernier. Patients difficiles, horaires à rallonge, règlements tardifs des soins, téléphone à jet continu... le stress est un élément clé de la vie au cabinet dentaire. Il s'agit d'une notion complexe, dans la mesure où son absence empêche de progresser et son excès génère des tensions inutiles.

Tous les praticiens n'ont pas le même seuil de tolérance. Cela incite à réfléchir aux événements les plus désagréables afin d'en réduire la fréquence. Cela permettra ainsi d'améliorer tant les conditions de travail que la qualité des soins. Pour cela il convient de distinguer les facteurs ponctuels des problèmes à répétition. Une organisation satisfaisante passe par le constat de la complexité et du caractère multifactoriel de la gestion d'un cabinet dentaire (47).

Se connaître

À l'heure où les relations entre les hommes sont de plus en plus délicates et promptes à des débordements, certains professionnels de la santé ne se sentent plus à l'aise. Pour bien communiquer avec les autres, encore faudrait-il déjà le faire authentiquement avec soi-même,

essayer d'analyser son caractère, observer son comportement et ses réactions dans telle ou telle situation et réfléchir sur la façon dont on est perçu.

Il est donc indiqué de procéder à une évaluation intrinsèque des ressources du praticien auquel succède une auto-évaluation de la fonction relationnelle et de la fonction de communication confrontées à différents modes de l'activité thérapeutique, l'objectif demeurant dans tous les cas de préserver la cohérence de la relation thérapeutique par différentes modalités (évaluatives et réévaluatives) de potentiels de communication induits. Les déficits visuels, auditifs, éventuellement cognitifs et/ou neurologiques (même légers) en relation avec des traitements médicamenteux opportunistes ou des pathologies transitoires concernant le praticien doivent, *a priori*, justifier des bilans soigneux, l'acquisition de diagnostics précis et la mise en œuvre de traitements correcteurs ou régulateurs indispensables à la récupération optimale des facultés souhaitées. La persistance de troubles inhérents à des pathologies non ou insuffisamment traitées ne peut qu'engendrer un déficit relationnel initial préjudiciable (16).

Ainsi tout praticien a ses compétences, il doit en connaître les limites, il ne peut répondre positivement à toutes les demandes. De même, il doit aussi évaluer ses limites personnelles de tolérance, les reconnaître et les signifier. Dans le cas contraire, il en a forcément fait un jour ou l'autre l'expérience, la relation, les traitements eux-mêmes et leurs issues se révèlent plus que décourageants, ce qui revient à affirmer que rien ne peut être entrepris sans le consentement profond et l'engagement réciproque des deux protagonistes pour mener à bien le contrat établi.

5.3. La première consultation

À ce stade de la relation, le rôle du chirurgien-dentiste consiste tout d'abord à faciliter le contact et à apaiser l'anxiété du patient. Toute interférence doit être évitée ou écartée. En termes de communication, l'interférence est n'importe quel élément déformant ou empêchant l'information destinée à l'auditeur. Il peut s'agir d'interférences techniques - telles que des bruits divers, l'intrusion de personnes étrangères, l'intervention inappropriée de l'assistante - ou sémantiques - un langage trop technique ou trop vague, des contresens, etc.

Le but de l'entretien est d'analyser les différents facteurs de motivation et de coopération. Son sujet sera de préciser le motif de la consultation et de faire prendre conscience au patient des différentes facettes du problème: les solutions prothétiques ou autres, la durée approximative du traitement, l'assiduité, l'aspect financier. L'ensemble de ces données est livré à titre indicatif et n'est pas approfondi; les données seront détaillées ultérieurement, lors de l'exposé du plan de traitement. (28)

L'adage bien connu se vérifie particulièrement dans le cadre de la première consultation au cours de laquelle les patients/clients testent leur praticien et se font une idée de sa future faculté à répondre à leurs besoins. Les attentes et les besoins des patients revêtent de nombreux aspects, et il incombe au praticien de les déchiffrer, car de l'adéquation entre la demande et ce qui est fourni va découler la satisfaction ou la non satisfaction, et ce indépendamment de la qualité clinique de l'acte délivré (48).

La première consultation constitue donc une étape essentielle dans la relation avec le praticien-patient. Comment avoir un impact positif immédiat sur ce dernier ? Comment le mettre en confiance rapidement ? Faut-il parler d'argent ? C'est de cette première consultation que va dépendre l'acceptation du plan de traitement par le patient. Or, le point de départ de la première consultation réside dans l'accueil téléphonique.

L'accueil téléphonique

« Nous n'avons pas une seconde chance de faire une première bonne impression ». En effet, dès l'appel téléphonique, la personne qui répond (praticien ou assistante) doit arriver à faire passer le message que le cabinet est différent. L'assistante ou la réceptionniste doit être parfaitement rompue à ce genre d'exercice car elle doit donner l'image de professionnalisme. La première conversation téléphonique est une réelle opportunité pour le cabinet dentaire de créer un climat de confiance vis à vis du patient. Pour ce premier rendez-vous, il est pertinent d'essayer de proposer au patient un créneau horaire à sa convenance. Pour cela le praticien peut prévoir plusieurs créneaux horaires dans la semaine qu'il réservera aux nouveaux patients. Ce service, cette disponibilité seront, d'après E. Binhas, un atout considérable qui le différenciera des autres cabinets.

L'entretien pré-clinique

Lors de la 1ère consultation, il est recommandé au praticien d'aller lui-même chercher le patient en salle d'attente pour lui serrer la main. Ce point est important en effet, ce contact physique amical permet d'établir plus rapidement la relation de confiance. Il est ensuite important de débiter la première consultation par un entretien pré-clinique.

L'anamnèse (25)

Active et sensible, l'écoute respecte et entend la culpabilité et la honte sous-jacentes de celui qui livre une dégradation dont le temps, la peur et la négligence ont été, le plus souvent, les artisans. Il est bon pour le praticien de garder toujours présent à l'esprit que la charge symbolique et affective d'une cavité si propice à tous les excès et à tous les conflits peut avoir été oblitérée. Écouter ne conduit ni à un jugement ni à une banalisation. C'est une aide à surmonter l'émotion qui altère les capacités d'expression, de compréhension et, de surcroît, la mémoire.

D'une façon générale, toute anamnèse se déroule selon un entretien semi-directif. La conduite de celle-ci requiert du temps, du tact, de la disponibilité et une écoute réelle. Il s'agit d'un entretien ayant pour objectif de faciliter l'expression du patient sur sa démarche et plus précisément sur l'histoire passée et présente de son symptôme. La réussite et la richesse de l'anamnèse vont dépendre du praticien et de ses attitudes. Structurée par des éléments conscients et inconscients, l'attitude se rapporte toujours au contre-transfert, elle joue un rôle essentiel et immédiat. Spontanée ou composée, elle franchit largement les limites de l'apparence et situe le praticien dans son professionnalisme, ses qualités humaines et son authenticité.

Ces qualités se condensent autour de *l'écoute*. C'est Rogers (1972) qui, le premier, l'a désignée comme l'attitude fondatrice d'une communication interindividuelle équilibrée. Sans elle, faut-il le souligner, le dialogue est illusoire, il n'y a alors que deux monologues juxtaposés où chacun poursuit son propre objectif. Écouter, du latin *auscultare*, c'est s'appliquer à entendre, prêter son attention à des bruits, à des paroles. L'écoute en vieux français, c'était le guetteur, la sentinelle. Au XIV^e siècle, c'était le poste de guet d'où l'on peut écouter, guetter.

Écouter c'est donc:

- à la fois regarder, observer, entendre;
- se taire pour laisser la parole à l'autre;
- communiquer sans parler;
- laisser le temps au patient de s'exprimer;
- aussi accepter ce qu'il dit et ce qu'il ne dira pas;
- respecter les silences, les hésitations, les réticences;
- être attentif à ce que dit le patient et à la façon dont il le dit;
- observer toutes les mimiques: un rictus traduisant l'émotion, un rire qui peut chercher à masquer l'angoisse, un sourire pour atténuer un mouvement d'agressivité, une agitation des mains, des pieds, etc. autant de messages non verbaux qui ne sont pas toujours en cohérence avec les paroles;
- enfin, aussi prendre conscience de ce que le patient nous transmet: intérêt, ennui ou plutôt rejet. (25)

Les questions ouvertes (23) (49) (50) (51)

La constitution d'un plan de traitement personnalisé, compréhensible et structuré augmente la probabilité d'adhésion. Cependant, et malgré tous les efforts du praticien, le patient pourra le refuser. Un patient n'accepte une proposition que s'il est sensibilisé à la fois sur un plan émotionnel et logique. Qu'il ne comprenne pas le traitement et n'ait pas toutes les réponses à ses objections et il devient très difficile de le motiver. La maîtrise des questions est l'un des points les plus importants pour accroître l'efficacité relationnelle du praticien.

Il s'agit dans un premier temps d'une série de questions appelant des développements de la part du patient. Elles sont destinées à recueillir des informations générales sur lui (ses craintes, ses expériences dentaires, ses centres d'intérêt ...). Elles doivent amener le praticien à une meilleure connaissance de son patient.

Il faut que le praticien laisse au patient une grande latitude dans ses réponses afin d'obtenir des informations dont le praticien ne pourrait avoir connaissance autrement car le patient peut évoquer des thèmes importants pour lui au détour d'une phrase apparemment anodine. Attention, cette conversation doit être balisée, guidée, afin de ne pas perdre de vue l'objectif de base. Il s'agit de connaître le patient et comprendre ses souhaits explicites et si possible sous-jacents, et non de jouer le rôle de confident à l'écoute des péripéties de sa vie personnelle pendant l'ensemble de la consultation.

Par exemple :

- Que pensez-vous de votre sourire ?
- Comment se sont déroulées vos précédentes expériences dentaires ?
- Que pensez-vous des résultats obtenus ?
- Que savez-vous des derniers progrès en dentisterie ?
- Quel type de soins avez-vous reçu étant enfant ?

Chacun aime parler de soi-même et de ses expériences. Les patients ont simplement besoin que la conversation soit guidée. Ces questions aideront le praticien à mieux connaître les attentes, les souhaits de ses patients et à avoir l'assurance de les comprendre, donc de les satisfaire. Cette démarche présente le grand avantage d'impliquer le patient dans le diagnostic et le processus de décision. Il y a une corrélation directe entre ce « questionnaire » et l'acceptation du plan de traitement. Plus le nombre de questions ouvertes est important, plus le plan de traitement a de chances d'être accepté.

Le praticien devra se concentrer et noter les points importants. Lors de cette étape délicate, il ne faut pas presser les patients car cela peut avoir des conséquences fâcheuses sur la suite de la relation. La condition sine qua non pour obtenir leur pleine adhésion est de les laisser s'exprimer : le praticien doit prêter une oreille attentive et bien se garder d'interrompre son patient. Il est primordial pour le praticien d'accorder à cette étape souvent négligée le temps nécessaire pour rassurer le patient, cerner ses attentes, puis évaluer ses besoins en matière de soins, non sans lui exposer sa propre vision de la dentisterie, comme par exemple la nécessité d'une approche globale pour une plus grande tranquillité sur le long terme. L'erreur la plus commune est de parler au lieu d'écouter le patient, qui doit bénéficier au minimum de 70 % du temps de parole lors de cette phase. C'est en surmontant son désir de plonger trop tôt dans l'exposé du plan de traitement que le praticien parviendra à tisser des liens durables et confiants avec son interlocuteur. (23) (49) (50) (51)

Les questions fermées (23) (49) (50) (51)

A ce niveau il est possible de passer aux questions fermées. Ce sont celles qui appellent uniquement deux types de réponses : oui ou non. Elles viennent confirmer les informations recueillies auparavant : « Pensez-vous que votre bouche est en parfaite santé ? », « Est-ce bien les dents du fond qui vous font mal ? ». Leur objectif est de confirmer et de préciser les réponses déjà obtenues.

La progression des questions ouvertes vers les questions fermées doit se faire en douceur. Il s'agit d'évaluer les vrais besoins du patient. Le praticien note les centres d'intérêt, les motivations et, surtout, les zones de flou. Ce sont autant de situations à explorer à l'aide des questions fermées.

Par exemple :

- Désirez-vous un plus joli sourire ?
- Souhaitez-vous avoir une bouche en parfaite santé ?

- Avant votre venue, étiez-vous inquiet par rapport aux problèmes dentaires que nous risquions de trouver dans votre bouche ?
- Est-ce que ce sont bien ces dents abîmées qui vous font mal ?
- Seriez-vous intéressé par des implants pour le remplacement de vos dents manquantes ?
- Afin de restaurer votre sourire, souhaiteriez-vous que je place des céramiques sur vos dents de devant ?

Le praticien peut également proposer au patient d'auto-estimer son état dentaire son propre état bucco-dentaire actuel sur une échelle de 1 à 10. Puis le praticien demande au patient d'exprimer son souhait sur la note qu'il aimerait atteindre. Relativisé par certains traits de la personnalité du patient (perfectionnisme, degré d'estime et de confiance en soi...) ce système d'auto-notation du patient est un moyen efficace de connaître l'importance qu'il accorde à sa santé bucco-dentaire. (23) (49) (50) (51)

L'examen clinique (23) (49) (50) (51)

Suite à l'entretien pré-clinique un examen se déroulera au fauteuil. Il consiste en une analyse détaillée de l'état buccal selon un processus établi :

1. L'examen doit se dérouler en présence de l'assistante.
2. Il ne doit jamais commencer par les dents : il s'agit de vérifier la tête, le cou et les ganglions. Sur le plan de la communication, cela permet une approche plus douce, moins agressive de la bouche. Sur le plan clinique cela permet de ne pas passer à côté de certains symptômes (une douleur au niveau des ATM etc...).
3. Après avoir demandé au patient d'ouvrir la bouche l'examen se poursuit par la langue.
4. Ensuite intervient la palpation de l'intérieur des joues. Puis celle des gencives accompagnée d'un examen à l'aide d'une sonde parodontal. En parallèle le praticien continue d'expliquer ce qu'il fait et à rassurer son patient.
5. A ce stade, le praticien fait part de ses observations à son assistante en respectant 2 étapes bien précises :
 - la 1ère étape consiste en *une description des observations* qui ont été faites dans un langage compréhensible : « Tous les muscles semblent normaux », « L'examen des ganglions est négatif », « Présence de saignement au niveau des gencives ». Cela contribue à construire un cas dans l'esprit du patient ;

- la 2ème étape, elle, consiste à donner *une explication courte et claire* au patient: « Nous décelons quelques saignements au niveau des gencives. Ces saignements sont l'un des symptômes indiquant un problème au niveau de vos gencives et de l'os sous-jacent C'est pourquoi nous allons effectuer des radios...». Ce faisant, l'attention du patient est captée.

La première consultation consiste donc à renseigner le patient sur l'état de sa bouche sans toutefois en donner trop de détails. Pour E. Binhas le coût du traitement ne doit jamais être évoqué à ce stade. Si un patient insiste pour connaître le montant des honoraires, E. Binhas avance comme explication que le praticien n'a pas assez souligné les points bénéfiques du traitement. Il conseille de dire que la question des honoraires sera abordée en

détail après la présentation du traitement. Le but étant de donner au traitement suffisamment de valeur ajoutée pour que le patient ait envie de le réaliser sans que les honoraires constituent un véritable obstacle.

Une fois la phase de la première consultation avec les questions ouvertes et fermées achevée, le chirurgien-dentiste est enfin prêt pour la deuxième partie de l'acceptation des plans de traitement : à savoir la phase de présentation du traitement lui-même. Celle-ci aura lieu au cours d'une visite ultérieure. (23) (49) (50) (51)

5.4. Le plan de traitement

La présentation du plan de traitement a lieu lors de la deuxième consultation pré-thérapeutique. Après avoir rassemblé les données nécessaires au diagnostic et au plan de traitement lors de la première consultation, une séance est nécessaire pour exposer ces derniers dans leurs globalités. Au lieu de se fonder sur le schème de référence du patient, comme c'était le cas lors de la consultation précédente, dans cette deuxième étape le chirurgien-dentiste a recours au sien. Ses connaissances théoriques et pratiques, son expérience, ses capacités d'interpréter et de faire des inférences vont l'amener à fondre les renseignements fournis par l'examen clinique, l'évaluation des moulages d'études et des radiographies, et la synthèse de la relation précédente dans un tout cohérent et compréhensible (28).

Son discours doit être compréhensible, c'est-à-dire traduit ou « interprété » selon les ressources du patient. Pratiquement, le thérapeute expose dans un langage médicalisé puis en fait une transcription acceptable. Si la consultation concerne un enfant en présence des parents, le discours est alors renouvelé spécifiquement en direction de l'enfant. Le but de l'interprétation est d'aider le patient à mieux comprendre son problème, afin de le résoudre, et de l'inciter à adopter de nouveaux comportements (28).

Pour chaque traitement, le praticien soulignera les bienfaits à en attendre en des termes positifs en partant de constats objectifs dénués de jugement (afin de garder son patient à l'écoute). Ces constats objectifs constituent la continuité d'esprit avec les constats cliniques objectifs fait dans des termes anatomiques dénués de jugement au cours de l'examen clinique. Il est important ensuite de souligner les apports de ce traitement d'un point de vue émotionnel et psychologique. La raison en est simple : les patients n'achètent pas des implants, des couronnes, des amalgames... mais des bienfaits psychologiques et émotionnels, tels que la tranquillité d'esprit, le confort ou un joli sourire. (52)

Dans le même ordre d'idées en ce qui concerne la motivation au contrôle de plaque, il s'agit dans un premier temps pour le praticien de montrer dans un miroir les caries ou l'accumulation de plaque sur le bout d'une sonde. Dans un deuxième temps parler en des termes positifs consiste à parler de santé dentaire, de beau sourire ou d'haleine fraîche à atteindre et non de combattre les caries ou d'éviter la mauvaise haleine. En résumé il faut parler de la carotte et ne pas trop focaliser sur le bâton.

Présentation du plan de traitement

La présentation des plans de traitement est une étape clé dans les rapports avec les patients. Cette présentation doit permettre aux patients de répondre aux 4 questions suivantes :

- De quoi s'agit-il ?
- Que m'apportera ce traitement dans la vie de tous les jours ?
- Combien de temps cela va-t-il durer ?
- Quel en sera le coût ?

Les praticiens, bien souvent, adoptent une attitude standard vis-à-vis de leurs patients lors de l'exposé du projet de traitement. Ils expliquent, à chaque fois, les traitements de la même manière quel que soit le patient. En fait, il ne s'agit pas d'une stratégie rationalisée pour la présentation des plans de traitement. C'est la raison pour laquelle le pourcentage d'acceptation des traitements proposés est si aléatoire d'un patient à l'autre. La clé est d'adapter la présentation du projet de traitement à chaque patient (53).

Il est également préférable de présenter le traitement dans les termes d'un contrat entre deux parties (praticien-patient) où chacun a un rôle, des tâches et des devoirs à accomplir. Le patient, directement impliqué dans la réussite, est ainsi incité à participer activement (28).

Sur un plan pratique il s'agit d'utiliser une méthode de planification stratégique fondée sur cinq étapes : bilan, objectif, stratégie, tactique, contrôle. Au cours de chaque présentation de traitement, chacune de ces étapes doit être minutieusement détaillée (53).

Bilan. Il débute par la mise par écrit la situation buccale du patient. C'est l'état des lieux. Il s'agit d'établir ce bilan également sur le plan psychologique car il permet de connaître où en est le patient de l'intérêt qu'il porte à ses dents. Cela peut éviter de proposer un traitement alors que les liens établis avec le patient ne sont pas encore assez solides pour qu'il l'accepte. De même, cela permettra aussi au praticien de savoir s'il a passé suffisamment de temps à instaurer la confiance ou s'il s'agit finalement de s'adapter au faible niveau d'exigence du patient.

Objectifs. Il s'agit pour le praticien de parvenir à comprendre ce que veut réellement le patient. Souvent, certains n'ont eux-mêmes pas conscience de leurs motivations au moment où ils se présentent.

Stratégie. Il s'agit d'exposer l'approche générale du traitement proposé au patient (prothèse fixe, prothèse amovible, chirurgie, implantologie, etc.).

Tactique. C'est l'explication en détail du choix du traitement. Si, par exemple, le praticien pense qu'une couronne ou un bridge céramique est une meilleure solution qu'un appareil amovible ou pas de traitement du tout, il s'agit d'en expliquer les raisons au patient.

Contrôle. Il s'agit de l'étape de suivi, cruciale et souvent sous-estimée, qui permet de connaître la satisfaction du patient.

E. Binhas encourage tous les praticiens à définir un projet à partager avec leurs patients. La présentation de leur plan de traitement reposera sur une trame. Elle n'en sera que plus fluide et les patients comprendront mieux ce qu'ils leur ont présenté. Une présentation

organisée inspire confiance aux patients qui ne peuvent se décider sur une conversation d'ordre général. (53)

A noter que le patient participe également à l'échange, verbalement ou non: il ne se borne pas à recevoir passivement le message. Il est du rôle du praticien d'être attentif, à l'écoute, de marquer de l'intérêt aux remarques du sujet et enfin de détecter les indices non verbaux - l'expression faciale le plus souvent - et de les comprendre afin d'ajuster son comportement. Dans ces échanges, le praticien apprend ou cherche à connaître son patient, il doit être à la recherche de ses « déclics émotionnels » afin de le guider vers la démarche thérapeutique dont il a besoin. Cette phase avait débuté dès la première consultation, dont le déroulement et la qualité conditionnent 80 % de l'acceptation du plan de traitement. Le praticien doit garder à l'esprit que l'adhésion du patient à la thérapeutique proposée, sa décision de l'accepter, seront guidées par l'envie, alors que l'élaboration du plan de traitement se fait essentiellement selon ses besoins. Il lui appartient donc, au travers de la relation établie avec le sujet, de susciter l'envie correspondant à ses besoins (23).

Cette gymnastique oratoire délicate doit se conclure en s'assurant que le patient a bien tout compris: il suffit de lui demander de reformuler (chacun son tour !) l'information et la décision avec ses propres mots. Ce rétrocontrôle embarrasse encore nombre de praticiens. C'est la condition du consentement « éclairé ». Mais, compte tenu de l'évolution actuelle, tôt ou tard chacun s'habitue à ce devoir de transparence et peut-être même y verra une argumentation possible de dissuasion pour ne pas traiter des patients dont la demande ou le comportement leur apparaît problématique. Ceci concerne déjà actuellement tout ce qui a trait à des exigences esthétiques que la compétence professionnelle ne peut à elle seule satisfaire (25).

Outils pour la présentation du plan de traitement

À ce niveau de l'échange, la présentation des plans de traitement passant tout de même obligatoirement par la case « réalisation technique », il est intéressant, voire primordial que le praticien dispose d'outils iconographiques et de modèles de démonstration concernant les actes courants bien que méconnus du grand public. L'usage de modèles d'arcades comportant chaque élément de prothèse fixée, amovible et implantaire, ainsi qu'un support illustré, de préférence à partir de photos plutôt que de schémas, destiné à présenter les résultats des actes d'odontologie conservatrice, endodontie, paro, etc... a largement fait ses preuves en ce qui concerne une meilleure compréhension, motivation, et donc acceptation du plan de traitement (23).

La caméra endobuccale et les CD-Rom de présentation peuvent aussi tenir une place importante dans le travail de présentation du traitement au patient. Avant tout parce que l'impact visuel de la projection sur écran fait de ces outils, au rôle par ailleurs déterminant dans le processus d'éducation du patient sur sa santé bucco-dentaire, un moyen d'implication du patient. Il peut ainsi voir et comprendre pourquoi le praticien suggère un traitement plutôt qu'un autre en montrant facilement où vont se situer les soins et en expliquant, photos à l'appui, les bienfaits de la solution proposée. Les patients participent d'autant plus à la prise

de décision du traitement. Après avoir compris (ou vu) qu'un traitement est nécessaire, les patients le mettent en balance avec la dépense à engager le temps nécessaire et la gêne occasionnée. Si, à leurs yeux, les aspects positifs surpassent ces aspects négatifs, le traitement est accepté d'emblée (54). Il revient au praticien (ou à son assistante) d'expliquer au patient ce que sont la caméra et le CD-Rom, pourquoi le cabinet les utilise et comment ces instruments peuvent l'aider à comprendre le traitement proposé. Il s'agit ensuite de le rassurer en précisant que leur utilisation est indolore. Négliger cette information peut aboutir à une perception négative de ces outils! Le praticien effectue enfin un balayage de la bouche avec la caméra, expliquant alors tout ce qu'il décèle. Il peut même montrer un problème à l'aide d'un agrandissement d'une dent en commentant l'amalgame existant, de sa taille, ses infiltrations, la fracture palatine, le rôle de la couronne et ses bienfaits. La caméra endobuccale et les CD-Rom permettent ainsi l'application d'une notion majeure dans le domaine de la communication: « Voir, c'est croire! » (54).

Objections des patients

Les réponses aux objections des patients doivent toujours être planifiées et même, attendues. 80 % d'entre elles font, en général, partie des catégories suivantes (55):

- le montant des honoraires,
- la réputation du praticien et son expérience,
- la durée du traitement,
- la douleur,
- la prothèse sera-t-elle fixe ou mobile,
- l'efficacité du traitement et le résultat final,
- la qualité du service rendu,
- la concurrence.

En préparant à l'avance ses réponses, le praticien peut minimiser sa vulnérabilité aux refus des patients et élever ainsi le niveau de confiance en lui. Il s'agit d'écouter attentivement leurs arguments, inquiétudes et réticences. Leur inquiétude est-elle justifiée? Cela concerne-t-il un élément important pour le patient? Est-ce que l'objection concerne un problème réel, est-ce simplement un problème perçu par le patient ou une peur qu'il projette?

La Programmation neuro-linguistique est ici est une aide précieuse lorsqu'il s'agit de cerner la perception d'un patient. Le praticien se gardera d'oublier l'empathie qui ne signifie pas pour autant son accord ou sa sympathie : l'empathie consiste à comprendre son patient mais pas obligatoirement à être d'accord avec lui. Il s'agit de penser à l'objection ainsi qu'à sa réponse en se rappelant les principes de la Communication non violente:

Le patient : « Docteur, j'ai bien peur que le montant des honoraires pour ce traitement ne soit un petit peu trop élevé pour nous. »

Le praticien : « Je comprends, il vous paraît élevé (*empathie*), il faut savoir que... ». Ou encore : « Je comprends, il s'agit d'un investissement... ». Le praticien doit alors identifier les caractéristiques, les avantages, et les bénéfices du traitement, puis les présenter à ce moment là au patient. Pour répondre à une objection, le praticien veillera à ne pas s'opposer.

Le praticien évitera d'utiliser les mots « mais » ou « cependant » lorsqu'il répond à l'une des objections d'un patient. Ces mots ont tendance à dévaloriser le discours les précédant, et à placer une barrière entre le praticien et le patient. S'il doit utiliser une conjonction, il utilise le terme « et » qui est beaucoup moins conflictuel (55).

5.5. Le devis

Présentation du devis

L'influence des médias, la dénonciation des disparités des honoraires selon les praticiens, une nomenclature obsolète, la notion de tact et de mesure ne facilitent pas le dialogue avec le patient au moment de l'établissement du devis, lequel sera décisif quant à l'acceptation ou au refus de ces travaux dits hors nomenclature ou presque. Le dialogue sera d'autant moins aisé que certains ont du mal à « parler argent ». Le rapport à l'argent dépend de l'histoire de chacun. Selon l'éducation socioculturelle et familiale reçue, les aspirations seront bien différentes et les dispositions souterraines à l'égard de l'argent aussi. Mais devant la demande bien légitime des patients qui veulent être réellement informés des techniques et des coûts, le praticien se trouve confronté à ce qui devient une obligation. À l'évidence, il lui revient de donner lui-même les explications claires et convaincantes qui vont aider le patient à choisir, parmi les propositions, celle qui s'accordera pour le mieux à ses possibilités financières (25).

Ainsi l'évaluation et la formulation des honoraires représentent une démarche indispensable de la part du praticien. Tout manquement à cet égard peut être lourd de conséquences sur le devenir thérapeutique. La production d'un document sans commentaires peut être insuffisante, ne permettant pas au patient de donner de façon éclairée son assentiment aux soins proposés. La communication verbale en tant que relais de l'information (ou de soutien à l'information initiale écrite) doit donc venir clarifier les zones d'ombre qui pourraient persister ou les confusions que pourraient entraîner des données trop techniques ou trop peu « parlantes » pour l'intéressé. (16)

L'évaluation des coûts thérapeutiques, leur justification et leur ventilation dans un plan de traitement impliquent en conséquence un abord simple, direct et complet des questions financières inhérentes aux objectifs à traiter. Le patient est à la recherche de repères qui doivent lui être fournis et son consentement éclairé ne pourra prendre son entière signification que s'il dispose de toutes les références compatibles avec ses propres facultés d'intégration.

En tant que relais de l'information écrite, la communication verbale induite par le colloque singulier entre le praticien et son malade devient ainsi un complément nécessaire à la stricte présentation documentaire des honoraires qui peuvent être reçus comme détachés de leur contexte et abstraits. Ce colloque qui porte sur l'identification financière des thérapeutiques odonto-stomatologiques peut être mené entre le clinicien et son malade, sans l'intervention d'un tiers, et ceci pour le respect de la plus grande confidentialité possible, très généralement souhaitée (16).

Le praticien doit en conséquence savoir gérer verbalement les attentes de son patient à cet égard:

- réévaluation commentée des séquences thérapeutiques justifiées par la situation pathologique,
- clarification des options thérapeutiques choisies,
- clarification des obligations de moyens thérapeutiques (déroulement chronologique des phases de soins dans un climat psychologique confiant),
- justification et présentation des biomatériaux nécessaires,
- présentation de l'amplitude du traitement et justification des « plateaux techniques »,
- éclaircissement sur les coûts cliniques finaux,
- présentation des phases initiales, intermédiaires et terminales de traitement;,,
- évaluation financière globale du traitement,
- information nette sur la prise en charge par l'assurance maladie et les mutuelles du traitement envisagé. (16)

Le langage adopté par le praticien doit être le plus accessible possible à son interlocuteur, évitant les néologismes professionnels, les formules savantes et les comptes rendus médicotéchniques sibyllins, Il s'agit de consolider l'information et non de la compromettre par une nouvelle accumulation de données (impropres et inutiles) incompatible avec le but poursuivi.

La communication verbale ne doit pas, en conséquence, esquiver les questions financières relatives à une quelconque proposition thérapeutique, Elles s'avèrent indispensables en introduisant une dimension relationnelle plus souple et plus personnalisée sur des questions qui peuvent être, dans un autre contexte, considérées comme délicates. Un refus de communication en la matière pourrait être assimilé à une insuffisance de moyens susceptible d'entamer le capital de confiance du patient et de déroger ainsi à une recommandation déontologique précisément codifiée (16).

Le tact et la mesure s'imposant à tout praticien dans la détermination de ses honoraires, il importe que le contenu du message soit transmis valablement et que le malade soit ainsi convaincu d'avoir bénéficié de toutes les garanties requises à cet égard. « Parler argent » ne veut pas dire dissuader mais au contraire encourager la communication (soignant-soigné) dans un esprit constructif.

A la croisée des dispositions formelles et de la médiation verbale, certaines recommandations demeurent d'une constante actualité:

- rigueur et netteté du dossier clinique et des postes d'honoraires afférents;
- clarté du projet financier corrélé avec les charges cliniques imposées; intelligibilité des propositions financières;
- probité professionnelle;
- informations sélectives à propos de toute clause qui demeure indéterminée pour le patient;
- clarté et rationalité des projets de financement par le patient en fonction de l'évolution chronologique des soins. (16)

Devis et plan de traitement

Il paraît crucial de rappeler la différence importante entre plan de traitement et devis. En effet la confusion semble entretenue à la lecture de certains articles de la presse professionnelle. De même au sein des cabinets dentaires il y a régulièrement, même chez certains responsables, un amalgame entre devis et plan de traitement. En effet, le terme devis est parfois utilisé pour parler en fait du plan de traitement ou inversement. Or ce sont deux étapes bien distinctes dans la relation thérapeutique et même, idéalement, deux documents à part entière: l'un fortement recommandé pour aider le patient dans ses choix, l'autre étant une obligation légale. Les deux combinés contribuent au consentement éclairé du patient (56). Aussi, aborder l'approche de la présentation du plan de traitement uniquement sous l'angle du devis (qui en est toutefois une partie) semble:

- *incompatible avec l'éthique*. La relation thérapeutique ne peut se réduire à une simple relation commerciale, ce que laisserait supposer en préalable une approche uniquement financière du plan de traitement. Par ailleurs, l'expression « comment présenter son devis ? » peut sembler contenir une connotation manipulatoire vis-à-vis des patients;

- et *inefficace*. En effet, il est impossible de présenter correctement le montant de ses honoraires si le patient n'a pas compris tous les bénéfices du plan de traitement et que le praticien pense que seul le prix le motive;

Ainsi laisser le patient se décider sur le seul critère économique ne peut que desservir la mission du soignant. Ne pas clairement distinguer le plan de traitement du devis dans le discours auprès des patients est de nature à entretenir la confusion quant aux intentions réelles des chirurgiens-dentistes vis-à-vis des premiers. Dans ce domaine l'attention aux nuances est cruciale, sinon le risque est grand de basculer insidieusement et en toute bonne foi vers le mercantilisme (56).

Réclamation des honoraires (57)

De nombreux praticiens éprouvent des difficultés, voire un véritable blocage à réclamer oralement leurs honoraires. D. Rozencweig (57) suggère, parmi de nombreuses recettes, d'avoir recours à :

- l'humour: « Je suis persuadé que cela vous fera très plaisir de remettre à ma secrétaire un chèque correspondant à ce que nous avons déjà réalisé », ou « Ma secrétaire adore recevoir des autographes surtout s'ils sont au bas d'un chèque ... »

- l'explication directe : « En raison de frais de laboratoire importants, voulez-vous prévoir à la prochaine séance un versement de » (attention de ne pas se lamenter).

- la tierce personne: « Mon comptable me signale que votre dossier est ouvert depuis 3 mois et que nous n'avons reçu aucun versement, j'ai du oublier de vous en parler. », ou « Mon ordinateur, qui édite automatiquement un état des notes d'honoraires dus après trois mois de traitement, vient de sortir une note pour vous. La voici. »

Dans de nombreux cabinets, le problème global des honoraires est délégué à une collaboratrice selon le principe de la tiers-personne:

- l'assistante : « Pour mes honoraires, voyez la secrétaire (ou l'assistante) qui vous indiquera les modalités de versement. »
- la Sécurité Sociale: « Nous pouvons remplir votre feuille de Sécurité sociale pour les actes déjà effectués afin que vous obteniez un premier remboursement. Les honoraires correspondant s'élèvent à »

Le principe de la « tierce personne » est un principe spontanément employé par tout individu qui éprouve des difficultés à s'impliquer et ceci dès le plus jeune âge. A toutes les étapes de l'enfance ou de l'adolescence, le principe de la « tierce personne » est couramment employé spontanément par la majorité des sujets, sans aucun apprentissage. La jeune fille sollicitée par un garçon qui ne lui plait pas dira: « Je ne peux pas sortir ce soir parce que mes parents ne m'en donnent pas l'autorisation », Par contre si le prétendant est charmant, elle mentira à ses parents: « Je suis obligée d'aller voir Sylvie pour réviser notre prochain contrôle semestriel ». La « tierce personne » est le substitut qui aide à faire passer toute décision difficile à prendre en charge soi-même. La responsabilité de la demande est portée par cette autre personne (ou objet). C'est le moyen idéal pour tout praticien qui veut utiliser des arguments déterminants sans s'impliquer personnellement. (57)

Troisième partie

Dimension éthique de l'information au patient

III. Dimension éthique de l'information au patient

Quotidiennement dans leur profession, les chirurgiens-dentistes font face à des problématiques qui ont une dimension éthique. Toute recommandation d'un dentiste et tout consentement d'un patient possède un aspect éthique car découlent d'eux la possibilité pour le patient d'être soigné ou d'avoir mal ou encore celle d'avoir ses souhaits et ses valeurs respectés ou ignorés. Parfois la recommandation du praticien peut être en contradiction avec les désirs du patient. Parfois les souhaits du patient peuvent paraître incongrus au praticien. La manière dont le chirurgien-dentiste résout ces problèmes et de nombreux autres caractérise sa pratique.

Certaines situations sont si courantes qu'elles peuvent ne pas paraître relever d'un questionnement éthique. D'autres fois les problèmes sont complexes et les solutions ne sautent pas immédiatement aux yeux. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas, une connaissance de base de la philosophie de l'éthique peut s'avérer utile pour prendre des décisions. Malheureusement, tandis que les progrès techniques et les évolutions sociales des 30 dernières années ont fait croître les enjeux éthiques inhérents à la pratique de l'odontologie, l'apparition des enseignements éthiques au sein des facultés odontologiques est tout à fait récente. De plus, même au sein des enseignements d'éthique, l'emphase est généralement mise sur la jurisprudence (1).

Ainsi le praticien voulant obtenir les pistes d'une pratique éthique souhaitera palier à ce manque et sera tout d'abord désireux de définir l'éthique. S'il peut sembler à certains que la morale suffise à guider la pratique des praticiens, ils ne peuvent ignorer les nouvelles questions qu'une démarche éthique ou bioéthique tentera de résoudre. Il est donc utile, à qui souhaite entamer une démarche éthique, de voir ce qui peut permettre de différencier la morale de l'éthique. De plus, dès lors que le droit régleme la pratique médicale afin d'en éviter les dérives, il semble logique de se demander quelle est, par rapport au droit, l'apport de l'éthique dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste. Cet apport s'avérera primordial dans le questionnement quotidien qui entoure l'information au patient de par le rôle qu'elle tient dans l'adhésion au plan de traitement du patient et dans son consentement éclairé.

1. L'éthique

1.1. Ethique et morale

Il existe autant de définitions de l'éthique que de points de vue. Ainsi il semble finalement plus facile de définir, plutôt que « ce qu'est l'éthique », « ce qu'elle *n'est pas* »: ce n'est pas une science exacte, ni un recueil de normes, ni un ensemble de recettes (19).

Distinguer le factuel de l'évaluation

S'il est peu évident de définir l'éthique il est possible de la caractériser. Une de ses caractéristiques est qu'elle nécessite le recours à des évaluations. Il se trouve que les évaluations prennent également une grande place dans la pratique médicale et odontologique.

Ainsi une personne peut connaître toutes les données actuelles de la science dans le domaine odontologique et pour autant peut ne pas savoir comment pratiquer. En effet il est impossible de savoir si une procédure est bonne ou mauvaise, indiquée ou non, sans procéder à une évaluation de la situation. C'est seulement en combinant savoir scientifique et réflexion évaluative que le praticien peut savoir ce qui est cliniquement approprié. En résumé, pour savoir ce qu'il doit faire, le praticien qui prend la décision doit savoir quelle est l'issue la plus souhaitable (1).

Pour un praticien, réaliser qu'il procède à une évaluation pour jauger une situation, et donc qu'il n'est pas uniquement en train de se baser sur des faits objectifs, n'est pas aussi aisé qu'il n'y paraît. Pourtant décider qu'une approche est meilleure qu'une autre va, en soi, exiger le recours à une évaluation. Décider qu'un traitement a des effets secondaires, de même: en effet, en disant qu'un effet est « secondaire » nous impliquons qu'il est indésirable. Même la déclaration que tel ou tel traitement dentaire est indiqué est une déclaration comportant des composantes sujettes à évaluation ; c'est déclarer que, toutes données prises en compte, le traitement en question offre un meilleur rapport risques/bénéfices qu'une de ses alternatives. Ainsi les évaluations sont omniprésentes dans la pratique dentaire comme elles le sont dans toutes professions soignantes (1).

Evaluations d'ordre éthique ou non

Bien sûr toutes les évaluations ne sont pas d'ordre éthique. Certaines relèvent de goûts ou préférences personnels. La distinction entre interrogations d'ordre éthique et interrogations d'un autre ordre n'est pas toujours claire mais en général les questions sont considérées comme relevant de l'éthique quand elles répondent à la plupart, si ce n'est de tous, des critères suivants :

- « *ultimité* » : c'est-à-dire qu'il ne semble pas exister de plus haut standard de références pour jauger la situation;

- *universalité* : c'est-à-dire que si d'autres personnes considèrent la même problématique ils parviendront à la même conclusion. Cela n'implique pas rigidité ou totalitarisme, puisque cela s'applique à une situation unique, et cela est totalement distinct de tout goût personnel ou jugement de la société. Les raisonnements éthiques sont comme les raisonnements scientifiques : si deux raisonnements sont contradictoires les deux ne peuvent être vrais même si cela ne signifie pas que tous les raisonnements font l'unanimité;

- *altruisme ou neutralité* : une décision éthique ne peut être prise dans le but d'avantager la personne qui décide;

- *hiérarchie des valeurs* : en cas de conflits de valeur une décision est éthique si elle repose sur un choix justifiable par une hiérarchisation des valeurs (1).

Morale et éthique (58) (1) (59) (3)

Si les dictionnaires donnent parfois des définitions identiques à la morale et à l'éthique, il apparaît pourtant clairement que les sens sont différents. En effet même si la morale et l'éthique ne peuvent pas être distinguées, par exemple, par le fait que l'une et non l'autre est en adéquation avec des dogmes religieux, les mœurs peuvent amener à juger

immoral un comportement qui est pourtant éthique, et des habitudes et des traditions peuvent être bien établies sans être pour autant éthiques. Il est donc aisé de conclure qu'éthique et morale sont différentes puisqu'elles ne se recoupent pas totalement. Dès lors, en quoi consiste leurs singularités respectives?

La morale - du latin « *mos - mores* », les mœurs, les règles de comportement - indique le bien et le mal, « ce qu'il est bien de faire ». Elle puise dans le passé les réponses pour le présent et le futur, elle s'impose à toute une société (« *Etre né pour la société c'est être né pour la morale* » Pariset). Elle fait penser à un monde clos, conservateur, traditionnel et religieux, tout en gardant cependant toute son actualité. Dans son sens le plus courant, la morale se réfère aux normes de la bonne ou de la mauvaise conduite humaine, qui sont si largement partagées qu'elles forment un consensus social stable, bien que généralement incomplet. En tant qu'institution sociale, la morale englobe de nombreux modèles de conduite, incluant les principes moraux, les règles, les droits et les vertus. Nous apprenons tous en grandissant quelles sont les normes et les responsabilités morales de base. Elles nous précèdent et se transmettent de génération en génération.

En ce qui concerne l'éthique sa définition exacte n'existe donc pas, trop brèves ou trop complexes, les versions qui en sont données ne reçoivent pas l'approbation générale (il en est de même de la bioéthique). La définition d'Aristote, dans sa simplicité et son universalité est sans doute la moins mauvaise : « *suprême science organisatrice de la totalité de l'activité humaine ayant pour objet la vertu générale* ».

Si l'éthique tire son étymologie du grec « *éthos* » qui désigne les mœurs, mais également les règles de comportement, ce n'est toutefois pas un ensemble de règles de vie, ce qui l'apparenterait à la morale. Elle peut être définie comme une recherche de morale nouvelle. L'éthique, plus ouverte que la morale, se nourrit de la situation présente et tente d'apporter des réponses aux problèmes nouveaux qui se posent aux sociétés en permettant d'entrevoir une morale prospective. Elle propose des réponses, elle ne les impose pas et se différencie ainsi de la morale. Par conséquent un critère qui permettrait de distinguer les deux concepts serait celui de la notion de réflexion. La morale serait donc un ensemble de jugements spontanés et spécifiques tandis que l'éthique serait une théorie raisonnée et à vocation universelle et systémique bien qu'à usage personnel.

La bioéthique, quant à elle, est issue de l'éthique biomédicale et première mention en est faite en 1971. La bioéthique pourrait répondre à cette définition selon G. Durand « *recherche éthique appliquée aux questions posées par le progrès biomédical* ». Elle indique les limites de l'éthique dans le domaine médical et tend à toujours s'appuyer sur des faits médicaux et scientifiques. Elle repose sur deux principes fondamentaux qui empruntent également à la morale et à l'éthique:

- le respect de la vie
- le respect de l'autodétermination de la personne.

Ainsi ces domaines que sont la morale et l'éthique (et la bioéthique), sans être hiérarchiquement ni chronologiquement dépendants les uns des autres se côtoient, se recoupent, se complètent. (58) (1) (59) (3)

1.2. Ethique et droit

Ethique vs droit (1) (2) (3)

Lorsqu'il s'agit de savoir si la nature d'un problème est d'ordre éthique ou légal, le jugement peut rapidement être faussé. Envisagé d'une certaine façon les termes peuvent sembler avoir des significations similaires. Les objectifs légaux au sein de la pratique de l'art dentaire sembleraient devoir suffire à refléter les valeurs de la société et de la profession de façon à offrir le traitement le plus satisfaisant. Cependant, l'évolution des attitudes au sein de la société concernant le domaine du soin et la croissante tendance à intenter des procès a entraîné des changements de comportement au sein de la profession. Par conséquent, au lieu de considérer la loi comme un guide pour prodiguer des soins dans l'intérêt de leurs patients, les chirurgiens-dentistes veillent à suivre la loi dans le but de prévenir des erreurs légalement répréhensibles.

Cela dit respecter le droit est une condition nécessaire, mais non suffisante, à une pratique éthique. Il est en effet possible d'être dans la légalité et pour autant avoir un comportement non éthique. Il est possible aussi d'avoir un comportement éthique tout en étant dans l'illégalité : il existe des éthiques qui seraient illégales dans la pratique du soin même en étant des éthiques reconnues (comme l'éthique commerciale). Par conséquent, la loi et l'éthique doivent être considérées pour leurs différences plutôt que pour leurs similarités. (1) (2) (3)

Déontologie (1) (7) (59) (3)

La question posée par l'existence de la déontologie est de savoir si la compréhension qu'ont les dentistes des obligations déontologiques de leur profession peut constituer l'ultime standard de références, c'est-à-dire peut suffire à un comportement éthique. Il s'avère en fait qu'un consensus autour de normes éthiques au sein d'une profession n'est qu'une des nombreuses façons dont les normes éthiques d'une profession peuvent être déterminées. En effet il n'est pas toujours évident de déterminer qui parle au nom de la profession, aussi l'idée que la profession est la seule habilitée pour solutionner ses problèmes à dimension éthique est hautement discutable. De plus, dans les cabinets dentaires, face à des situations non prévues par des textes parfois peu précis, le praticien devra avoir recours à une éthique personnelle...

La déontologie qui a pour étymologie le grec « *déondéos* » désigne les règles, avec l'idée d'obligation. Avec la morale la déontologie entretient des liens étroits. Elle tend à imposer au professionnel une vertu. Il doit être irréprochable dans ses relations avec les patients, compatissant, scrupuleux, compétent, dans ses relations avec ses confrères, desquels il ne peut médire, débaucher les clients, tromper les droits contractuels; lesquels sont eux-mêmes respectueux de la déontologie. Il doit faire preuve d'assistance morale, dans ses relations avec les tiers, en évitant tout comportement de nature à déconsidérer la profession, « même en dehors de l'exercice de sa profession ».

Cependant la déontologie, qui souffrait naguère de ne pas être reconnue par le droit, est maintenant bel et bien inscrite dans le code contrairement à la morale. Autre point de

divergence entre morale et déontologie: des deux, seule cette dernière s'appuie sur une organisation répressive (contentieux disciplinaire). Ces derniers points sont révélateurs de l'étroite imbrication qui existe entre la déontologie et le droit médical. Celui-ci a en effet pour mission de confirmer et de soutenir les valeurs essentielles de la profession, au premier chef la liberté et la dignité du malade et du médecin. Il semble cependant impossible d'imaginer un droit médical (ou sanitaire) privé de son substrat déontologique. Une telle réglementation ne manquerait pas de provoquer les réticences, voire les révoltes, de la profession. Ainsi il ne faut pas que la déontologie ne revête que cet aspect de règlement, c'est aussi une réflexion. Par cet aspect la déontologie se rapproche de l'éthique avec qui elle garde pourtant deux importantes différences: il manque à l'éthique le bras séculier d'une sanction juridictionnelle directe. Et elle ne s'impose pas uniquement aux membres des professions. (1) (7) (59) (3)

1.3. Protocole d'une décision éthique

Pour pouvoir prendre une décision éthique il est tout d'abord nécessaire de s'assurer que l'enjeu du problème est bien d'ordre éthique. Parfois ce qui peut paraître comme un conflit éthique repose en fait sur une mauvaise compréhension concernant les données initiales du problème ou sur un désaccord. Une fois que chaque fait est clarifié et provoque un commun accord alors 4 étapes doivent être suivies.

Première étape : *déterminer les alternatives* en gardant à l'esprit les conséquences pour le patient, le praticien et les tierces personnes et en incluant toutes les dimensions du problème (dentaire, médicale, sociale et psychologique).

Deuxième étape : *déterminer les implications éthiques de chaque alternative* ainsi que *les principes éthiques concernés*.

Troisième étape : *déterminer les conclusions éthiques habituelles dans la profession*

Quatrième étape : *évaluer les différentes alternatives* suivant le procédé qui paraît pertinent : hiérarchisation des principes, jugement intuitif ou encore raisonnement par analogie avec des problèmes plus évidents. En général les procédés se complètent aucun n'ayant une supériorité absolue sur les autres ni ne se suffisant à lui-même (1).

Dans un raisonnement éthique, un ensemble de principes est donc nécessaire pour servir de cadre d'analyse à titre de valeurs générales. Bien qu'une « personne de principes » soit parfois considérée comme stricte et inflexible, les principes éthiques ne constituent pas une théorie éthique générale. Ils fournissent seulement un cadre permettant d'identifier des problèmes éthiques et d'y réfléchir. Le cadre est général, car les principes éthiques n'ont pas de contenu suffisant pour prendre en compte les nuances des nombreuses circonstances pouvant entraîner un questionnement éthique. Il convient donc ensuite de spécifier et de pondérer ces principes abstraits (1).

Les principes éthiques

Quatre groupes de principes éthiques jouent le rôle de lignes directrices. Ces quatre groupes sont :

- *le respect de l'autonomie*: norme qui prescrit de respecter les capacités de prise de décision des personnes autonomes;

- *la non-malfaisance* [angl.: non-maleficence]: norme qui prescrit d'éviter de causer du mal;

- *la bienfaisance* [angl.: beneficence]: un groupe de normes qui visent à procurer des bénéfices et qui évaluent les bénéfices par rapport aux risques et aux coûts;

- *la justice*: un groupe de normes qui prescrivent la répartition équitable des bénéfices, des risques et des coûts.

La non-malfaisance et la bienfaisance ont joué un rôle historique central dans l'éthique médicale, alors que le respect de l'autonomie et de la justice y furent négligés avant d'acquérir de l'importance dans l'évolution récente (58).

De ces principes généraux peuvent donc partir un raisonnement éthique sur une situation problématique donnée le but étant d'évaluer les différentes alternatives pour être en mesure de décider quel acte doit être posé. Quand plusieurs de ces principes sont en présence il va s'agir de les pondérer, de savoir lequel possède « la force obligatoire » la plus grande dans la situation qui pose problème. La distinction que fait W. D. Ross (58) entre les obligations éthiques « *prima facie* » et les obligations éthiques « toutes choses bien considérées » [angl.: actual obligations] est centrale pour cette analyse. Une obligation *prima facie* doit être a priori toujours remplie, ne nécessitant donc pas de pondération ; à moins que, dans une situation particulière, elle n'entre en conflit avec une autre obligation *prima facie* d'égale valeur ou de valeur plus forte. Ainsi dans certaines situations des actes sont à la fois *prima facie* mauvais et *prima facie* bons, parce qu'au moins deux normes *prima facie* entrent en conflit dans ces circonstances particulières. Dans de telles situations, il est possible de déterminer l'obligation prioritaire, en comparant les poids respectifs relatifs des obligations *prima facie* en concurrence. Finalement, ce qu'il convient éthiquement de faire est déterminé par ce qui se révèle devoir être fait toutes choses considérées. Cela équivaut à trouver ce que Ross nomme le « meilleur équilibre » entre ce qui est bon et ce qui est mauvais (58).

Choix du procédé d'évaluation des alternatives (58)

Aucun théoricien éthique, aucun code d'éthique professionnelle n'a pu proposer un système d'évaluation dénué de conflits et d'exceptions, mais ce constat ne doit en aucun cas susciter un sentiment de scepticisme ou d'inquiétude. La distinction de Ross entre les obligations *prima facie* et les obligations toutes choses bien considérées fournit des catégories indispensables à l'éthique biomédicale tout en étant très proche de l'expérience quotidienne. En effet, chacun, dans sa vie personnelle, est confronté presque quotidiennement à des situations où il doit choisir entre des valeurs plurielles et conflictuelles, et où il doit peser plusieurs considérations. Certains choix sont moraux, de nombreux autres ne le sont pas. Par exemple, supposons que notre budget nous fasse hésiter entre l'achat de livres et l'achat d'un billet de train pour aller voir nos parents. Ne pas se procurer les livres serait une gêne et un

sacrifice, et ne pas rendre visite à nos parents les attristeraient. Le choix ne sera peut-être pas facile, mais, en général, nous pouvons réfléchir aux alternatives, délibérer, peser le pour et le contre et parvenir à une conclusion. La recherche d'une pratique éthique fourmille d'hésitations similaires.

L'image d'une analyse éthique se faisant vers « le bas », en appliquant les théories ou les principes aux cas, c'est à dire dénué de pondération prenant en compte les circonstances en présence et les autres procédés d'évaluation, a séduit de nombreuses personnes travaillant dans le domaine de l'éthique biomédicale. T. Beauchamp et J. Childress, dans « *Les principes de l'éthique biomédicale* » (58), expliquent avoir, eux, résisté à ce modèle. Ils considèrent que nous avons souvent plus de raisons de faire confiance à nos réactions face à des cas spécifiques, et aux réactions caractéristiques de personnes éthiques, qu'à une théorie, un principe ou une règle. De même pour eux nous avons également de bonnes raisons de faire plus confiance aux principes de la morale commune qu'aux théories. Dans leur modèle, aucun niveau ou type de raisonnement éthique - comme les théories exhaustives, les principes, les règles ou les jugements de cas - n'a la priorité ou ne sert de fondement par rapport à d'autres niveaux. La justification éthique procède d'un cadre souple et cohérent de normes, qui proviennent de tous « les niveaux ». Ces normes peuvent provenir des institutions, des individus et des cultures et aucune norme n'est à l'abri de la révision.

Dans le raisonnement de tous les jours, nous mélangeons facilement les recours aux principes, aux règles, aux droits, aux passions, aux analogies, aux paradigmes, aux récits et aux paraboles. Nous devrions pouvoir faire la même chose en éthique biomédicale. Attribuer une priorité à n'importe laquelle de ces catégories et considérer qu'elle est une composante clé de la vie morale est un projet douteux qu'adoptent certains auteurs en éthique qui veulent remodeler selon leur propre vue ce qui est le plus central dans la vie morale. Les éléments les plus généraux (les principes, les règles, les théories, etc.) et les éléments les plus particuliers (les jugements de cas, les sentiments, les perceptions, les pratiques, les paraboles, etc.) sont entièrement liés dans notre réflexion morale, et aucun de ces éléments ne peut se prévaloir d'être le plus important. (58)

2. Le « meilleur » plan de traitement

Pour déterminer quel est le « meilleur » plan de traitement, il va s'agir dans un premier temps de répondre à la question: **quel est le plan de traitement le plus souhaitable au vue de sa balance bénéfices/risques?**

2.1. Pondération bénéfices/risques

Principes en jeu: « être bénéfique » et « éviter de nuire » (1) (58)

Comme toute problématique éthique, celles entourant la détermination du meilleur plan de traitement bénéficient à être envisagées de prime abord par le biais des principes généraux qui se trouvent en jeu. Dans la pondération bénéfices/risques qui débute le choix d'un plan de traitement il s'agit de minimiser les risques de voir apparaître des inconvénients, voir des dommages, tout en maximisant les bénéfices du patient. Par conséquent les principes en jeux sont celui « d'éviter de nuire » (non-malfaisance) ainsi que celui « d'être bénéfique » (bienfaisance).

Le principe de non-malfaisance affirme l'obligation de ne pas infliger de mal à autrui. Dans l'éthique médicale, il a toujours été associé à la maxime *Primum non nocere*: « D'abord, ne pas nuire ». Les professionnels de santé invoquent fréquemment cette maxime; ses origines sont pourtant obscures et ses implications, pas claires. Souvent proclamé comme principe fondamental dans la tradition médicale de l'éthique hippocratique, il n'apparaît pas dans le corpus hippocratique. Une formulation classique, « Au moins, ne pas nuire », est parfois confondue avec ce principe et constitue en fait une traduction simplifiée d'un passage du corpus hippocratique. Néanmoins le serment d'Hippocrate exprime clairement l'obligation de non-malfaisance et l'obligation de bienfaisance: « *Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je les protégerai de tout mal et de toute injustice.* ».

Les obligations de ne pas faire de mal à autrui sont parfois plus importantes que les obligations d'aider autrui, mais les obligations de bienfaisance sont parfois également plus importantes que les obligations de non-malfaisance. En éthique aucune règle ne fait inconditionnellement passer le fait d'éviter de faire du mal avant celui d'apporter des bénéfices.

Plutôt que d'essayer de trouver une hiérarchie quelconque, une solution est de réunir les principes de non-malfaisance et de bienfaisance dans le schéma de normes suivant:

La non-malfaisance

Personne ne devrait infliger le mal ou faire du tort.

La bienfaisance

Toute personne devrait empêcher le mal ou le tort.

Toute personne devrait éliminer le mal ou le tort.

Toute personne devrait faire ou promouvoir le bien.

Chacune des trois formes de bienfaisance requiert d'agir en aidant - en empêchant le mal, en éliminant le mal et en promouvant le bien - alors que la non-malfaisance requiert uniquement de *s'abstenir intentionnellement* d'agir en causant le mal.

L'éthique requiert non seulement que les praticiens traitent leurs patients de façon autonome et qu'ils évitent de leur faire du mal, mais également qu'ils contribuent aussi à leur bien-être. De telles actions bénéfiques se classent sous la rubrique « bienfaisance ». Il n'y a pas de coupure nette dans le continuum qui s'étend entre ne pas faire de mal et apporter des bienfaits, mais les principes de bienfaisance sont potentiellement plus exigeants que les principes de non-malfaisance, car la personne doit prendre des mesures positives pour aider les autres, et pas simplement s'abstenir de mal agir. Une fois ces principes posés, reste toute la problématique de ce en quoi consiste un bénéfice ou un mal. (1) (58)

Evaluer les alternatives: un plan de traitement idéal? (1)

Ce qui est souhaitable d'un point de vue bucco-dentaire

Il n'existe pas d'estimation de risque (ou d'inconvénient) ou de balance bénéfiques risques (BBR) qui ne soient influencées par les valeurs. Si l'on prend l'exemple de la chirurgie esthétique affirmer que les risques auxquels s'exposent les femmes qui veulent une augmentation de leur poitrine sont significatifs et plus importants que les avantages subjectifs apportés par la chirurgie esthétique est un jugement de valeur et soulève la question de savoir à quelles valeurs morales et valeurs non morales on doit se référer.

Ainsi une source principale de désaccord praticien-patient peut se situer sur la pondération du rapport bénéfice/risques, le problème étant alors de discerner ce qui est vraiment un résultat souhaitable et ce que constituent vraiment des désagréments et des risques inacceptables. De prime abord une denture intacte et fonctionnelle est souhaitable tandis que des lésions carieuses, des dents manquantes, des douleurs dentaires ou bien encore une alvéolyse sont non souhaitées. Mais en général la détermination de ce qui est souhaitable et de ce qui ne l'est pas est plus complexe. Est-ce qu'un appareil amovible partiel est aussi souhaitable que des dents au devenir sévèrement compromis? Et si non, dans quelle mesure l'est-ce moins? Est-ce qu'un inlay couteux en temps et en argent est plus ou moins souhaitable qu'une restauration à l'amalgame? Et combien plus ou combien moins? Comment pondère-t-on bénéfices sur le long terme et bénéfices sur le court terme?

Au long de la formation universitaire et durant les années de pratique, certaines logiques de raisonnement tendent à représenter des consensus au sein de la profession. Cependant souvent les patients ne partagent pas ces conclusions. Cela peut amener à des désaccords en ce qui concerne le plan de traitement le plus pertinent. Cela peut même amener à des conflits concernant l'indication d'un quelconque traitement.

Lorsque la source de désaccord concerne ce qui est souhaitable en soi une partie du problème peut alors reposer sur le fait que le patient n'ait pas bien intégré toutes les données. Par exemple il peut ne pas avoir vraiment compris qu'il finira par s'habituer à l'inconfort d'un appareil amovible. Cela étant dit il peut y avoir réel conflit de valeurs entre un dentiste et son

patient. Un patient pourrait accorder bien plus de poids à l'esthétique toute relative d'un appareil partiel ou au côté fastidieux du nettoyage rigoureux d'un bridge. Le praticien pourrait être bien plus concerné par les effets à long terme d'un traitement tandis que le patient le serait par les effets à court-terme. Existe-t-il un moyen de déterminer objectivement ce qui compte comme le plus souhaitable pour l'état buccodentaire du patient ?

Il est également tout à fait imaginable qu'il y ait accord sur cette pondération risques/bénéfices mais que le choix de traitement qui en résulte soit différent pour le patient et pour le praticien selon que leurs valeurs respectives soient plus conservatrices ou interventionnistes. Dans le cas d'une patiente qui souhaiterait l'extraction de toutes ses dents restantes un pareil dilemme peut surgir. Supposons que de toute évidence elle ne désire pas prendre soin de ses dents restantes et qu'elle ait correctement anticipé que, de toutes façons, toutes ses dents seront extraites tôt ou tard. En conséquence elle souhaiterait donc « se débarrasser de tout ça au plus vite ». Elle exprime ainsi ce qui apparaît aller au-delà d'une simple peur du traitement de canal.

La question dans ce cas est de savoir si cela constitue objectivement de la meilleure odontologie de tenter une restauration et une conservation maximum même si cela implique plus de temps, de douleur et de traumatisme psychique. Est-ce simplement une question de goût et préférences où existe-t-il un argument indéniable en faveur du fait qu'un dentiste affirme que c'est de la meilleure odontologie de tenter d'abord la conservation? Existe-t-il une base objective sur laquelle s'appuyer pour décréter que tel traitement est le meilleur pour la santé bucco-dentaire du patient peu importe le cout financier, émotionnel et temps?

Ce qui est souhaitable d'un point de vue globalité de vie du patient

Même lorsque patient et praticien sont d'accord sur le traitement le plus souhaitable il peut persister un désaccord sur le traitement à effectivement entamer. Comme cela peut être le cas si le praticien et le patient n'accorde pas la même importance au plan de traitement par rapport à d'autres critères. Par exemple une patiente peut refuser un traitement coûteux pour investir financièrement dans un autre de ses projets. Ainsi même s'il y a accord sur ce qui est souhaitable il peut y avoir conflit entre l'objectif de santé bucco-dentaire et d'autres désirs du patient.

Ainsi, à la réflexion, il semble se détacher que, même uniquement en ce qui concerne le choix du plan de traitement, déterminer celui qui est idéal s'avère en fait intrinsèquement un processus subjectif dans lequel même une grande connaissance de la dentisterie ne pourra aider à s'arrêter sur un choix définitif. De plus, du point de vue du patient, le choix ne s'effectue pas seulement entre différents plans de traitement mais il doit pondérer cela avec d'autres de ses priorités. Est-ce raisonnable d'entreprendre à tout prix ce qui est le plan de traitement idéal si cela revient à accepter des choix loin d'être idéaux dans d'autres parties de la vie du patient? Très certainement la solution résultera d'un compromis entre ce qui est idéal d'un point de vue dentaire et ce qui est idéal dans l'autre domaine en conflit.

Il ressort nettement de toute cette tentative de pondération qu'il n'existe pas de base objective pour déterminer si tel ou tel plan de traitement est le meilleur. Cela est dû au fait

que cette pondération laisse la question principale en suspend: **quelle part doit prendre le patient dans la détermination du plan de traitement?** C'est donc autour d'une réflexion sur le principe d'autonomie que se prendra la décision finale. (1)

2.2. Pondération autonomie/paternalisme

Principes en jeux: autonomie et « être bénéfique » (26) (1) (58)

Pour déterminer la part qui doit être prise par le patient dans l'élection du plan de traitement il va être nécessaire de pondérer la part de l'autonomie avec celle du paternalisme. Ce dernier étant guidé par le principe d'être bénéfique - ou bienfaisance - c'est donc celui-ci qui va accompagner celui d'autonomie dans le processus de pondération.

L'autonomie (ou autodétermination) est en fait à la fois un concept psychologique et éthique. Du point de vue de la psychologie, une personne est dite autonome si elle mène sa vie en accord avec ses propres plans librement décidés. Du point de vue de l'éthique l'autonomie est le principe qui considère le droit de chacun à penser, décider et agir indépendamment sans ingérence extérieure. En dentisterie, un patient qui prône la conservation de ses dents se verra peut-être dépossédé de ce droit si son chirurgien-dentiste présume que le patient souhaitera l'avulsion d'une dent abcédée dans la mesure où il ne peut financer la couronne qui serait nécessaire après traitement canalaire.

L'autonomie, en tant que principe du respect des choix autonomes, est aussi profondément ancrée dans l'éthique médicale que tout autre principe mais aucun consensus n'existe sur sa nature, son étendue ou sa force. Pourtant au vu du déséquilibre de la relation praticien-patient, le patient ne peut faire des choix en autonomie seulement si le praticien respecte le droit du patient à être informé dans les formes et agit ensuite en accord. Parfois le praticien peut ne même pas réaliser qu'un problème éthique se pose lorsque, convaincu du bien fondé de son plan de traitement, il l'impose à son patient. Il apparaît alors évident qu'il existe deux versants à l'enjeu de l'autonomie: l'autonomie elle-même (en tant que compétence à faire des choix autonomes) et le respect de celle-ci (pondération autonomie/paternalisme). (1) (58) (26)

Evaluer les alternatives: quels patients peuvent prendre part et dans quelle mesure?

L'autonomie en tant que compétence à faire des choix autonomes (26) (1) (58)

La compétence d'un patient à faire des choix autonomes, donc à prendre part à l'élection du meilleur plan de traitement, n'est pas globale: un même patient peut-être compétent pour certains choix et incompétents pour d'autres. En effet il paraît non raisonnable de présumer que des personnes dites autonomes font toujours les choix corrects pour optimiser leur bien-être. A l'évidence, même eux font des erreurs. Ils peuvent être confus à propos des faits, mal cerner l'implication de leurs choix, ou même ne pas être certain de ce qui leur importe vraiment. Ils peuvent sacrifier leur propre bien-être pour d'autres ou bien encore agir impulsivement. Même les personnes ayant des capacités d'autogouvernement ne réussissent pas toujours à se gouverner pour des choix particuliers, en raison de contraintes

temporaires causées par la maladie ou la dépression, ou par l'ignorance, la coercition, ou d'autres facteurs qui restreignent leurs options. Une personne autonome qui signe un formulaire de consentement sans le lire ou le comprendre est qualifiée pour agir de façon autonome, mais ne le fait pas. Ainsi, d'un point de vue éthique, personne n'est globalement compétent à faire des choix autonomes, personne n'est totalement autonome.

De plus cette compétence à faire des choix autonomes est indépendante d'une incompétence décrétée légalement ou psychologiquement : certaines personnes incapables de prise de décision autonome peuvent, à certains moments, faire des choix autonomes. Il se peut par exemple que le patient d'un hôpital psychiatrique, incapable de s'occuper de lui-même et déclaré légalement incapable de jugement, puisse faire des choix autonomes, comme dire une préférence alimentaire, refuser des médicaments et téléphoner à des connaissances. Ainsi, d'un point de vue éthique, personne n'est globalement incompétent à faire des choix autonomes, personne n'est totalement non autonome.

Ainsi presque personne n'est totalement autonome ni complètement dépourvu d'autonomie en permanence. Il est donc préférable de parler de personnes « à dominance autonome » ou « à dominance non autonome » selon un continuum dans la capacité à agir de façon autonome, ou, mieux, parler de « choix autonome » plutôt que d'aptitude générale à s'autogouverner. C'est à ce niveau que le principe d'autonomie apparaît comme un principe éthique vraiment indépendant du credo de maximiser le bénéfice pour le patient (« être bénéfique » ou bienfaisance). (1) (58) (26)

Respect de l'autonomie vs « être bénéfique »: le paternalisme (58) (7)

Prenons l'exemple d'un patient qui désire l'extraction de ses 10 dernières dents maxillaires dans le but de l'établissement d'un appareil amovible complet. Si le patient est suffisamment informé à propos de l'importance de conserver au maximum les dents naturelles, la décision est prise en autonomie même si le choix du patient n'est pas celui le plus favorable à son bien-être. Le chirurgien-dentiste pourra être tout à fait conscient qu'un traitement parodontal et un appareil amovible partiel serait la solution la plus fonctionnelle. Dans cette situation le praticien devra choisir entre faire ce que le patient désire ou faire ce qui lui est le plus profitable. Le deuxième versant de l'autonomie - le respect de celle-ci - entre alors en jeu comme à chaque fois que le principe d'autonomie est en conflit avec d'autres principes, ici, c'est avec le principe « d'être bénéfique » (bienfaisance). La résolution de ce conflit repose sur la compréhension de l'ordre de priorités des principes. L'idée la plus répandue est que le principe d'autonomie ne peut être dépassé seulement si sont en jeu la protection de l'intérêt de personnes non autonomes ou la protection des intérêts légitimes de tierces personnes.

Cependant en aucun cas ce principe est prioritaire sur les autres principes. Déclarer que le principe du respect de l'autonomie est plus important que les autres considérations morales serait mal comprendre la thèse soutenue ci-dessus et qui est celle de T. Beauchamp et J. Childress (58). C'est précisément l'idée qu'ils rejettent. Leur but est de construire une conception du respect de l'autonomie qui ne soit pas excessivement individualiste (négligeant

la nature sociale des individus et l'impact des choix et des actions individuelles sur autrui), qui ne repose pas sur la raison de façon excessive (négligeant les émotions), et qui ne soit pas trop légaliste (soulignant les droits légaux et minimisant les pratiques sociales). Ainsi affirmer le droit à l'autodétermination, c'est respecter le patient en tant que personne dans son identité morale et restituer l'acte médical à sa juste place qui est le service du patient. Donald Sadowsky a développé le concept de dentisterie à « multiple plan de traitement » qui se base sur la conclusion obtenue dans la pondération bénéfices/risques: il n'existe pas de plan de traitement unique et définitif qui soit objectivement le meilleur pour un patient. Mais affirmer le droit à l'autodétermination n'exclut pas que l'on reconnaisse que l'exercice de l'autodétermination ait des limites, la compétence à l'autonomie n'étant en effet pas globale et de ce fait l'autonomie (ou son absence) jamais totale.

Traditionnellement, les médecins pouvaient se fier presque exclusivement à leurs propres jugements sur les besoins de traitement, d'information et de consultation concernant leurs patients. Depuis peu, de plus en plus, la médecine doit cependant faire face aux revendications de patients bien décidés à utiliser leurs droits de juger par eux-mêmes en ce qui concerne leur destin médical. Au fur et à mesure que les revendications des droits à l'autonomie augmentent, le problème du paternalisme s'accroît. Tom Beauchamp et James Childress (58) affirment que le débat qui consiste à savoir quel principe ou modèle doit primer dans la pratique médicale ne peut être résolu de cette façon rationnelle, en défendant un principe plutôt qu'un autre, ou en faisant d'un des principes un principe absolu. Ni le patient ni le médecin n'a une autorité première ou prépondérante, et aucun principe prééminent n'existe en éthique biomédicale, pas même l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt du patient. Cette position est cohérente avec leur affirmation que *« la bienfaisance représente le but premier et la raison d'être de la médecine et des soins médicaux, alors que le respect de l'autonomie (avec la non-malfaisance et la justice) fixe des limites morales aux actions du professionnel, à la poursuite de son but »*.

Le paternalisme serait donc par conséquent *« l'acte intentionnel de passer outre les préférences ou les actions connues d'une autre personne et de justifier cet acte en affirmant que l'on agit pour le bien de la personne et pour lui éviter tout tort »*. Cette définition est normativement neutre et ne présume donc pas que le paternalisme soit justifié ou non. Bien que la définition suppose un acte de bienfaisance analogue à la bienfaisance parentale, elle ne juge pas si la bienfaisance est justifiée, déplacée, obligatoire, etc... Afin de justifier de la façon la plus crédible les actions paternalistes, imaginons que nous pesions les bienfaits et les intérêts relatifs à l'autonomie sur une balance: si les intérêts autonomes d'une personne augmentent et que les bienfaits diminuent, la justification du paternalisme devient plus forte; à l'inverse, si les bienfaits d'une personne augmentent et que les intérêts autonomes diminuent, la justification du paternalisme devient plus claire. Par conséquent, un moindre mal ou un moindre bienfait s'accompagnant d'un manque de respect de l'autonomie ne fournit pas une justification suffisante mais les actions qui empêchent un mal majeur ou apportent des bienfaits majeurs, négligeant seulement légèrement l'autonomie, font preuve d'un raisonnement paternaliste hautement convaincant. Bien que nombreux soient ceux qui

contestent ce fait dans l'éthique biomédicale contemporaine, T. Beauchamp et J. Childress (58) soutiennent que cette forme de paternalisme est justifiée. (58) (1)

3. Le consentement éclairé

Afin d'envisager le consentement éclairé d'un point de vue éthique, il est utile d'avoir recours à ses composants qui sont: la capacité, la révélation, la compréhension, le caractère volontaire et le consentement. Ils conduisent à la définition suivante du consentement éclairé: quelqu'un donne son consentement éclairé à une intervention si - et peut-être seulement si - cette personne est capable d'agir, reçoit une révélation sous forme de compte-rendu minutieux, comprend ce compte-rendu, agit volontairement et consent à cette intervention (58).

3.1. Capacité à consentir

D'un point de vue éthique, le but de la détermination de la capacité d'un sujet à donner son consentement éclairé est d'apprécier si le sujet est capable de comprendre et d'évaluer l'information qui lui est fournie durant ce processus. Pour cela il va être nécessaire d'avoir recours au versant respect de l'autonomie du principe d'autonomie. En effet c'est celui-ci qui permet d'évaluer une compétence à faire des choix autonomes et donc, par extension, à donner son consentement éclairé. La réflexion sera donc identique à celle visant à déterminer la compétence d'un patient à faire des choix autonomes dans le cadre de l'élection du meilleur plan de traitement. Et la conclusion sera également la même: presque personne n'est totalement autonome ni complètement dépourvu d'autonomie en permanence. Il est donc préférable de parler de personnes «à dominance autonome» ou «à dominance non autonome» selon un continuum dans la capacité à agir de façon autonome, ou, mieux, parler de «choix autonome» plutôt que d'aptitude générale à s'autogouverner.

3.2. Révélation de l'information

La question éthique qui se pose au vu du problème de la révélation de l'information est la suivante: **que doit contenir l'information à révéler au patient pour obtenir un consentement éclairé?**

Principe en jeu: respect de la personne et « être bénéfique » (1) (58)

Dans la détermination du contenu de l'information révélée un groupe particulier de principes est mis en jeu: celui du « respect de la personne ». En effet l'autonomie, groupe majeur de principes, peut être regroupée avec les principes mineurs de véracité et de fidélité au sein d'un nouveau groupe, celui du respect de la personne. Le principe de véracité va être mis en jeu dans le processus de révélation de l'information même si beaucoup des problèmes éthiques rencontrés par le chirurgien-dentiste autour de ce principe n'impliquent pas de réels mensonges. Le chirurgien-dentiste peut souvent éviter de mentir. En effet, simplement par son silence, il peut orienter le choix du patient ou taire quelque chose qui pourrait potentiellement l'intéresser et qu'il n'a aucun moyen de deviner. Le versant respect de l'autonomie du

principe d'autonomie va également être mis en jeu ici et donc il sera accompagné du principe d'être bénéfique dans un processus de pondération autonomie/paternalisme. (1) (58)

Evaluer les alternatives: quoi et combien en dire?

Ne rien dire: cas de la renonciation au consentement éclairé (58)

La renonciation au consentement éclairé ne peut venir que du patient et il faut veiller à ce qu'elle soit explicite. Afin de s'éviter des erreurs, les professionnels de santé devraient toujours s'efforcer de savoir si leurs patients désirent recevoir l'information et prendre les décisions, et ne devraient jamais supposer que, parce qu'ils appartiennent à telle ou telle catégorie particulière de personnes, ils ont les opinions et les valeurs de celle-ci. Aucune solution générale aux problèmes de renonciation au consentement éclairé n'est susceptible de voir le jour. Chaque cas ou situation de renonciation doit être considéré séparément. Il pourrait cependant y avoir des réponses procédurales appropriées. On pourrait par exemple développer des règles pour rejeter les renoncements, sauf si elles ont été approuvées par des corps délibérants, comme les comités d'éthique de la recherche et les comités d'éthique d'hôpitaux. Si un comité décidait que la reconnaissance d'une renonciation est la meilleure façon de protéger une personne, dans un cas particulier, celle-ci pourrait alors être soutenue. Cette solution procédurale pourrait effectivement éliminer le problème car elle pourrait répondre aux demandes appropriées, tout en rejetant celles qui ne le sont pas. Il serait néanmoins facile de violer l'autonomie et de s'acquitter de ses responsabilités en usant de règles inflexibles permettant ou bien interdisant la renonciation dans des contextes institutionnels. Une surveillance étroite par les comités d'éthique pourrait cependant fournir le niveau nécessaire de protection aux patients, ainsi que la souplesse dans la délibération et la prise de décision. (58)

Combien en dire: choisir une norme de références (7) (1)

Une fois qu'est établi qu'un patient peut être considéré comme éthiquement compétent à consentir le praticien peut décider du contenu de ce qu'il doit révéler au patient en vue d'un consentement vraiment éclairé du point de vue éthique. Pour ce faire le chirurgien-dentiste devra posséder une norme à laquelle se référer. La norme qui a longtemps été utilisée exclusivement est la norme dite « de l'exercice professionnel ». Suivant celle-ci le praticien doit informer son patient sur les propositions de traitement de façon aussi étendue que l'aurait fait un confrère placé dans la même situation. L'emploi de cette norme entraîne des choix paternalistes. Dans le cadre de la pondération autonomie/paternalisme pour la détermination du « meilleur » plan de traitement un argument de T. Beauchamp et J. Childress justifie l'emploi ponctuel du choix paternaliste dans des contextes très précis. Ainsi pour eux, tandis qu'un moindre mal ou un moindre bienfait s'accompagnant d'un manque de respect de l'autonomie ne fournit pas une justification suffisante au choix paternaliste les actions paternalistes qui empêchent un mal majeur ou apportent des bienfaits majeurs, négligeant seulement légèrement l'autonomie, sont justifiées. Cette justification peut s'étendre à l'emploi ponctuel, dans les mêmes contextes, de la norme de l'exercice professionnel. Pour palier au risque de dérive paternaliste deux autres normes de divulgation ont été créées et ont chacune

un référentiel propre qui n'est pas celui de considérer ce qui se fait dans la pratique médicale habituelle.

La première norme correspond à une position anti-paternaliste modérée. Suivant celle-ci un médecin doit révéler à son patient tout ce que celui-ci, en tant que personne prudente, voudrait savoir au moment de décider de subir ou non l'intervention proposée c'est la norme dite « de la personne raisonnable ». Suivant celle-ci, le chirurgien-dentiste se doit donc de porter à la connaissance du patient tout ce qu'une personne raisonnable pourrait trouver comme substantiel ou pertinent dans la prise de décision concernant le consentement à un traitement. C'est-à-dire qu'il doit informer son patient de toutes les alternatives que tout patient dans la même position aurait souhaité connaître avant de se décider. De cette manière, la première difficulté que soulève souvent la conception paternaliste, celle qui consistait à délivrer les informations relatives à un seul et unique plan de traitement choisi par le praticien, est résolue. Cependant le devoir de soigner (principe « d'être bénéfique ») peut toujours constituer une justification partielle du fait ou non de révéler certains risques. La norme de la personne raisonnable ne résout donc pas la deuxième difficulté relative à la conception paternaliste: le fait d'invoquer le privilège thérapeutique. En éliminant cette reconnaissance du privilège thérapeutique la seconde norme anti-paternaliste, la « norme subjective », correspond à une position extrême. Selon celle-ci le médecin doit placer son patient dans la position qu'il juge être la meilleure, sans contestation possible, pour prendre des décisions appropriées à sa situation personnelle. Le praticien délivrera donc à son patient l'information que celui souhaite plutôt que celle désirée par un patient en général, au contraire de ce que prône la norme de la personne raisonnable.

En fonction du contexte telle ou telle norme de révélation de l'information s'avérera pertinente. Pour savoir comment faire le choix entre elles il est nécessaire de poser à nouveau la réflexion suivante : l'information du consentement vise deux buts qui sont promouvoir le bien-être du patient et respecter son droit à l'autodétermination. Or ces deux buts sont reliés par le fait que le bien-être consiste pour l'individu, entre autres, à réaliser ses propres valeurs et ses préférences. La toute bienfaisance paternaliste ne peut donc prétendre au bien-être d'un individu si elle néglige totalement le respect de l'autonomie. Cela revient de la formule de T. Beauchamp et J. Childress (58) évoquée dans le cadre de la détermination du « meilleur » plan de traitement: *« la bienfaisance représente le but premier et la raison d'être de la médecine et des soins médicaux, alors que le respect de l'autonomie (avec la non-malfaisance et la justice) fixe des limites morales aux actions du professionnel, à la poursuite de son but »*. (7) (1)

Quoi dire: les composantes du consentement (1) (7)

Après avoir déterminé si le patient est capable de donner ou de refuser son consentement et avoir décidé quelle norme suivre pour déterminer le contenu de l'information à délivrer, le praticien doit ensuite identifier ce que l'on pourrait appeler les « composantes » du consentement. A savoir: les différentes parties de l'information qui, d'un point de vue éthique, doivent être portées à la connaissance du patient.

Tout en gardant à l'esprit qu'une des alternatives pour le patient est de tout simplement refuser tout traitement, la norme de révélation de la personne raisonnable amène donc à ne pas envisager une seule option de plan de traitement. En effet, dans le cas d'un praticien qui opte pour un plan de traitement idéal qui ne prend pas en compte le contexte économique, social ou psychologique du patient auquel il est destiné, on peut considérer que la notion de consentement éclairé n'existe pas vraiment puisqu'elle implique que le praticien a dans un premier temps fait un choix puis a, dans un second temps, tenter d'obtenir le consentement du patient. Ainsi selon le modèle de la norme de la personne raisonnable plusieurs alternatives doivent être présentées si d'autres patients dans la même situation auraient désiré qu'il en soit ainsi. La seule exception intervient lorsque le praticien a des raisons de penser que le patient souhaiterait une quantité d'information différente. Par exemple s'il apparaît avec certitude que ce patient en particulier aurait d'emblée exclu certaines options ou désirerait être informé sur d'autres alternatives. Dans ce cas le chirurgien-dentiste, suivant le modèle « subjectif », délivrera à son patient l'information que celui souhaite plutôt que celle désirée par un patient lambda.

Comment un praticien peut-il décider du critère minimal à partir duquel évoquer tel ou tel risque? Selon Hirsch et Gert, en utilisant la « norme de la personne raisonnable », la réponse repose sur la combinaison de la fréquence et de l'intensité du problème. L'idée de départ est que les risques rares et peu importants ne doivent pas être dévoilés. Quelque part sur une échelle croissante une possibilité s'avérera suffisamment fréquente et suffisamment grave qu'une personne raisonnable aimerait en être informée. Dans le cas d'une anesthésie locale tout le monde s'accorde à penser qu'un patient qui en a une pour la première fois devrait être informé de ce fait que certaines zones resteront endormi pendant quelques heures. Ainsi les normes de révélation anti-paternalistes, par opposition à la norme traditionnelle de l'exercice professionnel, amènent à conclure que pour accorder un « consentement réel », le patient doit être informé non seulement de la nature générale et de l'objectif du traitement, mais également des risques et des effets secondaires qu'il peut comporter, ainsi que des autres traitements possibles. (1) (7)

Ne pas tout dire: influence et véracité (1) (58)

Le contrôle exercé par une autre personne est nécessairement une influence, mais toutes les influences ne sont pas forcément déterminantes. Si un médecin ordonne à un patient réticent de subir un cathétérisme cardiaque et contraint le patient à obéir sous menace d'abandon, l'on peut dire alors que l'influence du médecin assujettit le patient. En revanche, si un médecin persuade le patient de subir l'intervention alors que ce dernier était réticent au début, dans ce cas, les actions du médecin influencent mais n'assujettissent pas le patient. On peut résister à de nombreuses influences, et certaines sont les bienvenues. La vaste catégorie des influences inclut les actes d'amour, les menaces, l'éducation, les mensonges, les suggestions manipulatrices et les appels émotionnels, dont les conséquences sur les personnes peuvent varier sensiblement. T. Beauchamp et J. Childress (58) présument que l'influence qui fait appel à la raison, la persuasion, est distincte de celle qui fait appel aux émotions. Dans la santé, le problème est de distinguer les réponses émotionnelles des réponses cognitives et de déterminer celles qui sont susceptibles d'être évoquées. Les révélations et les approches qui

pourraient éventuellement persuader un patient accablent peut-être un autre patient dont la peur et la panique court-circuiteraient la raison. Un des principaux buts est d'éviter d'accabler une personne en lui donnant des informations effrayantes, particulièrement si cette personne est psychologiquement vulnérable.

Ainsi même s'il peut être soutenu que tout mensonge est éthiquement condamnable (du moins de prime abord, *prima facie*) personne ne peut soutenir qu'il y ait une obligation morale à dire toute la vérité dans toutes les situations. A l'opposé il peut apparaître comme relevant d'un devoir de dire la vérité même lorsqu'elle n'est pas expressément requise par le patient. La norme de la personne raisonnable, qui indique que les chirurgiens-dentistes ont pour devoir de divulguer toutes les informations qu'une personne raisonnable serait en droit d'attendre, montre ici une de ses limites. En effet une grande partie de ces informations concernent des problématiques que le patient n'aurait eu aucun autre moyen de connaître. Il n'aurait donc même pas su quelles questions poser. C'est précisément parce que le patient n'aurait pas su quoi demander qu'il semble exister dans des cas particuliers une obligation de dire la vérité.

Un début de réponse à cette problématique de véracité pourrait être trouvé dans la nature de la relation qui existe entre les interlocuteurs. En effet, l'obligation de véracité dans la révélation de l'information dans le contexte des soins dépend en fait des relations particulières qui sont établies. Des étrangers qui se rencontrent dans la rue n'ont qu'une obligation très limitée l'un envers l'autre quand on vient aux révélations. Un professionnel de santé qui prend en charge un patient peut être perçu comme possédant des obligations plus ténues. Le patient se confie au médecin pour être soigné et obtient de ce fait le droit à une information que le clinicien ne serait pas tenu de révéler en dehors de cette relation spéciale. Peut-être qu'à partir du moment où une relation soignant-soigné s'établit il y a promesse implicite de véracité dans l'échange d'information. En effet si le patient possède une certaine sorte d'obligation non seulement d'être honnête avec son chirurgien-dentiste, mais aussi d'initier des conversations afin de s'assurer que le chirurgien-dentiste est informé de faits que le patient perçoit comme potentiellement pertinentes pour le chirurgien-dentiste, est ce que le chirurgien-dentiste, réciproquement, a un devoir, de part sa position de professionnel, d'éviter les mensonges et d'initier des conversations sur de l'information que le patient désirerait sensément avoir? Si oui, cela la relation soignant-soigné serait une relation « fiduciaire »: une relation basée sur la confiance que les engagements pris par les deux parties seront respectés.

Cependant, tout comme les autres obligations éthiques, la véracité *prima facie* est nécessaire, mais non absolue. En effet la gestion prudente de l'information médicale - incluant la non-révélation, la tromperie et le mensonge - est parfois justifiée lorsque la véracité entre en conflit avec d'autres obligations. Bien que le poids d'un certain nombre d'obligations de véracité soit difficile à définir en dehors de contextes spécifiques, certaines généralisations peuvent être faites: la tromperie qui n'implique pas le mensonge est généralement moins difficile à justifier que le mensonge, en partie parce qu'elle ne menace pas autant la relation de confiance. L'insuffisance de la révélation de l'information ou sa non-révélation est en général également moins difficile à justifier. (1) (58)

3.3. Compréhension de l'information

(58) Il n'existe aucun consensus à propos de la nature de la compréhension, mais nous pouvons nous contenter de l'analyse suivante selon laquelle une personne comprend seulement si elle détient des informations utiles et croit en la pertinence de la nature et des conséquences de ses actions. Si certains faits sont insignifiants ou triviaux et ne nécessitent pas d'être évoqués, à l'opposé, le fait qu'une personne ne soit même pas consciente d'un seul risque ou d'une seule donnée manquante peut la priver d'une compréhension adéquate. A l'évocation de ce dernier élément un certain scepticisme pourrait apparaître. Scepticisme qui fait dire à Alain Béry (7): « *à vrai dire le consentement éclairé n'existe pas, car le dialogue humain est soumis à la structure du malentendu. Malentendu du patient qui prête au docteur plus que le médecin n'en sait. Malentendu de l'homme de l'art, dont le savoir spécialisé ne rejoint pas l'expérience émotionnelle du malade.* ».

Si l'on remplace le but utopique de tout faire comprendre à son patient par la présentation plus acceptable de faire comprendre l'information pertinente, il est alors possible de contrecarrer un peu ce scepticisme. En effet que les actions ne soient jamais *entièrement* éclairées, volontaires ou autonomes ne veut pas dire qu'elles ne sont jamais *adéquatement* éclairées, volontaires ou autonomes. Le praticien peut par exemple réussir à communiquer des informations nouvelles et spécialisées au profane en faisant des comparaisons avec d'autres événements plus ordinaires et plus familiers. De façon similaire, il peut exprimer les risques en données chiffrées ou en probabilités non chiffrées, tout en aidant le patient ou les sujets impliqués dans la recherche à donner un sens à ces probabilités au moyen de comparaisons avec des risques plus familiers et avec l'expérience antérieure, par exemple, les risques de conduire une voiture ou d'utiliser un appareil électrique.

Pourtant, même avec ces stratégies, réussir à faire comprendre et à faire évaluer les risques et les avantages à un patient peut représenter une tâche énorme. Confrontés à des formes variées de chirurgie, de nombreux patients comprennent par exemple qu'ils vont souffrir de douleurs postopératoires. Leurs appréhensions de la douleur sont cependant souvent inadéquates. De nombreux patients sont incapables d'évaluer convenablement, à l'avance, la nature de cette douleur, et en arrivent à ne plus pouvoir juger clairement quand il s'agit de comparer la menace de la douleur par rapport aux avantages de l'opération. Arrivés à ce stade, ils considèrent les bénéfices de l'opération plus attrayants, tout en sous-estimant les risques. D'un côté, ces patients comprennent correctement les faits élémentaires concernant les actes qui impliquent la douleur, mais, de l'autre, leur compréhension est inadéquate. À part quelques études limitées sur la compréhension, les études portant sur la prise de décision des patients se penchent habituellement très peu sur le traitement de l'information. Tout comme une insuffisance d'information, un excès d'information peut présenter un problème. En effet une surcharge d'information peut empêcher une compréhension adéquate, et ce problème est aggravé si des termes inhabituels sont utilisés ou si l'information n'est pas organisée de façon intelligible. Les patients, tout comme les sujets potentiels de la recherche scientifique, se fient parfois à des modes de perception sélective, et il est souvent difficile de déterminer quand les mots ont un sens particulier pour eux, quand les idées préconçues déforment le traitement de l'information, et quand interviennent d'autres biais. (58)

4. Communication vs éthique

Les techniques de communication sont-elles compatibles avec une pratique éthique?

Avant, il était question de consultation. Le patient consultait un praticien pour obtenir un avis et celui-ci donnait son avis à la lumière de son Savoir. Bien avant encore, le patient consultait avec le sentiment qu'il allait se passer quelque chose de sacré, un certain rapport avec le mystère... Car le médecin ou le chirurgien-dentiste, revêtu d'une certaine aura, sociale au moins, mais certainement plus que cela, spirituelle peut-être, possédait la Connaissance. Le caducée aux deux serpents entrelacés symbolisait ces deux qualités. Mais le caducée de la médecine a perdu le second serpent, précisant ainsi qu'elle ne possédait plus la Connaissance, ce dépôt sacré. Elle a perdu son côté divin. Prise en charge des soins par l'assurance maladie, rivalité entre le pouvoir médical et le pouvoir politique... Le médecin ou le chirurgien-dentiste n'a plus le statut d'antan. Il est devenu professionnel de santé, pas très éloigné désormais du prestataire de service.

Il s'est mis du coup à recourir aux outils de communication et se forme à ces techniques, pour mieux persuader, convaincre. Marketing, coaching lui sont proposés pour « améliorer » la relation avec le patient devenu consommateur avisé parfois (Internet oblige), méfiant souvent : soins dentaires réputés trop chers, et contrôle des honoraires par l'assurance maladie, les mutuelles, les assureurs... (51) Ces techniques sont-elles éthiques ? En effet le problème posé est celui de la manipulation. La PNL, par exemple, est une technique qui se propose d'influencer le comportement d'autrui. Il apparaît cependant qu'une pratique respectueuse de l'éthique n'est pas conditionnée totalement par les techniques employées. Ainsi la communication, comme toute technique, peut-elle être employée à des fins éthiques ou non (39). De plus c'est la puissance d'une technique qui en fait son efficacité mais aussi, suivant son emploi, sa dangerosité. L'une ne va pas sans l'autre. Aussi le praticien pourra-t-il utiliser ses capacités communicationnelles pour constituer et faire comprendre un plan de traitement respectueux de la globalité de son patient, en s'assurant notamment de l'écologie des objectifs comme le conseille la PNL, ou bien le praticien pourra se servir de ces mêmes capacités pour vendre à son patient des prothèses onéreuses. Ce risque de dérive mercantile a toujours existé et existera toujours.

Les techniques de communication sont-elles suffisantes à une pratique éthique?

La communication inaugure et instaure la relation avec le patient; elle est omniprésente depuis l'accueil jusqu'à la présentation du plan de traitement, en passant par l'anamnèse, l'examen clinique et l'exposition brève des investigations qui s'imposent. Si privilégier une écoute active du patient permet à ce dernier de surmonter plus facilement ses peurs et d'adhérer ainsi plus facilement au parcours de soin, le confronter aux artifices d'une démarche marketing, contraire à l'éthique médicale et méconnaissant les blocages psychologiques, est une approche stérile responsable de la majorité des refus (24). Mais même l'écoute active a ses limites: écouter ne signifie pas toujours entendre... Il peut ainsi aisément y avoir confusion entre communication et relation. Souvent les outils techniques interconnectent des solitudes plus qu'ils ne génèrent vraiment de la sociabilité. Les moyens de communication ne font pas la communication (60).

Pour Alain Béry (7), les médecins n'ont pas perçu les évolutions des mentalités dans la société. L'homme n'est plus consentant par définition, il est consentant à condition qu'on lui explique. Il est partie prenante. C'est son corps. C'est de lui qu'il s'agit. Il est de fait primordial de se rappeler qu'à chaque fois qu'est utilisée l'expression « consentement éclairé », est incluse la possibilité d'un refus éclairé. D'une communication plus ou moins rapide, il faut donc passer à une *communication vraie*, très attendue par les patients. La preuve en est de ce qu'ils reformulent lors de chaque sondage, même si les derniers, il est vrai antérieurs à mars 2002, révèlent une légère amélioration. Ils veulent un vocabulaire accessible à tous, plus d'explications au cours des séances de soin, davantage de conseils d'hygiène et de prévention, plus de transparence sur les honoraires et la remise systématique d'une information détaillée. Il est peut être presque étonnant qu'ils n'en demandent pas plus (15).

Le besoin se fait donc sentir que les praticiens se rappellent que, autour des dents, il y a une personne-sujet. Cette « approche globale » du patient englobe à la fois des notions d'investigation et d'approche. Une *investigation* s'effectue dans un esprit de recherche systématique; c'est le cas de toutes les investigations somatiques nécessaires à l'établissement du diagnostic. L'*approche* signifie: aller à la rencontre de quelqu'un. C'est le terme convenant bien à l'approche humaine du patient. Elle ne peut être en aucun cas une « investigation »; ce n'est ni dans les objectifs, ni de la compétence du praticien (15). Or cette dimension humaine nécessaire, le praticien ne l'a pas apprise dans sa formation initiale, ni en formation continue, ou rarement. Seuls les autodidactes de la relation, les doués de naissance dans les rapports humains y parviennent parfois par chance, par hasard, de façon plus ou moins psychologue, et souvent du coup d'une manière trop impliquée, voire trop affective. Une bonne relation thérapeutique, un partenariat où le praticien éviterait d'apparaître comme celui qui sait tout, ou qui doit tout savoir, lui permettrait de ne plus se tenir dans ce champ du rapport où règne la menace vitale du savoir, du vouloir, du pouvoir. Une communication vraie et une bonne distance thérapeutique apaisent patient et praticien, ce qui n'est pas rien (60).

A cette fin le praticien s'emploiera à éviter le déni, la dénégation, la phrase toute faite, la supériorité de celui qui sait tout. Seule vaut l'assurance en soi. Être un praticien préparé, qui se connaît bien lui-même avant toute chose. La connaissance de soi apporte de la tranquillité. Elle rend possible d'entendre les choses difficiles, intimes de l'autre, ce patient qui vient chercher de l'aide de façon plus ou moins consciente. Elle rend possible aussi de nommer sans tabou, sans gêne les problèmes de la vie: alcool, peurs, mort... Le patient sent alors que ce qu'il éprouve secrètement est acceptable par quelqu'un d'autre, recevable, possible même chez un autre que lui. Le praticien est alors en mesure de conseiller, d'aider, d'introduire de l'humour, de dédramatiser, d'alléger le vécu raconté. Avec cette prise de conscience d'un passage nécessaire au cours de la vie de l'appui sur l'autre à l'appui en soi, on peut éviter la cristallisation d'un mal-être dans la bouche et l'accusation du seul praticien traitant. Le praticien peut ainsi aider la personne dans la prise en considération de ce qu'elle est, de sa santé, et pas seulement sur un « détail » technique bucco-dentaire. Faire une bouche impeccable à quelqu'un c'est bien, à condition qu'elle soit bien vécue par lui (60).

De l'autonomie à la conomie

Lorsque le praticien arrive à visualiser réellement l'intérêt de son patient envisagé dans sa globalité, au lieu de vouloir mettre en place un plan de traitement « idéal » techniquement irréprochable et pourtant inadéquat - et donc voué à l'échec à plus ou moins long terme, alors il est possible de dépasser l'apparente opposition paternalisme vs autonomie. L'autonomie apparaît alors non plus comme un principe d'autodétermination pure mais, bien au contraire, une dynamique de cogestion d'un conflit qui se joue entre deux êtres (voire plusieurs êtres). Etant donné qu'il n'y a pas de vie sans autrui, sans son regard, sans la relation, l'autonomie n'est donc pas de pouvoir se dissocier d'autrui mais plutôt de savoir en quoi autrui peut m'aider à dire « Je » (61).

Le Dr A. de Broca (61) propose donc de changer de concept et d'appeler cette capacité à s'exprimer en son nom dans une relation à autrui : « la conomie ». Elle serait la loi qui se vit à plusieurs, en échanges réciproques, où chacun peut apporter sa participation, son point de vue, son expérience, sa richesse. En tant que principe opérationnel, le principe de conomie doit donc être considéré comme « autonomie partielle », en effet *« toutes les capacités humaines d'action autonome sont limitées. Déterminer la place respective du paternalisme ainsi que du rôle que le consentement et le respect des personnes jouent dans la pratique médicale, entre autres, ne peut se faire qu'à l'intérieur d'une théorie qui n'impose pas une vision idéalisée d'autonomie illimitée. »* (O. O'Neil, « Paternalism and partial autonomy », Journal of clinical ethics, 10/4, 173-178) (62). Dans cette autonomie partielle qu'est la conomie le principe de respect de l'autonomie n'est donc qu'un idéal et, en même temps, c'est un idéal qu'il faut s'efforcer à atteindre dans tous les cas (même pour un nourrisson, ou un comateux sans directives anticipées ni personne de confiance) et donc indépendamment de la « compétence » (ou niveau d'autonomie) du patient. Cela implique l'effort d'essayer de déterminer *ce que le patient veut véritablement*, au delà du choix qu'il exprime, ainsi que l'effort de prendre en compte *ce qu'il aurait pu vouloir*, s'il n'est pas à même de s'exprimer. Ainsi dans le cas où la présence d'un tiers accompagnant le patient est envisagée (mineur, personne sous tutelle ou simplement sur le souhait de l'intéressé) au-delà de l'aspect strictement juridique de la démarche, il convient alors de s'assurer d'un consentement global. Par exemple, l'avis favorable d'un parent ne dispense pas de l'accord clairement exprimé de l'enfant (26).

À l'instar des sagesse anciennes, avoir, en toutes circonstances, ce souci de l'autre dans sa complexité, physique, mentale, sociale, spirituelle et donc culturelle, constitue le fondement même d'une pratique éthique en situant l'être humain au-dessus du but absolu de la science ou de l'art. En préambule de la constitution de l'OMS, il est stipulé: *« la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »*. Tout cela, mais aussi seulement cela; le terme « capable » a ici toute son importance. En effet dispenser à tous des soins de qualité en s'appuyant sur les données acquises de la science n'est pas toujours possible, quelle que soit l'intention de bien faire et la maîtrise des techniques. Le praticien ressentira donc la nécessité de reconnaître et d'accepter ses propres limites, de renoncer à ses fantasmes de toute-puissance en tant que praticien, en tant que technicien, en tant que soignant, et de savoir recourir à des aides complémentaires ou substitutives. Tout praticien a ses compétences, il doit en connaître les limites, il ne peut

répondre positivement à toutes les demandes. De même, il doit aussi évaluer ses limites personnelles de tolérance, les reconnaître et les signifier. Dans le cas contraire, il en a forcément fait un jour ou l'autre l'expérience, la relation, les traitements eux-mêmes et leurs issues se révèlent plus que décourageants, ce qui revient à affirmer que rien ne peut être entrepris sans le consentement profond et l'engagement réciproque des deux protagonistes pour mener à bien le contrat établi (60).

Dans notre société en mutation, plus ou moins riche de sens, souvent ne compte que le devoir du praticien. Pourtant, identifier le devoir des malades vis-à-vis du praticien et vis-à-vis d'eux-mêmes compléterait la relation dans le sens d'un véritable partenariat et de cette notion d'engagement réciproque.

- « *Que puis-je faire pour vous?* », dit souvent le praticien.
- « *Que pouvez-vous faire pour moi, Docteur?* », dit souvent le patient.
- « *Et vous, que pouvez-vous faire pour vous?* », pourrait dire le praticien.

Et aussi, que peut apporter le patient au praticien, en plus des honoraires et de la reconnaissance? Que vient-il lui apprendre en tant qu'être humain? La relation thérapeutique est donc aussi l'occasion d'une véritable rencontre... Même dans son métier, s'exerce le chantier de la vie du praticien, lieu de travaux pratiques de son psychisme. Tout échec, du fait de son éducation, réveille et renforce sa culpabilité et sa peur de l'incompétence. La mise en échec réveille aussi des sentiments hostiles, contre lesquels rien ne peut le protéger. Encore faut-il les exprimer, les comprendre et les admettre. Le patient vit consciemment ou inconsciemment l'acte dentaire comme une agression. Qu'il le veuille ou non, le chirurgien-dentiste ne peut pas ne pas être impliqué. Se connaîtra-t-il assez bien pour supporter et tenir compte des émotions déclenchées par son travail? Tentera-t-il d'être le maître d'une situation souvent complexe, parfois difficile? Ou sera-t-il simplement le meneur d'un jeu subtil où il n'y a ni perdant ni gagnant, mais seulement des complices? (60)

Conclusion

Avec la notion de consentement éclairé et le renouveau du droit à l'information, l'information au patient possède donc un solide cadre légal sources d'obligations pour le chirurgien-dentiste, qui peuvent entraîner parfois la mise en cause de sa responsabilité juridique. Celui-ci, par ailleurs également soumis à des impératifs de gestion, de rentabilité et de responsabilité croissants, se consacre plus volontiers à l'action qu'à la relation, attitude largement « favorisée » par un système de santé qui actuellement privilégie le faire au dire. Il n'est que de voir la faible cotation d'une consultation ou encore le silence qui entoure le temps passé à toute action de prévention.

Cependant afin d'informer efficacement son patient pour obtenir, plus que son consentement, son adhésion, le praticien trouvent des clefs dans les techniques communicationnelles comme la Programmation neuro-linguistique et la Communication non violente. Celles-ci invitent à intégrer toute la subjectivité qui imprègne la perception que chacun (que ce soit le praticien ou le patient) se fait du monde extérieur, des faits. Cette perception n'est jamais pure, jamais dénuée d'interprétations, ces dernières étant à l'origine des émotions, des jugements, et parfois de l'agressivité, qui parasitent la communication. Or ces techniques de communication modernes, tout comme « en son temps », la psychologie, n'ont fait que redécouvrir ce que les sagesse orientales développent depuis plus de deux millénaires: notre perception du monde est faussée, que cela soit celle que nous avons d'autrui et de notre environnement ou même celle que nous avons de nous-mêmes. Pris dans nos illusions, sources de joies et aussi de beaucoup de souffrances, coupés de nous-mêmes et des autres - et ce, malgré les apparences sociales - nous n'arrivons pas à être réellement heureux.

Nous l'avons vu à plusieurs reprises au long de cette thèse: le praticien qui souhaite bien communiquer devra augmenter sa connaissance de lui-même, sa conscience de soi, pour pouvoir aller vraiment à la rencontre de son patient et non simplement interagir avec la perception qu'il en a. A nouveau, cette notion ne constitue qu'une redécouverte, en termes modernes et occidentalisés, de ce que les sagesse orientales nomment « *la pleine conscience* ». C'est dans le prolongement de ces sagesse et de cette notion que s'inscrivait déjà la fameuse injonction de Socrate « Connais-toi toi-même ». Cette redécouverte et ce prolongement ont notamment fait dire à Claude Lévi-Strauss: « *Qu'ai-je appris d'autres, en effet, des maîtres que j'ai écoutés, des philosophes que j'ai lus, des sociétés que j'ai visitées et de cette science même dont l'occident tire son orgueil, sinon des bribes de leçons qui, mises bout à bout, reconstituent la méditation du Sage au pied de l'arbre?* ».

Cependant, au-delà des moyens, issus de sources plus ou moins anciennes, qui permettent au praticien d'arriver à bien informer son patient, et également au-delà des obligations légales, la question qui sous tend toute l'information au patient est : quels sont les vrais objectifs du soignant? Ou plus exactement : quelles sont les vraies motivations et raisons qui le poussent à informer dans les buts énoncés que sont le consentement éclairé et l'adhésion de son patient? Au-delà des réponses évidentes et faciles ce sont les nombreuses motivations souterraines du praticien qui permettront de révéler ce qui est primordial : la part

que le patient, en tant que sujet, prend dans l'esprit du praticien. Part qui influe directement sur la place que le praticien donne à son patient dans le processus d'élaboration du plan de traitement... Pour conclure en posant clairement ce dernier point, qui est certainement le plus prégnant, voici une réflexion d'un célèbre brahmane indien contemporain, Swami Prajnanpad (63): *« C'est un fait: tout sujet, toujours, sous quelque forme que ce soit, n'agit que dans son propre intérêt. Personne ne peut agir autrement que dans son propre intérêt. La différence réside simplement dans la largeur ou dans l'étroitesse de ce que l'on appelle son propre intérêt. »*.

Bibliographie

1. **Rule, J. T.** *Ethical Questions in Dentistry*. Illinois : Quintessence books, 1993.
2. **Guilbert, F.** Préface. [auteur du livre] Ronald Nossintchouk. *Communiquer en odonto-stomatologie*. Rueil-Malmaison : Cdp, 2003.
3. **Hescot, P.; Fitoussi, M.; Plaforêt J.-L.** Quelle place donner à l'éthique aujourd'hui? *Clinic*. 2005, Vol. 26, 2 Cahier 2, pp. 12-15.
4. **Béry, A.** *Le contrat de soin*. Paris : S.I.D, 1997.
5. **Riffault, A.** Le chirurgien-dentiste face à l'aléa thérapeutique. *Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Chirurgie Dentaire*. Nancy : s.n., 2007.
6. **Vassal, J.-P.** Droit à l'information du patient. *Inf. Dent*. 2008, Vol. 90, 3, pp. 96-97.
7. **Béry, A. et Delprat, L.** *Droits et obligations du chirurgien-dentiste*. Héricy : Editions du Puits Fleuri, 2006.
8. **Vassal, J.-P.** *Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté*. Paris : SNPMD, 2003.
9. **Haute autorité de santé.** Dossier du patient. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/dossier-du-patient.
10. **Davarpanah, M. et al.** *La chirurgie buccale: nouveaux concepts*. Rueil-Malmaison : Editions CdP, 2005.
11. **Nossintchouk, R.** Maîtrise thérapeutique et information du patient: une synergie de la responsabilité. *Chir. Dent. Fr*. 2005, 1212, pp. 33-36.
12. **Maziere, P.** Droit médical et communication. [auteur du livre] R. Nossintchouk. *Communiquer en odonto-stomatologie*. Rueil-Malmaison : Cdp, 2003.
13. **Nossintchouk, R.** Le consentement éclairé. *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*. Paris : CdP, 1998.
14. **Collège Odontologie et Droit.** L'information sur les risques. *Inf. Dent*. 2006, Vol. 88, 39, pp. 2540-2542.
15. **Boiteux, J.-P.; Ruel-Kellerman, M. et al.** Les bonnes pratiques générales et particulières de l'approche globale du patient. *Quintessence du Congrès ADF 2003*. [En ligne] http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=81/2003.
16. **Nossintchouk, R.** Communication non verbale. *Communiquer en odonto-stomatologie*. Rueil-Malmaison : Cdp, 2003.
17. **Sabek, M.** L'information est claire, le consentement est-il éclairé? *Inf. Dent*. 2003, Vol. 85, 33, pp. 2383-2386.
18. **Binhas, E.** Le devis. *Alpha Omega News France*. 2008, 121, p. 23.
19. **Méningaud, J.-P.** Ethique, bioéthique et communication, un contrat moderne. [auteur du livre] R. Nossintchouk. *Communiquer en odonto-stomatologie*. Paris : Cdp, 2003.
20. **Le breton, G.** Communication et déontologie. [auteur du livre] R. Nossintchouk. *Communiquer en odonto-stomatologie*. Rueil-Malmaison : Cdp, 2003.
21. **Sabek, M.** Une information intelligible: l'autre aléa. *Inf. Dent*. 2004, Vol. 86, 22, pp. 1442-1443.

22. **Béry, A.** Information et consentement dans le cadre de l'exercice de l'odontostomatologie. *Actual. Odontostomatol.* 2003, 223, pp. 292-294.
23. **Sergent-Delattre, A.; Delattre, B.; Rochat, J.** Le plan de traitement: pas d'adhésion sans communication. *Le fil dentaire.* 2008, 32, pp. 22-24.
24. **Amzallag, A.** Le patient dans tous ses états. *Alpha Omega News France.* 2008, 121, pp. 8-10.
25. **Ruel-Kellermann, M.** Communication et psychologie clinique en pratique odonto-stomatologique. *Quintessence du Congrès ADF 2003.* [En ligne]
http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=81/2003.
26. **Hammel, O.** Réflexion sur la validité du consentement. *Chir. Dent. Fr.* 2006, 1247, pp. 20-22.
27. **Choukroun, M.G.** *Au coeur de la relation thérapeutique.* Paris : Editions Glyphe, 2007.
28. **Mesnay, W.** La relation thérapeutique: méthode "comportementale". [auteur du livre] R. Nossintchouk. *Communiquer en odonto-stomatologie.* Rueil-Malmaison : Cdp, 2003.
29. **D'Ansembourg, T.** *Cessez d'être gentils, soyez vrai.* Montréal : Les Editions de l'Homme, 2004.
30. **Bandler, R. et Grinder, J.** *Le recadrage.* Paris : Dunod, 2005.
31. **Choukroun, M.G.** *La mise en acte du traitement.* Paris : S.I.D., 2004.
32. **Monfrais, J.-L. et al.** Communication praticien/patient : du projet thérapeutique à son coût. *Quintessence du Congrès ADF 2003.* [En ligne]
http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=10/2003.
33. **Anastasio, D.** Approche de l'enfant difficile au cabinet dentaire à l'aide d'une communication non verbale. *Actual. Odontostomato.* 2000, Vol. 210, pp. 177-186.
34. **Jover, M.** Etude de la connotation des mots utilisés en odontologie. *Inf. Dent.* 2004, Vol. 86, 14, pp. 859-863.
35. **Guillard, M.A.** La communication verbale au cabinet dentaire. *Revue d'Odontologie.* 1981, 10, pp. 223-231.
36. **Corneau, G.** Préface. [auteur du livre] T. D'Ansembourg. *Cessez d'être gentil, soyez vrai.* Montréal : Les Editions de l'Homme, 2004.
37. **Bandler, R.** *Un cerveau pour changer.* Paris : Dunod, 2002.
38. **De Lassus, R.** *La communication efficace par la PNL.* Paris : Marabout, 1992.
39. **Chevalier, Grégoire.** La communication: un outil indispensable à la relation praticien-patient en odontologie. *Thèse pour le Diplôme d'état de Docteur en Chirurgie Dentaire.* Nancy : s.n., 2007.
40. **Balicco, C.** La Programmation Neuro-Linguistique. [En ligne] www.pseudoscience.org.
41. **Meyer, C. et al.** *Le livre noir de la psychanalyse.* Paris : Editions les Arènes, 2010.
42. **Onfray, M.** *Le crépuscule d'une idole, l'affabulation freudienne.* Paris : Grasset, 2010.
43. **Binhas, E.** Perception = réalité. *Clinic.* 2007, Vol. 28, 5 Cahier 2, p. 16.
44. **Institut de sondage TNS Health Care.** Enquête portant sur 480 individus de 18 ans et plus représentatifs de la population. 2008.

45. **Cattanéo, P.** Le cabinet dentaire: un certain reflet du praticien. *Alpha Omega News France*. 2008, 121, pp. 12-13.
46. **Moineau, F.** Besoins et attentes des clients au cabinet dentaire: comment les définir? *Alpha Omega News France*. 2008, 121, pp. 24-25.
47. **Binhas, E.** Stress au cabinet: à consommer avec modération. *Clinic*. 2001, Vol. 22, 9, p. 647.
48. **Bitton, J.; Moineau, F. et al.** Premier rendez-vous : une relation, une organisation et des méthodes. *Quintessence du Congrès ADF 2005*. [En ligne]
http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=148/2005.
49. **Binhas, E.** Présenter le plan de traitement. *Clinic*. 2005, Vol. 26, 8 Cahier 2, pp. 16-17.
50. —. Savoir créer le désir. *Clinic*. 2000, Vol. 21, 8, p. 581.
51. **Romagna, C.** La Communication : choisir les mots pour convaincre. *Quintessence du Congrès ADF 2006*. [En ligne]
http://www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=21/2006.
52. **Binhas, E.** Ciblons les problèmes, pas les personnes! *Clinic*. 2007, Vol. 28, 6 Cahier 2, p. 16.
53. —. Planification stratégique des plans de traitement. *Clinic*. 2008, Vol. 29, 10 Cahier 2, p. 16.
54. **Rochat, J.** Outils efficaces pour l'acceptation des plans de traitement. *Clinic*. 2004, 10, p. 675.
55. **Binhas, E.** Présentation du traitement: Osez le meilleur pour vos patients! *Alpha Omega News France*. 2008, 121, pp. 21-22.
56. —. Ne pas confondre le devis et le plan de traitement. *Clinic*. 2008, Vol. 29, 11 Cahier 2, p. 16.
57. **Rozenzweig, D.** Relation à l'argent. *Alpha Omega News France*. 2008, 121, p. 23.
58. **Beauchamp, T. L. et Childress, J. F.** *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Les Belles Lettres, 2008.
59. **Tavernier, J.-C.** L'éthique au cabinet dentaire. [auteur du livre] R. Nossintchouk. *Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*. Paris : Cdp, 1998.
60. **Romagna, C.** Echecs ou malentendus? *Clinic*. 2008, Hors série juin, pp. 4-8.
61. **De Broca, A.** Du principe "Autonomie" au principe de "Conomie". *Ethique et Santé*. Elsevier Masson SAS, 2007, Vol. 4, 2, pp. 69-73.
62. **Spranzi, M.** Autonomie et consentement. *Master d'Ethique Médicale*. Université Paris-Descartes : s.n., 2008.
63. **Desjardins, Véronique.** *Les formules de Swami Prajnanpad commenté par Arnaud Desjardins*. Paris : La Table Ronde, 2003.

Annexes

Annexe 1

Les recommandations en chirurgie buccale par M. Davarpanah

Recommandations préopératoires:

- ne pas veiller tard la nuit précédant l'intervention;
- prévoir un repas avant l'opération si une anesthésie locale est prévue;
- respecter l'ordonnance prescrite;
- réaliser un brossage soigneux des dents (un contrôle de l'hygiène bucco-dentaire est indispensable; un détartrage sera réalisé si nécessaire) ;
- avertir si une intolérance à un des médicaments prescrits s'est manifestée;
- proscrire toute automédication et toute prise d'aspirine 8 jours avant le rendez-vous;
- éviter toute prise d'alcool;
- organiser le retour à domicile et prendre les dispositions nécessaires pour ne pas rester seul la nuit suivant l'intervention.

Recommandations postopératoires:

- respecter l'ordonnance prescrite;
- appliquer une poche de glace enrobée d'une serviette sur la joue en regard de la région opérée pendant 3 à 5 heures;
- mordre sur des compresses en bouche pendant 2 heures;
- éviter tout effort physique pendant 2 à 3 jours après l'intervention;
- pour l'enfant, la personne âgée ou celle ayant une altération de l'état général, être accompagné d'un adulte valide;
- éviter de conduire après l'intervention et ne pas être le passager d'un deux-roues;
- ne pas rester seul la nuit de l'intervention;
- prévoir une alimentation semi-liquide, froide ou tiède pendant 24 à 48 h ;
- éviter les boissons chaudes pendant 24 à 48 heures;
- maintenir une bonne hygiène buccale:
 - o brosser avec délicatesse la région opérée à l'aide d'une brosse chirurgicale dès le lendemain (7/100 pour les premiers jours, 15/100 au bout d'une semaine),
 - o commencer les bains de bouche 24 heures après l'intervention;
- l'alcool et le tabac sont fortement déconseillés pendant 1 à 2 semaines après l'intervention;
- venir à la visite de contrôle entre 7 et 15 jours après l'intervention.

Annexe 2

Convention nationale entre les chirurgiens dentistes et les caisses d'assurance maladie - Titre 1, article 5 et suivants modifiés par l'avenant n°6, signé le 24 juin 2003

Devis pour traitement prothétique et autres actes pouvant faire l'objet d'une entente directe

Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'un dépassement d'honoraires par entente directe tel que prévu dans la présente convention (Article 7), le chirurgien-dentiste remet à l'assuré un devis descriptif écrit, établi selon le modèle présenté en annexe II et comportant:

- 1 - La description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés.
- 2 - Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré.
- 3 - Le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon les cotations de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé, soit immédiatement, soit après la décision de la Caisse. Ce devis est la propriété de l'assuré. Le devis comporte des éléments obligatoires et des éléments facultatifs décrits ci-après. Aucune autre mention ne peut y figurer.

I - Eléments obligatoires

1. Date d'établissement du devis.
2. Identification du praticien traitant.
3. Identification du patient.
4. Durée de validité du devis.
5. Description du traitement proposé.
6. Description précise et détaillée des actes : nature de l'acte, localisation, matériaux utilisés (nature et normes) et montant des honoraires.
7. Cotation des actes selon la nomenclature en vigueur.
8. Montant total des honoraires.
9. Base de remboursement pour l'assurance maladie obligatoire.
10. Mention : « le patient reconnaît avoir eu le choix de son traitement ».
11. Signature du praticien.
12. Signature du patient, ou du (des) responsable(s) légal (légaux).
13. Toute mention légale obligatoire.

II. - Eléments facultatifs

1. Sous-titre: «Proposition de traitement et de convention d'honoraire».
2. Référence du devis.
3. NIR de l'assuré.
4. Espace réservé à la transmission, par les assurés à tiers, de données administratives complémentaires.
5. Schéma dentaire initial.

Mention « les soins ne sont-pas compris dans ce devis ».

Annexe 3

Code de déontologie des chirurgiens-dentistes - CSP - Article R.4127-216

Les seules indications que le chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses imprimés professionnels, notamment ses feuilles d'ordonnances, notes d'honoraires et cartes professionnelles, sont:

- ses nom, prénoms, adresses postale et électronique, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation et ses numéros de comptes bancaires et de comptes chèques postaux;
- sa qualité et sa spécialité;
- les titres et fonctions reconnus par le conseil national de l'ordre;
- les distinctions honorifiques reconnues par la République française;
- la mention de l'adhésion à une association agréée;
- sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie;
- s'il exerce en société civile professionnelle ou en société d'exercice libéral, les noms des chirurgiens-dentistes associés.

Code de déontologie des chirurgiens-dentistes - CSP - Article R.4127-218

Les seules indications qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer sur une plaque professionnelle à la porte de son immeuble ou de son cabinet sont ses noms, prénoms, sa qualité et sa spécialité. Il peut y ajouter l'origine de son diplôme, les jours et heures de consultation ainsi que l'étage et le numéro de téléphone. Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

MATHELIN (Marie) - L'information : rôle clef dans l'adhésion du patient au plan de traitement du praticien.

NANCY 2010 : 106 Pages. : 30 cm

Th. : Chir-Dent : Nancy : 2010

Mots clés : Relation praticien - patient
Communication
Droit à l'information
Consentement éclairé
Ethique
Autonomie, Paternalisme

MATHELIN (Marie) - L'information : rôle clef dans l'adhésion du patient au plan de traitement du praticien.

Th. : Chir-Dent : Nancy : 2010

L'information au patient tient une grande place au sein de la très particulière relation chirurgien-dentiste/patient. Avec la notion de consentement éclairé, dont elle est le préalable, et le renouveau du droit à l'information (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades), l'information au patient possède un solide cadre légal que nous décrivons en développant notamment les circonstances pouvant engager la responsabilité civile du praticien dans le contexte du défaut d'information.

Le praticien désireux d'obtenir, au-delà du consentement, une véritable adhésion de son patient au plan de traitement – garante essentielle du succès thérapeutique – trouvera dans cette thèse des outils comportementaux utiles à cette fin, comme notamment la résolution du transfert, la Programmation neuro-linguistique et la Communication non violente. De plus nous illustrons la mise en place de ces outils en décrivant notamment le déroulement de la première consultation et la présentation du plan de traitement.

Toutefois, le cadre légal et les outils de communication ne suffisent pas à répondre à toutes les interrogations concrètes et quotidiennes suscitées par l'information au patient. Pour palier à ce manque, nous développons un raisonnement éthique basé notamment sur une réflexion autour du duo autonomie/paternalisme.

JURY : Présidente :	<u>C. STRAZIELLE</u>	Professeur des universités
Juge :	D. DROZ	Maître de conférences des universités
Juge :	<u>D. ANASTASIO</u>	Praticien hospitalier
Juge :	A. RIFFAULT	Assistante hospitalo-universitaire

Adresse de l'auteur : Marie Mathelin
30 rue Louis Madelin
57050 Metz



Jury : Président : C.STRAZIELLE – Professeur des Universités
 Juges : D.DROZ-DESPREZ – Maître de Conférence des Universités
 D. ANASTASIO – Odontologiste des hôpitaux
 A. RIFFAULT – Assistant Hospitalier Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle MATHELIN, Marie, Anne, Michèle**

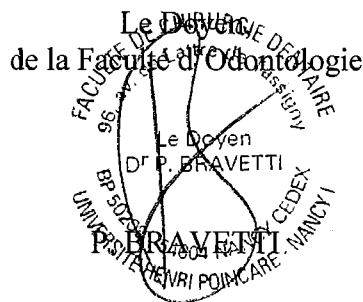
né(e) à: **MANOSQUE (04)**

le **16 Août 1981**

et ayant pour titre : **«L'Information :rôle clef dans l'adhésion du patient au plan de traitement du Praticien ».**

Le Président du jury,

C.STRAZIELLE



Autorise à soutenir et imprimer la thèse **3319**.

NANCY, le **3.06.2010**

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1

Pour le Président
et par Délégation,
La Vice-Présidente du Conseil
des Etudes et de la Vie Universitaire.

J.-P. FINANCE

C. CADEVILLE-ATKINSON

