Devoir sur les groupes de parole.

Madame L, âgée de 22 ans, employée pour une société de livraison de repas à domicile, vient dans le cadre des UBDO (=urgences) à l’hôpital Bretonneau (Paris 18) car elle présente de nombreuses douleurs de la cavité buccale. Ses douleurs sont diffuses et insomniantes. Son médecin généraliste lui a prescrit du paracétamol codéiné en attendant qu’elle consulte un chirurgien-dentiste. Celle-ci a arrêté les substances à base de codéine car elle a des antécédents d’addiction.

Cette patiente fume 1 paquet et demi par jour de cigarettes, et est une grande consommatrice de sodas (ne boit quasiment que ça). Elle ne prend pas de repas mais grignote tout au long de la journée. Mme. L s’est complètement isolée de sa famille suite à son viol en 2016 et vit aujourd’hui chez son copain. (La patiente a toujours quelques échanges avec sa famille mais très peu car ceux-ci ne comprennent pas son mode de vie).

L’état bucco-dentaire de la patiente est un réel désastre puisqu’au maxillaire :

- 17,15, 24,26,27 sont à l’état de racine

- 16 et 25 sont absentes

- 13 et 23 sont très délabrées (quasiment à l’état de racine) et des restaurations indirectes (prothèses fixées) semblent difficiles à mettre en place

- 12,11,21,22 sont cariées et nécessiteraient peut-être un traitement endodontique.

A la mandibule nous pouvons voir que :

- 47,44,34,36 sont à l’état de racine

-46,45, 35 et 37 sont absentes

- Beaucoup de tartes sur les dents incisivo-canines

- Des caries délabrantes sur 43 et 33 mais avec une solution prothétique fixée envisageable.

La patiente nous a décrit des douleurs très importantes au niveau de 47, 34 et 26. De ce fait, ces dents ont été extraites de façon à diminuer la douleur de la patiente. Face aux algies trop importantes, la patiente était sous paracétamol codéiné. Nous avons donc décidé d’arrêter cet antalgique pour éviter le retour à cette addiction. De ce fait, nous nous sommes limités au paracétamol. A la suite de ces extractions, la patiente avait beaucoup moins mal mais des douleurs étaient persistantes au niveau des dents à l’état de racine restantes. Lors des différentes séances, nous avons fait des rappels sur l’importance du brossage de dents et comment l’effectuer (brosse à dent souple, dentifrice fluoré, brossettes interdentaires, bain de bouche fluoré, technique du rouleau pour le brossage…etc), ainsi que l’importance de changer son mode de vie c’est-à-dire :

- Arrêter le grignotage et faire deux repas par jours avec un petit déjeuner

- Diminuer pour arrêter complètement les sodas (diminution par palier de façon à éviter de la troubler)

- Diminuer pour arrêter la cigarette.

La patiente a accepté les deux premiers points cités mais nous a confié qu’elle n’était pas prête à arrêter la cigarette même si on lui propose de se faire suivre par un addictologue ou qu’on lui prescrive des patchs anti-cigarette.

Lors de cette même consultation, je me suis retrouvé seul avec elle, et on parlait de nos objectifs futurs. Quand je lui ai demandé quand est-ce qu’elle travaillait dans la semaine afin de prévoir les différents rendez-vous, elle m’a répondu :

- « Ca fait 6 mois que je ne travaille plus car les 5 garçons qui m’ont violé vont sortir de prison et je n’ai pas envie de les croiser. »

Très surpris de cette réponse et apprenant qu’elle était victime d’un viol, je ne savais pas où me placer, quoi répondre et n’arrivais à cerner quelles étaient ses attentes face à cette déclaration choc. Est-ce qu’elle n’attend rien de moi ? Est-ce qu’elle cherche à ce qu’on la réconforte ? Est-ce qu’elle se décrit comme ça pour tout de suite annoncer le cadre ? Est-ce un appel à l’aide pour qu’on l’accompagne dans des démarches pour se faire suivre ? Toutes ces questions auxquelles je n’avais pas la réponse m’ont mis dans une grande situation d’inconfort. Ainsi, j’ai fini par changer de sujet et parler d’un sujet plus joyeux (notre adoration pour les animaux). Avec un peu plus de recul, je me dis que j’aurais peut-être dû lui demander si elle voulait en discuter ou être accompagnée par un autre professionnel de santé spécialisé, et ainsi l’adresser. Aujourd’hui, je pense qu’avec un patient si jeune, ça serait difficile d’aborder ce sujet car en raison de la proximité de l’âge et la personnalité de la patiente, je me serais senti plus concerné. Mais face à une personne plus âgée ayant subi la même situation, cela me serait beaucoup plus simple car je m’y identifierai beaucoup moins. Par ailleurs, pourquoi cette patiente, bien que consciente des effets néfastes de la cigarette sur sa sphère orale ne veut pas arrêter de fumer ? Est-ce pour détruire tout ce qu’il lui reste et ainsi aller vers une fin inéluctable ? Est-ce parce que sa bouche a été utilisée à des fins sexuelles lors de son viol et qu’elle ne veut plus que ça arrive ? A l’avenir, je pense, que je chercherai à comprendre plus sa non envie d’arrêter le tabac et j’insisterai un peu plus à chaque séance sur les effets néfastes de la cigarette sur son corps. De la même manière, nous pourrions engager une véritable discussion autour des raisons de sa mauvaise santé bucco-dentaire. L’utilisation de photographies serait un outil majeur de cette discussion, notamment en montrant une bouche saine d’un étudiant de 22 ans, versus la sienne. Toutefois, cette technique pourrait être remise en cause dans la cas où nous sommes confrontés à un.e patient.e avec un contexte psychologique particulier et difficile.

Lors d’une séance, avec l’aide des professeurs de chirurgie et de prothèse, nous avons proposé le plan de traitement le plus adéquat et qui serait le plus confortable pour la patiente ; c’est-à-dire extraire toutes les dents au maxillaire afin de faire une prothèse amovible complète car la prothèse amovible partielle s’appuyant sur 13 et 23 n’était pas envisageable (les dents antérieures étaient tellement abimées que nous pensions que leur conservabilité était à remettre en cause). A la mandibule nous avons proposé les extractions de 47,44, 34 et 36 afin de faire une prothèse amovible partielle s’appuyant sur les canines.

Nous lui avons donc présenté un devis et lui avons expliqué tous les bénéfices (et également risques) de ce plan de traitement mais nous lui avons également fait comprendre que c’était la solution la plus viable sur le long terme. La solution implantaire n’était pas envisageable car trop onéreuse et la solution de prothèse fixée non plus car vouée à l’échec. Toutefois, il y avait quand même un reste à charge de 1000 euros. Ce reste à charge pourrait être pris en charge si jamais elle a une mutuelle.

La patiente nous a dit qu’elle comprenait tout ce qu’on lui disait et qu’elle y réfléchirait. Lors du RDV suivant celle-ci n’est pas venue. Nous l’avons donc appelée et celle-ci nous a expliqué qu’un dentiste à l’extérieur ne lui enlèverait aucune de ses dents et qu’elle aurait un reste à charge de 0 euros. Depuis ce jour, nous ne revoyons plus la patiente.

Cette situation me pose problème pour plusieurs raisons. Tout d’abord, je ne suis pas très à l’aise face à l’idée de ne pas avoir pu plus parler avec cette patiente en direct pour la persuader que la solution envisagée par l’autre dentiste n’était peut-être pas la plus durable (tout en respectant le principe de confraternité qui est un devoir déontologique et éthique de la pratique dentaire). A la fois, je ne veux pas l’appeler car ceci pourrait être mal interprété au vu du contexte psychologique très fragile de la jeune femme. En outre, est-ce qu’au vu de l’état psychologique de la patiente et pour éviter toutes mauvaises interprétations, ne serait-ce pas à ma binôme de la rappeler ? De plus, en raison de son jeune âge, son histoire difficile et son manque d’accompagnement et d’entourage, j’ai l’impression que la patiente a été abandonnée et « survit » quelque part dans la nature. J’aurais aimé pouvoir l’accompagner et l’aider à s’en sortir, retrouver une vie saine et loin de l’autodestruction. D’autres questions me déstabilisent. Pourquoi cette patiente ne nous a pas demandé un plan de traitement alternatif ? A-t-elle eu peur qu’on lui dise que tout autre traitement serait totalement inapproprié ? Veut-elle vraiment se faire prendre en charge ? En effet cette dernière question est totalement légitime car pour rappel, cette patiente n’était pas venue pour une prise en charge prothétique mais seulement pour ses douleurs diffuses buccales. Peut-être que nous n’avons pas réussi à cerner les véritables attentes de la patiente, et qu’elle aurait préféré avoir une situation de prothèse fixée bien que ce soit voué à l’échec. Dans ce cas-là, nous aurions peut-être dû proposer cette solution en lui faisant des devis. Pour information, cette situation n’était pas fiable sur le long terme et difficile à mettre en œuvre car les dents à l’état de racine étaient cariées et sous gingivales, donc une fois les dents fraisées pour le curetage carieux, il ne serait pas resté beaucoup de tissu dentaire. Si aujourd’hui cette situation devait se reproduire, peut être que je prévoirais une séance supplémentaire dans le plan de traitement une fois les devis présentés afin de pouvoir en parler plus en profondeur et plus cerner les attentes des patients. Par ailleurs, je rajouterais un temps de discussion plus ouvert sur les réelles attentes du patient. Si le ou la patient.e ne vient pas au rendez-vous, je pense que je le.la rappellerais afin de programmer un autre rendez vous tout en lui expliquant que ce n’est juste qu’une séance de discussion afin de pouvoir bien lui faire comprendre quelle solution pourrait être la plus pérenne mais également réfléchir et percevoir ce qui ne convient pas. Cet échange aurait deux objectifs principaux. Le premier est que ça permettrait de consolider la relation qu’on a avec le.la patient.e. En consolidant cette relation, la patiente aurait peut-être finalement accepté le plan de traitement, et dans le cas contraire on aurait pu davantage comprendre sa non acceptation du traitement. Le second objectif est également de permettre au patient d’exprimer ses attentes et ainsi pouvoir éviter de refaire la même « erreur » si une situation similaire se reproduit.

Encore aujourd’hui, cette situation me peine et me déstabilise. Ne pas savoir ce que va devenir cette patiente, qui est livrée à elle-même, et me dire qu’elle reviendra très certainement dans 5 ans dans le service car la solution qu’elle a choisie n’est pas durable ; est une situation très perturbante. Ce cas clinique me touche d’autant plus que la patiente a mon âge et je me dis que ça pourrait concerner un.e de mes ami.e.s. A l’avenir, j’essaierai d’être un peu moins empathique afin d’éviter de me retrouver dans des émotions comme je le suis aujourd’hui (peine, crainte pour la patiente, etc.). En tant que soignant nous nous devons d’être empathique mais devons placer des barrières et des limites afin d’éviter de se laisser submerger par quelconques émotions. Ainsi, comment pourrais-je faire en sorte d’être moins empathique (d’un point de vue affectif) en clinique et moins m’identifier au patient de mon âge ? Est-ce que cela passerait par moins m’intéresser à la vie du patient ? Par exemple, je peux m’intéresser à la patiente mais pas à sa vie entière bien que la personne nous parle d’elle-même sans que nous posions de questions. Dans le cas où la patiente parle de sa vie automatiquement, peut-être que je devrais mettre fin rapidement à ce genre de discussion. Aujourd’hui, je suis sûr d’une chose, c’est que j’en serai incapable.