

Enquête d'opinion de la SSO – partie 2

Aux yeux de ses patients, le médecin-dentiste est perçu comme intelligent et empathique; il jouit d'une excellente considération. Les patients sont particulièrement satisfaits lorsque leur médecin-dentiste est aimable, lorsqu'il leur explique les différentes étapes d'un traitement, quand il les informe sur les coûts de ceux-ci et qu'il respecte ses devis.

Etienne Barras, Marco Tackenberg, Markus Gubler

Image du médecin-dentiste

Voici les caractéristiques les plus fréquemment citées par les personnes interrogées à qui il était demandé de citer quatre caractéristiques typiques d'un médecin-dentiste: «intelligent» (59%), «gagne trop d'argent» (44%), «empathique» (41%) et «bien considéré» (41%). C'est en particulier la

considération qui a notablement augmenté depuis 1990 (1990: 22%; 2000: 32%; 2010: 41%). Si, en 2000, plus de la moitié des personnes interrogées estimaient que leur médecin-dentiste gagnait trop, elles sont encore près de 44% à partager cet avis aujourd'hui. En général, la profession de médecin-dentiste jouit d'une excel-

lente réputation au sein de la population: quatre personnes sur cinq ont une «grande» ou une «très grande» confiance en lui et en son travail. Toutes aussi élevées sont les valeurs concernant la sympathie en général. 71% des personnes interrogées considèrent que la profession de médecin-dentiste est «sympathique» à «très sympathique». Ce pourcentage monte à 85% pour les personnes de plus de 65 ans. La profession éveille le plus de sympathies dans les cantons du Valais, de Neuchâtel, du Jura et de Fribourg. Elle paraît moins appréciée par les moins de 30 ans ainsi que dans le canton du Tessin: 35% des personnes interrogées au Tessin ont admis que la profession de médecin-dentiste leur était «vraiment antipathique».

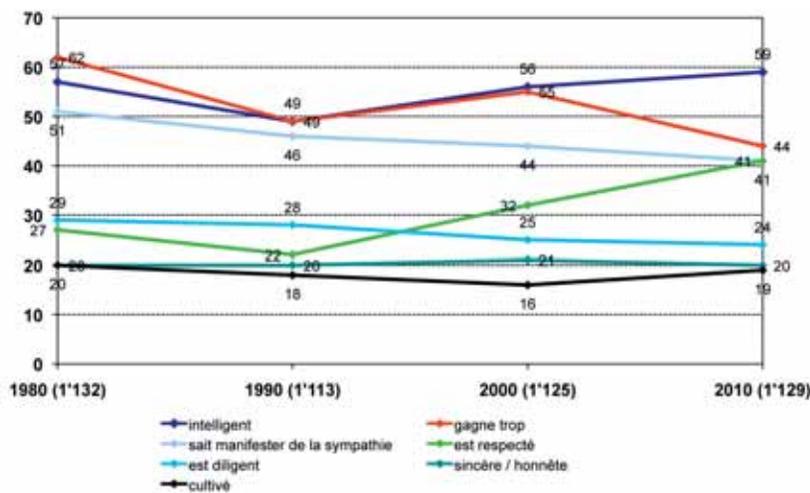
Etat et statut de sa propre dentition

Ce sont tout juste les deux tiers des personnes interrogées qui considéraient que l'état de leur dentition était «bon» (44%) ou «très bon» (19%). 4% la voyaient en mauvais état. Les femmes ont leur dentition en un peu meilleure estime que les hommes. A en croire les indications émises, l'état des dents se détériore avec l'âge: 27% des 15 à 29 ans voient leur dentition en très bon état. Le pourcentage diminue à 6% pour les plus de 65 ans. Les Romands, les personnes dont la formation scolaire est de niveau inférieur et les patients qui n'ont pas consulté de médecin-dentiste ou d'hygiéniste dentaire depuis longtemps jugent l'état de leur dentition comme étant moins bon que celui des autres personnes interrogées. Plus d'un tiers de la population suisse est insatisfaite de sa santé dentaire. Simultanément, plus de 90% considère que la bonne apparence des dents est «importante» (49%) à «très importante» (44%).

Centres de médecine dentaire

Un patient sur cinq s'est déjà rendu au moins une fois dans un centre de médecine dentaire en Suisse. Il y a toutefois de grandes différences selon les régions: les Romands (38%) et les Tessinois (25%) se font notablement plus souvent soigner dans des centres de médecine dentaire que les Alémaniques. Dans le canton de Genève, ce sont déjà 58% des personnes interrogées qui ont été traitées au moins une fois dans un centre. Les raisons invoquées pour la fréquentation des centres de médecine dentaire sont avant tout les soins d'urgence (service 24 heures sur 24) (36%) ainsi que la réception sans complications et sans rendez-vous (29%). Les avantages supposés en matière de prix n'arrivent qu'en troisième position (20%). 56% des personnes interrogées ont indiqué être très satisfaite de la qualité des traitements. Cette valeur est cependant significativement plus basse si on la com-

Fig. 1 Caractéristiques du médecin-dentiste



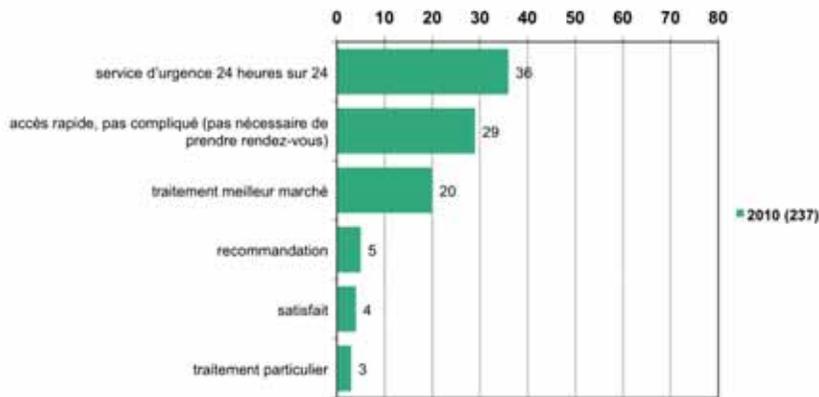
Indications en pour-cent des personnes interrogées
Base entre parenthèses / Floutage statistique +/-2,9%

Fig. 2 Avez-vous déjà subi un traitement dans un cabinet dentaire qui groupe plusieurs médecins-dentistes, trois ou plus?



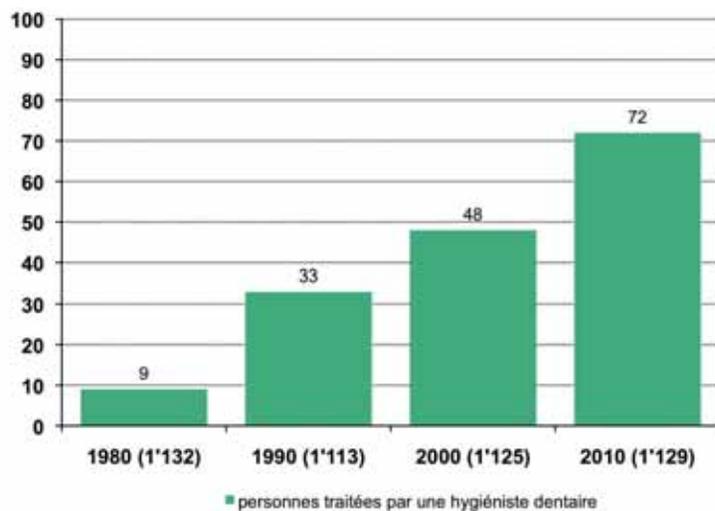
Indications en pour-cent des personnes interrogées
Base entre parenthèses / Floutage statistique +/-2,9%

Fig. 3 Motifs pour suivre un traitement dans un centre de médecine dentaire



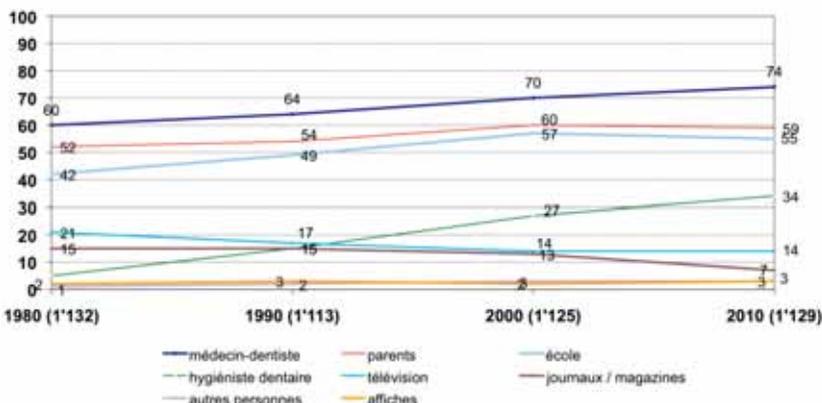
Indications en pour-cent des personnes interrogées
Base entre parenthèses / Floutage statistique +/-2,9%

Fig. 4 Avez-vous déjà été soigné par une hygiéniste dentaire?



Indications en pour-cent des personnes interrogées
Base entre parenthèses / Floutage statistique +/-2,9%

Fig. 5 Sources d'information pour les soins à la dentition



Indications en pour-cent des personnes interrogées
Base entre parenthèses / Floutage statistique +/-2,9%

pare avec la satisfaction éprouvée avec les médecins-dentistes SSO. Les patients insatisfaits se plaignent au premier chef de la qualité des traitements (60%). D'autres critiques portent sur des factures plus coûteuses qu'attendu (19%), des difficultés de compréhension (17%) ainsi que les changements fréquents de médecins-dentistes (15%).

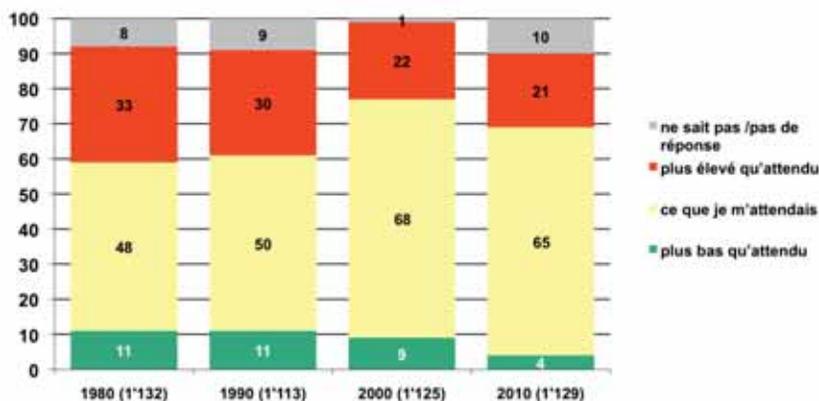
Hygiénistes dentaires

Les hygiénistes dentaires (HD) font désormais partie intégrante de l'équipe du cabinet dentaire. Leurs prestations bénéficient d'une notoriété croissante depuis ces trente dernières années (1980: 31%; 1990: 59%; 2000: 76%). Neuf patients sur dix connaissent leur existence. Leur notoriété est au-dessus de la moyenne dans les cantons de Zurich et de Glaris (97%), auprès des patients des médecins-dentistes SSO (94%), des personnes bénéficiant d'une formation supérieure (93%), des 30 à 49 ans (93%) et des femmes (91%). Le degré de notoriété le plus faible se rencontre chez les personnes de faible niveau de formation (71%), des plus de 65 ans (81%) ainsi que dans les populations des cantons de Fribourg, du Jura, de Neuchâtel et du Valais (82%). En 2010, presque les trois quarts des personnes interrogées ont déjà été traitées au moins une fois par une hygiéniste dentaire. Les patients des médecins-dentistes SSO se font traiter significativement plus souvent par des HD. Par ailleurs, les Alémaniques, les Tessinois, les plus de 30 ans et les personnes de formation scolaire supérieure font un appel aux HD supérieur à la moyenne. Plus de 90% des personnes interrogées sont satisfaites des traitements prodigués par les hygiénistes dentaires. Si, en 1980, il y avait encore 13% d'insatisfaits des prestations des HD, ce chiffre est tombé à 2% au cours de ces derniers 30 ans. La grande majorité des personnes satisfaites apprécie surtout le travail soigné, indolore et approfondi de l'hygiéniste dentaire ainsi que sa gentillesse. 36% d'entre elles indiquent que la consultation d'une HD est associée à une sensation agréable.

Informations sur les soins dentaires

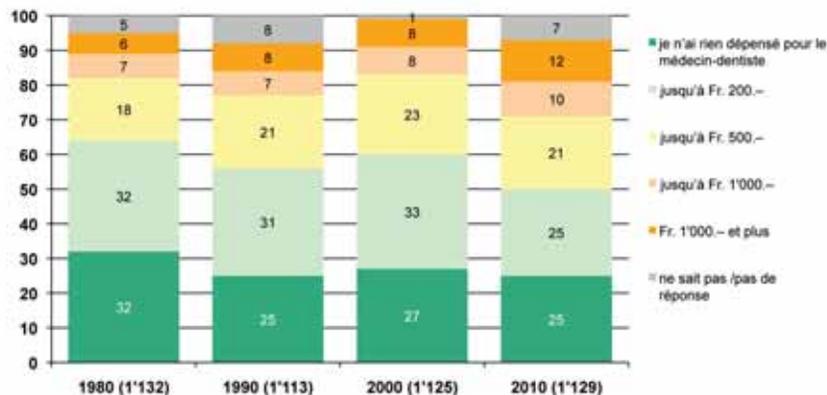
Les médecins-dentistes demeurent en 2010 la plus importante source d'information des patients pour tout ce qui a trait aux soins à la dentition et à l'hygiène buccodentaire. Son importance n'a pas cessé de croître au cours de ces trente dernières années. Aujourd'hui, 74% des personnes interrogées indiquent s'informer auprès de leur médecin-dentiste au sujet des soins dentaires (1980: 60%; 1990: 64%; 2000: 70%). Par ailleurs, c'est à la maison (59%) et à l'école (55%) que sont transmises les bases essentielles en médecine dentaire. L'importance toujours

Fig. 6 Les derniers honoraires de votre médecin-dentiste, étaient-ils plus bas, plus hauts ou bien était-ce la somme à laquelle vous vous attendiez?



Indications en pour-cent des personnes interrogées
Base entre parenthèses / Floutage statistique +/-2,9%

Fig. 7 Combien avez-vous payé en 2009 pour vos soins dentaires personnels?



Indications en pour-cent des personnes interrogées
Base entre parenthèses / Floutage statistique +/-2,9%

croissante de l'hygiéniste dentaire confirme à quel point le médecin-dentiste et toute son équipe sont le point de contact pour les questions des patients: si, il y a trente ans, 5% des personnes interrogées indiquaient obtenir de lui des informations importantes, ce chiffre a aujourd'hui presque septuplé. Par contre, de moins en moins de personnes s'informent par le biais des journaux ou de la télévision. De même, les notices et brochures du médecin-dentiste à l'intention des patients sont un peu moins assidument lues qu'auparavant.

Ce que coûte le médecin-dentiste

Un quart des personnes interrogées n'ont pas eu de frais de médecin-dentiste au cours des douze derniers mois. Un autre quart a dû s'acquitter d'une facture jusqu'à CHF 200.-, 21% ont dû payer jusqu'à CHF 500.-, 10% jusqu'à CHF 1000.- et 12% encore ont eu des factures d'un montant

plus élevé. Cette répartition est pratiquement identique dans toutes les régions du pays. Les femmes ont des factures quelque peu inférieures à celles des hommes. A la question de savoir si le montant de la dernière facture du médecin-dentiste était inférieur, supérieur ou plus ou moins le même que ce à quoi l'on s'attendait, 4% ont indiqué qu'il avait été moindre qu'attendu et 21% ont signalé avoir reçu une facture d'un montant plus élevée que ce à quoi ils s'attendaient. Les factures de médecin-dentiste des patients de la Suisse romande s'écartent un peu plus des attentes qu'en Suisse alémanique et qu'au Tessin (28% contre 18%, resp. 22%).

Fait réjouissant: ce sont aujourd'hui 70% (2000: 60%) des médecins-dentistes qui renseignent sur les coûts d'un traitement. Cette proportion monte à quatre membres sur cinq parmi les médecins-dentistes SSO. Les praticiens respectent ces estimations de très près. 77% des factures

correspondant aux pronostics, voire leur sont inférieures.

Un devis est plus fréquemment établi pour les traitements lourds et pour les patients âgés. Les personnes interrogées en Suisse romande (76%) en reçoivent plus fréquemment que les Alémaniques (68%) et les Tessinois (56%). L'information sur les coûts semble avoir des effets positifs sur la relation entre le médecin-dentiste et son patient: les patients qu'il a renseignés sur les coûts de leur traitement lui accordent plus de confiance et sont notamment plus satisfaits de ses prestations.

Réclamations et commissions d'examen des honoraires

A la question de savoir comment elles réagiraient à une facture de médecin-dentiste qu'elles trouveraient trop élevée, 77% des personnes interrogées ont répondu qu'elles tenteraient tout d'abord d'avoir un entretien avec leur médecin-dentiste. 7% se renseigneraient d'abord auprès d'une instance neutre. Cinq autres pour-cent demanderaient conseil à un membre de l'équipe du cabinet dentaire. 8% ont refusé de répondre. Le pourcentage des personnes interrogées qui n'ont pas pu ou pas voulu répondre a constamment diminué depuis 1980 (17%).

Comment se comporteraient les personnes interrogées qui ne pourraient pas se mettre d'accord avec leur médecin-dentiste? La plupart (tout juste un tiers des patients) s'adresseraient à une commission de conciliation médico-dentaire (2000: 45%; 1990: 50%).¹ 16% se mettraient en rapport avec un autre médecin-dentiste et 13% demanderaient conseil à une organisation de protection des consommateurs. Les réclamations des patients revêtent une forme très différenciée en fonction des régions du pays. Si les Alémaniques ne peuvent pas se mettre d'accord avec leur médecin-dentiste, ils s'en remettraient plus fréquemment à une commission de conciliation médico-dentaire que les Romands ou les Tessinois (33% c. 25%, resp. 6%). 22% des Romands consulteraient un autre médecin-dentiste pour l'examen d'une note d'honoraire estimée trop élevée contre 15% seulement des Alémaniques.

¹ Remarque: pour répondre à cette question, les enquêteurs ont soumis une liste de réponses possibles aux personnes interrogées. La question était donc orientée. Il faut admettre que de très nombreuses personnes interrogées n'auraient encore jamais entendu parler d'une commission de conciliation médico-dentaire.

Action «Box dix heures»: prophylaxie de la carie et prévention de l'obésité des écoliers

Avec l'action «Box dix heures», les cantons de Zurich, de Soleure et de Zoug ont lancé un projet novateur pour la prévention de l'obésité et de la carie des élèves des écoles. Des instructrices en soins dentaires enseignent également à leurs protégés, et c'est une nouveauté, ce que sont des collations saines entre les repas principaux. Une manifestation de formation continue organisée par l'Université de Zurich leur transmet les outils et connaissances nécessaires. L'action «Box dix heures» est financée par la Société suisse d'odontostomatologie, par les directions cantonales de la santé ainsi que par d'autres parrainages.

Sandra Küttel, Service de presse et d'information de la SSO (photos: mäd)

Fabian, sept ans: «Est-ce que je passe à la télé?» Tout craintifs, les treize gamins et gamines sagement assis sur leurs petites chaises observent les journalistes qui rendent visite à leur classe aujourd'hui. Raisons de ce soudain intérêt de la part des médias? Le lancement de l'action «Box dix heures» dans le canton de Soleure! Les représentants des médias et les parrains de l'action ont pu vivre en direct dans la première classe primaire de l'école Riedholz comment la prophylaxie de la carie et la prévention de l'obésité peuvent aller de concert.

D'une pierre deux coups

«Alors les enfants, vous voulez écouter le blues du Diablotin des dents?», demande Caroline Jaeggi, l'institutrice ès soins dentaires. La proposition reçoit un écho enthousiaste, sans aucun doute. Les enfants sont tout joyeux: «Je suis le Diablotin des dents! La bouche est mon terrain de chasse! J'y creuse de profonds tunnels...», égrène le blues qui sort de l'enregistreur à cas-

settes. Les enfants battent la mesure. Sur le modèle d'une mâchoire plus grande que nature, Caroline Jaeggi fait la démonstration de la bonne technique pour se brosser les dents. Les garçons

Action «Box dix heures»

Caroline Jaeggi compte parmi près de deux-cents instructrices ès soins dentaires qui ont suivi le cours «Alimentation saine pour les dents et pour le corps» dispensé par l'Université de Zurich. Dans le cadre de son activité, Caroline Jaeggi explique désormais à ses jeunes protégé-e-s les relations qu'il y a entre l'alimentation et une masse corporelle saine. Une «Box dix heures» personnelle à l'intention des élèves de première année et une feuille volante contenant des conseils destinés à leurs parents complètent l'offre. L'action «Box dix heures» a été élaborée par la Clinique de médecine préventive de l'Université de Zurich. Elle a été conduite dans les cantons de Zurich, Soleure et Zoug. La Société Suisse d'Odonto-stomatologie apporte à cette action son soutien, à la fois conceptuel et financier.

et les filles participent attentivement. Caroline Jaeggi attache beaucoup d'importance au fait d'associer le jeu au sujet: «C'est ainsi qu'ils se souviendront de la leçon et qu'ils la mettront tout naturellement en pratique», l'institutrice en soins dentaires en est absolument convaincue. Une fois les dents brossées, la leçon aborde le sujet des collations entre les repas. C'est pour cela que Caroline Jaeggi a suivi tout spécialement une formation continue. Une corbeille emplies de victuailles de toutes sortes, saines et moins saines, trône au milieu de la classe. Chaque enfant choisit un produit. Ensuite, la classe discute pour savoir quels aliments conviennent ou ne conviennent pas pour une collation intermédiaire. En ce qui concerne les boissons au yaourt, les enfants sont dans l'incertitude: «Est-ce que c'est du lait? Est-ce que c'est vraiment sain?» s'interroge Sandro. «Eh bien non! Parce que c'est plein de sucre, ce n'est pas bon pour les dents!» contredit Fabio. «Et la banane? C'est aussi tout plein de sucre, mais c'est bon pour les dents?» intervient Hanna. Caroline Jaeggi explique: «Dans la banane, il y a du sucre de fruit. C'est un autre sucre que le sucre blanc qui est mauvais pour les dents. Alors, tu peux apporter une banane pour tes dix heures!».

La participation des parents est essentielle

Nous en arrivons au clou de la leçon: chaque enfant reçoit sa «Box dix heures» personnelle avec une pomme. Pour les parents, l'institutrice en soin dentaire distribue une feuille volante contenant des indications sur la composition qui convient pour les dents des collations entre les repas. «Il est important que les parents s'impliquent aussi»: Brigitte Stadelmann, la maîtresse



Chaque enfant reçoit sa «Box dix heures» personnelle avec une pomme.



Pour Caroline Jaeggi, institutrice ès soins dentaires, il importe de présenter le sujet aux jeunes écoliers dans une atmosphère ludique.



Pour les parents, l'institutrice en soins dentaires distribue une feuille volante contenant des indications sur la composition qui convient pour les dents des collations entre les repas.

de classe, le sait fort bien. «Encore et toujours, des enfants me racontent qu'ils viennent à l'école sans s'être brossé les dents, ou bien qu'ils vont au lit le soir sans l'avoir fait. Bien des parents ne sont pas du tout sensibles à ce sujet.» C'est là une observation que Brigitte Stadelmann n'est pas la seule à avoir fait: les responsables des soins dentaires signalent depuis quelques temps une prise de conscience moindre pour les mesures

qui ont tant contribué au recul de la carie ces dernières années. C'est précisément ici que l'action «Box dix heures» tape dans le mille: l'attention des parents est attirée sur des alternatives saines aux *snacks* pleins de graisse et de sucre. De plus, le caractère durable du projet est assuré, car le sujet est abordé régulièrement dans le cadre des leçons consacrées aux soins de la dentition.

Le modèle d'une réussite: les soins dentaires scolaires

La santé orale des écoliers suisses s'est très notablement améliorée par rapport aux années soixante. Cet heureux résultat est à porter au crédit des efforts constants accomplis par la Société Suisse d'Odonto-stomatologie dans le domaine de la prophylaxie. Entre 1964 et 1996, c'est une baisse de près de 90% des atteintes par la carie qui a été constatée chez les jeunes scolarisés dans le canton de Zurich. Même si ces valeurs se situent à un niveau relativement bas par rapport à d'autres pays européens, il faut encore les prendre comme point de départ pour viser à poursuivre l'amélioration de la situation.

Tendance vers les aliments prêts à l'emploi

Le comportement alimentaire des enfants des écoles est actuellement en train d'évoluer. Il reflète en effet les changements que vivent l'économie et la société toute entière. Certes, nous disposons d'une offre abondante de produits alimentaires. Mais les consommateurs consacrent de moins en moins de temps à leur préparation et à leur consommation. C'est pourquoi les aliments prêts à l'emploi (*convenience food*), les barres (*snacks*) et la restauration rapide (*fast-food*) occupent une place de plus en plus importante, avec le risque de voir apparaître une alimentation déséquilibrée, trop riche en sucres et en graisses. Il importe donc d'informer les écoliers et leurs parents de ce qui peut composer une collation entre les repas à la fois saine et qui préserve la dentition.

Et tout d'un coup: patient!

Ce sont des milliers de gens qui, chaque année, tombent malades et doivent confier leur bien le plus intime et le plus précieux, leur corps, à des personnes qu'ils ne connaissent en rien et qui sont supposées en savoir beaucoup plus qu'eux. Conséquence presque obligée: une sorte de mise sous tutelle qui déroute celles et ceux qui sont devenus, tout d'un coup, des patients.

Anna-Christina Zysset, rédactrice (photos: mäd)

Les membres de leur famille, leurs compagnes et compagnons, leurs enfants et leurs amis aussi sont impliqués. En effet, tout a changé du jour au lendemain. Le *Beobachter* a édité un guide en langue allemande sous le titre *Plötzlich Patient* (ISBN 978 3 855694 443 3). Il indique aux nouveaux patients et à leurs proches quelques pistes nouvelles pour faire face à une étape douloureuse de leur existence. Voici un entretien avec

l'auteure de l'ouvrage, Delia Schreiber, psychologue, lic. phil. I.

RMSO: «Quelle est la genèse de ce nouveau guide: *Plötzlich Patient*?»

Delia Schreiber: «Voici quinze ans que je travaille avec des patients dans le contexte du coaching systémique. Dans le cadre de recherches portant sur la compétence du patient et sur mandat de

la Fondation *Patientenkompetenz* à Zurich, j'ai conduit de nombreux séminaires et eu moult entretiens avec des patients. J'ai ainsi pu profiter du trésor d'expérience de nombreux patients compétents. Le livre est né de ces résultats, connaissances et expériences. Pour le travail avec les patients, je pense qu'il n'y a pas de meilleur moyen de communiquer que le coaching systémique, quel que soit le rôle que vous jouez en tant que professionnel de la santé. Je ne conseille pas: j'accompagne en me référant aux ressources, aux aptitudes et aux objectifs propres du patient.»

«Quels sont les objectifs poursuivis et les ambitions de votre livre?»

«Que les patients réalisent tout ce qu'ils ont entre leurs propres mains quand il s'agit du cours de la maladie et de leur qualité de vie. Je voulais leur donner des outils simples mais efficaces qui leur permettraient de trouver le meilleur cheminement possible tout au long de leur maladie. Le mot-clé: l'autogestion de la maladie!»

Déroulement du coaching systémique

Le point de départ essentiel de toute thérapie systémique, respectivement de coaching systémique, résulte d'un exposé aussi précis que possible du mandat et de la relation coach/thérapeute et client/coaché (nous évitons généralement d'employer le terme «patient»). L'intervention peut commencer une fois que les objectifs poursuivis sont formalisés et acceptables aussi bien pour le client que pour le coach. Il est recommandé de soumettre le mandat à un réexamen occasionnel. En effet, les objectifs peuvent changer au fil de l'accompagnement, du coaching. La forme préférée implique un nombre restreint de séances de thérapie/coaching avec, si possible, de grands intervalles de temps entre les séances. Pendant ces périodes, les clients peuvent faire éventuellement l'essai dans leur propre vie de leurs nouvelles connaissances tirées de ces séances et ainsi «faire leurs devoirs à domicile». La thérapie systémique se distingue donc par son économie. Elle met l'accent principal sur l'initiative propre du client. Elle s'oriente étroitement d'après les recherches les plus récentes sur le cerveau et peut s'intégrer sans difficulté dans le contexte des entretiens normaux au fil des consultations.

«Et vous avez parfaitement réussi! Votre livre peut-il changer l'attitude des médecins et celle du personnel soignant?»

«Oui, certainement, si on le lit non seulement avec les yeux, mais aussi avec le cœur. Je suis très satisfaite de ce que l'approche systémique puisse mettre le pied, être présente dans le cadre des soins.»

«Recommanderiez-vous le coaching systémique également aux médecins-dentistes?»

«Sans aucun doute. C'est précisément quand on en arrive à des débats passionnés sur des questions d'esthétique que le médecin-dentiste tirera un grand avantage des techniques de communication du coaching systémique. Il pourra, par exemple, rapidement démontrer au patient ce que sont ses objectifs véritables, sans que ce dernier ait à les expliciter lui-même, sans le brusquer. Le mandat en deviendra beaucoup plus clair. Cela permettra d'éviter bien des pertes de temps et bien des désillusions.»

«Pouvez-vous en donner un exemple?»

«Admettons que Madame Martin désire une intervention dont le résultat esthétique serait plutôt incertain. Le médecin-dentiste va rechercher la motivation véritable de sa patiente en recourant aux techniques de questionnement du coaching systémique, sans devoir la deviner, cette motivation. Voici comment pourrait se dérouler l'entretien:

Médecin-dentiste: «A quoi pourriez-vous remarquer de la part de votre entourage que le traitement a pleinement réussi?»

Madame Martin: «Que mes contacts avec les autres soient plus heureux!»

Médecin-dentiste: «Ai-je bien compris: vous n'avez pas assez de contacts heureux avec vos semblables en raison de votre dentition?»

Madame Martin (fermement): «Mais non. Il y a de toutes autres raisons.»

Médecin-dentiste: «A quel point cette intervention serait-elle importante pour vous si vous aviez des contacts de meilleure qualité avec les gens? Disons sur une échelle de zéro (pas du tout importante) à dix (extrêmement importante)»

Madame Martin: «Disons deux, à peu près...»

Médecin-dentiste: «Dans ce cas, je trouve que le risque est plutôt élevé. Que diriez-vous de ma proposition: nous fixons tout de suite un nouveau rendez-vous. Quand vous viendrez, vous apporterez avec vous une liste de dix autres mesures qui pourraient refaire de ces rencontres des moments heureux?»

Madame Martin (soulagée): «OK. Je vais le faire. Merci!»

Lors du rendez-vous suivant, Madame Martin a déjà été invitée une fois à prendre le thé. Elle est désormais d'accord pour une intervention moins exigeante au plan de l'esthétique. Comme on s'y attendait, le résultat est tout à fait acceptable, mais très éloigné des désirs initialement exprimés par Madame Martin. Elle en est toutefois entièrement satisfaite.»

«Vous proposez le coaching systémique des patients. Que recouvre cette notion?»

«Le coaching systémique des patients, c'est tout simplement l'accompagnement du patient au fil de sa maladie. Tout professionnel de la santé le fait de toute façon. Mais ça devient passionnant quand on y ajoute la composante systémique, et c'est pourquoi je l'ai développée. L'approche systémique permet de parvenir de manière très conséquente à l'autogestion de soi-même. Le patient doit assumer lui-même le plus de responsabilités possibles, en fonction de ses aptitudes propres. Faire entièrement confiance au médecin et lui laisser intégralement gérer le traitement, c'est quelque chose qui relève aussi de la compétence du patient! Pour autant qu'il se sente bien dans ces conditions. Et cela fait beaucoup. Il s'est avéré que les patients qui sont suivis dans le cadre d'un coaching systémique ont une meilleure conformité et une meilleure adhésion au traitement. Leur satisfaction est plus grande. Ils ont besoin de moins d'antalgiques et subissent en conséquence et tout à leur avantage d'effets secondaires moins importants. C'est donc une situation win-win aussi bien pour le

patient que pour le médecin et l'assurance maladie.»

«Voici ma définition du coaching systémique, que je dois en grande partie aux patients eux-mêmes! Le coaching au long de la maladie d'un patient, c'est l'art:

- de découvrir la voie propre à chacun et de la lui laisser suivre,
- de l'accompagner en fonction de ses propres besoins,
- de trouver en lui à la fois force et moyens de son autogénération,
- de l'encourager afin de réussir à surmonter les moments les plus difficiles,
- de lui rappeler sans cesse quelles sont ses propres ressources et aptitudes.»

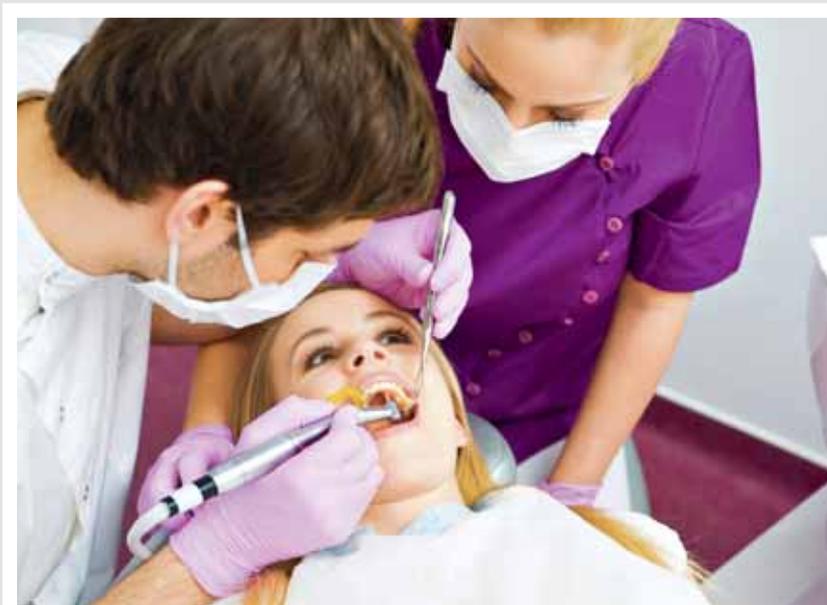
Devenir le co-auteur de sa propre santé

«La compétence du patient relève-t-elle d'un nouveau développement intervenu depuis les débuts des organisations d'aide à soi-même?»

«Oui. Dans les années soixante, il arrivait fréquemment que le diagnostic ne soit pas communiqué au patient. C'était le temps du patriarcat médical. Dans les années soixante-dix, l'*informed consent* a fait son apparition en Europe, venu des Etats-Unis. Il ne s'agissait pas alors d'impliquer le patient dans le processus de décision autour de sa maladie, mais de la protection juridique du médecin! Le mouvement «aide-toi toi-même» a pris son essor dans les années quatre-vingt. C'est à lui que l'on doit le *shared and informed decision making*. L'idée d'un patient adulte et autonome ne vient pas de la médecine, mais des patients



Delia Schreiber: «Oui, certainement, si on lit le livre non seulement avec les yeux, mais aussi avec le cœur. Je suis très satisfaite de ce que l'approche systémique puisse mettre le pied, être présente dans le cadre des soins.»



Les patients eux-mêmes n'en parlent pas, de la proximité. Ils parlent de confiance. Se sentir en sécurité, acceptés, respectés et bien informés par le médecin-dentiste.

eux-mêmes. Le patient compétent fait encore un pas de plus. C'est désormais cette interrogation qui le motive: «Que puis-je faire par moi-même pour moi-même?» Il veut être «co-auteur» de sa santé. C'est une opportunité merveilleuse pour tous les intervenants que de savoir comment cette motivation du patient, excellente par elle-même, peut être orientée afin de favoriser la guérison. Et le coaching systémique des patients est l'instrument idéal pour y parvenir.»

«La relation avec le patient est la clé de la guérison, ou de la survie dans le cas d'une maladie chronique. Comment peut-on établir une relation fructueuse avec le patient?»

«Ce n'est pas seulement les professionnels de la santé qui sont impliqués ici, mais aussi le patient lui-même. Des deux côtés, il faut travailler en équipe. Le médecin, par exemple, est responsable de la maladie *dans le patient*. Mais le patient *dans la maladie*, c'est le patient lui-même qui en est responsable. Il doit pouvoir rester l'expert pour ce qui est de sa personne. Il est essentiel que le médecin gagne la confiance de son patient. Il y parviendra en toute simplicité en reconnaissant explicitement les souffrances et les efforts de celui-ci, en lui montrant à la fois de l'intérêt et des égards, en ne l'abordant pas seulement avec son intelligence, mais aussi avec son cœur.»

«Le patient, de son côté, doit témoigner du respect au médecin. On se prépare à fond à chaque séance de travail. Pourquoi ne pas se préparer également à chaque consultation avec son médecin? Faire le tri des questions à aborder. Décrire les symptômes avec précision de telle sorte

que le médecin lui aussi les comprenne et qu'il se sente respecté, en tant que médecin et en tant que personne.»

Faire régner la confiance

«Qu'entendez-vous par être «proche du patient?»

«Je comprends tout médecin qui éprouve quelque angoisse métaphysique lorsqu'il se demande comment se rapprocher encore plus de son patient. Il doit déjà mettre ses doigts jour après jour dans tous les orifices de ce dernier! Et vous voulez être encore plus proche? Ça commence à bien faire! Et puis les patients eux-mêmes n'en parlent pas, de la proximité. Ils parlent de confiance. Ils veulent avoir confiance en leur médecin, pouvoir s'en remettre à lui. Se sentir en sécurité, acceptés, respectés et bien informés par lui. Pour le patient, il s'agit d'humanité. Pas de proximité.»

«Vivre avec l'impotence, c'est le thème central du vieillissement. Les malades chroniques au long cours vieillissent-ils mieux?»

«Bonne question! Je ne connais aucune étude à ce sujet. Mais je peux m'imaginer qu'une personne qui aura appris à bien gérer une maladie chronique pourra aborder le processus du vieillissement plus détendue et avec plus de «sagesse». Certes, il y aura dans ce contexte de considérables différences d'un individu à l'autre.»

«Comment amener les proches à s'impliquer?»

«Pour les proches, le plus difficile à vivre c'est souvent le sentiment de ne rien pouvoir faire.

De ne pouvoir assumer aucun rôle actif. Dans mon livre *Plötzlich Patient*, il y a un chapitre consacré aux proches. Ils peuvent s'impliquer, par exemple, en prenant conscience et en se mettant ensemble à une activité gratifiante. Ils peuvent faire en sorte de laisser de côté leur «mauvaise conscience» et de bien s'occuper d'eux-mêmes. En demandant au patient, tout à fait concrètement, en quoi et comment ils peuvent lui apporter un soutien. On évitera ainsi le pénible processus d'apprentissage par *trial and error*.»

Se relever du choc du diagnostic

«L'onco-psychologie est née dans les années soixante-dix. Les besoins des malades d'un cancer sont-ils si différents de ceux des patients souffrant d'autres maladies graves?»

«Il y a un livre passionnant de la publiciste disparue Susan Sontag: la maladie en tant que métaphore. Elle décrit dans cet ouvrage comment les mots «cancer» et «sida» se sont transformés pour nous en d'énormes épouvantails. Ils sont devenus synonymes de mal dévorant, de désespoir, de mort, d'épouvante. Les médias y ont certainement beaucoup contribué. Pour les malades, il s'agit d'éradiquer la crainte qu'implique le mot, de se relever du choc du diagnostic. Cinquante pour-cent des malades d'un cancer veulent croire qu'ils ont échappé à la mort. Ils sont souvent fiers des défis qu'ils ont su relever et maîtriser. J'ai beaucoup de gratitude pour ces malades qui ont réussi à survivre longtemps. Ils m'inspirent une certaine sagesse. Souvent, j'entends: «Ça a été difficile. Mais je n'aurais pas voulu manquer ça. Je suis devenu moi-même au travers de la maladie.» Même guéri, un malade d'un cancer reste un cancéreux, car le cancer est une maladie chronique. Il me semble que l'on retrouve cette sérénité surtout chez les patients qui souffrent d'un cancer. Ils sont convaincus qu'ils sont capables de faire quelque chose pour eux-mêmes. Ils sont certains de posséder en eux les ressources qui leur permettront de lutter contre la maladie. La recherche moderne sur le cerveau montre que cette conception n'a rien à voir avec une incantation magique. Elle peut avoir de considérables effets, ne serait-ce dans tel ou tel cas, d'avoir le sentiment de garder la maîtrise du scénario!»

Livre

Odontologie médico-légale

Bowers C M:

Forensic dental evidence, an investigator's handbook, 2nd edition

317 pp, Elsevier Ltd, 2011, env. CHF 95.–
ISBN 978-0-12-382000-6

L'odontologie médico-légale est la discipline de la médecine dentaire en rapport avec la loi. Ses tâches comprennent entre autres l'identification de personnes décédées ou vivantes, l'analyse de traces de morsures qui peuvent permettre d'identifier un agresseur ou une victime, l'estimation d'âge à partir de données dentaires, le diagnostic de certains traumatismes n'ayant pas une origine accidentelle, etc.

Ce livre s'adresse à ceux qui souhaitent se familiariser avec la connaissance, le contexte et la compréhension de l'odontologie médico-légale ou médecine dentaire forensique. C'est un outil précieux que possèdera tout enquêteur, juriste, médecin légiste et médecin-dentiste ayant un intérêt ou un rôle dans cette discipline.

Des informations historiques remontant jusqu'à l'Antiquité et passant par l'identification d'Adolf Hitler permettent d'apprécier le développement progressif de ce domaine.

Le développement de la médecine dentaire forensique moderne par l'informatisation notamment permet de mieux appréhender les méthodes d'identification qui s'ajoutent souvent à celles de la génétique. La médecine dentaire forensique reste ainsi un précieux secours aussi dans les situations de catastrophes de masse où elle constitue la plupart de temps la méthode privilégiée d'identification. Cette nouvelle édition élargit le propos d'une première publiée en 2004. L'ouvrage présente une vue à la fois générale et détaillée du rôle de l'identification odontologique dans des situations domestiques, internationales, qu'elles s'appliquent à une personne isolée ou à de nombreuses victimes lors d'une catastrophe de masse.

La méthodologie systématique d'un processus d'identification comprend l'enquête des investigateurs, l'analyse des données forensiques (photographie, relevés biologiques, relevés dentaires,

etc.) et leur confrontation avec les données antemortem des personnes recherchées. Plusieurs exemples concrets illustrent la manière dont un odontologiste interagit avec des enquêteurs.

L'aspect novateur de cet ouvrage est qu'il indique des références en ligne et des liens permettant une constante mise à jour et un accès facilité à des sites spécialisés. L'ouvrage est aussi disponible dans sa version électronique.

Michel Perrier, Lausanne

Revue

Gérontologie

Thorstensson H & Johansson B:

Why do some people lose teeth across their lifespan whereas others retain a functional dentition into very old age?

Gerodontology 27: 19–25, 2010

En dépit des progrès planétaires réalisés en matière de conservation des dents, nombreux sont les aînés à avoir perdus leurs dents naturelles. Divers facteurs de risques ont été associés à ce problème, comme l'âge, l'éducation, la situation économique, le niveau social, le tabagisme, les maladies buccales et d'autres affections systémiques. Il importe toutefois de bien comprendre les causes sous-jacentes de la perte des dents afin de mieux développer des mesures d'intervention et de prévention. Tandis que la population âgée augmente, l'importance de ces mesures s'accroît. La contribution de la carie, de la parodontite, des facteurs psychosociaux et médicaux dans le risque d'édentation a été étudié en se concentrant sur une cohorte de patients âgés de 80 ans et plus. Les facteurs contribuant à la rétention de 20 dents fonctionnelles au moins ont été identifiés.

Entre 1995 et 1998, les données de 357 sujets de plus de 80 ans ont été rassemblées à partir d'une étude longitudinale. A partir des dossiers bucco-dentaires, des informations concernant le nombre de dents, le pourcentage de surfaces cariées et obturées et le status parodontal furent relevées. De plus, les motifs de l'édentation et le moment de son apparition furent aussi retenus.

Environ un tiers des individus examinés avaient perdu leurs dents pendant leur jeunesse et seuls 11% à la sénescence. Trois-quarts de cette cohorte avaient perdu leurs dents avant 70 ans. Le niveau social était lié de manière significative au fait d'être édenté précocement.

Près de 55% des individus attribuaient la perte de leurs dents à des caries, 18% à 33% à des problèmes parodontaux en fonction de l'âge. Des céphalées, des traitements endodontiques et des fractures dentaires étaient aussi mentionnés comme causes d'extractions.

En comparant des personnes porteuses d'au moins 20 dents à des personnes complètement édentées, des différences significatives furent observées en relation avec le tabagisme, au niveau d'éducation et au status marital. En comparant les porteurs d'au moins 20 dents à des porteurs de 1 à 10 dents, le facteur prédominant revenait à la parodontite. Le maintien d'une denture fonctionnelle était aussi plus fréquent chez des personnes restées célibataires et atteints d'une parodontite modérée. 44% des personnes porteuses de 20 dents naturelles au moins présentaient une parodontite modérée, et 12% souffraient d'une parodontite avancée. 17% des participants porteurs de 1 à 10 dents présentaient une parodontite modérée, et 39% souffraient d'une parodontite avancée.

La carie était la raison principale de la perte des dents. Son incidence augmentait avec l'âge. Des facteurs de mode de vie peuvent influencer à la fois la perte ou la rétention dentaire. D'autres facteurs sont des contributeurs. La capacité de conserver une denture fonctionnelle était altérée de façon significative par la parodontite et par des variables psychosociales.

En recourant à un critère de durée de vie au sein d'une cohorte, il a été possible d'identifier des facteurs susceptibles de promouvoir la santé buccale ou de l'altérer. La carie reste la cause principale de perte dentaire. Son incidence croît avec l'âge des membres de la cohorte examinée. La parodontite influence aussi le maintien d'une denture fonctionnelle. Les facteurs liés au mode de vie ont des influences plus variées comme le status psychosocial. Il importe d'adopter une approche holistique en désignant des programmes d'intervention ou de prévention dont le but est d'aider nos patients à conserver une denture fonctionnelle pendant la sénescence aussi.

Michel Perrier, Lausanne