

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2025

N° 26

THESE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 15 / 05 / 2025

par

HOFSTETTER Anne

né(e) le 28/05/2000 à COULOMMIERS

**INFORMATION CLAIRE ET LOYALE AU PATIENT ET COMMUNICATION VERBALE ADAPTÉE DANS
LE CADRE DES AFFECTIONS ET TRAITEMENTS ENDODONTIQUES**

Président : Professeur OFFNER Damien
Asseseurs : Docteur WALTMANN Etienne
Docteur EHLINGER Claire
Docteur LE GROS Bastien



**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE ROBERT FRANK
DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG**

Doyen : **Professeur Florent MEYER**

Doyens honoraires : Professeurs Youssef HAIKEL, Corinne TADDEI-GROSS

Professeur émérite : Professeur Anne-Marie MUSSET

Responsable administrative : Madame Marie-Renée MASSON

Professeurs des Universités :

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Vincent BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAIKEL	Odontologie conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Davide MANCINO	Odontologie conservatrice - Endodontie
Maryline MINOUX	Odontologie conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Santé publique
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences anatomiques et Physiologie - Imagerie



Maitres de Conférences :

Sophie BAHI-GROSS	Chirurgie orale
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie orale
Claire EHLINGER	Odontologie conservatrice – Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ DE GRADO	Santé publique
Florence FIORETTI	Odontologie conservatrice – Endodontie
Pierre-Yves GEGOUT	Parodontologie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences anatomiques et Physiologie – Imagerie
Nadia LADHARI	Sciences anatomiques et Physiologie – Imagerie
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie conservatrice – Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Sciences anatomiques et Physiologie – Imagerie
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses
Claire WILLMANN	Prothèses

À monsieur le Professeur Damien OFFNER,

Directeur de thèse et président du jury,

Vous m'avez fait l'honneur de m'accompagner dans ce sujet de thèse qui me tient à cœur.

Merci infiniment pour votre bienveillance, votre réactivité et l'intérêt que vous portez à mon travail.

C'est une grande richesse de pouvoir évoluer avec vous en clinique, et de continuer, peut-être, à collaborer par la suite.

À monsieur le Docteur Etienne WALTMANN,

Membre du jury,

Votre bienveillance et votre écoute font de vous un docteur et enseignant remarquable.

Merci pour votre investissement dans ma pratique clinique. Je vous suis reconnaissante pour tous les conseils et recommandations avisés que vous transmettez.

À Madame la Docteure Claire EHLINGER,

Membre du jury,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury, et je vous en remercie.

Je tiens à vous exprimer ma reconnaissance pour votre rôle dans ma formation clinique comme théorique. C'est un réel honneur et plaisir d'avoir pu bénéficier de votre enseignement, mais aussi de votre écoute et de votre disponibilité.

À monsieur le Docteur Bastien LE GROS,

Membre du jury,

Je suis reconnaissante d'avoir l'opportunité de travailler avec vous en clinique.

Merci pour vos conseils avisés, votre patience et votre disponibilité. Vos conseils sont des aides précieuses.

Ézéchiël,

Mon fiancé, mon mari.

Merci pour qui tu es, merci pour ton soutien infaillible et ton aide précieuse. Tu es une bénédiction pour moi, et je ne pourrais jamais te dire assez ma reconnaissance de t'avoir auprès de moi. Merci d'être fidèlement à mes côtés, merci de m'aider à avancer et à devenir meilleure chaque jour, merci de m'encourager toujours à lever les yeux vers notre Père pour recevoir sa paix et sa sagesse.

Je t'aime.

Maman,

Actrice de l'ombre qui a toujours veillé sur moi. Merci de m'avoir sans cesse soutenue dans mes études, dans mes activités et mes engagements. Merci d'avoir assuré mes arrières et mon confort en toutes choses.

Papa,

Merci pour cet exemple que tu es pour moi, merci pour ton calme et ta confiance. Merci d'être toi, rempli d'amour et de patience.

Alizée,

Cousine et sœur, que ferais-je sans toi ? Merci de me rappeler toujours calmement qu'il faut que je me DÉTENDE... Merci d'être telle que tu es, et que notre Papa te porte toujours plus loin avec lui, dans ses projets.

Charlène,

Précieuse et fidèle amie, merci pour ton aide, et merci pour le temps que tu as consacré à la relecture de mon travail. Même sur un autre continent, tu es et resteras cette amie précieuse et irremplaçable qui m'accompagne depuis tant d'années déjà.

Clo,

Que dire, sinon merci pour ta présence dans ma vie et ton amour... Tu es une perle précieuse, et je suis très fière de celle que tu deviens.

Merci à mes précieux Hélène et Jean-Micaël pour votre présence dans ma vie, et pour tous ces moments partagés. Merci Hélène d'être cette oreille attentive et disponible. Merci pour vos fidèles et humbles cœurs de serviteurs. Vous êtes une bénédiction pour moi.

Je ne veux pas t'oublier Salomé, merci pour ta bonne humeur, et pour tous tes rappels de thèse qui m'ont permis d'avancer dans la rédaction de ce travail. Tu es une perle.

Et merci à tous les autres, pour votre amitié, votre soutien, votre présence dans ma vie.

UpToYou, Diedendorf, ResKP, Simon, Laurence, mes grands-parents, merci.

Je dois et dédie ce travail à celui qui peut faire infiniment et au-delà de ce que nous demandons ou imaginons. Lui sans qui rien n'est possible, et lui en qui tout est possible.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2025

N° 26

THESE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 15 / 05 / 2025

par

HOFSTETTER Anne

né(e) le 28/05/2000 à COULOMMIERS

**INFORMATION CLAIRE ET LOYALE AU PATIENT ET COMMUNICATION VERBALE ADAPTÉE DANS
LE CADRE DES AFFECTIONS ET TRAITEMENTS ENDODONTIQUES**

Président : Professeur OFFNER Damien
Asseseurs : Docteur WALTMANN Etienne
Docteur EHLINGER Claire
Docteur LE GROS Bastien

I. INTRODUCTION.....	5
II. LA RELATION PATIENT-PRATICIEN	7
A. Obligations légales et déontologiques.....	7
1. Consentement.....	7
a. Définitions.....	7
b. Conditions d’obtention du consentement.....	7
c. Droit au refus de soin.....	8
d. Conditions particulières	8
e. Aspect éthique du consentement.....	9
2. Information du patient.....	9
a. L’information comme moyen d’obtenir le consentement.....	9
b. Objectif de cette information.....	10
c. Information et refus de soins.....	10
3. Principe d’autonomie en soins dentaires.....	11
a. Définition	11
b. Le principe d’autonomie, résultat d’une évolution.....	12
c. L’autonomie, entre information et consentement	13
B. Importance relationnelle de l’information	14
1. Rôle dans la relation de confiance et la gestion de l’anxiété	14
a. Prévalence de l’anxiété dentaire.....	14
b. Causes fréquentes de l’anxiété en soins dentaires	15
c. Manifestations et conséquences de l’anxiété.....	15
d. Le rôle de la communication dans la gestion de l’anxiété dentaire.....	17
i. Une étude clinique	17
ii. Généralisation.....	18
2. Rôle dans l’observance thérapeutique et l’adhésion au plan de traitement	18
a. Définition	18
b. Responsabilité partagée.....	19
c. Lien entre satisfaction et adhésion du patient.....	20
3. Rôle dans le suivi thérapeutique	21
a. Bénéfices personnels	21
b. Intérêt collectif.....	22
III. CAS PARTICULIER DE LA DENTISTERIE RESTAURATRICE.....	24
A. Des problématiques relevées au PMCBD de Strasbourg	24
1. Un exemple clinique.....	24
2. Difficultés dans la communication	29
a. Savoir adapter sa communication.....	30
b. La barrière de la langue.....	30

c.	Le début de pratique.....	30
3.	Difficultés dans le suivi des patients.....	31
B.	Enquête dans l'UF de CASU.....	32
1.	Introduction.....	32
2.	Matériel et méthode	33
3.	Résultats.....	35
4.	Discussion.....	38
IV.	ADAPTER LA COMMUNICATION VERBALE	41
A.	Concept de littératie en santé	41
1.	Définition.....	41
a.	Motivation et compétence	42
b.	Quatre termes essentiels dans la littératie en santé	42
c.	Un système de plus en plus complexe	43
2.	Littératie et comportement en santé	44
a.	Un lien établi entre le niveau de littératie en santé et la santé	44
b.	Problématiques associées aux faibles niveaux de LS	45
c.	Mise en lumière des inégalités sociales de santé	46
d.	Notion d'auto-efficacité	46
e.	Premières pistes de réflexion.....	47
B.	Quelques clés de communication.....	48
1.	Questionnaires de littératie	48
2.	Évaluer le niveau de compréhension de son interlocuteur.....	49
3.	La communication verbale en santé bucco-dentaire	50
a.	Un enjeu.....	51
b.	Quatre clés dans la communication.....	51
	Clé 1 : Organiser l'information en vue d'en faciliter la compréhension	51
	Clé 2 : Choisir les termes adaptés.....	53
	i. Les enfants.....	54
	ii. Les adultes.....	54
	Clé 3 : Les présenter de la bonne manière	55
	i. Enrichir le dialogue avec des questions ouvertes	56
	ii. Éviter le listage	56
	iii. Utiliser des conseils et non des interdits.....	56
	iv. Ne pas être défaitiste	57
	Clé 4 : S'assurer de la bonne compréhension	59
V.	APPLICATION ET DISCUSSION	61
VI.	CONCLUSIONS.....	63

Liste des tableaux et figures :

<u>Figure 1</u> : Pyramide de l'éthique des soins (OMS).....	13
<u>Figure 2</u> : Anxiété et santé bucco-dentaire, synthèse.....	16
<u>Figure 3</u> : Enquête, diagrammes de synthèse	37
<u>Figure 4</u> : Intervalle entre 2 consultations d'urgence dans le cas des patients ayant consulté au moins deux fois en urgence au cours des 3 mois d'enquête.....	37
<u>Figure 5</u> : Réalisée à partir d'un document issu du "Séminaires sur les inégalités sociales de santé - Synthèse" du 11 octobre 2016.....	46
<u>Figure 6</u> : Illustration de formulations.....	58
<u>ANNEXE 1</u> : affiche 1 : présentation des clés de communication au CASU.....	71
<u>ANNEXE 2</u> : affiche 2 : illustration de formulations au CASU.....	72

Liste des abréviations :

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CSP : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ADF : Association Dentaire Française

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

PMCBD : Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires

HUS : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

UF : Unité Fonctionnelle

CASU : Consultations d'Accueil Santé Urgences

OC : Odontologie conservatrice

LS : littératie en santé

ISS : inégalités sociales de santé

RÉFLIS : Réseau Francophone de Littératie en Santé

I. INTRODUCTION

Selon le professeur Philippe Pirnay, « Les qualités humaines du professionnel sont un aspect essentiel dans la relation. Détenir un savoir n'est pas nécessairement un gage de qualité en matière de contact. Cela relève du savoir-être, il peut être naturel pour certains, il devra s'acquérir pour les autres. » (1)

L'art dentaire repose sur un équilibre subtil entre savoir-faire et savoir-être.

Le savoir-faire, qui s'acquiert dès la deuxième année de formation en chirurgie dentaire à travers des travaux pratiques et des cours magistraux, se développe et se perfectionne tout au long du parcours étudiant, puis tout au long de la vie professionnelle. Il concerne les compétences techniques indispensables à la pratique quotidienne.

Le savoir-être, quant à lui, repose d'abord sur une sensibilité personnelle. Il englobe des qualités telles que la communication, l'empathie, qui dépendent entre autres du caractère et des qualités relationnelles propres à chacun. La communication verbale occupe une place clé dans cette dimension. Elle est essentielle pour instaurer une relation de confiance avec le patient, élément fondamental dans la réussite des soins.

En effet, dans le domaine de la santé bucco-dentaire, plusieurs défis persistent : d'une part une compréhension parfois limitée des enjeux thérapeutiques par les patients, ainsi qu'une connaissance et sensibilisation insuffisantes aux moyens à mettre en œuvre pour parvenir et maintenir une bonne santé bucco-dentaire. D'autre part, nous pouvons citer des inégalités d'accès aux soins, mais aussi et surtout un inégal recours aux soins, notamment selon les différentes catégories de population.

Ce travail de thèse a été motivé par des expériences et observations personnelles au cours de la pratique courante. La réflexion que l'engagement du patient dans un parcours de soins cohérent et régulier dépend entre autres de la faculté du praticien à tisser un

lien de confiance avec ses patients, et à le sensibiliser efficacement s'est imposée rapidement. Cela est d'autant plus vrai lors des consultations d'urgence hospitalières, lieu privilégié pour accéder aux patients ne consultant que rarement, voire jamais. La communication verbale devient alors un outil indispensable, tant sur le plan déontologique qu'éthique, mais aussi pratique, pour en favoriser la qualité et la réussite.

Ce travail de thèse s'articulera ainsi de la manière suivante :

Dans un premier temps, nous effectuerons une revue des obligations légales et déontologiques du chirurgien-dentiste en ce qui concerne la communication et l'information, puis nous évoquerons l'aspect relationnel, psychologique et éthique de la communication verbale.

Dans un second temps, nous présenterons les problématiques spécifiques aux urgences endodontiques et aux thérapeutiques de dentisterie restauratrice et d'endodontie (DRE). Nous présenterons également les résultats d'une enquête de terrain sur la continuité de soins au sein du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires (PMCBD) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

Enfin, nous exposerons les principes généraux d'une communication verbale efficace en santé. Cette dernière partie sera rédigée dans un but pratique et éducatif, et est destinée aux étudiants en chirurgie dentaire, comme aux praticiens confirmés soucieux d'améliorer leur communication verbale.

Ce travail de thèse a pour objectif d'aboutir à un support guide de communication, récapitulant les principales clés présentées dans ce manuscrit.

II. LA RELATION PATIENT-PRATICIEN

A. Obligations légales et déontologiques

Si la relation patient-praticien est, comme toute relation humaine, singulière et unique, elle comporte également un aspect réglementaire régi par un ensemble de codes et de lois. Ces droits et devoirs encadrent la relation de soin. Ils placent le patient et son praticien dans le cadre d'un contrat, ou alliance thérapeutique, dont le respect mutuel est un gage de réussite des traitements entrepris.

1. Consentement

a. Définitions

La notion de consentement est centrale dans la relation de soin. Cela signifie que le patient est acteur de sa santé, et qu'aucun soin ne peut être réalisé sans l'accord de celui-ci, hors circonstances particulières.

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), dans le domaine moral, le consentement est un « acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose » (2).

Santé Publique France donne une définition concrète de ce consentement dans le domaine de la santé, en indiquant qu'il signifie obtenir « l'accord du patient sur ce qui lui est proposé dans son parcours de soins » (3).

b. Conditions d'obtention du consentement

Ce consentement doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte. Il doit également être éclairé, c'est-à-dire que la personne doit être capable de prendre sa décision après avoir bénéficié de toutes les informations nécessaires, notamment sur sa pathologie, les objectifs et moyens de traitement, les bénéfices et risques des différentes alternatives thérapeutiques, ainsi que sur les moyens de prévention et de suivi. Le tout à la lueur des connaissances scientifiques actuelles et des recommandations en vigueur.

Le consentement du patient est indispensable au préalable de la réalisation de tout soin ou thérapeutique.

« 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 ».

Article L. 1111-4 du Code de la santé publique (loi du 4 mars 2002)

c. Droit au refus de soin

Si le consentement du patient est obligatoire pour toute intervention ou thérapeutique médicale, le code de déontologie des chirurgiens-dentistes précise également dans l'article R4127-236 du Code de la Santé Publique (CSP) le droit au refus de soins par le patient. Le refus de soin éventuel doit être respecté par le professionnel de santé, à condition d'avoir informé le patient des conséquences. Ce dernier doit être conscient des risques liés à l'abstention thérapeutique (4).

d. Conditions particulières

Le CSP précise aussi les circonstances particulières dans le recueil du consentement. En effet, pour les patients qui ne sont pas aptes à exprimer leur volonté, comme pour les mineurs et certains majeurs protégés sous tutelle - selon leur capacité de discernement - c'est le consentement du représentant légal ou de la personne chargée de sa protection qui doit être recueilli (cf. point I.4).

Cependant, en cas d'urgence médicale, le code de déontologie précise la dispense possible de ce consentement en cas d'impossibilité immédiate de le recueillir, il sera néanmoins requis pour les interventions thérapeutiques ultérieures, hors urgence (article R4127-236).

Dans ces cas particuliers, il est néanmoins souhaitable de rechercher, si possible, le consentement du patient lui-même en plus de celui de son représentant légal (4). En effet, la loi du 4 mars 2002 exprime qu'il doit être recherché de manière systématique chez le mineur ou le majeur sous tutelle « s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (Art. L. 1111-4).

e. Aspect éthique du consentement

Le docteur en médecine, François Paysant (1), rappelle que ce consentement ne peut être valide que si une information adaptée a été donnée au patient.

En pratique quotidienne, il est difficile de juger a posteriori si cette information a été adaptée. En effet, ce consentement n'est généralement pas écrit, puisqu'il n'existe pas de document formalisé pour un « contrat de soin » (5). Il s'agit bien d'un accord tacite entre le patient et le praticien, qui implique à la fois une démarche volontaire du patient qui sollicite le professionnel de santé, et une démarche volontaire du praticien à examiner et entreprendre les soins.

Cependant, en termes de traçabilité de ce consentement, la Haute Autorité de Santé (HAS) a reconnu le dossier médical, ou dossier de soins, comme un document digne d'attester de la réalité de ce consentement.

Le consentement du patient se situe ainsi à la base du soin médical. C'est un indispensable de la pratique médicale quotidienne.

2. Information du patient

a. L'information comme moyen d'obtenir le consentement

Il incombe donc au professionnel de santé d'obtenir l'accord ou le consentement de son patient pour les soins qu'il juge les plus adaptés à sa situation. Le cas échéant, il présente les différentes alternatives thérapeutiques. L'obtention de cet accord passe par un dialogue avec le patient.

En ce sens, le praticien doit adapter son discours, notamment dans ses aspects scientifiques et médicaux, aux capacités de compréhension du patient. Tout cela sans omettre d'informations importantes, ce qui peut parfois représenter un véritable défi.

*« 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. »*

Article L. 1111-2 du Code de la santé publique

b. Objectif de cette information

Le consentement du patient devant être éclairé, l'information par le professionnel de santé doit être transmise de façon à être comprise. Celle-ci est destinée à guider le patient pour l'orienter vers les meilleurs choix concernant sa santé. Les thérapeutiques de soins impliquent donc une certaine autonomie du patient.

Selon la HAS, l'information donnée à un patient se doit d'être « synthétique, hiérarchisée et compréhensible par la personne, et personnalisée. » (6).

La HAS utilise par ailleurs une formulation intéressante pour évoquer la prise de décision par le patient : ce dernier prend des décisions « en fonction de ce qu'il estime être son intérêt ».

On comprend en effet aisément que l'information délivrée, dans sa forme comme dans son contenu, influence le choix du patient et l'oriente vers le choix d'une thérapeutique particulière, ou bien peut le conduire vers l'abstention thérapeutique. Une vigilance toute particulière doit ainsi être accordée aux mots choisis par le praticien.

c. Information et refus de soins

Comme évoqué précédemment, le refus de soins est une option qui doit être respectée par le praticien, si celui-ci informe son patient des risques et conséquences de son refus. Il est important que le patient ne prenne pas une telle décision à la légère, ni que cette dernière se base sur une mauvaise compréhension ou sur un défaut d'information.

De fait, un patient n'ayant pas ou mal compris l'information délivrée par le praticien ne sera pas apte à prendre une bonne décision, avec toutes les conséquences que cela peut engendrer au niveau de son état de santé. Un équilibre est donc à trouver pour le praticien. Ce dernier doit s'assurer avoir donné au patient toutes les clés nécessaires à ses choix, au risque de créer une perte de chance, sans imposer son point de vue et ses recommandations.

« *L'information délivrée par le professionnel de santé à la personne est destinée à l'éclairer sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre **en connaissance de cause** les décisions concernant sa santé **en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt**. Cette information permet notamment à la personne d'accepter ou de refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés. Pour ce faire, l'information porte sur l'objectif, la nature et le déroulement des actes et du suivi envisagés. »*

Recommandation de bonne pratique HAS - Mai 2012

« Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé »

3. Principe d'autonomie en soins dentaires

a. Définition

Au-delà de ces notions d'information et de consentement, se place également la notion d'autonomie du patient. Le mot « autonomie » vient du mot grec *Autonomos*, et signifie « qui se régit par ses propres lois ». *Autos* signifie « ce qui vient de soi », et *Nomos* « règle » ou « loi » (7).

Que signifie ce principe ? Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le principe d'autonomie correspond au « *respect pour chacun de disposer soi-même de sa santé et de choisir les options qui correspondent à ses **souhaits**, ses **valeurs** ou ses **projets de vie** ».*

Le champ couvert par ce principe d'autonomie est large. Dans un article intitulé « Réflexions éthiques sur le principe de l'autonomie du patient » (8), publié dans le Eastern Mediterranean Health Journal (OMS), les auteurs décrivent ce principe englobant le choix du praticien à consulter, jusqu'au choix de suivre ou non ses recommandations et conseils, en passant par le choix de l'alternative thérapeutique en elle-même.

Respecter l'autonomie implique donc implicitement de s'assurer de la capacité de prise de décision du patient, comme de respecter ses choix lorsqu'ils sont pris en connaissance de cause : c'est-à-dire que lorsque le patient a bénéficié d'une information claire, qu'elle a été comprise, et qu'il a la capacité de prendre une décision dite « éclairée ».

b. Le principe d'autonomie, résultat d'une évolution

Ce principe d'autonomie donne donc au patient un pouvoir décisionnel sur sa santé. Il s'oppose au traditionnel paternalisme médical.

La pratique médicale d'hier est, en effet, marquée par une relation asymétrique entre un professionnel de santé « sachant » et un patient « ignorant ». Ce qui signifiait une totale dépendance du patient envers son professionnel de santé. Aujourd'hui, avec l'évolution de la société, des médias, des législations et des droits des personnes, ainsi que des avancées des réflexions éthiques, le modèle autonomiste prend de plus en plus d'ampleur (9).

Le principe d'autonomie apparaît dès le 17^{ème} siècle avec Descartes, et se trouve largement renforcé dans le cadre du soin après 1946, avec le Code de Nuremberg (10). Il apparaît en effet en tant que « premier attribut de l'homme », qui s'exprime dans le consentement qu'il peut donner aux soins proposés, et qui ne doivent plus être imposés. Ce principe apparaît dès le premier article du Code, à la base de différentes notions associées : celles de libre choix, de connaissance et de compréhension suffisante, et aussi de décision éclairée.

« Le consentement volontaire du sujet humain est absolument **essentiel**. Cela signifie que le sujet doit avoir la liberté de choix, sans aucune contrainte, duperie, contrainte, pression ou autre forme de coercition. »

Article 1 du Code de Nuremberg

Le patient passe ainsi progressivement d'un statut de dépendance, de confiance absolue et d'obéissance, au statut d'acteur partenaire du professionnel de santé (11).

c. L'autonomie, entre information et consentement

Ce même article relayé par l'OMS (8) décrit une pyramide de l'éthique des soins, cette dernière est reproduite ci-dessous :

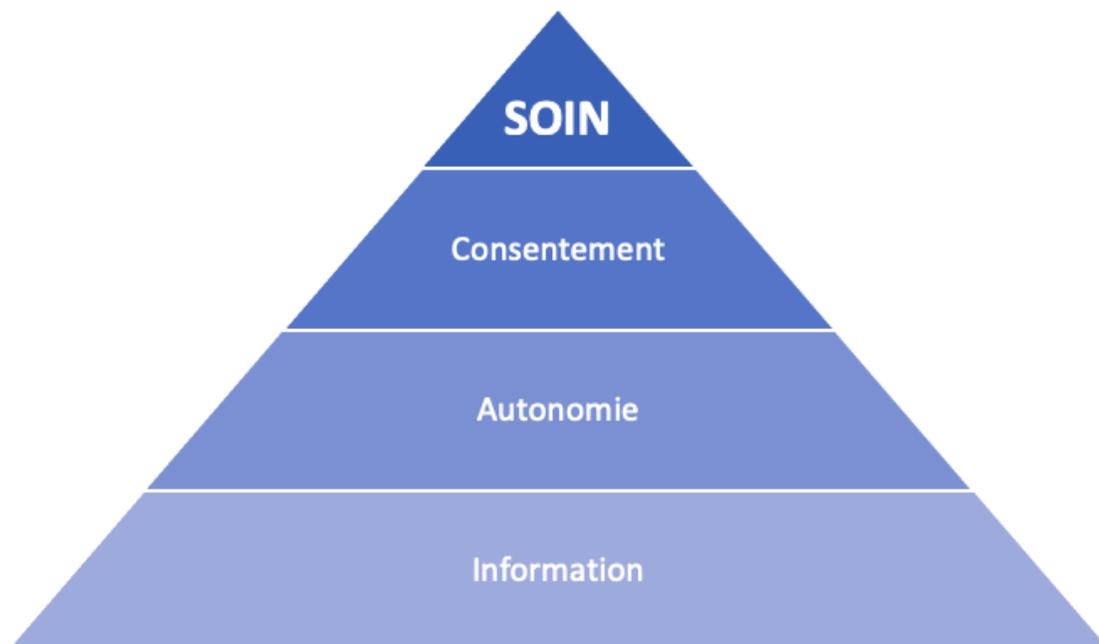


Figure 1 : Pyramide de l'éthique des soins (OMS) (8)

Elle place l'**information** à la base de la pyramide menant au soin, car celle-ci est indispensable pour un choix éclairé qui respecte l'**autonomie** du patient, lequel doit disposer de toutes les clés pour prendre sa décision. Par ailleurs, elle positionne le **consentement** comme découlant de l'autonomie du patient. En effet, ce consentement prend toute sa place et son sens dans l'autonomie du patient.

D'autre part, l'OMS rappelle que le praticien contribue à compléter l'autonomie de décision de son patient en favorisant une éducation permanente de ce dernier au cours des soins. C'est-à-dire en assurant une communication informative régulière au long des séances, sur les aspects thérapeutiques et préventifs des soins bucco-dentaires.

B. Importance relationnelle de l'information

Si l'information se révèle donc être une obligation légale encadrée par le code de la santé publique, par l'OMS et par d'autres acteurs de santé publique, cette dernière trouve également une place particulière dans la construction d'une relation de confiance. Une information adaptée, pertinente et fiable sécurise le patient et contribue à une synergie entre le patient et son praticien, pour une prise en charge optimisée, efficace et réussie.

1. Rôle dans la relation de confiance et la gestion de l'anxiété

a. Prévalence de l'anxiété dentaire

Les soins bucco-dentaires figurent parmi les soins les plus anxiogènes pour les patients. Nombreux sont les patients qui connaissent l'anxiété dentaire, qui se méfient ou qui redoutent les chirurgiens-dentistes (12, 13, 14).

L'anxiété des soins dentaires a été reconnue par l'OMS comme étant une véritable maladie. Selon ses estimations, elle toucherait environ 15 à 20 % de la population (15).

b. Causes fréquentes de l'anxiété en soins dentaires

Selon différents sondages (16, 17) et selon les observations de la pratique dentaire quotidienne, l'anxiété des soins dentaires peut avoir différentes origines, parmi lesquelles nous pouvons citer :

- La particularité des instruments utilisés : sonde dentaire, seringue d'anesthésie, rotatifs et turbines...
- Les sensations : sons, vibrations, eau, ultra-sons, l'odeur de l'eugénol...
- La zone corporelle concernée, qui est la cavité buccale, avec un sentiment d'intrusion dans l'intimité.

Sur le fauteuil dentaire, ce sont les cinq sens du patient qui sont stimulés. Tous ces facteurs parmi d'autres en font des soins considérés comme particulièrement désagréables et anxiogènes. S'ajoutent également l'appréhension de la douleur, mais aussi les mauvaises expériences passées (18, 19), qu'elles soient personnelles ou contées par l'entourage des patients. Cela est valable pour les adultes, comme pour les enfants.

c. Manifestations et conséquences de l'anxiété

L'anxiété face aux soins dentaires peut s'exprimer de manière très diverse et interférer avec le bon déroulement des soins.

Elle peut se manifester par une attitude fuyante ou par des sensations de malaises, caractérisées par des palpitations, des sueurs, des bourdonnements d'oreilles et une pâleur soudaine, ou par une sensation de perte de connaissance immédiate. Parfois elle se manifeste également par des comportements secs et agressifs. L'anxiété peut être ainsi à l'origine d'un manque voire d'un refus total de coopération.

Souvent, elle peut entraîner une prise en charge retardée des pathologies bucco-dentaires, par peur de consulter. De nombreux patients vont ainsi essayer de retarder leur passage chez le chirurgien-dentiste en ayant recours à des antalgiques et/ou des

antibiotiques pour soulager ou faire disparaître temporairement leurs symptômes, afin d'éviter une consultation dentaire.

Cette anxiété constitue en effet une des causes les plus fréquentes de l'absence ou du report des consultations dentaires. Selon une étude de l'Association Dentaire Française (ADF) en 2017, la peur du chirurgien-dentiste est la deuxième cause de renoncement aux soins dentaires, juste après le renoncement lié au coût des traitements (20).

Enfin, nous pouvons également citer la problématique de la rupture de continuité des soins après un geste réalisé en urgence, ou bien l'interruption des soins en cours de prise en charge.

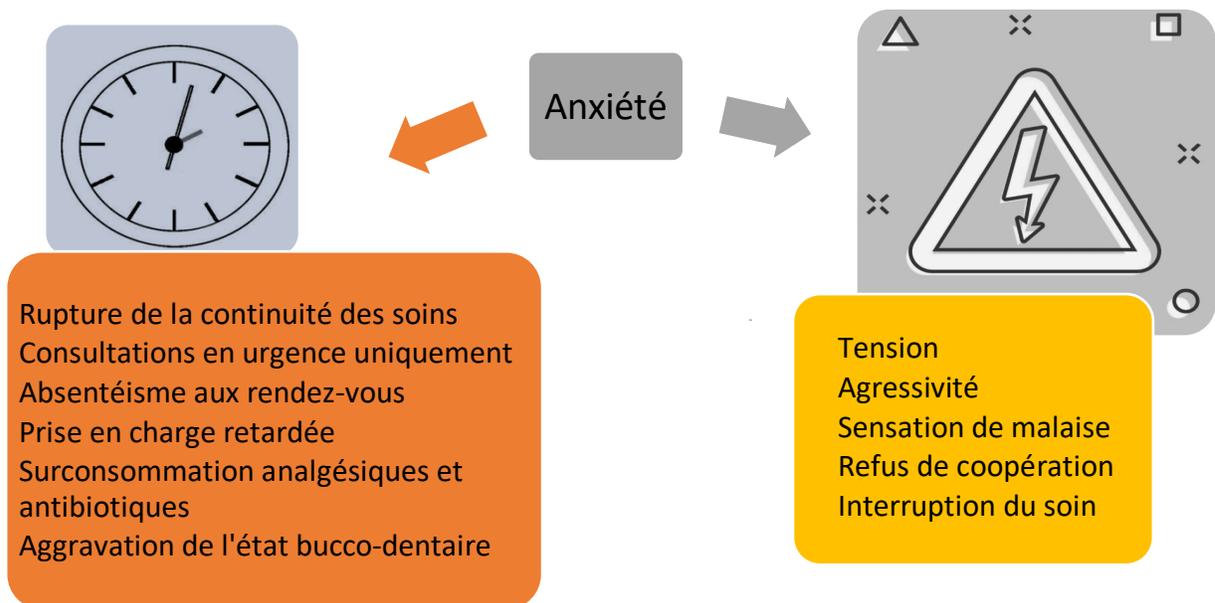


Figure 2 : Anxiété et santé bucco-dentaire, synthèse

d. Le rôle de la communication dans la gestion de l'anxiété dentaire

Dans ce cadre, le défi régulier du chirurgien-dentiste est de construire une relation de confiance avec son patient, afin de contribuer à la maîtrise de l'anxiété lors des soins bucco-dentaires. Au-delà de son aspect légal et règlementaire, l'information et la communication verbale jouent un rôle dans cette construction.

i. Une étude clinique

Une étude transversale multicentrique a été réalisée en 2019 à l'aide de questionnaires, sur un échantillon de 864 patients issus de trois centres hospitaliers du Soudan (14).

Dans cette étude, la prévalence de l'anxiété obtenue est du même ordre de grandeur que celle évaluée dans d'autres études de la littérature, avec 22,2% de forte anxiété vis-à-vis des soins dentaires, et 29% d'inquiétude modérée. Seuls 48% des patients de l'étude déclarent une absence ou une très faible inquiétude liée aux soins.

D'après cette étude, le fait de bénéficier d'informations transmises de manière à être comprises par le patient a un effet statistiquement significatif sur la réduction de l'anxiété liée aux soins dentaires, de même qu'accorder un temps adéquat à la discussion sur sa santé bucco-dentaire.

En effet, parmi les patients qui ne présentent pas d'anxiété dentaire, 75% déclarent recevoir de la part de leur chirurgien-dentiste des explications données de manière à être comprises, contre 62% parmi les patients très anxieux. Et d'autre part 83% contre 72% déclarent avoir assez de temps pour discuter avec leur praticien de leur santé bucco-dentaire, respectivement parmi les non anxieux et les anxieux.

Notons que dans cette étude, une majorité de patients préfèrent être suivis régulièrement par le même chirurgien-dentiste, ce qui illustre cette notion de relation de confiance du patient envers le praticien.

ii. Généralisation

Prendre un temps suffisant pour fournir des explications claires et simples, permettant au patient d'acquérir une compréhension globale du plan de traitement et des pathologies dentaires, est essentiel dans l'établissement d'une relation de confiance avec ce dernier. Cela permet une meilleure gestion du stress du patient, dans un environnement adapté et bienveillant, mais également ferme et stable.

Il convient néanmoins de rester à l'écoute de son patient et de s'adapter à sa demande. Il est important de transmettre les notions essentielles, sans surcharger le patient d'informations, afin d'éviter confusion, incompréhension ou stress. Certains patients vont d'eux même demander des renseignements complémentaires, ou être intéressés et réceptifs pour mieux comprendre leur pathologie, d'autres préfèrent en savoir le moins possible. Il convient dans tous les cas de transmettre les consignes essentielles et de s'assurer de leur bonne compréhension.

2. Rôle dans l'observance thérapeutique et l'adhésion au plan de traitement

a. Définition

Le succès des thérapeutiques bucco-dentaires est bien évidemment conditionné par la qualité de la prise en charge et des gestes techniques effectués par le praticien, mais l'observance du patient entre également en ligne de compte dans de nombreux aspects du soin. Là encore, il a été montré que la communication y joue un rôle essentiel.

L'observance thérapeutique est habituellement définie comme l'adéquation entre les comportements des patients - par exemple la prise de médicaments ou le suivi d'un régime - et les prescriptions médicales (21).

Pour ne citer que quelques aspects de l'observance thérapeutique dans le cadre des soins bucco-dentaires, nous pouvons évoquer le respect du calendrier de soins établi et conseillé par le praticien, et le respect des posologies médicamenteuses (notamment des antibiotiques). En matière de prévention et de maintenance, nous pouvons citer par

exemple l'acquisition et le maintien des techniques d'hygiène bucco-dentaire, ainsi qu'une hygiène alimentaire adaptée.

Ces facteurs entrent en jeu dans le traitement comme la prévention des pathologies infectieuses bucco-dentaires, mais contribuent aussi à déterminer le sens et la vitesse d'évolution de ces dernières.

b. Responsabilité partagée

Pour favoriser l'observance, le chirurgien-dentiste doit parvenir à transmettre aussi efficacement et clairement que possible toutes les indications nécessaires au patient, concernant sa responsabilité dans le succès de sa prise en charge, comme concernant l'importance de sa collaboration avec son praticien. Ensuite entre en jeu la responsabilité individuelle du patient quant au respect de ces consignes.

Comme évoqué précédemment, il est du ressort du praticien de **juger si le patient est apte ou non à être observant**, et si besoin est, il est de mise d'adapter son discours et son plan de traitement. Les objectifs de traitement et de maintenance sont en effet à mettre en lien avec les facteurs socio-économiques, l'état général et psychologique du patient, et avec ses capacités de jugement et de discernement. Notons que lors d'une consultation d'urgence douloureuse, ses capacités de jugement et de discernement peuvent être modifiées. Un patient focalisé sur sa douleur n'aura pas la même réceptivité face aux informations et consignes délivrées par le praticien, qu'un patient se présentant en contrôle de routine.

D'autre part, dans le cadre de modification d'habitudes comportementales, **les nouveaux objectifs fixés par le praticien doivent pouvoir être raisonnablement et progressivement atteints** par le patient (notamment dans le cas des modifications des habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire). Ceci afin d'éviter le découragement, la frustration ou la perte de motivation du patient devant des objectifs trop élevés, comme pour éviter au maximum un comportement d'opposition ou de désaccord, avec un refus d'adhésion aux conseils et au programme thérapeutique mis en place par le praticien.

c. Lien entre satisfaction et adhésion du patient

Il est donc essentiel d'être attentif à ce qui est communiqué au patient, et de quelle manière cela est communiqué. Dans le milieu médical en général, il a été prouvé qu'une communication efficace entre le patient et le praticien améliore à la fois la satisfaction du patient, l'adhésion au plan de traitement, ainsi que les résultats des traitements (14, 22, 23).

Une méta-analyse a été effectuée sur une période allant de 1949 à 2008. Les 106 études recensées évaluaient la communication du médecin, l'adhésion du patient, la qualité des soins, ainsi que la force de la relation entre la communication du médecin et l'adhésion du patient. La communication a été évaluée par le patient lui-même, ou par un évaluateur neutre (infirmière, médecin, évaluateur indépendant). Les résultats de cette méta-analyse sont les suivants :

- L'adhésion d'un patient est 2,16 fois supérieure si son médecin communique efficacement. D'autre part, la non-adhésion est 1,47 fois supérieure chez les patients dont le médecin a une mauvaise communication. Cependant, une limite de cette étude est que la « mauvaise communication » n'a pas été bien définie.
- Les facteurs impliqués seraient divers, notamment le fait de pouvoir communiquer ouvertement et honnêtement avec leur médecin, d'obtenir les informations dont ils ont besoin, de se sentir compris, soutenus et impliqués dans la prise de décision et dans la prise en charge.

Cette méta-analyse ne concerne pas les chirurgiens-dentistes, mais les médecins hospitaliers. Ces résultats peuvent néanmoins éclairer et donner une direction aux chirurgiens-dentistes ainsi qu'au personnel médical et paramédical en général, puisqu'elle illustre l'importance de chercher constamment à améliorer sa manière de communiquer, d'impliquer et d'accompagner leurs patients dans les décisions thérapeutiques et les traitements.

3. Rôle dans le suivi thérapeutique

L'adhésion au soin implique donc une certaine responsabilisation et sensibilisation du patient, par une communication adaptée et ouverte, permettant à ce dernier d'acquérir une compréhension générale des enjeux et des moyens thérapeutiques.

a. Bénéfices personnels

Les interruptions de traitement pour cause de perdus de vue sont rencontrées fréquemment en chirurgie dentaire, ceci en cours de prise en charge, ou bien fréquemment à la suite immédiate des soins d'urgence. En effet, de nombreux patients consultant pour une urgence douloureuse et bénéficiant d'un geste thérapeutique les soulageant ne se représentent plus par la suite pour la réalisation d'un traitement d'usage. D'autres bénéficient d'un début de prise en charge, mais ne vont pas poursuivre les soins jusqu'au bout, ou en interrompre le suivi.

Les traitements d'urgences dentaires sont des traitements rapides destinés à supprimer ou du moins calmer temporairement la douleur. Ils nécessitent en général une ou plusieurs séances de soins ultérieures, pour procéder à un traitement adapté et pérenne de la pathologie bucco-dentaire concernée.

Cependant, chez les patients perdus de vue, une absence de prise en charge après un traitement d'urgence conduit à une progression plus ou moins rapide de la pathologie. Des récurrences de l'urgence douloureuse sont possibles et fréquentes. Elles sont associées à une aggravation de la situation bucco-dentaire du patient comme à des consultations d'urgence répétitives pour des pathologies qui auraient pu et dû être prises en charge plus tôt.

Prenons l'exemple d'une consultation d'urgence, où le diagnostic de pulpite réversible d'étiologie carieuse est posé. La consultation d'urgence consistera en une exérèse carieuse et en la mise en place d'une obturation coronaire provisoire. Il sera ensuite nécessaire de réaliser dès que possible une restauration d'usage afin de stopper la progression de la lésion carieuse et de stabiliser la situation. Cependant, si cette thérapeutique n'est pas entreprise, le patient est exposé au risque de reprise carieuse.

La situation peut évoluer plus ou moins rapidement vers une pulpite irréversible, ou bien une nécrose avec d'autres complications inflammatoires ou infectieuses associées. A ce moment-là, un traitement endodontique sera requis, voire une extraction dentaire si la dent est trop délabrée pour être restaurée.

Le patient doit être sensibilisé à ces enjeux et à l'importance des thérapeutiques post-urgence, afin d'éviter et réduire ces risques d'interruption de soins et/ou de consultations en urgence répétées.

b. Intérêt collectif

Le bénéfice d'une prise de conscience de l'importance d'une prise en charge globale va au-delà même du patient. Il l'est pour la société en général, qui assiste actuellement à une saturation générale des services d'urgences, qu'elles soient dentaires ou médicales. De ce fait, ces consultations évitables peuvent emboliser les possibilités de prise en charge d'urgence et accroître le coût pour la communauté.

Selon une enquête réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2023 au sein de l'ensemble des services d'urgences des hôpitaux et cliniques françaises, le nombre de passage annuel aux urgences est en constante augmentation depuis 1996, avec des valeurs passant de 10 millions en 1996, à 16 millions en 2006, 18 millions en 2012, et 22 millions en 2019. Elle connaît une baisse à 18 millions durant l'année 2020, durant l'épisode du coronavirus ; avant d'augmenter à nouveau à plus de 20 millions de passages aux urgences en 2021 (24).

Cette saturation découle entre autres de cette tendance naturelle à « consommer » le soin en urgence, sans vision globale de la santé. La prise de responsabilité pour sa propre santé est parfois un combat à mener, et le personnel soignant est en première ligne pour promouvoir cette prise en charge globale des patients, en les aidant à prendre conscience de tous ses enjeux.

En conclusion de cette partie, les relations humaines, et en particulier la manière de vivre et de ressentir le soin en tant que patient sont complexes. De nombreux facteurs peuvent en influencer la perception et le ressenti, ceci en bien ou en mal. Quelques leviers de communication sont mis en évidence en psychologie et en éthique médicale. Ils peuvent être actionnés de manière simple pour promouvoir différents aspects de la relation de soin et de la confiance mutuelle. Ils permettent de se placer dans les meilleures conditions de soin possibles, dans l'optique d'aboutir au succès des thérapeutiques entreprises.

En effet, dans un contexte où la méfiance du patient est de plus en plus grande envers le personnel de santé, et où nous retrouvons également une accessibilité toujours plus aisée aux informations de santé sur internet, ces dernières étant d'une fiabilité variable, une satisfaction éprouvée par le patient dans sa prise en charge agit en faveur d'un meilleur succès thérapeutique. En découle un bénéfice tant psychologique qu'en termes de capital santé pour le patient. Du côté de la société en découlent par ailleurs une optimisation des dépenses de santé et permet une mise en œuvre de thérapeutiques plus efficaces.

Différentes problématiques ont ainsi été relevées. Centrons-nous à présent plus précisément et concrètement sur l'aspect bucco-dentaire de ces problématiques, illustré à l'aide d'une étude de terrain réalisée au Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaires (PMCBD) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

III. CAS PARTICULIER DE LA DENTISTERIE RESTAURATRICE

A. Des problématiques relevées au PMCBD de Strasbourg

Le CASU correspond à l'Unité Fonctionnelle (UF) de Consultations d'Accueil Santé Urgences, au PMCBD de Strasbourg (67).

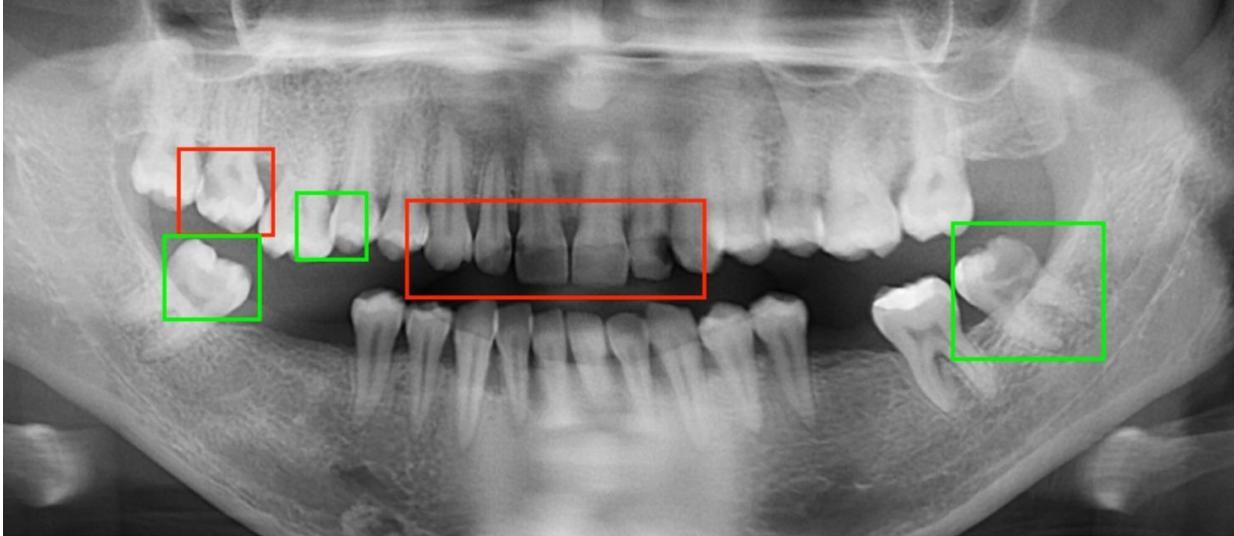
Dans une recherche d'amélioration continue des pratiques, des habitudes et des modes de communication, nous nous proposons dans cette partie de réaliser une revue des problématiques et des difficultés rencontrées par les externes en début de pratique clinique. Ceci en termes de communication et de suivi des patients. Puis nous présenterons les résultats d'une enquête sur la continuité des soins, menée de septembre 2023 à février 2024 au sein des UF de CASU et d'Odontologie Conservatrice (OC) du PMCBD de Strasbourg.

1. Un exemple clinique

En février 2024, une patiente de 34 ans d'origine étrangère mais maîtrisant le français consultait en urgence en raison de douleurs vives sur la dent 17 (deuxième molaire supérieure droite). Lors de l'examen clinique, la dent causale a pu être d'emblée jugée non conservable en raison de sa forte mobilité et de son délabrement coronaire avancé.

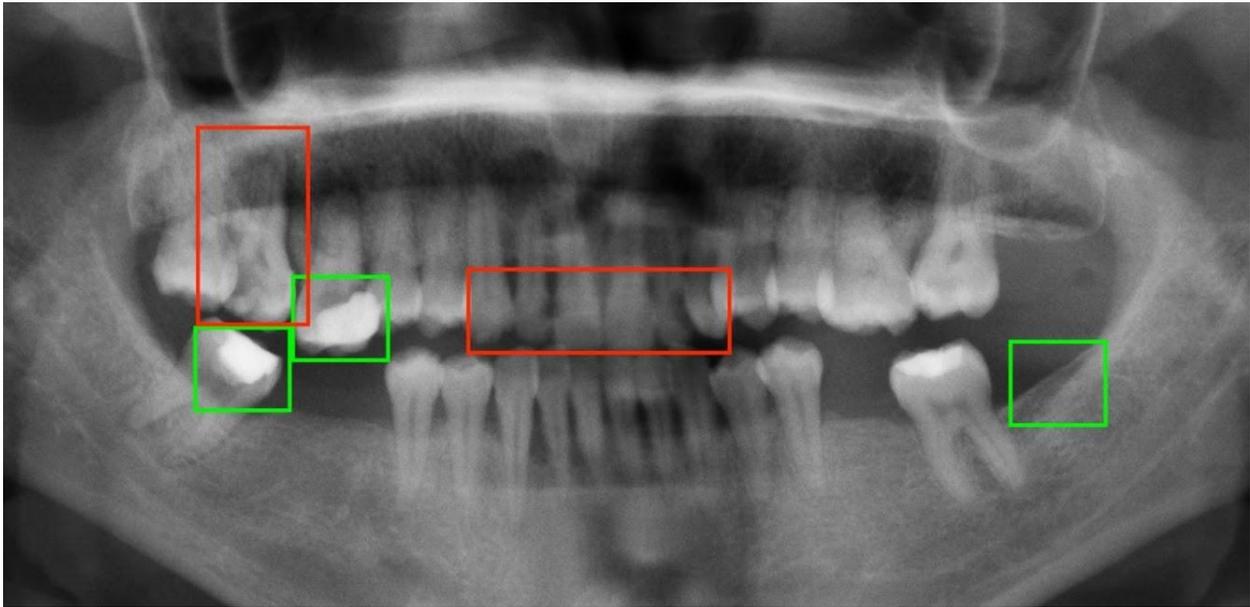
L'examen radiologique a confirmé cette conclusion, puisque l'étendue de la lésion carieuse, son atteinte radiculaire et la perte de son support parodontal ne laissaient d'autre choix que l'avulsion de cette dent.

Le dossier médical de la patiente retrace de multiples consultations dentaires d'urgence antérieures, ceci durant plusieurs années. De plus, l'observation des derniers clichés radiographiques met en évidence une dégradation progressive et sévère de l'état bucco-dentaire de la patiente, faute de soins suffisants, entre 2017 et 2024, dont voici un bref historique.



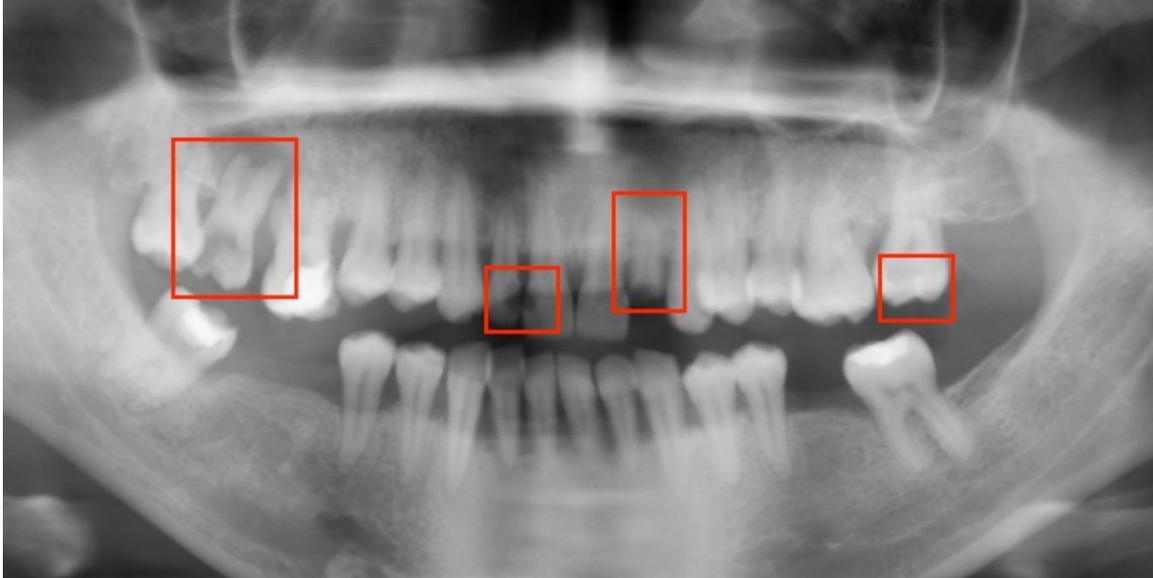
Radiographie panoramique de la patiente en 2017

La patiente avait consulté en urgence pour la première fois au PMCBD de Strasbourg en 2017. La radiographie panoramique réalisée révélait à cette époque une lésion carieuse occluso-distale à proximité pulpaire sur la 17, associée à un élargissement de l'espace desmodontal au niveau de sa racine mésiale. Quelques autres lésions carieuses sont visibles par ailleurs, notamment en mésial de 16 et en de multiples sites proximaux en région maxillaire antérieure. Notons également le délabrement coronaire de la 38.



Radiographie panoramique de la patiente en 2020

En 2020, la radiographie panoramique réalisée lors d'un deuxième passage au sein de l'UF de CASU met en évidence des soins réalisés et en cours au niveau de 16 et 47. De plus, la 38 délabrée a bien été extraite. Néanmoins, d'autres lésions carieuses sont toujours présentes et en progression, notamment au niveau de la 17 et de la 22. Ces lésions offriraient a priori toujours une possibilité de restauration après éviction carieuse et traitement endodontique, ou par de simples soins conservateurs.

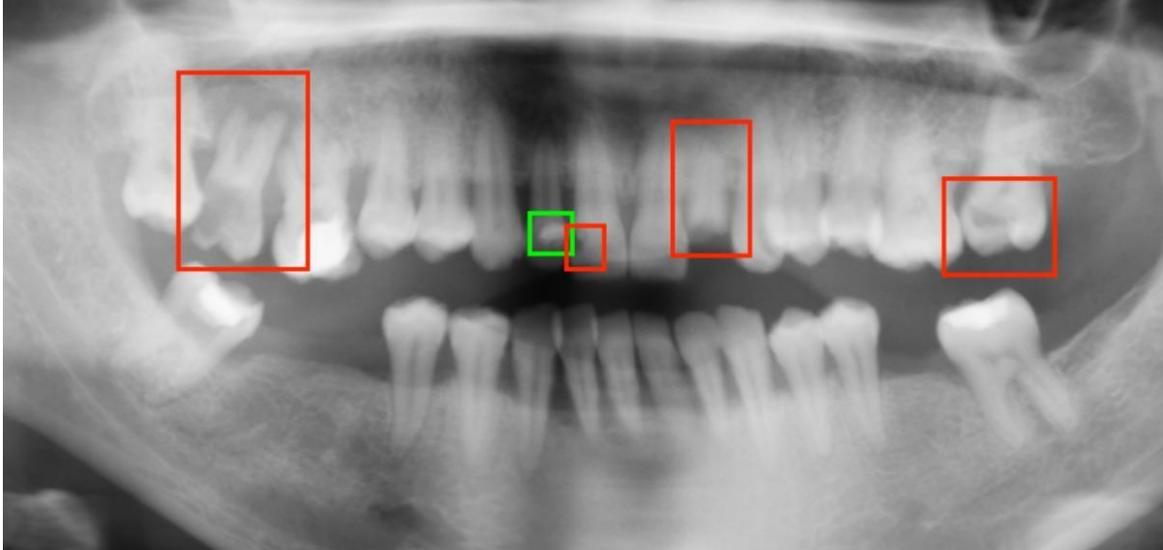


Radiographie panoramique de la patiente en 2023

Cependant, en 2023, soit trois ans plus tard, nous notons une nouvelle consultation en urgence, la radiographie panoramique réalisée ne met cette fois-ci pas en évidence la réalisation de nouveaux soins dentaires durant cette période. Au contraire, elle révèle une progression de lésions carieuses préexistantes, avec le développement :

- d'une atteinte péri-apicale sévère au niveau de 17 ;
- d'une fracture coronaire de 22, désormais à l'état de racine ;
- ainsi qu'avec la progression des autres lésions carieuses au niveau maxillaire antérieur.

A ce stade, la 17 et la 22 sont perdues.



Radiographie panoramique de la patiente en 2024

Ainsi, en février 2024, lorsque la patiente se présente une nouvelle fois aux urgences dentaires, en raison de douleurs importantes sur la dent 17 en mobilité terminale, compliquées d'un épisode infectieux aigu motivant sa consultation, le constat est simple. Son état bucco-dentaire s'est sévèrement dégradé, faute de soins. Le préjudice étant désormais fonctionnel comme esthétique.

Il est intéressant de noter la situation stable des dents soignées entre 2017 et 2020, avec leur maintien sur l'arcade en l'état, en comparaison avec les dents qui n'ont pas fait l'objet de soins et qui sont progressivement perdues.

Cette patiente a ainsi connu un début de prise en charge à la suite de sa première consultation d'urgence, témoignant d'une certaine motivation à réaliser des soins dentaires. Cependant la prise en charge n'a pas été poursuivie. La patiente voit ainsi son état bucco-dentaire se dégrader au fil des années, entraînant la perte progressive de dents, une diminution de sa fonction masticatoire, et un préjudice esthétique certain.

Éthiquement, des questions peuvent se poser. S'agit-il uniquement d'une négligence de la patiente pour son état bucco-dentaire ? Est-ce lié à un manque de motivation ou de prévention ? Ou bien est-ce lié à un manque de compréhension des informations transmises par les externes et/ou praticiens qui ont vu la patiente ? Ou bien d'une difficulté d'accès aux soins quelle qu'elle soit (aspect financier, accessibilité, assurance maladie...) ?

Ces situations ne sont malheureusement pas rares, et ces évolutions défavorables sont souvent dues à de multiples facteurs concomitants.

Le constat est tout de même alarmant. Un grand nombre de patients, même jeunes, se présentent aux urgences dentaires avec des états bucco-dentaires sévèrement dégradés, nécessitant des soins et extractions dentaires multiples, ainsi que des réhabilitations prothétiques globales plus ou moins complexes.

Ces cas sont souvent objet d'une certaine consternation et de sentiment d'impuissance de la part des étudiants, qui se voient désarmés devant la dégradation de l'état de santé bucco-dentaire de nombreux patients, alors qu'ils pourraient être soignés.

2. Difficultés dans la communication

Le PMCBD, d'où est tiré cet exemple clinique, est un centre de soins public où sont formés de futurs chirurgiens-dentistes. Par exemple, durant l'année universitaire 2023-2024, 241 externes prennent en charge des patients au sein du pôle, dont 68 externes en quatrième année, qui effectuent leurs premiers gestes de soins bucco-dentaires auprès de vrais patients, et non plus sur des simulateurs cliniques.

D'après des expériences rapportées par les externes en chirurgie dentaire de Strasbourg, il existe des difficultés spécifiques et récurrentes dans la communication avec les patients, dont nous nous proposons de faire la revue.

a. Savoir adapter sa communication

Premièrement, on évoque souvent la nécessité de vulgariser les informations et de s'adapter à son interlocuteur. Certains soulignent la difficulté de trouver les mots adéquats pour transmettre les informations de manière à la fois efficace, précise, et surtout compréhensible par les patients. En effet, les termes enseignés lors des cours magistraux et des travaux pratiques sont souvent trop complexes pour être communiqués tels quels, car ils constituent un jargon incompréhensible pour les patients. Le défi consiste donc à traduire ces termes en des mots simplifiés ou imagés, afin d'en faciliter la compréhension, tout en conservant l'exactitude médicale et scientifique.

b. La barrière de la langue

Deuxièmement, la barrière de la langue est omniprésente au sein du PMCBD, puisqu'un certain nombre de patients d'origine étrangère ne parlent pas ou mal le français. La nécessité de vulgarisation des informations et d'adaptation aux capacités de compréhension de son interlocuteur s'avère dans ces cas encore plus complexe.

Certains patients non-francophones sont parfois accompagnés par un traducteur. Cela simplifie la communication, cependant, elle passe alors par l'intermédiaire d'une tierce personne, engendrant potentiellement des risques de déformation lors de la traduction. En effet, certaines tournures ou nuances de la langue française ne peuvent être que difficilement traduites. De ce fait, l'idée qui est comprise par le patient peut parfois ne pas correspondre exactement au message que le praticien voulait faire passer.

D'autres part, certains patients non francophones se présentent seuls, bien qu'ils ne maîtrisent pas le français de base. Dans ce cas la communication s'avère difficile, la plupart des externes essayant alors de communiquer au mieux à l'aide d'outils de traduction en ligne, ou d'applications mobiles.

c. Le début de pratique

Les débuts de pratique peuvent ainsi s'avérer complexe pour de multiples raisons, puisque la chirurgie dentaire englobe de nombreux aspects qui vont bien au-delà du

simple aspect technique des soins. L'étudiant doit en effet accueillir son patient, mener un examen clinique et poser un diagnostic, connaître et rassembler le matériel nécessaire pour les soins, appliquer ses connaissances théoriques à la réalité clinique et maîtriser ses gestes, tout en gérant en permanence la communication avec son patient. Il s'agit là d'un apprentissage qui n'est pas toujours facile.

3. Difficultés dans le suivi des patients

Au-delà de ces quelques aspects de communication, d'autres difficultés sont rencontrées régulièrement dans les parcours de soin, à savoir les perdus de vue fréquents et la difficulté à instaurer un suivi régulier des patients, spécialement en suite d'urgence. En effet, comme évoqué précédemment, nombreux sont les patients qui, à la suite d'un traitement d'urgence ayant efficacement soulagé leur douleur, ne vont plus se présenter sur rendez-vous pour la suite de la prise en charge.

Les conséquences étant multiples, notamment des consultations en urgence répétées pour la même dent au sein de l'UF de CASU, ou encore de multiples rendez-vous planifiés non honorés dans l'UF d'odontologie conservatrice ou de chirurgie.

En 2013, une mesure a été prise localement pour tenter de réduire ce nombre de rendez-vous non honorés dans l'UF de soins. Cette mesure consistait à ne plus permettre au patient de fixer un rendez-vous le jour de sa consultation en urgence, mais à l'informer de la nécessité de rappeler l'UF de soins ultérieurement pour le faire. En effet, faire rappeler le patient suppose une action volontaire de sa part dans la prise de rendez-vous, et évoque donc une certaine motivation à poursuivre les soins. Cela a permis de réduire dans une certaine mesure le nombre de rendez-vous manqués.

Cependant, à l'heure actuelle, le nombre de perdus de vue en suite d'urgence semble important. Nous avons ainsi décidé de réaliser une enquête au sein du CASU au PMCBD de Strasbourg, pour estimer la proportion de ces perdus de vue. Cette enquête est présentée dans la partie suivante.

B. Enquête dans l'UF de CASU

1. Introduction

Dans un contexte de « consommation » des soins d'urgence sans réel suivi thérapeutique, et d'une abondance de « perdus de vue », cette enquête découle de la volonté d'évaluer la continuité des soins et la compréhension du patient, en estimant la proportion de perdus de vue à la suite des urgences dentaires hospitalières.

Les urgences endodontiques figurent parmi les urgences douloureuses les plus fréquentes, nous avons donc décidé de nous restreindre à cette catégorie d'urgence.

L'hypothèse de départ est que nombreux sont les patients qui, à la suite d'un traitement d'urgence provisoire ayant efficacement soulagé leur douleur, ne se présentent plus pour la réalisation d'un traitement endodontique.

L'objectif de cette enquête est de déterminer, parmi les patients se présentant pour une urgence endodontique (qu'elle nécessite un traitement endodontique ou bien une avulsion) :

- d'une part la proportion de patients qui ont consulté sur rendez-vous dans l'UF de soins ou dans l'UF de chirurgie orale à la suite de la consultation d'urgence
- d'autre part, la proportion de traitements endodontiques effectivement réalisés et terminés, de même que la proportion de dents effectivement extraites dans les trois mois suivant la consultation d'urgence

La continuité des soins sera évaluée à l'aide des proportions de traitements réalisés et de « perdus de vue » obtenues au cours de l'enquête. Quant à la compréhension du patient, il sera considéré qu'un patient ayant fait la démarche de prendre un rendez-vous à la suite de sa consultation d'urgence a compris le message transmis par l'externe ou le praticien. Au contraire, un patient n'ayant pas contacté un service 3 mois après la consultation d'urgence, ou ayant consulté à nouveau une ou plusieurs fois pour une récurrence est considéré comme n'ayant pas compris le message transmis.

2. Matériel et méthode

L'enquête s'est déroulée du 1er septembre 2023 à février 2024 au sein du PMCBD de Strasbourg.

La période d'inclusion des patients s'étendait du 1er septembre au 30 novembre 2023.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : il s'agit de patients présentant une atteinte pulpaire inflammatoire de type pulpite irréversible, ou une atteinte infectieuse consécutive à une nécrose dentaire de type parodontite apicale aiguë, abcès apical aigu ou cellulite d'origine dentaire.

Les patients répondant à ces critères durant cette période ont été cochés dans l'onglet « requêtes » du logiciel DxCare par le praticien hospitalier en charge de la vacation, à savoir par les coches « Pathologie infectieuse d'origine endodontique » ou « pulpite irréversible ». Ceci quel que soit le pronostic de la dent. Si la dent était jugée conservable, le patient était adressé dans l'UF d'odontologie conservatrice pour la réalisation d'un traitement ou retraitement endodontique, si la dent était d'emblée jugée non conservable, le patient était adressé dans l'UF de chirurgie orale pour la réalisation de l'extraction de la dent.

A la fin de cette période, 113 patients ont été cochés dans le logiciel. La demande d'extraction des données a été faite auprès du département d'information médicale (DIM) des HUS le premier décembre 2023 pour obtenir la liste des patients inclus.

Le délai pour obtenir un rendez-vous à l'UF d'Odontologie conservatrice étant d'un mois et demi à deux mois au courant des mois de septembre et octobre 2023, nous avons respecté un délai de quatre mois avant d'évaluer si le patient a repris rendez-vous, et de noter si un traitement endodontique ou une avulsion ont effectivement été réalisés respectivement à l'UF d'odontologie conservatrice ou de chirurgie orale, considérant que dans cet intervalle, le patient a pu bénéficier de son traitement s'il en a fait la demande.

Les dossiers cliniques des patients ont ainsi été consultés un par un entre décembre 2023 et janvier 2024, l'état du suivi des patients a été consigné dans un tableur informatique.

Les patients ont été classés en quatre catégories :

- Le patient a consulté sur rendez-vous et le traitement endodontique est terminé ;
- Le patient a consulté sur rendez-vous et l'avulsion dentaire est réalisée ;
- Le patient est perdu de vue ;
- Le patient a consulté en urgence une nouvelle fois ou plus, pour une récurrence inflammatoire / infectieuse au niveau de la même dent.

Par ailleurs, les patients qui ont repris rendez-vous mais dont le traitement n'a pas été achevé ou poursuivi dans cet intervalle de temps ont été relevés de même.

Ont été exclus **16** patients qui déclaraient avoir un chirurgien-dentiste traitant ou qui avaient exprimé le souhait de ne pas poursuivre les soins au PMCBD de Strasbourg, ainsi qu'un patient qui avait été mal répertorié, et qui consultait pour une périodontite.

A l'aide de ces données, les proportions de traitements endodontiques menés à bien et d'avulsions réalisées ont pu être estimées, ainsi que la proportion de patients ayant pris l'initiative de contacter l'UF de soins ou de chirurgie suite à la consultation d'urgence et qui sont en cours de soins.

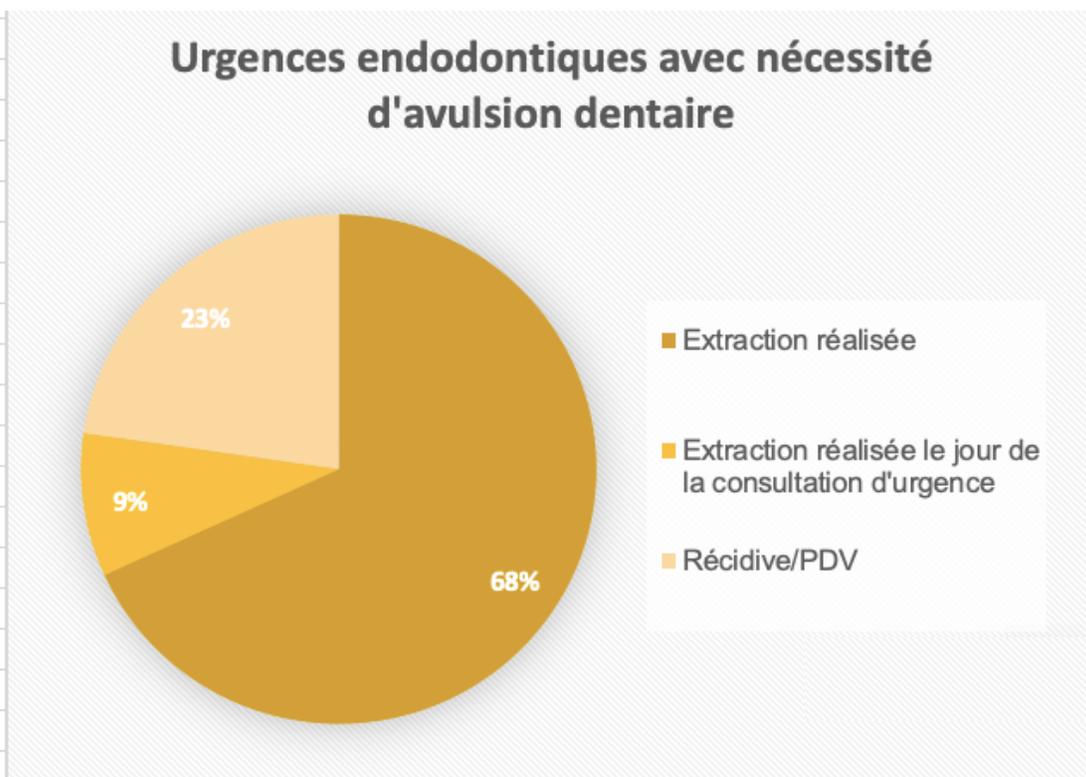
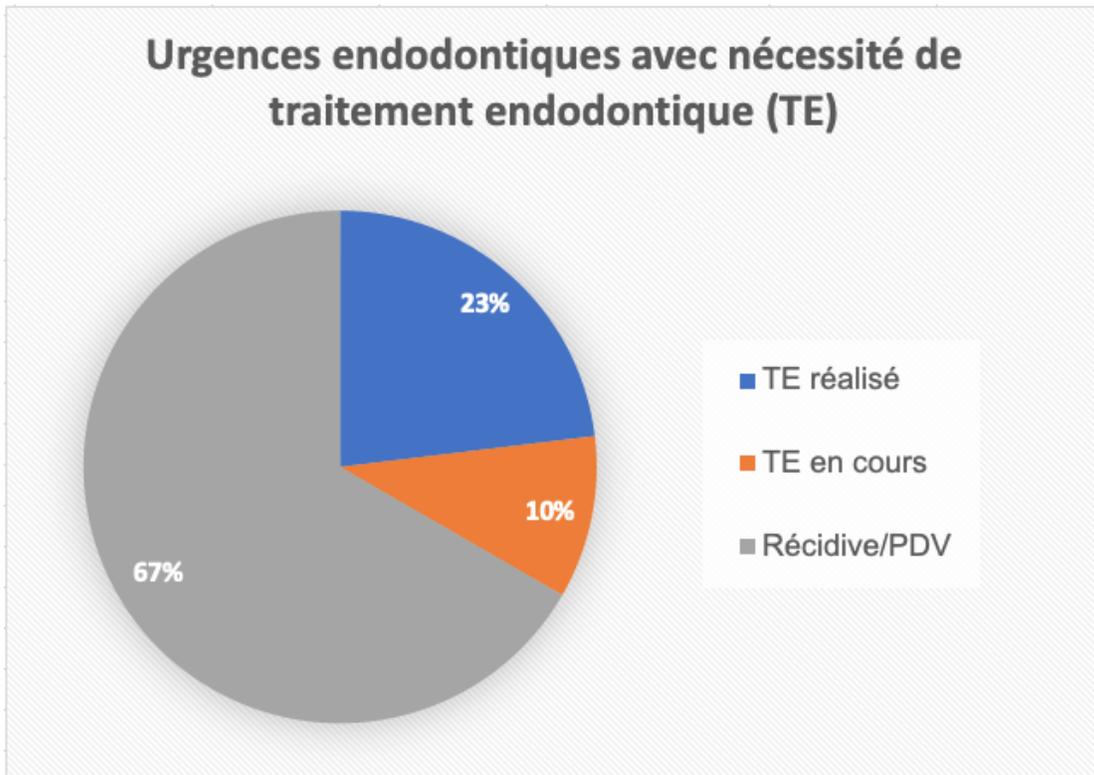
3. Résultats

Quatre mois après leur consultation d'urgence :

- Parmi **78** patients nécessitant un traitement ou retraitement endodontique, seuls **26** ont consulté sur rendez-vous et ont bénéficié d'un traitement de racine (dont 18 sont terminés, et 8 en cours). Soit une proportion de **33%** de traitements endodontiques initiés ou terminés.
- Parmi **22** patients nécessitant une extraction dentaire, **15** ont consulté dans l'UF de chirurgie sur rendez-vous pour la réalisation de l'avulsion, et **2** ont été reçus le jour même dans l'UF de chirurgie orale. Soit **77%** d'avulsions effectivement réalisées, dont 9% le jour de la consultation d'urgence.
- **39** patients sont perdus de vue après une consultation d'urgence endodontique unique, parmi les 98 patients qui auraient dû être revus dans les UF d'OCE ou de chirurgie, dont 34 perdus de vue parmi les indications de traitement endodontique, et 5 perdus de vue parmi les indications d'avulsion dentaire. Soit **40%** des patients de l'étude.
- **16** patients ont consulté en urgence une ou plusieurs fois supplémentaires, pour une récurrence douloureuse de la même dent, avant d'être perdus de vue également : 6 patients ont consulté à deux reprises, 8 patients à trois reprises, 1 patient à quatre reprises et 1 patient à six reprises. Soit **16%** des patients de l'étude.
- Le taux de perdus de vue après une ou plusieurs consultations d'urgence s'élève ainsi à **56%**.

D'autre part, 2 patients ont exprimé oralement un refus catégorique de soin ultérieur, ceci quel que soit le lieu.

Les diagrammes ci-dessous illustrent les résultats cités précédemment :



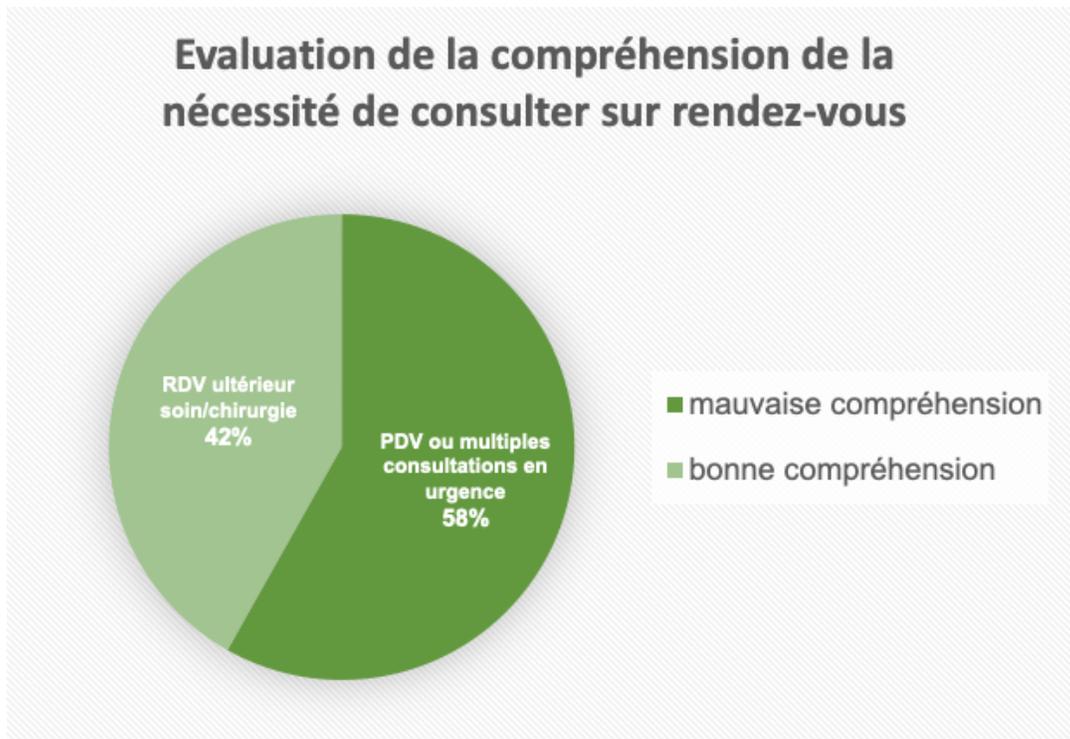


Figure 3 : Enquête, diagrammes de synthèse

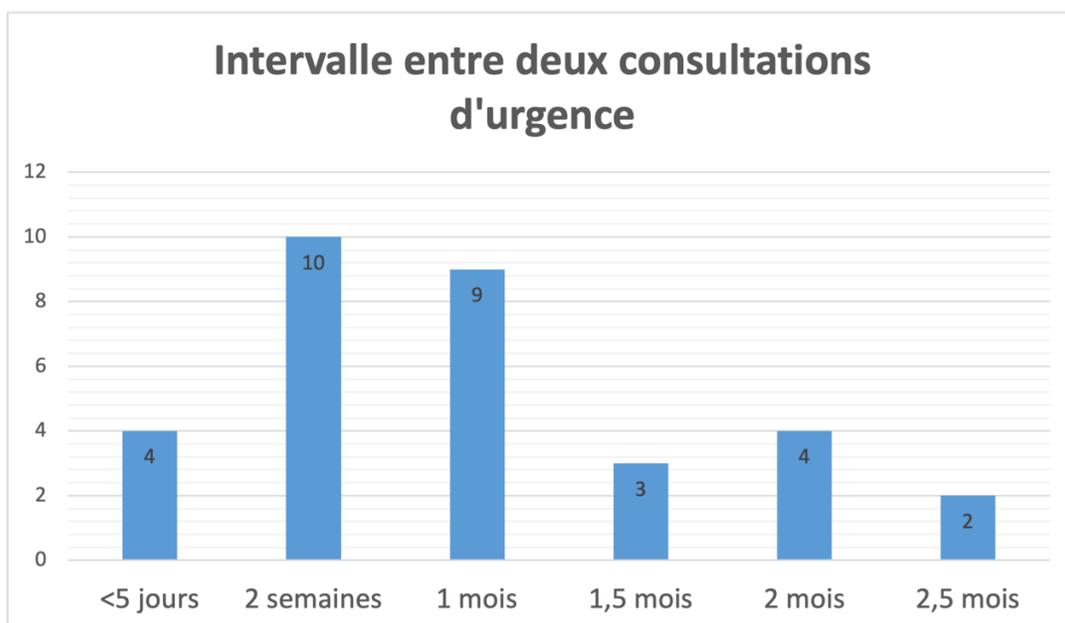


Figure 4 : Intervalle entre deux consultations d'urgence : dans le cas des patients ayant consulté au moins deux fois en urgence au cours des 3 mois d'enquête.

4. Discussion

Le taux de perdus de vue obtenu au cours de cette enquête s'élève ainsi à **56%**. Ce taux s'élève à **58%** lorsque l'on ajoute les deux patients ayant exprimé clairement oralement un refus total de soin ultérieur. Cela représente ainsi la proportion de patients qui n'ont pas eu recours à des soins à la suite de leur consultation d'urgence. Ce taux élevé est en faveur de l'hypothèse de départ, et met en évidence l'important problème de continuité des soins au sein du PMCBD de Strasbourg.

De plus, parmi ces perdus de vue, **16%** des patients ont consulté au moins deux fois en urgence pour une récurrence infectieuse / inflammatoire aiguë au cours des quatre mois d'enquête.

Concernant la validité externe de l'enquête, c'est-à-dire le degré d'applicabilité et de généralisabilité des résultats, il est probable que les taux obtenus auraient été différents et moindres en cabinet dentaire de ville. Cependant, des expériences personnelles et rapportées dans d'autres centres de soins hospitaliers publics, notamment au Centre Hospitalier Régional de Bel Air à Thionville, encouragent et renforcent les résultats obtenus à Strasbourg.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le secteur public est plus touché par les perdus de vue et les consultations d'urgence multiples, en raison par exemple du niveau socio-économique ou d'éducation des patients, de la présence de nombreux patients d'origine étrangère non francophones, ou présentant une situation socio-économique défavorable.

Des limites de cette enquête sont également à relever.

Dans cette étude, nous considérons que si le patient est revenu sur rendez-vous, il a compris l'information donnée par l'étudiant ou le praticien qui l'a pris en charge. Inversement, un patient perdu de vue est considéré comme n'ayant pas compris l'information et les enjeux thérapeutiques.

Or, le refus de soin par le patient ou le fait qu'il ne donne pas suite à la consultation d'urgence ne signifie pas obligatoirement un manque de compréhension de l'information, le motif de perte de vue peut être varié. Cela peut par exemple relever de l'anxiété vis-à-vis des soins dentaires. Par exemple, un dossier patient classé dans les perdus de vue précisait une anxiété sévère du patient, il est possible qu'il n'ait pas reconsulté sur rendez-vous en raison de cette anxiété.

Il peut également s'agir d'un manque d'intérêt et de temps pour raisons personnelles ou professionnelles, rejoignant la notion de manque de motivation et d'intérêt porté sur sa propre santé, ou bien relever d'autres pathologies médicales limitantes. D'autre part, il est possible que certains aient trouvé un rendez-vous plus rapidement ailleurs, alors qu'au départ aucun dentiste traitant n'était signalé.

Enfin, il est intéressant de noter le délai entre les différentes consultations en urgence. Les intervalles de temps les plus fréquents sont de 2 à 4 semaines, certains jusqu'à 2,5 mois (ou plus mais hors de la durée de l'étude). Dans ces cas, elles correspondent en général à de vraies récurrences d'urgence, avec une résolution temporaire de la symptomatologie.

Certaines sont au contraire très rapprochées, et ont lieu dans les quelques jours après la première consultation (< 5 jours), elles ne sont donc pas nécessairement liées à une mauvaise compréhension, mais correspondent en général à une non-résolution de la symptomatologie après la première séance d'urgence. Ces consultations supplémentaires ne sont donc pas toujours évitables. Cependant, l'ensemble de ces patients ayant consulté plusieurs fois en urgence n'a pas effectué de demande de rendez-vous ultérieur au sein du pôle ; c'est pour cela qu'ils ont été répertoriés parmi les patients perdus de vue.

En conclusion, un problème de fond de santé publique est ainsi mis en évidence. De nombreux praticiens témoignent de cette difficulté à mettre en place et maintenir la continuité des soins dentaires. Une part non négligeable de la population se présentant aux urgences dentaires voient donc leur état de santé bucco-dentaire se dégrader, sans que rien ne puisse être entrepris pour intercepter et parer à cette dégradation.

Souvent, nous assistons malheureusement à l'apparition rapide d'une certaine consternation de la part des étudiants, d'un sentiment d'impuissance, voire une baisse de motivation à faire le maximum pour pousser les patients à consulter.

Il est important de garder en tête que chaque patient est unique et singulier, et que chacun doit bénéficier de la communication la plus efficace possible sur son état de santé, afin d'encourager un maximum de patients à prendre en main leur santé. Ceci d'autant plus auprès des populations défavorisées, donc plus à risque de connaître ces dynamiques de dégradation progressive.

En effet, différentes études à ce sujet incitent à centrer et renforcer la prévention du personnel médical auprès des personnes défavorisées (au niveau socio-économique et éducatif), plus à risque de connaître des problèmes de santé.

La partie suivante sera donc centrée sur un aspect préventif et de sensibilisation du personnel médical, par la présentation de pistes et clés pour améliorer la communication verbale en soins dentaires. Ceci dans le but de viser une acquisition par les étudiants des bons réflexes en termes de communication. Réflexes peu chronophages, et favorisant la mise en place d'un suivi bucco-dentaire plus efficace.

IV. ADAPTER LA COMMUNICATION VERBALE

Au cours de la revue des obligations légales et déontologiques ainsi que de certains aspects éthiques de la communication, puis lors de la présentation de l'enquête de terrain, il a été évoqué à plusieurs reprises l'aspect indispensable de la compréhension de l'information transmise au patient.

Chaque patient étant unique et singulier, le défi pour le personnel soignant reste et restera toujours de s'adapter à ces singularités et de personnaliser son approche, afin de garantir un contact clair et efficace avec ce dernier. Dans cette partie, nous nous proposons donc de développer la notion de littératie en santé, et de présenter quelques clés dans la communication verbale entre le praticien et son patient.

A. Concept de littératie en santé

1. Définition

Selon Santé Publique France (25), la littératie en santé (LS) se définit par la **motivation** et les **compétences** des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information, **en vue de prendre des décisions concernant leur santé**.

L'OMS donne une définition similaire en expliquant qu'elle concerne « les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé » (26).

Le niveau de littératie en santé a donc un lien direct avec la facilité avec laquelle le patient va comprendre et pouvoir appliquer des conseils et recommandations transmis par un professionnel de santé.

a. Motivation et compétence

Dans la définition de la littératie en santé, nous trouvons à la fois la notion de motivation et la notion de compétence. Elles sont toutes deux conditionnées par différents facteurs, pour certains modifiables, pour d'autres non, et sur lesquels le praticien peut exercer ou non une influence.

En effet, bien que cela relève de la responsabilité individuelle, le professionnel de santé peut, dans une certaine mesure, agir sur la motivation du patient, notamment grâce à une communication claire, compréhensible et persuasive, ainsi qu'à une sensibilisation et une responsabilisation efficace. Ceci sera traité dans la partie suivante.

Il peut cependant exister des facteurs limitants qui peuvent entraver les capacités de compréhension et/ou d'action du patient. Ces derniers ne sont, contrairement à la motivation, pas toujours modifiables ou améliorables. Nous pouvons citer par exemple les difficultés de communication, liées à un handicap ou à une condition de santé générale, ou encore dans les âges extrêmes de la vie. Cependant, de manière générale, il est possible d'élargir le domaine de compétence du patient en lui donnant certaines clés pour prendre en main sa santé et adopter les bons réflexes.

b. Quatre termes essentiels dans la littératie en santé

Les différentes définitions usuelles évoquent quatre notions centrales dans la littératie en santé :

1. L'**accès** à l'information : c'est-à-dire la capacité de chercher et d'obtenir une information en santé. Cela implique d'une part l'accès au soin, et d'autre part une interaction efficace entre le professionnel de santé et le patient.
2. La capacité de **comprendre** l'information délivrée : cette compréhension passe notamment par l'utilisation de termes adaptés, qui ne sont pas d'un niveau médical ou scientifique trop élevé par rapport au niveau éducatif et aux capacités de compréhension du patient.

3. Puis de savoir **évaluer** et **utiliser** l'information : il s'agit là de la capacité à interpréter et à juger les informations reçues, ainsi que de la capacité à prendre des décisions sur la base de ces informations. Ceci dans le but d'améliorer ou de maintenir sa santé. En d'autres termes, il s'agit d'agir en fonction de ce qui a été compris et décidé. Cela dépend non seulement de la compétence du patient, mais aussi de sa motivation. En effet, sans cette motivation, les traitements peuvent échouer même si la compréhension est bonne.

c. Un système de plus en plus complexe

Devant la complexité grandissante du système de santé et l'accès aisé à toutes sortes d'information de santé sur le net, de plus en plus de patients se heurtent à des difficultés dans la détermination du bon comportement à adopter concernant leur santé.

Une revue systématique de la littérature sur ce sujet, publiée en 2012 (27), exprime cette notion « **d'exigences complexes** de la santé dans la société moderne », devant laquelle une part grandissante de la population semble perdue.

D'après une étude européenne menée en 2015 (28), c'est près de la moitié de la population adulte qui ne présente pas un niveau de littératie en santé suffisant pour être pleinement autonome vis-à-vis de sa santé.

Par exemple, d'après une étude statistique (29), 23% de la population européenne n'est pas capable de déterminer, à partir des informations figurant sur son emballage, le nombre de prises quotidiennes d'un médicament ou d'un produit pharmaceutique.

Ce qui peut paraître évident pour un professionnel de santé peut parfois ne pas l'être pour son patient. Ce constat démontre l'importance de sensibiliser les praticiens et professionnels de santé, notamment au cours de leur formation, pour tenter de prévenir certains écueils dans le domaine de la santé. Cela passe notamment par l'acquisition de certains réflexes, par exemple de savoir identifier les personnes à risque ou ayant de

faibles niveaux de littératie en santé, ou encore de comprendre le lien fréquent entre le niveau de littératie en santé et la santé générale d'un individu. Mais cela passe aussi par la mise à disposition de lignes directrices permettant de guider ces futurs praticiens sur la manière dont ils peuvent adapter leurs interactions avec leurs patients.

2. Littératie et comportement en santé

a. Un lien établi entre le niveau de littératie en santé et la santé

Différentes études ont été menées pour évaluer les répercussions d'un faible niveau de littératie en santé sur la santé générale des individus.

Les conclusions sont comparables. Celle donnée par Heimans et ses collaborateurs en 2015 (30) est la suivante : le lien entre le niveau de littératie en santé des individus et leur santé générale est suffisamment fort pour pouvoir affirmer qu'il est judicieux de le prendre en compte dans les politiques d'amélioration de la santé générale de la population.

D'ailleurs, plus récemment dans le « rapport Chauvin » de 2022, l'amélioration de la littératie en santé est l'une des principales mesures proposée dans le but de la réduction des inégalités sociales de santé (ISS). (31) Il est rappelé dans ce rapport qu'à l'échelle de la population, l'augmentation de la littératie en santé est déterminante dans l'adoption des comportements favorables à la santé.

Ceci est particulièrement vrai dans le cadre des maladies chroniques, où un faible niveau de littératie en santé peut impacter négativement le suivi et l'observance des traitements, et complique l'acquisition de comportements favorisant la bonne gestion de la maladie (26). Mais cela concerne également tous les aspects de la prévention des maladies, de la promotion de la santé et du maintien ou de l'amélioration de la qualité de vie des patients.

b. Problématiques associées aux faibles niveaux de LS

Comme vu précédemment, le niveau de littératie en santé dépend de divers facteurs, entre autres des compétences cognitives et sociales des individus, de leur niveau d'étude, de leur maîtrise de la langue, de leur entourage (familial, professionnel), ou encore de la qualité de l'information reçue. Ce niveau est également amené à évoluer dans le temps au fil des épisodes de vie.

Certains groupes de la population sont donc plus vulnérables, notamment les personnes présentant une situation socio-économique défavorisée. Ces derniers présentent des niveaux de littératie en santé globalement plus faibles que la population générale.

Plusieurs études ont en effet montré que les personnes présentant un faible niveau de littératie en santé présentent une mortalité plus importante que le reste de la population (32, 33). En ce qui concerne leur état de santé général, nous retrouvons notamment une plus forte prévalence des maladies chroniques.

Pour ce qui est des habitudes de vie, les conduites à risque sont plus fréquentes et nombreuses chez cette part de la population, nous pouvons citer, par exemple, les addictions (type tabac, alcool, ou autres substances). De même, ces patients réalisent en moyenne moins souvent des activités sportives régulières (34).

D'autre part, la participation et l'efficacité des campagnes de prévention se révèle être moindre chez cette population (35, 36). De plus, ils ont dans leur vie quotidienne moins recours aux professionnels de santé, notamment aux chirurgiens-dentistes.

Enfin, si l'on s'intéresse à l'auto-évaluation de la santé par le biais de questionnaires, la santé perçue est meilleure pour les personnes ayant des niveaux de littératie en santé supérieurs.

Un grand nombre de déterminants en santé se trouvent donc avoir un lien direct avec le niveau de littératie en santé : les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont globalement moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé, et décrivent leur santé comme moins bonne, comparativement aux personnes présentant des niveaux de littératie en santé supérieurs.

c. Mise en lumière des inégalités sociales de santé

Un lien est donc établi entre la santé générale, le niveau socio-économique (et éducatif) et le niveau de littératie en santé des individus (34).

La figure ci-dessous illustre et synthétise ce phénomène :

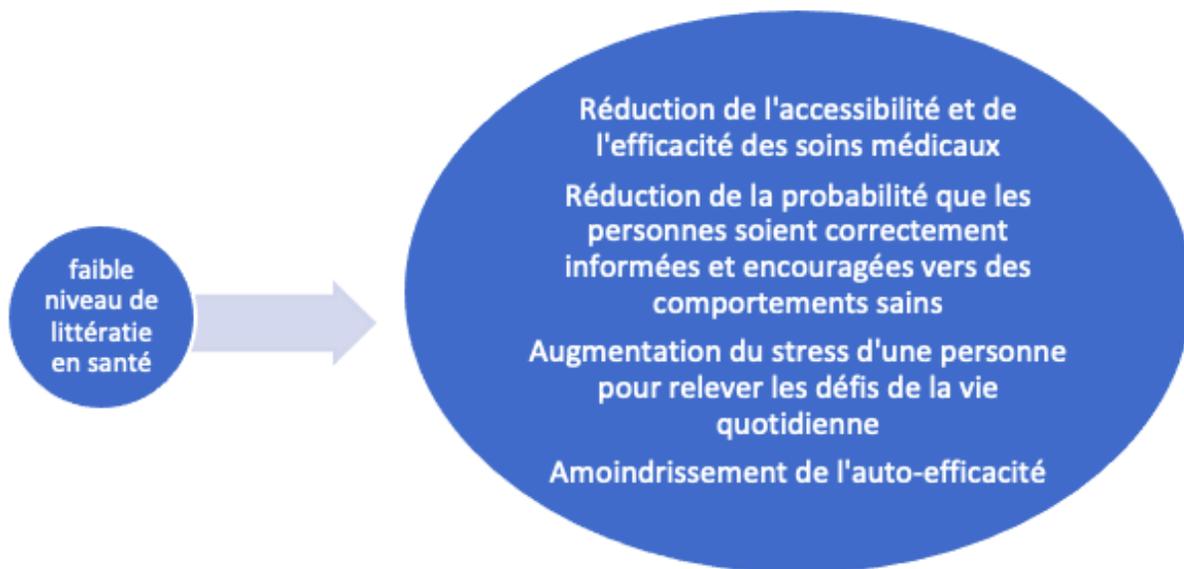


Figure 5 : réalisée à partir d'un document issu du "Séminaires sur les inégalités sociales de santé - Synthèse" du 11 octobre 2016 (34)

d. Notion d'auto-efficacité

La notion d'auto-efficacité, encore décrite sous le terme de « sentiment d'efficacité personnelle », a été définie par A. Bandura (37) comme désignant « les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières ». Il s'agit en d'autres mots d'une question de confiance en soi et en ses propres capacités.

A. Bandura exprime l'idée que la perception de son efficacité personnelle se trouve au fondement de la **motivation** de la personne, et **influence ses choix** d'activités et d'environnement. D'autre part, elle favorise ou défavorise la persévérance et

l'investissement dans les objectifs fixés, et influence positivement ou négativement la réaction face aux obstacles rencontrés lors de la poursuite de ces objectifs.

La figure précédente introduit ainsi une notion de cercle vicieux : une difficulté d'accès ou un moindre recours aux services de santé, notamment en raison d'un niveau de littératie en santé insuffisante, engendre une dégradation de l'état de santé, qui a son tour impacte négativement la santé perçue et les comportements futurs en santé.

Un écart se creuse entre cette population défavorisée et les personnes bien informées et conscientes des enjeux de santé, et qui ont la capacité de recourir aux services de santé.

Cet écart est donc dû à la fois à l'existence de barrières physiques ou sociales sur lesquelles le patient n'a que peu, voire pas d'emprise, mais aussi fréquemment à un impact psychologique et par une auto-perception de sa santé altérée.

Le recours à la santé moindre des personnes présentant un faible niveau de littératie en santé réside ainsi dans de multiples facteurs.

e. Premières pistes de réflexion

La littératie en santé est, en définitive, une notion complexe. Un lien direct est établi avec de nombreux déterminants de la santé, et met en lumière des pistes d'améliorations sur la manière de prendre en charge les patients, particulièrement ceux présentant les niveaux de littératie en santé les plus faibles.

Sorensen et ses collaborateurs (28), dans un article publié dans le *European Journal of Public Health*, au sujet de la littératie en santé en Europe, décrivent le concept de littératie en santé comme un outil précieux pour la promotion de la santé, et aussi comme un outil d'aide à l'attention des politiques publiques.

La prise en compte et l'amélioration du niveau de littératie en santé de la population est donc présentée de plus en plus régulièrement comme un enjeu majeur de santé publique, dans l'optique d'une promotion de la santé générale de la population, et pour qu'elle ait la capacité de prendre en charge au mieux sa santé. Ceci également dans une volonté de réduction des coûts en santé.

En ce sens, il est encouragé de veiller à créer des environnements de soins qui incluent les faibles niveaux de littératie en santé, ainsi que de se pencher sur les facteurs promouvant comme limitant la hausse des niveaux de littératie en santé, afin d'assurer une meilleure communication sur la santé (29). Les chercheurs s'accordent à dire que la littératie en santé constitue également un levier pour réduire les inégalités d'accès à la santé (28).

B. Quelques clés de communication

1. Questionnaires de littératie

Différents questionnaires, validés en plusieurs langues et évaluant le niveau de littératie en santé ont été établis. Il en existe de nombreux, certains sont destinés à la population générale ou à des sous-groupes particuliers de la population, certains sont aussi orientés vers un secteur ou une discipline médicale particulière.

Les questionnaires traduits et validés en français peuvent être trouvés en libre accès sur la plateforme RÉFLIS (Réseau Francophone de Littératie en Santé) (38).

A titre d'exemple, nous pouvons citer le « **HLSEU-Q16 : European Health Literacy Survey Questionnaire** » rassemblant 16 questions, et étant destiné à l'évaluation du niveau de littératie en santé de la population générale adulte.

Le « **FCCHL : Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale** », qui rassemble 14 questions, cible spécifiquement la population adulte atteinte de maladie chronique.

Il existe également des questionnaires adressés aux patients jeunes âgés de 12 à 19 ans, à savoir le questionnaire « **HLSAC : Health Literacy for School-Aged Children** », ou encore le « **HAS-A : Health Literacy Assessment Scale for Adolescents** ».

Pour ce qui est de l'odontologie spécifiquement, un outil a été validé en français, il s'agit du **OHLI**, qui signifie « **Oral Health Litteracy Instrument** ».

2. Évaluer le niveau de compréhension de son interlocuteur

En pratique, il n'est pas nécessaire de recourir à un questionnaire formellement établi. Ces derniers sont plutôt utilisés en recherche et dans les études statistiques. Il s'agit plutôt de faire preuve de bon sens. Différents moyens simples permettent en effet de repérer facilement les patients à risque.

Dans un premier temps, comme évoqué précédemment, il est important de reconnaître et repérer les groupes les plus vulnérables (39), à savoir :

- les personnes âgées ;
- les immigrants récents ;
- les personnes recevant l'aide sociale ;
- les personnes présentant un plus faible niveau de scolarité, ou une moins bonne maîtrise du français ou de l'anglais ;
- les personnes sans emploi ;

Dans le domaine bucco-dentaire plus précisément, nous pouvons ajouter à cela les patients qui présentent un état dégradé de la cavité buccale, ceux qui n'ont pas de suivi bucco-dentaire régulier, ou se présentant de manière répétée aux urgences dentaires sans suivi ultérieur, ou encore les enfants des parents ayant des dents délabrées.

Ces populations sont plus à risque de rencontrer des difficultés dans la compréhension des enjeux thérapeutiques, et sont moins enclines à suivre les recommandations de manière précise. Il s'agit ici de données établies dans des études de terrain, sans autre considérations raciales ou de jugement.

Au vu des facteurs et difficultés précédemment évoquées, il est donc important d'avoir conscience des facteurs de risques et des difficultés particulières que peuvent rencontrer ces populations dans le recours aux services de santé. La prévention et une attention toute particulière devraient leur être accordées pour pallier leurs difficultés.

3. La communication verbale en santé bucco-dentaire

Plusieurs études ont démontré que, dans le domaine de la santé, 40 à 80 % des informations transmises par les professionnels de santé sont immédiatement oubliées. De plus, parmi celles qui sont retenues, près de la moitié sont soit erronées, soit déformées. Dans un contexte où de multiples problématiques sont relevées dans la continuité des soins et leur efficacité, ces chiffres doivent être considérés. Il paraît important d'en prendre compte dans les consultations d'urgence de routine.

L'Institut pour la Sécurité des Patients du Manitoba, au Canada, parmi d'autres, encourage les patients à poser trois questions à leur professionnel de santé (40) :

- Quel est mon problème de santé ?
- Que dois-je faire ?
- De quoi ai-je besoin pour y arriver ?

Ce sont trois questions simples qui résument ce que le patient a besoin de comprendre, et avant tout de retenir d'une consultation de santé. Ces questions sont issues d'un programme éducatif développé aux États-Unis, intitulé « Ask me 3 » (41). L'objectif étant d'encourager les patients et les familles à poser des questions dans le but de mieux comprendre leur état de santé, et savoir ce qu'ils doivent faire pour améliorer leurs habitudes et comportements. Ceci est aisément transposable et applicable au secteur bucco-dentaire.

Là encore, comme dans toutes campagnes de prévention, les personnes ayant le plus besoin de prendre connaissance et conscience de ces concepts de sensibilisation sont aussi celles qui y sont le moins exposées. C'est là un des rôles du chirurgien-dentiste, en milieu hospitalier notamment.

Ce projet de thèse s'intéresse à la communication dans le domaine de la santé bucco-dentaire, en particulier à la communication verbale.

Dans les lignes qui suivent, nous découvrirons ainsi quatre étapes essentielles à l'apprentissage d'une bonne communication, après avoir décrit l'enjeu principal de la communication d'un professionnel de santé.

a. Un enjeu

L'enjeu principal de la communication en santé va au-delà de la simple acquisition de l'information, ou d'une simple connaissance de cette dernière : il s'agit avant tout d'une prise de conscience, d'amener le patient à acquérir les aptitudes et la motivation nécessaires pour appliquer cette information à soi-même.

En d'autres termes, l'enjeu est donc de faire comprendre avant tout la manière dont l'information s'applique directement et personnellement au patient, de lui permettre de comprendre la manière dont il peut s'approprier cette dernière.

C'est aussi un aspect essentiel pour que l'autonomie du patient puisse pleinement s'exprimer : lorsqu'un patient est capable de comprendre et de s'approprier les informations transmises par le praticien, il est en mesure de prendre des décisions concernant sa santé.

b. Quatre clés dans la communication

Quatre clés de communication vont être présentées dans cette partie, accompagnées par des encarts présentant des exemples de formulations ou de questions type, ceci dans une volonté de transmettre des clés concrètes dans un but éducatif.

Clé 1 : Organiser l'information en vue d'en faciliter la compréhension

Chaque patient est différent, que ce soit par son état physique (âge, handicap ou non) ou sa culture ou par son environnement social. Il est donc essentiel pour les professionnels de santé de s'adapter à chaque patient afin de créer une atmosphère de confiance.

Cette recherche d'adaptation constante à son interlocuteur n'empêche pas le développement d'une sorte de routine de communication. Elle est même bénéfique pour maintenir cette personnalisation, pour ne rien omettre d'essentiel et pour faciliter les échanges et la mémorisation des informations par le patient.

Suivre un ordre logique dans son discours est essentiel, pour le praticien comme pour le patient. En effet, organiser l'information est à la fois un gage de clarté pour le patient et un moyen de le conduire vers l'objectif final : la continuité des soins. C'est également un gage d'efficacité, voire de sécurité pour le praticien, qui ne se voit pas omettre d'information ou mener son patient à la confusion. Le patient doit saisir pourquoi telle ou telle décision a été prise durant la consultation d'urgence, et pourquoi telle ou telle autre décision devra être prise ultérieurement.

Voici un exemple de construction de l'information apportée au patient :

1. Exposer l'état de santé bucco-dentaire actuel ;
2. Expliquer ce que l'on a réalisé dans la séance d'urgence ;
3. Expliquer ce qu'il est **nécessaire** de faire ultérieurement ;
4. Expliquer comment améliorer son comportement vis-à-vis de sa santé (aspect de prévention et d'éducation thérapeutique).

Cette première clé paraît ainsi très simple et évidente sur le papier, mais en pratique quotidienne, nous observons souvent une information désorganisée et manquant de clarté, voire un discours confus, essentiellement parmi les externes en début de pratique. La difficulté est de parvenir à avoir des propos construits et à présenter un discours cohérent et clair, et ne pas concentrer uniquement son attention sur le diagnostic et le geste technique. Ces défauts dans le discours peuvent avoir un impact certain sur la compréhension des patients. Ceci est d'autant plus vrai auprès des personnes ayant de faibles niveaux de littératie en santé, et qui ont dès le départ des difficultés de compréhension plus marquées. Suivre machinalement cet ordre permet ainsi d'avoir déjà une cohérence dans son discours, qui est favorable à la meilleure compréhension de l'information.

Clé 2 : Choisir les termes adaptés

Une fois l'architecture du discours comprise, il est important de choisir les termes adaptés à l'interlocuteur. La difficulté est de réussir à traduire en termes simples des concepts et données médicales ainsi que techniques que les praticiens maîtrisent.

Il s'agit à la fois d'adapter son vocabulaire mais aussi de choisir une articulation verbale qui permettra au patient de bien comprendre ses explications.

Dans l'ouvrage « L'éthique en médecine bucco-dentaire » (1), François Paysant rappelle que la relation patient-praticien est une relation complexe marquée par différents facteurs.

Concernant les patients, cette relation demande une approche différente selon :

- L'âge du patient : la manière de communiquer avec un enfant, un adolescent ou une personne de grand âge sera très différente. Chacun a besoin d'une communication spécifique et adaptée.
- La pathologie : il convient d'être vigilant dans la communication selon la pathologie identifiée chez le patient. En effet, la douleur peut influencer le patient en termes d'humeur, de réceptivité et de capacité de compréhension.

Citons par exemple les douleurs endodontiques très vives, le patient touché ne sera pas forcément dans la meilleure position pour comprendre et adhérer à un plan de traitement : sa demande immédiate est la prise en charge de la douleur, une fois soulagé, le patient ne va pas facilement se rendre compte du besoin ultérieur de soins, et il doit y être sensibilisé. L'information est ainsi plus comprise lorsqu'elle est donnée après le geste technique.

- Le niveau socio-culturel.
- L'état de santé général : par exemple les personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies systémiques sévères (démence, maladies neuro-dégénérative etc.).

A cela, nous pouvons ajouter l'influence des médias et des multiples moyens d'information, et malheureusement de mésinformation, sur la santé accessibles aujourd'hui en un clic sur le net. Il devient un réflexe pour de nombreux patients de rechercher des informations et recommandations sur internet, en fonction de leurs symptômes. Les sources étant plus ou moins fiables (42) et en accord avec la réalité de la pathologie du patient, des conflits peuvent émerger lorsque la vision du patient, nourrie par ses recherches, entre en contradiction avec les conseils et propositions du praticien observant la réalité clinique.

i. Les enfants

Lorsqu'il s'agit d'un enfant, le praticien doit utiliser un vocabulaire simple ou des illustrations pour soutenir son discours. De plus, si les parents sont présents lors de la consultation, il est essentiel que le praticien explique en détail la problématique, les soins à suivre pour l'enfant, ainsi que les nouvelles habitudes à adopter. Il est important d'associer l'enfant à la discussion afin qu'il comprenne l'importance du traitement et accepte de suivre les recommandations du praticien.

ii. Les adultes

Bien qu'un adulte dispose généralement d'un niveau de compréhension plus élevé qu'un mineur, il est également important d'adapter le vocabulaire en fonction de son niveau d'éducation et de compréhension.

Prenons l'exemple d'un patient cardiologue de 40 ans (patient A) et d'un patient de 25 ans qui a quitté l'école à 16 ans et maîtrise mal le français (patient B). Le premier pourra comprendre beaucoup plus aisément et avec une plus grande précision les informations, et va également les retenir et les appliquer plus facilement. Ce qui peut ne pas être le cas pour le deuxième patient, ou en plus petite mesure.

Dans tous les cas, il ne s'agira jamais de viser une compréhension complète du problème, cela peut être inutile, voire contre-productif. En cherchant à obtenir une compréhension totale, le patient peut être submergé par les informations, ce qui rend la démarche inefficace et l'empêche de retenir l'essentiel.

Il est ainsi recommandé dans tous les cas, de viser un certain seuil de compréhension (43) pour permettre au patient d'agir de manière autonome et être dans les meilleures conditions pour choisir les bons comportements à adopter vis-à-vis de sa santé. Ce seuil, bien qu'il n'ait pas de définition claire, ne sera pas le même pour le patient A et le patient B. Il s'agit d'une sorte de fenêtre de tir pour transmettre le minimum d'information nécessaire pour équiper le patient des bons réflexes, évaluation personnelle qui s'affine au cours de la pratique.

Clé 3 : Les présenter de la bonne manière

Il est donc important d'organiser son discours, mais également de choisir les termes appropriés. D'autre part, des recommandations existent concernant la manière de communiquer et de présenter les informations ainsi que les recommandations. Une même information, présentée de manière différente peut avoir un impact totalement différent.

D'une part, cela joue sur la puissance de conviction et de persuasion du professionnel de santé, et sur sa capacité à motiver le patient. D'autre part, cela permet de favoriser la captation de l'attention du patient, et sa mémorisation de l'information.

Il est recommandé d'utiliser un mode de communication interactif (46). Ce mode de communication a une efficacité supérieure dans la compréhension, que la communication non interactive.

Parmi les modes de communication non interactifs, nous pouvons citer la communication unidirectionnelle : le praticien parle et le patient écoute. La passivité est dangereuse dans la mesure où le patient, non stimulé, va avoir une attention limitée et de courte durée, et ne pas intégrer un certain nombre d'informations, et en oublier plus facilement.

De même, il a été montré que remettre un document écrit avec des informations supplémentaires ou récapitulatives n'est que peu efficace et usité par le patient.

Ainsi, une communication bidirectionnelle est à rechercher et favoriser.

i. Enrichir le dialogue avec des questions ouvertes

Pour renforcer cette aspect bidirectionnel, il est utile d'enrichir le dialogue avec des questions ouvertes. Elles permettent comme leur nom l'indiquent d'ouvrir la discussion et d'encourager le patient à commenter et à s'exprimer sur le sujet.

Les questions fermées du type « Avez-vous compris ? », entraînent souvent un hochement de tête affirmatif, même si la compréhension est erronée ou partielle, et même si le patient manque de motivation ou n'a pas saisi les enjeux. On peut ainsi recommander de demander « quelles sont vos questions ? », plutôt que « avez-vous des questions ? » à la fin de l'échange.

ii. Éviter le listage

Une communication basée sur un monologue listant les choses à faire et à ne pas faire est à la fois démotivant et souvent mal perçue. Une succession d'obligations paraît contraignante et directive. Alors que faire passer le message comme un ensemble, une dynamique destinée à un but : le bien et la santé de l'interlocuteur, va être perçue comme apportant un bénéfice. Le patient sera ainsi plus enclin à suivre les recommandations. Un exemple concret illustrant ce point est à retrouver dans la figure personnelle 6.

iii. Utiliser des conseils et non des interdictions

En odontologie pédiatrique, il est recommandé d'utiliser des mots positifs, et non des négations pour réduire l'anxiété des enfants au fauteuil dentaire. Par exemple il est recommandé de dire « Tu es très **fort**, le soin va être **facile** et **rapide** » plutôt que « N'ai pas **peur**, le soin ne va **pas faire mal** et ne va **pas être long** ».

Dans la même logique chez l'adulte, les tournures de phrases positives sont plus enclines à trouver un écho chez le patient que les formulations d'interdits. Par exemple, remplacer « Ne buvez plus de sodas » par « Je vous conseille de boire de l'eau ».

iv. Ne pas être défaitiste

C'est un point qu'il semble important d'évoquer. Un biais peut rapidement apparaître lorsqu'un certain nombre de patient ne mettent pas en pratique les conseils reçus, par exemple chez une catégorie de la population qui ne consulte qu'en urgence et ne prend pas de rendez-vous pour les soins. En effet, la tendance à penser qu'il est inutile de prodiguer des conseils à certaines catégories de patients, puisqu'ils ne seront pas mis en pratique, est dangereuse et contraire à l'éthique du soignant.

Changer sa manière de communiquer n'est pas une solution miracle, mais pour un patient, le fait de se sentir concerné, entendu et soutenu peut changer beaucoup dans sa manière de se comporter vis-à-vis de sa santé (47).

En conclusion de cette partie, voici deux exemple de message de fin de consultation d'urgence bucco-dentaire, chacun contient la même information, mais présentée de manière différente :

FORMULATION A ECARTER

Nous avons terminé. Donc, ce que vous devrez faire est :

Prendre un rendez-vous au service de soins pour réaliser les soins, parce que le traitement d'aujourd'hui est uniquement provisoire, je vous inscris le numéro du service sur votre carton.

En attendant, il faut arrêter de grignoter entre les repas et ne plus boire de boissons sucrées, et vous brossez les dents avec un dentifrice fluoré deux fois par jour.

Et enfin, il vous faut impérativement consulter régulièrement un dentiste pour éviter la progression de nouvelles caries.

FORMULATION A PRIVILEGER

Le traitement que nous avons réalisé aujourd'hui est provisoire. Savez-vous comment prendre rendez-vous dans notre centre de soins dentaires pour la réalisation des soins ?

En attendant le prochain rendez-vous, essayez de remplacer les sodas par de l'eau. Pour ce qui est du tabac, il existe des solutions pour vous aider, voudriez-vous plus de renseignements ?

Pouvez-vous me dire ce que vous allez modifier dans vos habitudes de brossage de dents ?

Dans votre cas, au vu de votre âge et de vos facteurs de risque bucco-dentaire, il est recommandé de consulter un dentiste une à deux fois par an. Aurez-vous la possibilité de consulter un dentiste de ville ?

Figure 6 : *illustration de formulations*

L'encart vert met en pratique plusieurs notions présentées plus haut :

- Elle encourage un dialogue et la participation active du patient dans l'échange. Celui-ci se sent concerné, écouté et non infantilisé par une succession d'interdits et d'obligations.
- Elle contient uniquement des formulations positives, sans négations.
- Elle implique et responsabilise le patient.

En résumé, ces réflexes de communications peuvent amener à une plus grande efficacité de la communication en santé dans l'acquisition de meilleurs réflexes par le patient. Celui-ci se sent concerné et impliqué, et il est encouragé à devenir acteur de sa propre santé.

Clé 4 : S'assurer de la bonne compréhension

Enfin, une dernière clé dans l'acquisition d'une communication verbale efficace est de ne pas simplement délivrer les informations de la bonne manière, mais de s'assurer également qu'elles ont été comprises.

Une solution simple est l'utilisation en fin de rendez-vous de la communication dite de reformulation, en anglais : méthode du *Teach-Back*. Il s'agit de demander à son patient de reformuler et d'expliquer avec ses propres mots (pas seulement de les répéter), pour vérifier qu'il ait bien compris et qu'il n'ait pas une compréhension erronée de l'information. En cas de malentendu ou de mauvaise compréhension, le praticien peut ainsi reformuler son message pour mieux se faire comprendre.

La méthode du *Teach-back* est un outil permettant au professionnel de santé d'améliorer sa communication, en validant ses explications et sa manière de les communiquer. Bien utilisé, il s'agit d'un moyen simple et peu chronophage. Il permet au contraire d'identifier les éventuels malentendus et d'y remédier, tout en accroissant la confiance du patient et son adhésion, avec tous les bénéfices qui en découlent.

Ceci est valable pour tout niveau de littératie en santé, et l'est encore plus pour les niveaux de littératie en santé faibles.

Dans l'amélioration de la compréhension du patient, il a été montré que la méthode de *Teach back* se révèle particulièrement efficace, contrairement à d'autres outils de communication, qu'elle soit verbale ou non verbale (48).

Avez-vous des questions ?

Pouvez-vous me dire ce que vous avez compris en l'expliquant avec vos propres mots ?
Y a-t-il quelque chose qui vous questionne ? Qui vous préoccupe ?
Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez mieux savoir ou comprendre ?

Les bénéfices d'un *Teach-back* efficace sont en effet de différents ordres, il permet (49) :

- D'augmenter la compréhension du patient et son adhésion au traitement ;
- De diminuer la fréquence de rendez-vous annulés ou manqués ;
- D'améliorer la satisfaction des patients et les résultats des traitements.

Voici un témoignage d'illustration, partagé par un médecin pédiatre :

« J'ai décidé d'essayer la méthode du Teach-back chez 5 patients. Avec une mère et un enfant, j'ai conclu la visite en disant « Alors, dites-moi ce que vous allez faire lorsque vous serez chez vous ». Elle n'a pas pu me répéter les recommandations que je venais juste de lui donner. J'ai réexpliqué les instructions, elle a alors été en capacité de me les représenter. Je n'avais pas idée qu'elle ne comprenait pas ce que je lui disais. J'étais si concentré à transmettre les informations que je n'ai pas réalisé qu'elles n'ont pas été reçues. »

L'acquisition d'une communication efficace est donc essentielle. Il y a de nombreux bénéfices à créer un environnement de soin bienveillant, permettant une mise en confiance du patient, ainsi qu'à encourager les patients à poser des questions, même si elles paraissent simples ou évidentes.

V. APPLICATION ET DISCUSSION

Les travaux réalisés dans le cadre de cette thèse ont permis la création de deux supports visuels éducatifs. Ces derniers ont pour objectif, d'une part d'enrichir l'expérience d'apprentissage des étudiants en chirurgie dentaire, et d'autre part de bénéficier aux praticiens confirmés soucieux d'améliorer leur discours.

Au départ, l'idée était de concevoir un arbre décisionnel qui aurait permis de déterminer le vocabulaire spécifique à utiliser en fonction du niveau de compréhension de chaque patient. Cependant, au fur et à mesure de l'avancement du travail, il est devenu évident que chaque individu est singulier et unique, rendant cette approche moins pertinente. Ainsi, nous avons opté pour la création d'une affiche qui met en avant des suggestions et illustrations de pratiques de communication avec le patient. Cette affiche inclut des recommandations sur les tournures de phrases à privilégier, le rythme de parole à adopter, l'ordre du discours à suivre, ainsi que l'importance d'impliquer le patient dans la discussion. Cette approche vise à favoriser une interaction humaine et personnalisée, bénéfique pour une compréhension mutuelle et un meilleur accompagnement des patients.

Ces affiches, à retrouver en annexe à la fin de ce manuscrit, visent ainsi à donner les clés principales de communication. Il a semblé pertinent de les exposer au CASU, puisque les consultations d'urgence sont un moment propice pour transmettre au patient des informations essentielles sur les soins bucco-dentaires.

Il est en effet particulièrement important de noter que l'on y rencontre de nombreux patients, notamment issus de milieux défavorisés ou récemment immigrés, qui n'ont pas toujours eu l'occasion de consulter un chirurgien-dentiste auparavant. La consultation d'urgence est donc une opportunité précieuse pour engager un dialogue constructif et leur offrir une première approche préventive. De même, au-delà de la prise en charge de la douleur immédiate, elle permet d'informer le patient de ses divers besoins en termes de

soins, et de l'orienter dans les unités fonctionnelles adaptées pour une prise en charge globale.

D'autre part, les étudiants évoluant au CASU sont encore en début de pratique clinique, à savoir en cinquième et sixième année de chirurgie dentaire, et sont donc à un stade idéal pour intégrer ces nouvelles recommandations dans leur communication avec les patients.

Le CASU se révèle donc être un cadre propice pour la mise en pratique. Ce travail s'intègre dans la volonté de viser une meilleure éducation thérapeutique et un accès équitable aux soins pour tous.

VI. CONCLUSIONS

Cette étude met en lumière l'importance de la communication verbale en chirurgie dentaire. L'étude que nous avons menée montre en effet qu'un grand nombre de patients ne semble pas prendre conscience de l'importance du suivi des soins après la consultation d'urgence, et on peut facilement imaginer qu'il en serait de même après tout autre type de consultation. Bien sûr, chaque patient est différent, et on peut émettre l'hypothèse que le niveau d'éducation, la condition sociale ainsi que l'aptitude à parler et comprendre le français jouent un rôle dans cette compréhension.

Nous avons constaté que l'amélioration des pratiques de communication constitue un véritable enjeu de santé publique, tant à l'échelle du patient que de la collectivité. Les bénéfices d'une communication claire sont en effet bien établis. Une communication verbale efficace place le patient au cœur du processus de soin, ce qui peut véritablement transformer son expérience de soin. Une communication adaptée et positive favorise non seulement la bonne compréhension des informations par le patient, mais contribue également à son investissement actif dans le programme de soin.

Il est particulièrement pertinent pour les étudiants en chirurgie dentaire d'être sensibilisés à cela, et d'initier un apprentissage des outils de communication présentés dans cette thèse. Ces compétences enrichiront leur pratique future et leur permettront de mieux comprendre les besoins et préoccupations de leurs patients. En intégrant ces stratégies de communication dès le début de leur pratique clinique, ils seront mieux préparés et aptes à créer cet environnement de confiance et de collaboration au sein de leur cabinet dentaire.

En somme, améliorer la communication en chirurgie dentaire représente un défi majeur qui mérite une attention particulière, tant pour le bien-être des patients que pour l'efficacité des soins prodigués. Ainsi, l'apprentissage de la communication se doit d'être considéré comme une composante fondamentale du développement professionnel, contribuant à une pratique dentaire de qualité et à une expérience positive pour les patients.



SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

NOM - Prénom de l'impétrante : HOFSTETTER Anne

Titre de la thèse : Information claire et loyale au patient, et communication verbale adaptée dans le cadre des affections et traitements endodontiques

Directeur de thèse : Professeur OFFNER Damien

VU

Strasbourg, le : 31.05.2025

Le Président du Jury,

Professeur D. OFFNER

VU

Strasbourg, le :

01 AVR. 2025

Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur F. MEYER

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Pirnay P. L'éthique en médecine bucco-dentaire. 2ème éd. Paris : Espace ID ; 2015, 240 p.
- (2) CNRTL, Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition du consentement. [En ligne]. <https://www.cnrtl.fr/definition/consentement>. Consulté le 10/01/2024
- (3) Santé Publique France. Consentement, éthique, soins et santé. Le dossier de la Santé en action n°464, juin 2023. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/consentement-ethique-soins-et-sante.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-464-juin-2023>. Consulté le 10/01/2024
- (4) Légifrance. Article R4127-201 à R4127-284 du Code de la Santé Publique. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190548/#LEGISCTA000006190548. Consulté le 10/01/2024
- (5) ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Information des patients : Recommandations destinées aux médecins. 2000, 59 p. [En ligne]. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infopat.pdf>. Consulté le 10/01/2024
- (6) HAS, Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé : Principes généraux. 2012, 18 p. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf. Consulté le 07/02/2024
- (7) Warchol, N. Autonomie. In : Formarier, M. et Jovic, L (dir.). Les concepts en sciences infirmières. 2ème éd. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers. Hors collection. 2012, p.87-89. [En ligne]. <https://doi.org/10.3917/arsiforma.2012.01.0087>. Consulté le 09/02/2024

- (8) Bracconi, M., Hervé C., Pirnay P. Réflexions éthiques sur le principe de l'autonomie du patient. Eastern Mediterranean Health Journal. 2017 ; Vol. 23, N°12, p.845-849. [En ligne]. <https://doi.org/10.26719/2017.23.12.845> Consulté le 09/02/2024
- (9) Perrotin V. Les enjeux de la parole médicale. Med.Pal. 2006 ; Vol.5, N°2, p. 91-95.
- (10) Amiel P.« Code de Nuremberg » : traductions et adaptations en français. In : Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice. Paris, Belles Lettres, 2011, 8 p. [En ligne]. <http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad>. Consulté le 10/07/2024
- (11) Rameix S. Du paternalisme à l'autonomie des patients ? L'exemple du consentement aux soins en réanimation. Médecine et Droit. 1995 ; Vol. 12, p. 1-6.
- (12) White A.M., Giblin L., Boyd L.D. The Prevalence of Dental Anxiety in Dental Practice Settings. Journal of dental hygiene. 2017 ; Vol. 91, N°1, p.30-34.
- (13) Caltabiano M.L., Croker F., Page L., Sklavos A., Spiteri J., Hanrahan L. et al. Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. BMC Oral Health. 2018 ; Vol. 18, N°118, p.48.
- (14) Kheir O.O., Ziada H.M., Abubakr N.H., Abdel-Rahman M.E., Fadel S.M., Ibrahim Y.E. Patient-dentist relationship and dental anxiety among young Sudanese adult patients. International dental journal. 2019 ; Vol. 69, N°1, p.35–43.
- (15) De Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. Medicina. Kaunas : 2019 ; Vol. 55, N°10, p.678.
- (16) Ghazel M. Anxiété des patients adultes au cabinet dentaire: origines, impacts et évaluation dans le cadre d'une étude au sein du CHU de Nice. Thèse de Chirurgie Dentaire, Université Côte d'Azur ; 2020, 63 p.
- (17) Bohl J-B., Pirnay P. Pourquoi nos patients ont-ils peur de nos soins dentaires ? In : La peur du dentiste : Comprendre et réduire l'anxiété des patients. Paris : Éditions CdP ; 2016, 112 p., p.36-39.

- (18) Locker D., Thomson W.M., Poulton R. Psychological Disorder, Conditioning Experiences, and the Onset of Dental Anxiety in Early Adulthood. *Journal of Dental Research*. 2001 ; Vol. 80, N°6, p.1588-1592.
- (19) Ten Berge M., Veerkamp J.S.J., Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *Journal of anxiety disorders*. 2002 ; Vol. 16, p.321–329.
- (20) Les Français et la peur du dentiste : mythe ou réalité ? Communiqué de presse. 27 Novembre 2017
- (21) ARS Centre, Agence Régionale de Santé Centre. Affiche patient sur l'observance thérapeutique. 2012, 1 p. [En ligne]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/poster_patient_observance_format_A4_v3.pdf. Consulté le 09/05/2024
- (22) Zolnierek K.B.H., Dimatteo M.R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*. 2009 ; Vol.47, N°8, p.826–834.
- (23) Burkert V., Stoykova M., Semerdjieva M. Communication skills teaching methods in dental education - a Review. *Folia Medica*. 2021 ; Vol. 63, N°1, p.30-34.
- (24) DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Enquête Urgences 2023. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>. Consulté le 02/08/2024
- (25) Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. *La Santé en action*. 2017, N°440, p. 11-13. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>. Consulté le 31/07/2024
- (26) Boland L., Stacey D. La littératie en santé dans la pratique clinique et en recherche. *Revue canadienne de nursing oncologique*. 2016 ; Vol. 26, N°4, p. 362-364.
- (27) Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 ; Vol.12, p. 80.

- (28) Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 2015 ; Vol. 25, N°6, p.1553-1558.
- (29) Kickbusch I., Pelikan J., Apfel F. and Tsouros A. *Health Literacy: The Solid Facts*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2013 ; 86 p. [En ligne]. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> Consulté le 31/07/2024
- (30) Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns*. 2015 Jan;98(1):41-8. doi: 10.1016/j.pec.2014.10.006. Epub 2014 Oct 16. PMID: 25455794.
- (31) Chauvin F, *Dessiner la santé publique de demain*. 2022 ; 157p. [En ligne]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf. Consulté le 13/01/2025
- (32) Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011 ; Vol. 155, N°2, p.97-107.
- (33) Baker D.W., Wolf M.S., Feinglass J., Thompson J.A., Gazmararian J.A., Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Archives of internal medicine*. 2007 ; Vol.167, N°14, p.1503–1509.
- (34) Van den Broucke S., Discart M. La littéracie en santé, un outil de réduction des inégalités sociales de santé. *Séminaires sur les inégalités sociales de santé, Observatoire de la Santé*. 2016 ; 22 p. [En ligne]. https://observatoiresante.hainaut.be/p-content/uploads/woocommerce_uploads/2018/06/2016-10-11_SEMISS_Litteratie_en_sante_24-02-2018.pdf. Consulté le 31/07/2024
- (35) Scott T.L., Gazmararian J.A., Williams M.V., Baker D.W. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*. 2002 ; Vol. 40, N°5, p. 395–404.

- (36) Dolan N.C., Ferreira M.R., Davis T.C., Fitzgibbon M.L., Rademaker A., Liu D. et al. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: does literacy make a difference? *Journal of Clinical Oncology*. 2004 ; Vol. 22, N°13, p. 2617–2622.
- (37) Rondier M. A. *Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. L'orientation scolaire et professionnelle. 2004 ; Vol. 33, N°3, p. 475-476.
- (38) RÉFLIS, Réseau Francophone de Littératie en Santé. [En ligne]. <https://reflis.fr/>. Consulté le 12/08/2024
- (39) CCA, Conseil canadien sur l'apprentissage. La Littératie en santé au Canada : Une question de bien-être. Ottawa, 2008, 41 p. [En ligne]. http://bv.cdeacf.ca/RA_PDF/42954.pdf. Consulté le 23/08/2024
- (40) Shared Health, Soins Communs, Manitoba. Initiative : Vous avez le droit de poser des questions. 2025. [En ligne]. <https://soinscommunsmb.ca/soins-aux-patients/qualite-securite-apprentissage/securite-des-patients/vous-avez-le-droit-de-poser-des-questions/>. Consulté le 29/06/2024
- (41) Institute for Healthcare improvement. Tool: Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health. [En ligne]. <https://www.ihl.org/resources/tools/ask-me-3-good-questions-your-good-health> Consulté le 28/06/2024
- (42) Meisels I., Musset A.M., Fernandez de Grado G., Offner D. Evaluation of the quality of dentistry related videos made by Youtubers. Public health tool, or large scale danger? *Journal of epidemiology and public health reviews*. 2018 ; Vol. 3, N°3, p.1-10.
- (43) Caitríona L. Cox. Patient understanding: How should it be defined and assessed in clinical practice? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2023, Vol.29, N°7, p. 1127-1134. [En ligne]. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jep.13882> Consulté le 28/06/2024

- (44) DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Le handicap en chiffres. Panorama. 2023. 102 p. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Handicap2023.pdf>.
- (45) Baudrillart E., Boileau L., Toussaint M., Garrivier O., Julliard L., Guissant C. et al. Le consentement de la personne en situation de handicap. Guide à destination des professionnels et des aidants. Agence Régionale de Santé Grand Est. 2022 ; 82 p. [En ligne]. https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/livret_consentement_psh_pour_diffusion.pdf. Consulté le 16/07/2024
- (46) Gouvernement du Canada. Communication interactive efficace. 2016. [En ligne]. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/organisation/carrieres-arc/reenseignements-ont-deplaces/competences-arc-outils-evaluation-standardisee/competences-agence-revenu-canada-avril-2016/communication-interactive-efficace.html>. Consulté le 08/08/2024
- (47) Doctoweb. Communication santé : 10 conseils pour s'adresser efficacement à ses patients. 2023. [En ligne]. <https://site-web-medecins.fr/10-conseils-en-communication-sante#:~:text=Utiliser%20un%20langage%20clair%20et,les%20traitements%20et%20les%20recommandations>. Consulté le 14/08/2024
- (48) Glaser J., Nouri S., Fernandez A., Sudore R.L., Schillinger D., Klein-Fedyshin M., et al. Interventions to Improve Patient Comprehension in Informed Consent for Medical and Surgical Procedures: An Updated Systematic Review. Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making. 2020, Vol. 40, N°2, p.119–143.
- (49) AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. Use the Teach-Back Method Tool. In : Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Second Edition, 2024, p.18-20. [En ligne]. <https://drive.google.com/file/d/1OMF2YFtW-ghGPyarIVleAQR43lbrhHwq/view>. Consulté le 14/08/2024

ANNEXE 1 : affiche 1

CONSEILS DE COMMUNICATION AU CASU



1. REPÉRER LES GROUPES LES PLUS VULNÉRABLES



Les personnes âgées



Les immigrants récents



Les personnes sans emploi et
les personnes recevant l'aide sociale



Les personnes peu scolarisées ou
ayant des difficultés en français ou anglais.

2. UNE INFORMATION ORGANISÉE – UN ORDRE LOGIQUE

- 1 Exposer l'état de santé bucco-dentaire actuel
- 2 Expliquer ce que l'on a réalisé dans la séance d'urgence
- 3 Expliquer ce qu'il est nécessaire de faire ultérieurement
- 4 Expliquer comment améliorer son comportement vis-à-vis de sa santé (aspect de prévention et d'éducation thérapeutique)

3. APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DE COMMUNICATION



Ne pas décourager le patient : insister sur le bénéfice qu'il peut retirer des conseils en lui exposant des alternatives ou des solutions à ses habitudes actuelles



Poser des questions ouvertes :

- ✓ Quelles sont vos questions ?
- ✗ Avez-vous des questions ?
- ✗ Avez-vous compris ?



Donner des conseils au lieu d'interdits, des mots positifs et non négatifs :

- ✗ Ne buvez plus de sodas
- ✓ Je vous conseille de boire de l'eau



Être précis et concis : ne pas noyer le patient ni omettre de chose importante.

- ✓ Viser un seuil minimal de compréhension



Communication interactive :
éviter les monologues face à un patient passif

4. CONTRÔLE DE LA BONNE COMPRÉHENSION

Méthode du Teach-Back

- 1 Pouvez-vous me dire ce que vous avez compris en l'expliquant avec vos propres mots ?
- 2 Y a-t-il quelque chose qui vous questionne ? Qui vous préoccupe ?
- 3 Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez mieux savoir ou comprendre ?

OBJECTIFS

PERSONNALISER L'APPROCHE : DONNER LA MOTIVATION NÉCESSAIRE POUR
APPLIQUER LES CONSEILS ET RECOMMANDATIONS.

CONSEILS DE COMMUNICATION AU CASU

FORMULATION À PRÉFÉRER

- ✓ Le traitement que nous avons réalisé aujourd'hui est provisoire. Savez-vous comment prendre rendez-vous dans notre centre de soins dentaires pour la réalisation des soins ?
- ✓ En attendant le prochain rendez-vous, essayez de remplacer les sodas par de l'eau. Pour ce qui est du tabac, il existe des solutions pour vous aider, voudriez-vous plus de renseignements ?
- ✓ Pouvez-vous me dire ce que vous allez modifier dans vos habitudes de brossage de dents ?
- ✓ Dans votre cas, au vu de votre âge et de vos facteurs de risque bucco-dentaire, il est recommandé de consulter un dentiste une à deux fois par an. Aurez-vous la possibilité de consulter un dentiste de ville ?

FORMULATION À ÉVITER

Nous avons terminé.
Donc, ce que vous devrez faire est :

- ✗ De prendre un rendez-vous au service de soins pour réaliser les soins, parce que le traitement d'aujourd'hui est uniquement provisoire, je vous inscris le numéro du service sur votre carton.
- ✗ En attendant, il faut arrêter de grignoter entre les repas et ne plus boire de boissons sucrées, et vous brosser les dents avec un dentifrice fluoré deux fois par jour.
- ✗ Et enfin, il vous faut impérativement consulter régulièrement un dentiste pour éviter la progression de nouvelles caries.



OBJECTIFS

- ✓ ENCOURAGE UN DIALOGUE ET LA PARTICIPATION ACTIVE DU PATIENT DANS L'ÉCHANGE. CELUI-CI SE SENT CONCERNÉ, ÉCOUTÉ ET NON INFANTILISÉ PAR UNE SUCCESSION D'INTERDITS ET D'OBLIGATIONS.
- ✓ CONTIENT UNIQUEMENT DES FORMULATIONS POSITIVES, SANS NÉGATIONS.
- ✓ IMPLIÈQUE ET RESPONSABILISE LE PATIENT.

HOFSTETTER (Anne) - Information claire et loyale au patient et communication verbale adaptée dans le cadre des affections et traitements endodontiques
(Thèse : 3^{ème} cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2025 ; N°26)

N°43.22.25.26

Résumé :

Dans un contexte d'autonomisation croissante du patient, l'importance accordée aux principes éthiques de consentement et d'information claire et loyale voit sa place grandir au sein de la relation entre patients et praticiens. Une explication claire et adaptée est une obligation déontologique, elle se révèle également nécessaire pour favoriser une relation de confiance, ainsi qu'une adhésion du patient aux thérapeutiques de soins.

Cette communication verbale, tant lors des soins d'urgences, qu'avant, pendant et après les thérapeutiques endodontiques, doit être adaptée au niveau de compréhension du patient. En effet, le juste milieu doit être trouvé entre un jargon professionnel incompréhensible et anxiogène pour le patient, et l'utilisation d'un vocabulaire infantilisant, ambigu ou inexact sur le plan médical ou technique. De plus, il est indispensable de s'assurer de la bonne compréhension du message transmis par le chirurgien-dentiste, et d'éviter la sur-communication comme le défaut d'information.

Nous nous proposons donc de réaliser dans un premier temps une revue des obligations légales et déontologiques, puis des principes éthiques de la communication verbale.

Dans un second temps, la démarche consiste en une enquête directe à l'UF de CASU pour une estimation chiffrée de la continuité des soins. Puis nous présenterons des clés et recommandations de communication verbale. Le tout aboutissant à la réalisation d'affiches récapitulatives destinées aux externes et praticiens. La prise en compte de ces recommandations pendant la formation initiale pourrait permettre aux futurs praticiens d'être plus à l'aise dans les explications des informations liées aux traitements, gagner en compréhension et en confiance, et obtenir l'adhésion de leurs patients aux traitements proposés.

Mots clés : Attitude du personnel soignant
Éducation thérapeutique
Communication verbale
Vulgarisation médicale

Me SH : Behaviour of Health Personnel
Patient education
Verbal communication
Popularizing medicine

Jury :

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Docteur WALTMANN Etienne
Docteur EHLINGER Claire
Docteur LE GROS Bastien

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :
A. HOFSTETTER
75 Rue d'Ostwald
67000 STRASBOURG
Adresse de messagerie : anne.hofst@gmail.com

