

Quels sont les 3 éléments clés d'une consultation avec un patient souffrant de dysfonction de l'ATM?

Michael J. Racich, DMD, Dipl ABOP, FAGD

Auteur-ressource

Dr Racich

Courriel : mikeracich@shaw.ca



Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-3/197.html

Une consultation approfondie avec un patient ayant une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire (ATM) est essentielle à l'établissement d'un bon diagnostic différentiel. Le récit du patient, l'écoute et l'effet placebo qui survient durant la consultation sont 3 éléments clés qui contribuent à faire participer le patient. Le patient qui participe activement aux soins de santé qui lui sont prodigués, du diagnostic au traitement, est généralement plus satisfait du résultat¹.

Le récit

Domaine nouveau et passionnant, la médecine narrative est utilisée plus fréquemment dans la formation des médecins, notamment celle qui touche la souffrance et la douleur^{2,3}. À la base, la médecine narrative consiste à laisser le patient raconter son histoire. Les praticiens qui laissent leurs patients exprimer leurs pensées, leurs émotions, leurs peurs, parler des traitements qu'ils ont reçus à ce jour et ainsi de suite, obtiennent un bon aperçu de la personne qu'ils ont devant eux et ils sont plus en mesure de déterminer s'ils ont ce qu'il faut pour lui prodiguer les meilleurs soins possibles. La médecine narrative amène les patients à raconter leur histoire de leur point de vue, ce qui est très important, car il s'agit de leur histoire après tout. Ce sont eux qui prennent en charge leur traitement et non le médecin, et c'est ce qui contribue à leur guérison.

La médecine narrative pourrait également améliorer l'observation du traitement, puisque les patients auront un intérêt direct dans celui-ci; leur histoire se poursuit et de nouvelles pages s'y ajoutent⁴.

Autre élément important du récit auquel adhèrent fortement les partisans de la médecine narrative, les patients qui souffrent doivent ra-

conter leur histoire et décrire leurs douleurs et leurs souffrances pour prendre du mieux⁵.

Le récit contribue également à faire en sorte que le fournisseur de soins ne sous-estime pas la gravité de la maladie du patient⁶. Croire au récit du patient et à la crédibilité de sa maladie ne peut qu'améliorer le dialogue et le diagnostic⁷.

L'écoute

L'écoute des patients – de leurs désirs, de leurs besoins, de leurs préoccupations et de leurs priorités – durant la consultation initiale est la pierre angulaire de la réussite. (C'est sans doute pourquoi les êtres humains ont deux oreilles et une bouche.) Les dentistes devraient en prendre acte et écouter d'abord, parler ensuite. Le clinicien prudent pratique l'écoute attentive et active. Il permet au patient d'exprimer son point de vue, de raconter son histoire et d'expliquer ses attentes⁸⁻¹⁰.

On pratique à la fois l'écoute passive et l'écoute active. L'écoute passive se résume à écouter et s'accompagne d'un langage corporel attentif, alors que l'écoute active consiste à répéter les propos formulés par le patient ou à l'inciter à exprimer le fond de sa pensée, à lui faire des commentaires ou à le questionner. On favorise le respect mutuel et les rapports, ce qui contribue à l'établissement d'un climat de confiance¹¹. L'utilisation de questions ouvertes commençant par «comment» et «pourquoi», au lieu de questions auxquelles on ne répond que par «oui» ou par «non», permet d'obtenir de précieux renseignements sur le patient et sa maladie. Si l'on demande, par exemple, «Comment se portent les muscles de votre mâchoire?», on obtiendra plus de détails que si l'on demandait «Avez-vous mal aux muscles de la mâchoire?». L'écoute attentive amène également le patient

à se rendre compte que son médecin se soucie de lui. Non seulement a-t-il le sentiment qu'il est dans le bon cabinet avec le bon médecin, mais aussi que son état a des chances de s'améliorer. On suscite chez le patient un sentiment important de sécurité et d'engagement envers son fournisseur de soins et lui-même.

L'effet placebo

Un placebo est un remède ou une substance, habituellement pharmacologique, qui n'a aucun effet prévu et qui est administré à un patient pour évaluer l'efficacité d'une préparation bioactive, comme c'est le cas dans un essai contrôlé, ou simplement pour le convaincre qu'il reçoit des traitements¹². L'effet placebo est la réaction à un placebo qui produit les résultats escomptés ou diminue les symptômes. L'effet placebo survient donc quand le patient perçoit ou a des attentes, réalistes ou pas, et est lié à l'action des systèmes opioïdes endogènes^{13,14}. On estime que le sentiment de bien-être ressenti par le patient durant ou après la prestation des traitements est attribuable à l'effet placebo dans une proportion de près de 50 %¹⁵⁻¹⁷. Benedetti qualifie l'effet placebo d'«interactions humaines complexes»¹⁸.

Les patients qui aiment bien leur fournisseur de soins, et inversement, ont plus de chances de mieux se porter. N'est-il pas vrai que des patients poursuivent rarement des médecins qu'ils aiment^{19,20}? Durant une première consultation, il est sage, par conséquent, de ne jamais sous-estimer les subtilités, les nuances et le pouvoir de l'effet placebo. Que le dentiste gagne sa vie à exercer une médecine restauratrice ou qu'il traite des patients souffrant de dysfonction aiguë ou chronique de l'ATM, l'effet placebo est une réalité bien présente. C'est l'un des outils les plus exceptionnels dont dispose le clinicien; il est donc prudent et judicieux d'en connaître les possibilités, surtout durant une consultation. (Remarque: Le maintien d'un environnement positif favorise également l'effet Hawthorne [réaction positive d'une personne à l'attention qu'on lui prête] et l'effet Pygmalion [réaction positive d'une personne à des attentes élevées]^{21,22}.)

Conclusion

La consultation est une partie importante du diagnostic et du traitement de la dysfonction de l'ATM. C'est durant la consultation que le clinicien découvre les raisons de la présence du patient, les détails concernant sa maladie, de même que ses attentes et ses valeurs. On peut optimiser la consultation en demandant au patient de fournir un récit de sa situation, de préférence avant le premier rendez-vous, pour que toute l'équipe puisse bien s'y préparer. Le patient pourra poursuivre ce récit durant la consultation au besoin ou s'il le désire. Le clinicien doit également pratiquer une écoute attentive et sincère durant la consultation afin de montrer sa bonne volonté et d'obtenir des renseignements pertinents. C'est ainsi qu'il alimente l'effet placebo. Conscient du rôle du récit, de l'importance de l'écoute et des subtilités de l'effet placebo durant la consultation, le clinicien ne pourra

que créer un climat favorable dans l'intérêt supérieur de toutes les personnes concernées. ♦

L'AUTEUR

Le Dr Racich est dentiste généraliste au centre-ville de Vancouver dans un cabinet axé sur la douleur buccofaciale, la dysfonction de l'articulation temporomandibulaire, la dentisterie restauratrice globale et la prosthodontie.

Écrire au : Dr Michael Racich, 201 – 1128, rue Hornby, Vancouver (Colombie-Britannique) V6Z 2L4.

Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les vues et politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Cet article a été révisé par des pairs.

Références

1. Fitzpatrick B. Standard of care for the edentulous mandible: a systematic review. *J Prosthet Dent* 2006; 95(1):71–8.
2. Anderson CM. "Forty acres of cotton waiting to be picked": medical students, storytelling, and the rhetoric of healing. *Lit Med* 1998; 17(2):280–97.
3. Charon R. Narrative and medicine. *N Engl J Med* 2004; 350(9):862–4.
4. Wig AD, Aaron LA, Turner JA, Huggins KH, Truelove E. Short-term clinical outcomes and patient compliance with temporomandibular disorder treatment recommendations. *J Orofac Pain* 2004; 18(3):203–13.
5. Charon R. The patient–physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 286(15):1897–902.
6. Miller WL, Yanoshik MK, Crabtree BF, Reymond WK. Patients, family physicians, and pain: visions from interview narratives. *Fam Med* 1994; 26(3):179–84.
7. Clarke KA, Iphofen R. Believing the patient with chronic pain: a review of the literature. *Br J Nurs* 2005; 14(9):490–3.
8. Klagsbrun J. Listening and focusing: holistic health care tools for nurses. *Nurs Clin North Am* 2001; 36(1):115–30.
9. Steihaug S, Ahlsen B, Malterud K. "I am allowed to be myself": women with chronic muscular pain being recognized. *Scand J Public Health* 2002; 30(4):281–7.
10. Sumsion T, Law M. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Can J Occup Ther* 2006; 73(3):153–62.
11. Fillingim RB, Maixner W, Sigurdsson A, Kincaid S. Sexual and physical abuse history in subjects with temporomandibular disorders: relationship to clinical variables, pain sensitivity, and psychologic factors. *J Orofac Pain* 1997; 11(1):48–57.
12. Wall PD. The placebo and the placebo response. In: Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999. p. 1297–308.
13. Benedetti F, Arduino C, Amanzio M. Somatotopic activation of opioid systems by target-directed expectations of analgesia. *J Neurosci* 1999; 19(9):3639–48.
14. Wager TD, Rilling JK, Smith EE, Sokolik A, Casey KL, Davidson RJ, and others. Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science* 2004; 303(5661):1162–7.
15. Stockstill JW. The placebo effect. The placebo effect in the management of chronic myofascial pain: a review. *J Am Coll Dent* 1989; 56(2):14–8.
16. Pollo A, Amanzio M, Arslanian A, Casadio C, Maggi G, Benedetti F. Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance. *Pain* 2001; 93(1):77–84.
17. Solomon S. A review of mechanisms of response to pain therapy: why voodoo works. *Headache* 2002; 42(7):656–62.
18. Benedetti F. How the doctor's words affect the patient's brain. *Eval Health Prof* 2002; 25(4):369–86.
19. Colón VF. 10 ways to reduce medical malpractice exposure. *Physician Exec* 2002; 28(2):16–8.
20. Worthington K. Customer satisfaction in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2004; 22(1):87–102.
21. Parsons HM. What Happened at Hawthorne?: New evidence suggests the Hawthorne effect resulted from operant reinforcement contingencies. *Science* 1974; 183(4128):922–32.
22. Natanovich G, Eden D. Pygmalion effects among outreach supervisors and tutors: extending sex generalizability. *J Appl Psychol* 2008; 93(6):1382–9.