Psychologie et Communication

Présentation :

Il apparaît que la psychologie et la communication sont deux niveaux complémentaires des relations humaines nécessaires à la réalisation des actes en chirurgie dentaire.

La psychologie se définie en fonction de :

- **La maîtrise du corps, de la motricité, des émotions en rapport avec le développement neurophysiologique**. C'est la croissance et la mise en place des mécanismes neurologiques et psychiques qui contribuent à l'établissement de l'équilibre psychologique depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

- **L'évolution de l'intelligence avec une application plus ou moins importante dans la vie quotidienne en fonction de l'acquisition de l'éducation.** Tous les enfants font à peu de chose près les mêmes erreurs à des âges semblables et ont une compréhension du monde semblable.

- **La vie émotive et sexuelle fortement dépendant de la manière dont est vu le corps et sa relation aux autres**, en fonction des sensations vécues et de l'évolution de ce dernier (vieillissement, dégradation, valorisation).

- **L'existence d'une différence entre l'innée et l'acquis**, **entre ce qui relève de la personnalité de l'individu, de sa nature, de l'hérédité** et ce qui provient de **l'influence de l'environnement et de l'éducation.**

- **La part de l'influence des groupes sur l'individu fait partie de la psychosociologie et modèle le comportement social de l'individu en société qui oriente pour beaucoup ses concepts moraux.**

I - Définitions :

I.1. La psychologie scientifique :

- La psychologie se définit comme **la science du « *psuche* »** (âme ou esprit) et « ***du logos* »** (langage, raison ou discours).

- **La psychologie scientifique étudie dans le comportement humain tout ce qui relève de l'explicable et reproductible au niveau neurophysiologique** en étudiant un principe qui relève **d'une substance immatérielle à l'origine pour partie du comportement de l'individu.**

- **Elle repose sur l'analyse des moyens et des résultats des variations comportementales pour la thérapeutique** avec des tests, de procédés d'évaluation ou de l'étude de l'impact d'une pharmacopée faisant varier les comportements.

I.2. La communication :

- **La communication se définit comme un processus d'échange d'informations reposant sur les bases relationnelles établies entre individus, entre l'individu et son milieu ambiant.**

- Le terme « ***communicare*** » (mettre en commun) préconise le partage d'informations et de savoirs à partir d'un « ***phénomène cognitif*** » (intelligence organisée) et **suivant des procédés plus ou moins normés** (oral, non oral, visuel, technologiques, etc…).

- **Science difficile à définir car faisant appel** :

  - **Aux sciences qui aident à favoriser l'échange oral avec une matérialisation orale ou écrite** plus ou moins faciles des faits (linguistique, télégraphie, téléphonie).
  - **Aux sciences qui aident à l'humanisation des actes médicaux** (éthique, culture, histoire, philosophie).
  - **Aux sciences qui aident à stimuler la motivation et la relation entre soignant et soigné au cours des soins** (psychologie, sociologie, anthropologie).

- La communication se définit aussi par «***Tout processus par lequel une information est transmise d'un élément à un autre***» selon Lacoste (1997) sans distinction de sa pertinence ou de sa qualité.

- Or, «***Communiquer, c'est produire et interpréter du sens*** » autrement dit « ***Celui qui écoute fait son interprétation avec les indices des paroles et les codes en vigueur dans l'environnement*** »

- Par rapport à la psychologie, la communication est **une méthode qui utilise cette dernière non plus pour une simple analyse, mais dans un domaine d'application au cours d'un travail où l'acte et sa réponse se coordonnent** lors d'une coopération sociale.

II – Les grands principes de Psychologie :

Les différents courants de la psychologie moderne sont :

– Le psychisme et la psychanalyse

– Le behaviorisme

– La psychologie cognitive de J. Piaget

II.1. Le psychisme et la psychanalyse

II.1.1. Conscient et Inconscient :

- **Concept élaboré par Sigmund Freud vers le début du siècle** affirme l'existence d'un inconscient psychologique pouvant déterminer tout ou partie de notre personnalité et de notre comportement.

- Evocation par une association libre d'idées et de paroles pour la libération des affects refoulés : principe de base de la psychanalyse.

- Elle a permis **l'élaboration d'une thérapie personnalisée des troubles de l'équilibre psychique et de l'affectivité.**

- **Notre psychisme possède une capacité de conceptualisation de la réalité empreinte d'une partie consciente et d'une partie inconsciente** (complète la réalité consciente de manière imperceptible lors du vécu).

II.1.2. Définition de l'Inconscient :

- **L'inconscient résiste au conscient** au sein d'un conflit dans lequel l'équilibre psychique reposerait sur une part tolérable du refoulement plus marquée que celle qui ne le serait pas.

- Freud évoque en parlant de cet inconscient que « *le patient déclare vouloir guérir et pourtant tout se passe comme s'il se comportait en vue d'obtenir le résultat opposé ».*

- On a ainsi **une action possible sur cette part non perceptible en conscience** pour obtenir la guérison et thérapies névroses, des troubles de l'humeur et de l'affect.

- Il apparaît que l'inconscient en définitive est basé sur un vécu **agréable ou pénible chassé de la conscience, souvent refoulés (désirs ou souvenirs) résistant à une perception et apparition consciente.**

- Cette résistance doit être rompue pour obtenir une guérison et éviter le retour du souvenir (désirs, pulsions, idées refoulées).

II.1.3. La notion de refoulement :

- **Le refoulement est un moyen de défense pour éviter certains dangers lors d'un conflit interne** entre la personnalité et certains désirs profonds ou aspirations morales.

- La personnalité est à la recherche d'une harmonie dans son vécu, travaillée par un conflit, pour **conserver son intégrité en refoulant une partie d'elle-même, contradictoire avec une image personnelle** (impact éducation et morale).

- Le refoulement prend la forme **d'un désir inassouvi**, **d'un principe non obtenu** ou **d'une aspiration idéale à atteindre ou à ne pas atteindre**.

- Le Désir refoulé **s'exprime** inconsciemment souvent par une attitude et un acte de communication indirecte (partie non contrôlée de l'expression physique et personnelle).

- La Psychanalyse met à jours **au niveau de la conscience** les différents niveaux de refoulements pour atteindre un **arrêt du conflit.**

II.1.4. Les premiers conflits inconscients :

- Le Complexe d'Oedipe est une expérience universelle vécue par tous les individus selon Freud correspondant au départ de la **sexualité infantile établie par l'***amour du parent de sexe opposé et la haine de celui du même sexe.*

- Cette sexualité infantile s'organise autour de pulsions inconscientes dans **des zones érogènes différentes de celles de l'adulte (***bouche, anus, épiderme)* correspondant aux premiers actes de communication et d'appropriation émotionnel du vécu avant la mise en place de l'éducation et des structurations sociales ou morales.

- **L'enfant privé du langage dispose d'un langage de la sensualité ou commence à s'exprimer sa libido (désir sexuel)** qui n'est autre que son énergie pulsionnelle qui entrera en conflit avec les conventions et le comportement civilisé

- La sexualité adulte à l'inverse se concentre autour **des zones de l'acte et de l'expérience du vécu pubère** (*érotisation des caractères sexuels secondaires).*

- La sexualité adulte fait appel à une mise en scène **du corps adulte en harmonie avec convenances personnelles modelées par les rapports éducatifs, sociaux et moraux**.

II.1.5. Emergence de la personnalité et du caractère :

- **La personnalité se construit en étant affectée plus ou moins intensément par** « les conflits » assouvis ou refoulés.

- **Toute carence affective, jalousie, violence, frustration peuvent entraîner une régression** à l'âge adulte vers les stades de l'enfance ou vers des fixations psychiques (pathos = déviance, névrose).

- La socialisation, l'éducation doivent toujours **compenser cette tendance pour façonner l'individu dans la société** et **constituer l'équilibre psychique.**

- L'individu exprimant sa personnalité par **un caractère qui correspond à sa manière de réagir à une situation donné à partir de son équilibre psychique.**

II.1.6. Structure du psychisme :

- Le Psychisme exprime une personnalité avec des variances de caractères selon le vécu quotidien et historique.

- Le psychisme est une structure mentale composée de l'**inconscient (ICS)**, du **conscient (CS)** avec entre les deux états de conscience, un état transitionnel **: le préconscient (PCS)**.

- **Le préconscient est** un état psychique inconscient avec contenus accessibles à la conscience.

  Selon Freud : « ***La partie d'inconscient qui tantôt reste inconsciente, tantôt devient consciente, nous dirons de elle qu'elle est "capable de devenir consciente" et nous lui donnerons le nom de préconscient*** »

- **L'inconscient** est constitué **de pulsions** :

Une pulsion = **puissance organique et somatique composée de :**

1 **La source** : une excitation
2 **Le but** : mettre fin `a l'état de tension
3 **L'objet :** ce qui permet d'atteindre le but

L'énergie mentale inconsciente prévalant à la genèse des pulsions psychiques est appelée le **« Ça » ou psychisme originel et constitutif qui oriente les exigences somatiques de base** (faim-soif-désir)

Selon Freud : « ***Le concept de pulsion nous apparaît comme concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique en raison de sa liaison au corporel*** »

Le **refoulement** ne se fait pas sur la **pulsion, mais sur sa représentation psychique** (pensées, images, souvenirs).

L'interdit contient la pulsion (manifestation dans le rêve ou l'acte manqué).

- Le conscient est composé du **« Moi »** qui **est la volonté consciente** refoulant les pulsions dans le **« Ça »** en fonction de la réalité à laquelle le **« Moi »** doit se soumettre.

Le **« Surmoi »** complète le **« Moi »** de la conscience : **ce sont les principes et interdits parentaux, sociaux, éducatifs et moraux auquel l'individu se réfère ou s'oblige.**

- Illustration avec une diapositive et Freud

II.2. Le behaviorisme

- Approche d'étude du psychisme mise en place par **John Bradus Watson (1913)** basée **sur l'analyse du comportement comme preuve d'une activité psychique précise, sans tenir compte des différences de d'activité ou des variations liées à la vie interne de l'individu.**

- Elle a permis l'émergence de l'étude du **comportement au niveau expérimental, source des bases de** psychologie dite expérimentale en rapport avec un environnement.

- **Etude du comportement des rats dans les labyrinthes** en fonction de contraintes type privation ou d'incitations type récompense).

- L'apprentissage est fonction du conditionnement. Chaque stimulus environnemental appelle une réaction qui se deviendra ensuite **acquise par apprentissage sous la forme d'un réflexe dit conditionné.**

- Le comportement ne dépend pas des processus mentaux, **mais de l'environnement dans l'étude du rapport « stimulus- réaction ».**

- Critique : Peut-on expliquer tout apprentissage par le seul conditionnement ?

II.3. La psychologie cognitive de Jean Piaget

- Psychologue suisse zurichois spécialiste du développement, il étudie l'ensemble des fonctions cognitives (la perception, l'attention, la mémoire, le langage et les activités intellectuelles).

- Son approche est **anti-behaviorisme** car l'étude des processus mentaux est indissociable de celle de leur manifestation, donc des comportements.

- Ses principales **avancées ont été sur connaissance** de l'évolution psychologique de l'enfant et surtout sur la mise en place de **Intelligence chez celui-ci.**

- L'intelligence de l'enfant se développe selon différents stades :

1. **Le stade sensori-moteur** jusqu'`a dix-huit mois ou deux ans : Connaissance du monde.
2. **Le stade préopératoire** vers deux ans : Représentation certains actes sans les accomplir ***(développement du jeu et du symbolisme, donc du langage).***
3. **Le stade opératoire concret** vers sept ou huit ans: Socialisation et éducation scolaire.
4. **Le stade opératoire formel** vers onze ou douze ans : Abstraction.

- Ce schéma varie selon individus, à un rythme propre à celui-ci et selon ses capacités.

III – Les grands principes de Communication :

- La communication est **l'échange d'informations dans un contexte** (environnement et rapport interindividuel).

- Cette communication **dépend de la psychologie des interlocuteurs**, **de leurs personnalités et des différents caractères** soumis aux différentes réalités lors de l'échange informatif.

- En terme de personnalité, elle va **varier selon le degré d'expression du caractère** (introversion/extraversion) et **selon le type d'information** (relation hiérarchique et codifiée soignant – soigné).

III.1. Le degré d'expression du caractère :

- La diversité des caractères a été regroupé en **deux attitudes communicatives** selon une orientation du psychisme ne se limitant pas à la pulsion sexuelle (libido), mais **selon la terminologie de Carl Gustav Jung, liée à une pulsion vitale de la vie intérieure vers le monde extérieur** (introversion / extraversion).

- Ces deux catégories sont **modulées lors de la communication en fonction de quatre niveaux graduels du conscient psychique que sont la « pensée », « le sentiment », « l'intuition » et la « sensation ».**

- Ces données ont été confirmées par des études cliniques.

- L'extraverti se caractérise par **un désir d'affirmation de son action** dans le monde extérieur. Orientation des 4 niveaux graduels **vers l'extérieur** lors d'une communication.

- L'introverti se caractérise au contraire par **un souci de conservation et de protection de son action** et de son soi intérieur. Orientation des 4 niveaux graduels **vers l'intérieur** lors d'une communication.

- **Ces deux attitudes cohabitent chez tous les individus avec une préférence expressive pour l'une ou l'autre** des formes selon la personnalité, le vécu et la santé de l'individu.

III.2. Les différents types de comportements communicatifs :

- Dans le cas de la pensée :

1. L'extraverti développe **une pensée empirique fondée sur les faits.**
2. L'introverti développe **la pensée de manière spéculative** par un souci de rigueur logique.

- Dans le cas du sentiment :

1. L'extraverti **s'adapte facilement aux valeurs choisies** en fonction de l'environnement externe.
2. L'introverti **s'adapte difficilement aux valeurs externes** par indifférence ou démesure du contrôle de sa personnalité intériorisée.

- Dans le cas des sensations :

1. L'extraverti est **en phase avec la réalité** qu'il ressent directement
2. L'introverti est **en décalage avec la réalité** avec une approche subjective de celle-ci.

- Dans el cas de l'intuition :

1. L'extraverti **a une forte perception inconsciente du monde extérieur** (habileté, perspicacité) pour tirer parti de la communication directe avec autrui.
2. L'introverti **a une perception inconsciente orientée vers l'intérieur** (distraction, imagination, évasion) limitant son abord de la communication directe avec autrui.

III.4. La communication dans la relation ou contexte soignant - soigné :

- La relation soignant / soigné ou chirurgien – dentiste / patient **repose sur une relation de communication basée sur le sentiment de sécurité et confiance.**

- **La relation de confiance** du patient s'appuie sur le **« fait » :** la notion d'acte médical réalisable et réalisé.

- Cette relation est **renforcée lorsque la communication** permet que le **patient ne sente pas seul** et que le chirurgien-dentiste **témoigne de son intérêt à lui en tant que personne** et non en tant qu'acte médical.

- Cette relation de confiance est mise en avant **en premier lieu de manière verbale** (oralisation : paroles) et **se conforte de manière comportemental** (la geste : attitude).

- Cette relation est aboutit lorsqu'une alliance soignant / soigné est établie de manière définitive (**alliance graduelle : cognitive, affective et empathique**) *(empathie à limiter en cas de comportement schizophrénique ou hystérique)*.

III.4.1. La valeur de l'information dans la communication :

- L'information dans le cadre de la communication **met en jeu le rapport entre la réalité matérielle et la perception psychique.**

- Cette information **ne se réduit pas à la réalité matérielle** à partir de notre système de valeur et informer, **ce n'est pas obligatoirement tout dire et/ou dire la vérité.**

- Cette information doit d'abord répondre aux questions du patient et sa problématique : **ne pas laisser le patient face à ses angoisses et à la réalité clinique.**

- Une fois cette information prise, il faut l'orienter **vers de nouveaux repères** basés sur un scénario oral construit **sur ce qui lui est dit** (choix des mots par rapport à l'interlocuteur) **et ce qu'il imagine** (choix des mots par rapport à l'individu jeune, vieux, malade, sain).

- Cette information délivrée doit **permettre de poser des questions** (ne pas tout évoquer et laisser supposer, c'est partager la responsabilité contextuelle de l'acte).

- Le scénario oral doit devenir ensuite **un scénario évolutif** (gestuel, suggestif).

III.4.2. La qualité des explications dans l'information :

- Les explications doivent « **expliquer facilement la maladie »** (communication suggestive et imagée).

- Les explications doivent tenir compte que la maladie **est perçue de manière différente par le soigné et le soignant** et le diagnostic aussi.

- Les explications doivent **préciser l'existence d'examens complémentaires** (en sus du diagnostic et de l'acte), **leurs intérêts, leurs contraintes** (dire la vérité sur la complémentarité car non psychiquement perçu en direct et liaison avec l'acte).

- **L'anticipation sans écoute et la multiplicité des examens complémentaires nuit à la réalité de l'acte**, **du diagnostic et à la confiance dans la sécurisation lors de la communication** (sauf hypochondriaque, narcissiste ou rapport à un tiers).

- La qualité des explications :

1. Elles doivent être **claires et compréhensibles.**
2. Elles ne doivent **pas être pléthoriques ou restreintes.**
3. Elles doivent **susciter les questions d'abord** avant d'induire les réponses.
4. Elles faut **reprendre les explications à partir de ce qui est compris.**
5. **Jamais nier la réalité** ou prendre le contre-pied, **même si, le soignant a des doutes.**
6. **Laisser du temps pour « métaboliser »** les explications (rythme d'acquisition du patient)

III.4.3. Comment répondre à l'inquiétude des patients :

- **La façon d'accueillir l'inquiétude** des patients **est fondamentale.**

- Il ne faut pas reporter **sur son « moi »** ou **« ça »** l'inquiétude du patient.

- **Il faut dans un premier temps extérioriser l'inquiétude** (notion de constat) :

1. « Il n'y a pas de raison de vous inquiéter » (langage paternaliste) = certitude mesurée pour tous les patients
2. « Ce n'est pas grand-chose » (langage élusif) = certitude modérée pour les patients exagérément inquiets
3. « Voyons ce que nous pouvons faire » (langage cohésif) = incertitude prospective pour les patients ou problématique difficile

- **Il faut ensuite ramener l'inquiétude dans le champ de l'acte** (notion de maîtrise) :

1. « Je comprends que cela vous inquiète, mais je peux faire ceci…. » (langage paternaliste) = tous les patients
2. « C'est normal de vous inquiéter, mais nous sommes là pour vous aider, et je vous propose ceci » (langage semi élusif, semi directif) = patients très inquiets ou difficiles

- **Le « savoir objectif » est insuffisant.**

- Il faut partager le scénario personnel du patient pour pouvoir le modifier.

- **L'agressivité du patient** est le plus souvent à relier **à une angoisse non reconnue et non partagée ou non partageable d'entrée** (nécessité de débrouiller les fils avec calme et respect sauf si le sujet est maniaco-dépressif ou surtout paranoïaque).

- Les réactions psychologiques aux soins en cabinet dentaire peuvent présenter plusieurs aspects sous la forme de la sérénité, de l'angoisse ou la dépression.

- **L'angoisse et la dépression se matérialise avec des patients ayant vécu une expérience affective désagréable** au cours du soin (angoisse : peur du dentiste / dépression : obligation par contrainte de soin dans l'enfance).

- **Une inhibition avec un repli sur soi, une passivité ou une agitation s'exprime rapidement par un refus de communication directe** avec l'acte et demande de la part du soignant d'extérioriser l'acte dans une consultation préalable.

- **Ces signes sont aussi visibles de manière indirecte chez des patients manquant de sommeil, ayant un déséquilibre alimentaire et entretenant des relations sociales ou professionnelles conflictuelles ou contraintes** (transfert de son vécu quotidien dans la relation avec le soignant).

- La forme la plus subtile **est le mensonge ou le refus du soin** par report de rendez-vous et sur occupation évoquée.

- Le sentiment de culpabilité de la part du patient est à replacer dans le cadre d'un déséquilibre affectif familial ou de son imaginaire (image de sa personne).

- Le sentiment d'abandon est plus complexe, surtout chez les enfants, car il peut être du à la fois lié à un processus de séparation-individualisation (divorce, mésentente familiale) qu'à un processus social de base (pauvreté économique, carence affective ou carence culturelle).

- Il devient difficilement gérable dans le cadre des « enfants objets » ou des « enfants martyrs » : difficulté d'évaluation de la réalité clinique (seuil de douleur, importance de la plainte ou du silence).

III.4.4. Comment faire lorsque l'information ne passe pas :

- L'information qui ne « passe pas » est une information **non donnée, ou peu claire ou inaudible.**

- **Il faut la répéter ou la ré expliquer** avec d'autres mots (utilisation du regard ou du visuel dans le cas d'informations difficiles à accepter).

- **Lorsque l'information n'est pas possible** cela peut être dû à :

1. **Absence d'alliance entre le patient et le soignant** (rupture de la communication = pas de soins).
2. **Rupture liée au patient** (agressivité, refus du projet de soin : report des actes et réflexion de tous).
3. **Rupture liée au soignant** (orientation chez un autre confrère, éviter le report de rendez-vous systématique, choisir l'explication lorsqu'elle est faisable plus que la fuite).
4. **Rupture liée à des mécanismes de défenses circulants ou à une situation mentale précise** (patient anxieux, pusillanime, autiste, IMC) : il faut reprendre et réoganiser la relation en proposant une prise en charge spécialisée ou en équipe (psychothérapie).

III.4.5. Le sentiment de sécurité du soignant lors de la communication :

- Ce sentiment de sécurité augmente **avec l'expérience et l'acquis (savoirs).**

- Ce sentiment est conforté **par la représentation mentale et sociale de son métier de soignant, son pouvoir** (utilisation d'un savoir)**, de son plaisir** (amour de l'exercice) **et du bénéfice humain** (qualité de vie).

- Ce sentiment varie selon **sa personnalité et ce qu'il représente pour lui-même.**

- Il est attaqué par :

1. La difficulté liée à l'acte (acte difficile, pathologie grave ou inconnue).

2. La difficulté liée à la communication (patient qui ne comprends pas, n'écoute pas, ne fait pas confiance ou est agressif).

3. La difficulté d'accepter son exercice dans le temps et dans sa forme.

- Toute attaque doit être **évaluée et connue au préalable** pour être source **de revalorisation sur le fait ou a posteriori** (réalisme = humilité).

III.4.6. La notion de Transfert et de Contre-Transfert :

- Le Transfert est **un investissement affectif du patient sur le soignant.**

- Le contre-transfert est **le mouvement affectif du soignant en réaction à celui du patient.**

- Ce mécanisme dynamise la relation et l'acceptation de l'acte **selon le patient et le soignant, selon l'image et la réalité de la maladie et selon les contingences personnelles réciproques.**

- Le Transfert/Contre-transfert **positif favorise l'action thérapeutique.**

- Le Transfert/Contre-transfert **négatif favorise les attitudes de rejet de l'alliance** et établit **à la longue une agressivité inconsciente** (danger maximum pour la relation si rapport affectif majoré ou dévié).

- Le chirurgien-dentiste et son équipe définissent eux-mêmes dans le cabinet « théâtre de mise en situation » **les conditions de son niveau de communication favorisant ou non le transfert.**

- Le style de communication du dentiste **qualifie le style de sa clientèle et le style du type de transfert.**

- Trois niveaux de communication et de transfert sont décrits :

- La distanciation dans le contact avec la patientèle induit une patientèle propice à **la dominante obsessionnelle**. **Le risque de transfert est faible** et peut-être difficile à contrôler **lorsqu'il n'est pas oralisé** auprès du patient par le praticien ou son équipe par restriction de communication.

- **L'empathie** dans le contact avec la patientèle induit une patientèle **à dominante hystérique. Le risque de transfert est fort** et peut-être difficile à contrôler **lorsqu'il est mal oralisé** auprès du patient par le praticien ou son équipe par excès de communication ou incompréhension de celle-ci.

- **L'anxiété** dans le contact avec la patientèle induit une patientèle **à dominante maternisante et protectrice. Le risque de transfert est très faible** et peut-être difficile à contrôler lorsque **le patient prend en charge l'oralisation** par inadaptation du discours et de la sureté des actes du chirurgien-dentiste et de son équipe.

- Dans tous ces contextes, **l'anamnèse conditionne dans son premier abord les germes du transfert** par une restitution de l'image du soignant correcte ou incorrecte (part du fantasme = erreur sur la personne).

- **Les actes terminent par conditionner l'image définitive du soignant** correcte ou incorrecte (part active de la sublimation et de la matérialisation du transfert) menant à la manifestation du transfert.

- **L'attitude du chirurgien-dentiste doit être celle de respecter la maxime suivante :**

« Le cabinet dentaire est régit par la loi de l'abstinence : le chirurgien-dentiste doit se créer ses interdits et maintenir son rôle dans le théâtre du cabinet »

III.4.7. La notion de Compliance du patient :

- **La compliance thérapeutique, l'adhérence, l'observance et la fidélité se définissent comme étant le degré de concordance** entre le comportement d'un individu et la prescription médicale (***Sackett & Haynes – 1976***).

- **C'est un concept récent qui est sous-estimé car il répond à la loi du tout ou rien** selon les individus et les moments (30 à 50% des patients seraient compliants pour toutes pathologies confondues).

- **Plus on est « sécure » et « autonome » psychologiquement** meilleure est la compliance au traitement.

- Les perceptions personnelles et les systèmes de croyance **influencent beaucoup plus souvent les comportements que la réalité objective.**

- Les non compliances sont liés à la difficulté **d'accepter la contrainte**, **les changements d'habitudes**, **la nature du traitement** (pas facile ne terme préventif), **le déroulement du traitement** (nombre de prise et forme de la prise) et **l'existence d'effets secondaires**.

- Les conséquences des non compliances sont **l'absence d'amélioration clinique**, **la surenchère de prescriptions inadaptées**, **la mauvaise appréciation de la qualité de la thérapeutique** et **l'encouragement à un aspect péjoratif de la relation de soins.**

- **Face à un patient non compliant, le soignant doit évoquer cette attitude négative du patient tout en le comprenant**, **le soutenant** et enfin **en exigeant une adhésion au soin.**

- **Il ne faut pas minimiser les difficultés**, la souffrance, l'angoisse et la pathologie, tout en recherchant une plus grande confiance, avec plus d'attention et avec une garantie de confidentialité à mettre en avant (« Il faut que je t'aide à te protéger » ou « Tu sais ce que tu risques »).

III.4.8. Les conséquences de la perte du sentiment de sécurité :

- **Les risques les plus importants entraînant une perte du sentiment de sécurité** de la part du malade sont :

1. **De confondre dans notre attitude** le malade et la maladie.
2. **D'abuser des examens complémentaires.**
3. **De s'acharner.**
4. **D'enseigner dans de mauvaises conditions.**
5. **De faire de l'humour mal placé.**
6. **De faire l'important ou l'infaillible.**
7. **De fuir.**
8. **D'affirmer son savoir et de ne pas se laisser questionner.**
9. **De trouver un bouc émissaire (surtout confraternel !).**
10. **Ne pas se maîtriser et avoir des troubles de l'humeur ou du comportement.**

- Ces éléments sont **à éviter lorsqu'on vise la qualité relationnelle dans sa relation professionnelle.**

- Une enquête ADF du 21 novembre 2001 signale que plus de **42% des français pensent que leur Chirurgien-Dentiste a des qualités humaines** (accueil, amabilité, douceur, écoute, mise en confiance).

- **La notion de service** rendu renvoie à **la notion de qualité globale sans distinction précise** (**55% pensent toujours que les soins qu'ils ont reçus sont de qualité** = à vrai dire ils n'en savent rien !).

III.5. Cas particulier –Communication et anxiété :

- Dans la patientèle, **on rencontre 10 à 50% de patients anxieux.**

- La méthode pour rassurer ces patients est le plus souvent le **« tell-show-do »** selon CROSSLEY & JOSHI (2002).

- Les origines de cette méthode est la pédagogie « behavioriste ».

- Cette méthode consiste à dire ce que l'on fait, à le montrer et le faire.

- Elle possède des limites qui nécessitent de passer **à d'autres méthodes seules ou accompagnées.**

- **L'approche thérapique EMDR** (Eye Movement Desensitization and reprocessing) de SHAPIRO & SILK – 1997 constitue une approche psychothérapeutique neuro-émotionnelle **de désensibilisation des informations en utilisant la stimulation sensorielle par des mouvements oculaires, et par des stimuli auditifs et cutanés.**

- A partir de ces procédés, on développe **trois modalités de lutte contre l'anxiété :**

1. L'utilisation d'un stimulus sucré :

La prédilection pour le gout sucré est ancré dès le jeune âge parmi les sensations en rapport avec l'agréable. **Chez le nouveau-né et les enfants plus âgés de 8 et 11 ans ce stimulus sucré entraîne une tendance à l'analgésie générale marquée avec un ralentissement de la fréquence cardiaque par la libération de béta-endorphines au niveau central.**

Un simple verre avant un acte dentaire rempli d'une boisson sucrée ou de succédanés en lui demandant s'il aime le goût de cette dernière permet de repositionner l'acte dans un acte rassurant en rapport avec l'inconscient alimentaire agréable et la notion de protection.

2. L'utilisation d'un stimulus par le froid :

La mise en place d'une serviette froide sur le front entraine en premier lieu un reflexe d'éveil, qui diminue grâce à une diminution de la fréquence cardiaque par voie thermorégulatrice. On réduit l'importance de l'anxiété. Cette méthode est plus adaptée chez les adultes jeunes que chez les enfants.

3. La présentation ou la vision d'image simple apaisante :

Le contexte du cabinet doit éviter d'accrocher **le regard du patient défavorablement : sur illumination du scialytique, couleur vive ou pâle ou revêtement multicolore sont à choisir selon le cadre.** L'idéal est de réaliser un soin dans un cadre « **semblable à un cadre personnalisé ou d'habitat** » pour rendre la sensation de sécurisation.