

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2016

Thèse n° 3069-2016

THESE

POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marion DUVERGNE

Le 14 NOVEMBRE 2016

LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES ET LES FACTEURS
INFLUENCANT LEURS MISES EN APPLICATION EN CABINET
LIBERAL : ETUDE QUALITATIVE.

Directeur de Thèse : Docteur Antoine GALIBOURG
Co-directeur de Thèse : Docteur Jean-Noël VERGNES

JURY

Président :	Professeur DIEMER Franck
1 ^{er} assesseur :	Docteur NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle
2 ^{ème} assesseur :	Docteur VERGNES Jean-Noël
3 ^{ème} assesseur :	Docteur GALIBOURG Antoine



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER





Faculté de Chirurgie Dentaire



➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Marie-Christine MORICE

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Professeurs d'Université :

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Maîtres de Conférences :

Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA

Assistants :

Mme DARIÈS, Mr MARTY

Adjointes d'Enseignement :

Mr DOMINE

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Mr BARON

Maîtres de Conférences :

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Assistants :

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Assistant Associé :

Mr BOYADZHIEV

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Mr HAMEL

Professeurs d'Université :

Mme NABET, Mr SIXOU

Maîtres de Conférences :

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Assistant :

Mlle BARON

Adjointes d'Enseignement :

Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE

Chef de la sous-section : **Mr BARTHET**
Maîtres de Conférences : **Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN**
Assistants : **Mr RIMBERT, Mme VINEL**
Adjoint d'Enseignement : **Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE**

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

Chef de la sous-section : **Mr COURTOIS**
Maîtres de Conférences : **Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY**
Assistants : **Mme CROS, Mme GAROBY-SALOM**
Adjoint d'Enseignement : **Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE**

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE

Chef de la sous-section : **Mr POULET**
Professeur d'Université : **Mr KEMOUN**
Maîtres de Conférences : **Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE**
Assistants : **Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE**
Assistant Associé : **Mme FURIGA-CHUSSEAU**
Adjoint d'Enseignement : **Mr SIGNAT,**

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Chef de la sous-section : **Mr DIEMER**
Professeur d'Université : **Mr DIEMER**
Maîtres de Conférences : **Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE**
Assistants : **Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DUEYMES, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN**
Assistant Associé : **Mr HAMDAN**
Adjoint d'Enseignement : **Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET**

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)

Chef de la sous-section : **Mr CHAMPION**
Professeurs d'Université : **Mr ARMAND, Mr POMAR**
Maîtres de Conférences : **Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT**
Assistants : **Mr. CHABRERON, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA**
Adjoint d'Enseignement : **Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGÉANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE**

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Chef de la sous-section : **Mme JONIOT**
Maîtres de Conférences : **Mme JONIOT, Mr NASR**
Assistants : **Mr. CANCELL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI**
Adjoint d'Enseignement : **Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr VERGÉ**

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
 (Délibération en date du 12 Mai 1891).

Mise à jour au 19 octobre 2016

REMERCIEMENTS

A mes parents, tous les trois, je ne vous remercierai jamais assez pour tous ces merveilleux moments mais aussi pour toutes les galères qui ont fait de moi celle que je suis devenue grâce à vous. Je vous aime.

A mes frères et sœurs, cette famille « de fous » au sens propre comme au figuré. Tous tellement différents mais finalement tellement pareil.

A mes grands-parents, à mes cousins et cousines, pour ces moments de pur bonheur, pourvu que ça dure toujours.

A l'homme qui partage ma vie depuis bientôt 10 ans, merci pour tout ce que tu as pu m'apporter, pour cette vie partagée.

A mes beaux-parents pour ce qu'ils ont fait et continu de faire pour moi. Pour m'avoir accueilli dans leur famille.

A mes oncles et tantes, mes parrain et marraine pour chaque retrouvailles comme si on ne s'était jamais quittés.

A Thibault, pour cette amitié. Pour avoir été d'un soutien indispensable, et sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

A mes amis de toujours (Shirley, Greta, Emilie, Elyse, et tous les autres...), aux copains guyanais, pour ces années magiques.

A Sophie, cette pestouille (elle a renversé son thé sur ma thèse et c'est juste un exemple...) avec qui mes années de fac et surtout de clinique auront été hautes en couleurs. Je t'attends au soleil.

A Jorane, pour avoir risqué son travail.

A mes amis toulousains, pour ces années d'études bien moins pénibles avec vous, pour les fous rires, les soirées mémorables, j'espère vous revoir souvent.

Evidemment à tous les praticiens qui m'ont aidés de près ou de loin dans la réalisation de cette thèse, mais aussi à évoluer dans ce début de vie professionnelle. Merci d'avoir pris le temps de partager vos expériences.

A notre président de jury, Monsieur le Professeur,

DIEMER Franck

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie

Responsable de la sous-section d'Odontologie Conservatrice, Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire,

D.E.A. de Pédagogie (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,

Docteur de l'Université Paul Sabatier,

Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,

Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),

Vice- Président de la Société Française d'Endodontie

Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Merci pour la très grande valeur de vos nombreux enseignements. Je regrette de n'avoir pu travailler avec vous pendant ces années de pratique clinique.

Avec l'expression de notre respect et de notre gratitude.

A notre jury de thèse,

ESCLASSAN-NOIRRIT Emmanuelle

-Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,

-Docteur en Chirurgie Dentaire,

-Ancienne Interne des Hôpitaux,

-Docteur de l'Université Paul Sabatier,

-Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Vous nous faites l'honneur et le plaisir de siéger à ce jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements. J'ai pu apprécier votre gentillesse et votre grande implication auprès des étudiants au cours de ces années, ou j'ai eu le privilège de travailler avec vous.

Trouvez ici la marque de notre estime et de notre considération.

A notre directeur de thèse,

VERGNES Jean-Noël

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,

Docteur en Epidémiologie,

Docteur en Chirurgie Dentaire,

Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal, Québec – Canada,

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,

Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,

Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,

Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la codirection de cette thèse. Votre aide m'a été très appréciable. J'apprécie à la fois la grande liberté dont j'ai bénéficié pour la rédaction de cette thèse mais aussi le soutien que vous m'avez apporté. Je vous remercie pour les riches enseignements que vous nous avez transmis.

Trouvez ici la marque de notre respect et de notre estime.

A notre directeur de thèse,

GALIBOURG Antoine

Ex - Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,

Docteur en Chirurgie Dentaire,

Master 1 : Biosanté,

Ingénieur de l'Institut Catholique des Arts et Métiers,

Diplôme d'Université d'Imagerie 3D

Diplôme d'Université d'Implantologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la codirection de cette thèse. Je vous remercie pour la disponibilité et l'encadrement dont vous avez su faire preuve malgré les conditions particulières. J'ai pu apprécier votre approche très humaine de l'enseignement et vos talents de professeurs.

Soyez assurés de notre plus grande considération ainsi que de notre plus profond respect.

Table des matières

Introduction	15
I. Définitions	16
A. Connaissances	16
B. Apprentissage	16
C. Compétences	19
II. Les différentes méthodes et moyens d’acquérir et de développer ses compétences dans le cadre de la formation continue	21
A. Formation post-universitaire (10–18).....	21
1. Le diplôme de universitaire (DU).	21
2. Le certificat d’études supérieures (CES).....	23
B. Formation continue et développement professionnel continu (DPC) (19–23)	24
C. Formations privées et organismes départementaux	27
1. Organisations scientifiques et sociétés savantes (24–31).....	27
2. Organisations nationales et départementales (32–36).....	28
2.1) UNAFOC	29
2.2) ADFOC	29
D. Littérature médicale et professionnelle	30
1. Evidence Based Dentistry (EBD).....	30
1.1) Définition	30
1.2) Niveau de preuve.....	31
1.3) Obstacles à la mise en application de l’EBD (41,42).....	33
2. Les sources de la littérature : (non exhaustif)	35
2.1) Base de données et internet (non exhaustif).....	35
2.2) Revues (non exhaustif).....	35
E. Internet et smartphone	36
1. Formations en ligne	36
2. Vidéos.....	37
3. Forums et “t’chat”	37
4. Applications	39
F. Synthèse	41
III. Evaluation et auto-évaluation des compétences.....	44
A. Auto-évaluation.....	44
1. « Mieux voir »	44
2. Le « recul clinique ».....	45
3. Questionnaires et « quizz » d’évaluation	45
4. Le portfolio.....	45

B.	L'évaluation des compétences	46
IV.	Etude qualitative.....	48
A.	Qu'est-ce qu'une étude qualitative (51–54).....	48
1.	L'approche quantitative.....	48
2.	L'approche qualitative.....	48
B.	Pourquoi avoir choisi ce type d'étude	49
C.	Matériel et méthode.....	49
1.	Contexte	49
2.	Problématique.....	50
3.	Echantillonnage.....	50
3.1)	Taille.....	50
3.2)	Saturation (51).....	51
4.	Collection des données (51–53,56)	51
4.1)	Les entretiens.....	51
4.2)	Consentement et participation.....	53
5.	Enregistrement et analyse des données (54)	53
5.1)	Enregistrement des données	53
5.2)	Codage et analyse thématique	54
5.3)	Justification de la technique de codage	55
D.	Résultats	55
E.	Discussion	71
1.	Synthèse	71
1.1)	La compétence.....	71
1.2)	La modification, la gestion, l'organisation de la pratique.....	72
1.3)	La formation.....	72
1.4)	L'expérience.....	73
1.5)	La communication entre professionnels.....	74
1.6)	Le patient et le système de santé	74
1.7)	Le praticien.....	75
2.	Biais.....	Erreur ! Signet non défini.
2.1)	Limites d'une étude qualitative	77
2.2)	Limites propre à cette étude	78
3.	Analyse de la littérature.....	79
F.	Conclusion de l'étude.....	81
	Conclusion.....	82
	Documents annexes.....	84
	i Formulaire d'information et de consentement éclairé.....	84

ii	Exemple de retranscription.....	86
iii	Exemple de mémo de codage.....	92
	Références Bibliographiques.....	94
	Références URL	96

Introduction

La notion de compétence prend une place de plus en plus importante dans le domaine médical et notamment en chirurgie dentaire, mais que signifie être compétent ? Qu'est-ce que la compétence ?

Cette thèse est issue en premier lieu d'une réflexion personnelle : « Comment savoir/sentir que je suis compétente dans la réalisation d'un acte ? ».

De nos jours les progrès scientifiques, technologiques, et techniques sont continus, et la législation a intégré des notions telles que le développement professionnel continu et la mise à jour des compétences. Les compétences à acquérir sont nombreuses et variées pour le praticien libéral. Un praticien doit acquérir des compétences à la fois législatives, administratives, de gestion d'entreprise et de personnel, de communication, de psychologie, mais aussi des compétences techniques riches. Le patient quant à lui est de plus en plus informé et voit ces propres exigences croître.

Quels sont les moyens à la disposition des praticiens pour développer leurs compétences ? Quels en sont les avantages et les inconvénients éventuels ? Quelles sont les méthodes qui semblent être privilégiées ? Nous tenterons de répondre à ces questions dans un premier temps.

Puis nous chercherons à déterminer si les compétences acquises, sont toujours appliquées. Plus précisément, nous chercherons à identifier quels peuvent être les facteurs qui facilitent la mise en application de ses compétences et quels obstacles ou quelles barrières il est possible de rencontrer en cabinet libéral. Nous avons choisi pour répondre à ces questions de réaliser une étude qualitative sur le sujet. Cette étude constitue la seconde partie de cette thèse.

I. Définitions

Il est nécessaire de différencier et de définir les différentes notions liées à la compétence.

Qu'est-ce qu'une connaissance ? Comment apprenons-nous ? Comment peut-on définir la compétence ?

A. Connaissances

Les connaissances représentent les différentes notions, les différents savoirs théoriques, qui nous permettent d'appréhender les propriétés et/ou les caractéristiques d'une chose.

Ces savoirs, ces informations vont être acquises par différents processus que sont l'apprentissage et l'expérience, ou encore l'introspection (c'est-à-dire : « l'observation méthodique, par le sujet lui-même, de ses états de conscience et de sa vie intérieure. »)

(1)

B. Apprentissage

L'apprentissage est souvent considéré comme en relation étroite avec l'expérience et la répétition des actes.

C'est un processus complexe qui passe par différentes phases représentées sur la Figure 1 :
(2,3)

- la 1^{ère} phase consiste en l'amélioration des compétences, l'augmentation de la performance qui est plus ou moins rapide en fonction de différents facteurs comme la capacité individuelle intrinsèque de chacun, la difficulté de la technique à appréhender.
- la 2^{ème} phase représente un ralentissement de la courbe d'apprentissage qui prend en compte le degré d'apprentissage, c'est-à-dire que plus on est compétent moins on a de compétences à acquérir.

- la 3^{ème} phase commence au moment où les compétences acquises peuvent être mises en œuvre de manière tout à fait satisfaisante et elle peut être caractérisée de deux façons :
 - o soit l'expérience supplémentaire augmente encore petit à petit les compétences,
 - o soit on assiste à une détérioration temporaire des compétences en relation avec la difficulté des cas traités, la mauvaise gestion des différents facteurs impliqués, un jugement erroné de la situation qui peut être lié ou non à un défaut ou à un excès de confiance.

➔ Ces 3 phases représentent ensemble la « phase d'apprentissage » (3).

- A l'issue de cette 3^{ème} phase on atteint de manière générale un plateau c'est-à-dire que les compétences acquises sont stables.

➔ Cette phase représente la « phase de maintenance » (3).

Pendant cette phase de maintenance l'apprenti peut même choisir de passer à une nouvelle courbe d'apprentissage en redéfinissant ces objectifs, ce qui aboutira à la mise en œuvre de compétences encore plus poussées. Ainsi l'apprentissage peut aussi être représenté par une succession multiple de phases d'apprentissage et de maintenance pour une seule et même compétence.

La dernière phase représente le moment où l'expérience acquise est contrebalancée par l'apparition de problèmes « liés à la vue, à la dextérité manuelle, à la mémoire, aux capacités cognitive et à l'âge » (2).

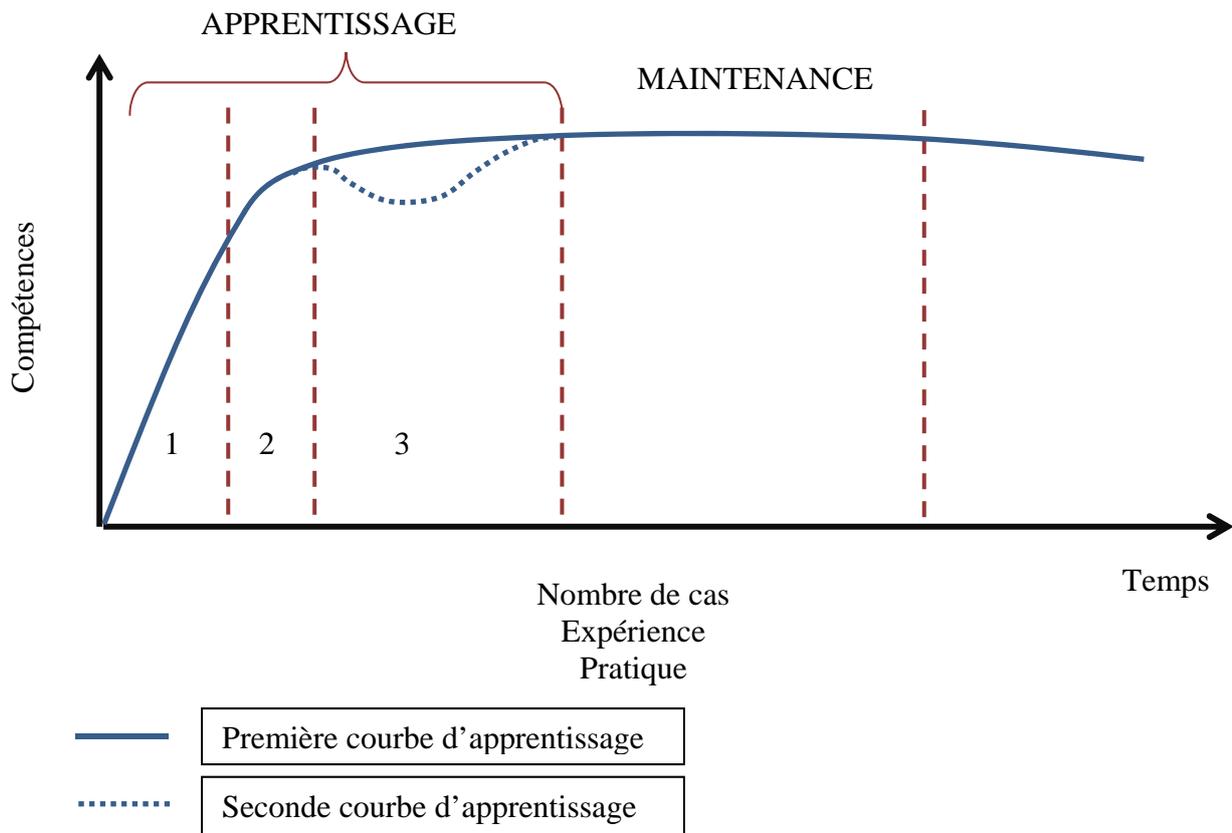


Figure 1 Courbe d'apprentissage (2,3)

L'apprentissage inclut des processus de mémorisation qui vont modifier le comportement humain en fonction de son expérience et de son environnement. (1)

Les courbes d'apprentissage sont donc aussi nombreuses que les compétences en cours d'acquisition et seront différentes pour chacune d'entre elles.

Elles seront de la même manière représentative spécifiquement de la personne qui souhaite acquérir une compétence.

Cependant une étude de 2011 concernant les étudiants en médecine dentaire de l'Université du Pacifique Arthur A. Dugoni (3), n'a pas permis de mettre en évidence que l'expérience clinique améliore les performances aux tests d'évaluations. La performance des étudiants à ces tests n'a pu être prédite, ni par le nombre de tests précédemment réalisés, ni par le nombre de procédures terminées auparavant c'est-à-dire la pratique. Il se pose alors la question de savoir si les systèmes d'évaluations utilisés dans les universités sont capables d'évaluer le phénomène d'apprentissage où seulement son résultat, c'est-à-dire une compétence isolée, et donc si ces systèmes sont valides.

C. Compétences

La notion de compétence a régulièrement évolué au cours du temps.

Dans un premier temps elle a été considérée comme un ensemble réunissant : « le savoir (les connaissances), le savoir-faire (la pratique), le savoir-être (le comportement) et l'expérience ». (4)

Cependant il ressort aujourd'hui que la compétence ne se résume plus, uniquement à une simple association de savoirs qui doivent être appliqués indépendamment les uns des autres, mais à la manière dont on combine ces différents savoirs afin d'agir de la meilleure manière possible dans une situation donnée.

Il y a donc une différence entre « *avoir des compétences* » ce qui signifie avoir les moyens (ensemble de savoirs) pour agir de manière compétente dans un contexte donné ; et « *agir avec compétences* » ce qui signifie être capable de mettre en application ces connaissances, aptitudes, attitudes dans un contexte de soin spécifique défini par des conditions et des contraintes particulières. (5)

De nombreuses autres définitions ont suivi :

En France, elles ont été définies comme les « Caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide ». (6)

Aux Etats-Unis, elles ont été définies comme « l'utilisation habituelle et judicieuse de la communication, du savoir, des capacités techniques, du raisonnement clinique, des émotions, des valeurs, et de la réflexion dans la pratique quotidienne pour le bénéfice de l'individu et de la communauté ». (6,7)

Elle peut aussi être définie comme une notion « incluant les connaissances, l'expérience, la pensée critique et la capacité de résoudre les problèmes, le professionnalisme, les valeurs éthiques, les capacités techniques et procédurales. » (8)

La compétence, c'est donc être capable de gérer à la fois des situations coutumières et des situations complexes, c'est-à-dire nécessitant une adaptation et une modification des habitudes. Une situation complexe est caractérisée par l'intégration d'une multitude d'éléments d'informations et d'interactions qui influencent la prise de décision. Une situation peut être considérée comme complexe par un individu et pas par un autre. (9)

Il faut également noter que les notions de compétence et de performance sont différentes.

La performance concerne principalement le résultat de la mise en application d'une compétence, sa finalité (Voir Figure 2). Une performance est souvent assimilée à un exploit ou un record, lorsque la compétence a été mise en application de manière efficace, pertinente et productive, mais la performance ne reflète pas toujours les compétences réelles. (1)

Plus simplement, la compétence est « ce que l'on sait faire » et la performance est « ce que l'on fait ».

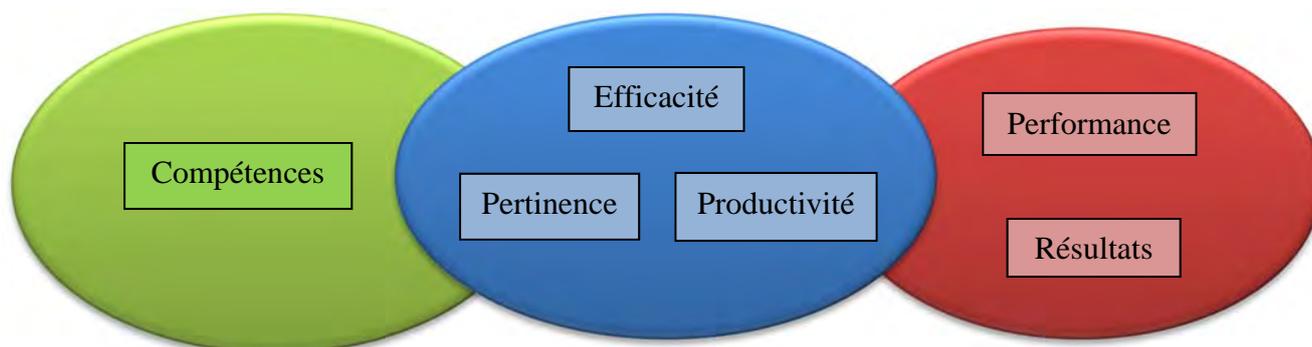


Figure 2 Lien et différence entre compétence et performance

La « compétence » est une notion complexe à définir, pourtant il existe une multitude de moyens visant à les développer en chirurgie dentaire.

II. Les différentes méthodes et moyens d'acquérir et de développer ses compétences dans le cadre de la formation continue

De nos jours les compétences sont acquises et validées par l'obtention d'un diplôme de formation initiale, associé à une obligation de formation continue qu'elle soit universitaire (DU, CES) ou privée. Mais il existe, de manière concomitante avec le développement des moyens de communications, de nombreux autres moyens d'accroître ses compétences.

Nous allons développer maintenant et de manière non exhaustive les différentes méthodes plus ou moins conventionnelles qui permettent de développer les compétences.

A. Formation post-universitaire (10-18)

Les formations post-universitaires sont des formations complémentaires spécifiques au diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. On retiendra parmi elles le Diplôme universitaire ou le Certificat d'études supérieures, mais il en existe d'autres.

1. Le diplôme de universitaire (DU).

Le diplôme universitaire (DU) est un diplôme de troisième cycle universitaire qui est proposé par une université. Le diplôme universitaire n'est pas un diplôme dont le contenu est déterminé et identique au niveau national mais spécifique à l'université où la formation est réalisée. Son contenu est propre à l'université qui le propose ou commun à plusieurs universités dans le cas des diplômes inter-université (DIU). Le diplôme est délivré par cette même université et non au niveau ministériel.

L'université qui propose la formation est donc entièrement décisionnaire et responsable :

- des conditions d'admissions, y compris du nombre d'année d'expérience professionnelle requise,
- du nombre de place disponible,
- du coût de la formation,
- du contenu, du déroulement, et de la durée de la formation,
- de la méthode d'évaluation et de validation de ce diplôme.

Les prérequis, dans le cadre de la chirurgie dentaire sont cependant souvent les mêmes : la validation indispensable du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire en France, la validation d'un Diplôme étranger autorisant l'exercice de la chirurgie dentaire en France. Ils sont aussi accessibles aux étudiants internes des hôpitaux en odontologie.

Il peut donc être délivré soit dans le cadre de la formation continue (pour les candidats ayant soutenu leur thèse, titulaire d'un diplôme étranger ouvrant droits à l'exercice de la chirurgie dentaire en France), soit dans le cadre de la formation initiale (pour les candidats inscrits à la thèse ou à un DES dans le cas où il n'y a pas d'interruption des études).

Le diplôme universitaire est une formation complémentaire spécifique, non obligatoire, mais qui répond à l'obligation de formation continue et entre pour certains d'entre eux dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Toutes les universités ne proposent cependant pas tous les diplômes universitaires existants. En effet il existe un grand nombre de diplômes universitaires, s'adressant à toutes les disciplines de l'odontologie.

Par exemple (liste non exhaustive):

- DU de Parodontologie
- DU de Chirurgie de la cavité buccale
- DU de Prothèse (complète ou partielle)
- DU de Réhabilitation des maxillaires
- DU en Odontologie Pédiatrique
- DU d'Odontologie Légale
- DU d'Imagerie
- DU d'Hypnose
- DU de Médecine bucco-dentaire du sport
- DU de Carcinologie des VADS
- DU d'Expertise maxillo-faciale et buccodentaire
- DU de Sédation, de Prise en charge de la douleur
- DU d'Endodontie
- DU de Restauration Esthétique
- DU d'Implantologie
- DU de CFAO
- DU de Recherche Clinique

2. Le certificat d'études supérieures (CES).

Les certificats d'études supérieures sont des formations organisées sous formes d'unités d'enseignements et qui permettent d'acquérir des crédits européens. Ils ont pour but de développer et d'approfondir les connaissances et compétences dans les différentes disciplines de l'odontologie, par le biais d'enseignements théoriques et pratiques encadrés. Ils répondent à une habilitation ministérielle.

Les prérequis sont généralement les mêmes que pour l'admission aux diplômes universitaires. La formation se déroule sur 1 an et sera validé par le biais de contrôles continus et terminaux.

Il existe par exemple :

CES Biomatériaux en Odontologie

CES d'Anatomophysiologie de l'appareil manducateur

CES Odontologie Conservatrice et Endodontie

CES Parodontologie

CES Odontologie prothétique mention « prothèse maxillo-faciale », mention « prothèse adjointe partielle ou complète », mention « prothèse conjointe »

CES Odontologie Légale

CES Odontologie Chirurgicale, Médecine Buccale

CES Odontologie Pédiatrique et Prévention

CES Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies cranio-faciales

CES Biologie orale

B. Formation continue et développement professionnel continu (DPC) ¹ **(19–23)**

Le développement professionnel continu est une notion qui naît lors de la publication de l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, loi qui concerne la réforme de l'hôpital, les patients, la santé et les territoires.

D'autres décrets viendront par la suite préciser le rôle et les caractéristiques du DPC et de ses administrations :

Décret n° 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des chirurgiens-dentistes.

Décret n° 2012-28 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des chirurgiens-dentistes.

Le dispositif a été mis en application et est effectif depuis le mois de janvier 2013.

Le DPC est un système qui est mis en place pour répondre à plusieurs objectifs.

Premièrement, il permet de rassembler l'évaluation des pratiques professionnelles et l'obligation de formation continue dont le but est le perfectionnement des connaissances.

Deuxièmement, il vise à obtenir une coordination de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise des dépenses de santé.

Dans d'autres pays comme le Canada par exemple, le DPC concerne l'aspect purement technique de la profession (protocoles et procédures, indications, contre-indications, etc.) mais également l'aspect non clinique (le comportement, l'éthique, la gestion de la pratique, l'équipement) (23).

C'est une obligation pour les chirurgiens-dentistes.

La participation à un programme de développement professionnel continu, qui correspond aux exigences du dispositif, suffit à remplir cette obligation.

¹ Certaines sources URL utilisées pour la rédaction de ces éléments ont depuis été supprimées, avec la création de l'Agence Nationale du DPC.

C'est l'Agence Nationale du DPC, qui va avoir pour rôle d'enregistrer et d'évaluer les organismes qui souhaitent devenir des organismes participants au dispositif de DPC. Elle va aussi participer aux financements des différents programmes qui sont proposés.

Le DPC peut être réalisé de différentes manières :

- individuelle ou collective,
- sous la forme de formations présentielles ou à distance,
- sous la forme de formations diplômantes ou certifiantes,
- sous la forme de programmes annuels ou pluriannuels.

LE DPC est caractérisé par plusieurs étapes :

- l'analyse des pratiques professionnelles par les participants eux-mêmes, c'est-à-dire l'auto-analyse de la pratique par rapport, le plus souvent, à des référentiels métiers,
- l'acquisition ou le développement des connaissances et des compétences,
- la modification de la pratique en fonction des deux éléments précédents, c'est-à-dire l'analyse de l'évolution que l'on a amenée à la pratique,
- la gestion des risques d'un métier en particulier.

Cependant la loi de modernisation de notre système de santé adoptée par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015 prévoit le remplacement de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC) par l'Agence National du développement professionnel continu, dont le but est la gestion de l'ensemble des professions de santé; ainsi que la mise en place d'une obligation de DPC triennal, c'est-à-dire sur 3 ans et non annuelle. Ces modifications sont appliquées depuis la parution au Journal Officiel de l'article 114 de la loi de Modernisation de notre Système de Santé, le 27 janvier 2016 dernier. La parution du décret 2016-942 du 8 juillet 2016 vient le compléter et créer l'Agence nationale du DPC. (22)

Pour rechercher un programme vous pouvez vous rendre sur le site suivant :

<https://www.agencedpc.fr/formations-dpc/rechercher-un-dpc>

La recherche peut être effectuée par le biais de différents critères : par professions et/ou spécialités, par organisme, par mots clés, par région ou département, dates de réalisation.

Pour y participer le chirurgien-dentiste doit créer un compte DPC et c'est directement depuis ce compte que l'entière gestion du DPC est effectuée.

Le contrôle de la réalisation du DPC est assuré par le Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Il doit s'assurer du respect de l'obligation de développement professionnel continu au moins une fois tous les 5 ans. Dans le cas où cette obligation n'est pas remplie, il sera dans un premier temps proposé au chirurgien-dentiste un plan annuel personnalisé de DPC. Si celui-ci n'est pas rempli, alors le chirurgien-dentiste s'expose à des sanctions.

Lorsque le programme de DPC choisi est réalisé, l'organisme de formation délivre une attestation aux professionnels qui justifie leurs participations, et sera transmise dans le même temps au conseil de l'ordre du chirurgien-dentiste concerné pour faciliter les contrôles.

C. Formations privées et organismes départementaux

1. Organisations scientifiques et sociétés savantes (24–31)

Ces organisations sont constituées par le regroupement ou le rassemblement de professionnels de santé ainsi que d'autres professions en relation directe avec la santé bucco-dentaire. Ces organisations sont le plus souvent en rapport avec un domaine particulier de la chirurgie dentaire. Les membres sont généralement représentés en majorité par des chirurgiens-dentistes mais ces associations rassemblent également parmi leurs membres des fabricants de matériels, des partenaires industriels, des prothésistes, des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens maxillo-faciaux, des physiologistes, etc.

Les conditions d'admissions à ces différentes organisations sont diverses et variées. L'inscription ou l'adhésion peut d'ailleurs être gratuite ou payante et les tarifs varient en fonction des organisations.

Ces organisations peuvent avoir une influence sur le plan européen ou international, ou représenter la France au sein d'organisations plus vastes. Elles sont donc susceptibles d'avoir des répercussions à ce niveau. Elles participent à la diffusion des recommandations sanitaires et des dernières données acquises de la science. Elles ont en plus du rôle de diffusion d'information et de formation continue des professionnels, un rôle important de communication, notamment dans la reconnaissance de la compétence auprès des institutions appropriées qu'elles soient ordinales, de santé publique ou encore avec les industries et les syndicats.

Ces organisations dans leurs ensembles permettent aux praticiens de se former dans différents domaines : endodontie, chirurgie, implantologie, parodontologie, occlusodontie, odontologie pédiatrique, par exemple, et sous différentes formes : formations présentielles, en e-learning, ou les deux à la fois (une partie en e-learning associée à une partie présentielle).

La partie présentielle peut être théorique (connaissances théoriques pures, présentations de cas cliniques, groupes de discussion), et/ou sous forme travaux pratiques, d'enseignements cliniques. La partie en e-learning est le plus souvent théorique mais peut inclure des

iconographies détaillées, des vidéos, des groupes de discussion souvent sous la forme de forums, ou encore des « quizz ».

La plupart des organismes sont nationaux mais sont aussi constitués de sections locales ou régionales.

La formation proposée par ces organismes scientifiques passe également par la publication d'articles soit dans des revues indépendantes, soit dans des revues spécifiques publiées par l'organisme en question (ex : MBCB Journal (Médecine Buccale Chirurgie Buccale Journal) publié par la SFCO (Société Française de Chirurgie Orale) ou RFOP (Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique) publié par la SFOP (Société Française d'Odontologie Pédiatrique), ou encore par l'analyse approfondie d'article de la littérature par ses membres et représentants.

Les formations proposées par ces organisations peuvent ou non être reconnues et agréées par l'OGDPC (organisme gestionnaire du développement professionnel continu), nouvellement nommé Agence Nationale du DPC (développement professionnel continu).

Voici quelques exemples (liste non exhaustive) :

ADF (Association Dentaire Française), CNO (Collège National D'occlusodontologie), SFPIO (Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale), SFBSI (Société Française des Biomatériaux et Systèmes Implantables), SFOP (Société Française d'Odontologie Pédiatrique), SFCO (Société Française de Chirurgie Orale), SFE (Société Française d'Endodontie), SFBD (Société Francophone de Biomatériaux Dentaire), GSSOS (Groupement des Sociétés Scientifiques Odonto-Stomatologiques).

2. Organisations nationales et départementales (32–36)

Ces organisations sont constituées comme les organisations scientifiques et les sociétés savantes par le regroupement ou le rassemblement de professionnels de santé, en majorité des chirurgiens-dentistes. Cependant elles ne rassemblent pas les professionnels selon un domaine ou une discipline particulière mais par un environnement géographique.

Les formations peuvent être de deux types : libres (accessibles par tous chirurgiens-dentistes) ou obligatoires (entrant dans le cadre du DPC).

2.1) *UNAFOC*

L'union nationale de formation odontologique continue a pour objectif de représenter au niveau national l'ensemble des ADFOC (associations départementales de formation odontologique continue).

Elle permet grâce à son site internet (<http://unafoc.fr/>) de pouvoir retrouver facilement et rapidement les formations proposées par les différents départements en fonction du type de formation (présentielle, e-learning, etc.), de la date souhaitée de la formation, du département, du thème ou encore du formateur. (32)

2.2) *ADFOC*

Les associations départementales de formation odontologique continue sont des associations qui rassemblent les praticiens d'un même département ainsi que des départements limitrophes et ont pour mission de proposer un accès à différentes formations sur des thèmes variés, en accord avec les données acquises de la science. L'adhésion à l'une ou plusieurs de ces associations nécessite une cotisation qui est variable en fonction des départements. L'inscription aux formations continues proposées par ces associations peut également être payantes et le tarif variable en fonction du thème et du type de formation proposé.

Certaines associations départementales possèdent un site internet ou un groupe sur les réseaux sociaux ce qui améliore leur visibilité.

D. Littérature médicale et professionnelle

1. Evidence Based Dentistry (EBD)

1.1) Définition

L'Evidence Based Dentistry (EDB) est définie par l'American Dental Association comme : « an approach to oral health care that requires the judicious integration of systematic assessments of clinically relevant scientific evidence, relating to patient's oral and medical condition and history, with the dentist's clinical expertise and the patient's treatment needs and preferences », c'est-à-dire « une approche de la santé bucco-dentaire qui requière l'intégration judicieuse de l'évaluation systématique des preuves cliniques et scientifiques relative à la condition orale, médicale et à l'histoire du patient, avec l'expertise clinique du chirurgien-dentiste et les besoins et les préférences du patient en ce qui concerne son traitement ». (37,38)

L'EBD a donc pour but : (37,39)

- L'amélioration de la réalisation et de la qualité des soins en utilisant les « meilleures » données actuellement disponible,
- L'intégration d'une nouvelle dimension dans le processus de prise de décision, associée aux compétences, au jugement, à l'expérience et à l'expertise des praticiens.
- Le développement de la recherche dans le domaine de la dentisterie, afin d'apporter des réponses sous formes d'éléments de preuves scientifiques aux questions pertinentes de la profession.
- Un rôle important dans la formation des praticiens.
- La diminution de l'écart entre la pratique et la recherche.

Cependant devant l'afflux croissant de la littérature, il est nécessaire d'aider les praticiens à déterminer le niveau de preuve et la pertinence des éléments de la littérature, ainsi qu'à déterminer de quelle manière cela doit ou non influencer leurs approches cliniques.

1.2) Niveau de preuve

Il est nécessaire avant la prise de décision clinique que le praticien se pose les bonnes questions.

Il faudra avant d'effectuer des recherches approfondies et pour qu'elles soient les plus efficaces possible, qu'il convertisse sa recherche en une question à laquelle il est possible de répondre. Après avoir recherché le meilleur niveau de preuve disponible et utilisable, il faudra que le praticien évalue pour chaque réponse éventuelle, leur validité et leur utilité clinique (applicabilité du protocole, indications et contre-indications), en fonction de son expertise, des caractéristiques du patient et de la particularité du cas clinique. Puis il pourra évaluer dans le cas où la réponse trouvée semble cohérente, la valeur de cette réponse en l'appliquant au cas clinique qui a motivé la recherche ainsi que sa propre performance dans l'application de ce nouveau processus. (37,38)

Il existe une hiérarchie du niveau de preuve basée sur la capacité à démontrer la relation de cause à effet, ainsi que sur la capacité à diminuer les différents biais.

Plus le protocole de l'étude sera strict, plus l'échantillon étudié sera élevé et représentatif, plus les résultats de l'étude seront pertinents.

Le plus haut niveau de preuve est représenté par des études du type revues systématiques, méta-analyses, ou encore essais contrôlés randomisés. Dans le cas d'études du type étude de cohorte, étude cas-témoins, rapport de cas, le niveau de preuve est moins important (voir la Figure 3. sur laquelle le niveau de preuve est caractérisé par le chiffre 1 lorsqu'il est le plus élevé et par le chiffre 5 pour le moins élevé). (37,38)

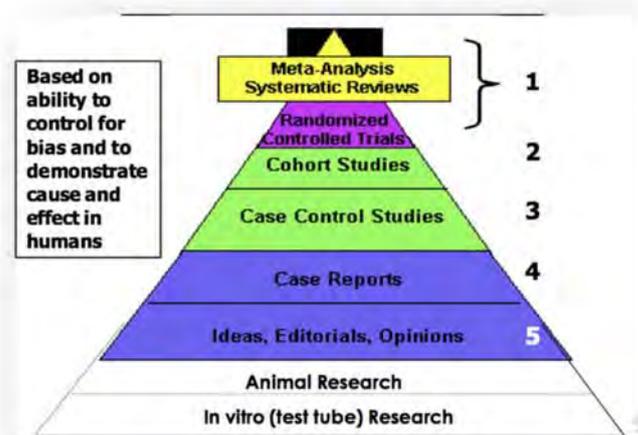


Figure 3 Pyramide du niveau de preuve en fonction du type d'étude. (37)

Cependant selon l'étude qualitative de Sbaraini.A, Carter.SM et Evans.RW publiée dans le Health Education Journal en 2012, intitulé : « How do dentists understand evidence and adopt it in practice ? » (40), le niveau de preuve le plus tangible pour les professionnels serait représenté par les preuves dites cliniques, visualisables. Le deuxième niveau de preuve serait délivré par l'entourage professionnel (« peers clinical evidence »), ou par la formation continue. Le résultat des essais ou de la recherche cliniques n'arriverait donc qu'en troisième position en terme de niveau de preuve et « leurs résultats ne serait intéressant que si l'étude en question confirme des procédures familières que les dentistes ont déjà testées et acceptées dans leurs propres pratiques », les résultats qui ne correspondent pas avec l'opinion du praticien seraient donc « considérées comme non pertinents ». (Voir Figure 4.)

Dans la même logique, les conseils donnés par des professionnels internationaux ou des universitaires serait de moins en moins reconnus par certains praticiens car ils « ne comprennent pas les obstacles auxquels ils sont confrontés dans la pratique ». (40)

Lorsque les praticiens sont confrontés à une nouvelle technique, à un nouveau produit ou à un cas complexe, ils vont mettre en œuvre un processus particulier, différent de l'Evidence Based Dentistry qui va leur permettre d'évaluer selon leurs critères le niveau de preuve de la technique en question. Ils vont bâtir leurs connaissances en fonction de ce processus. (40)

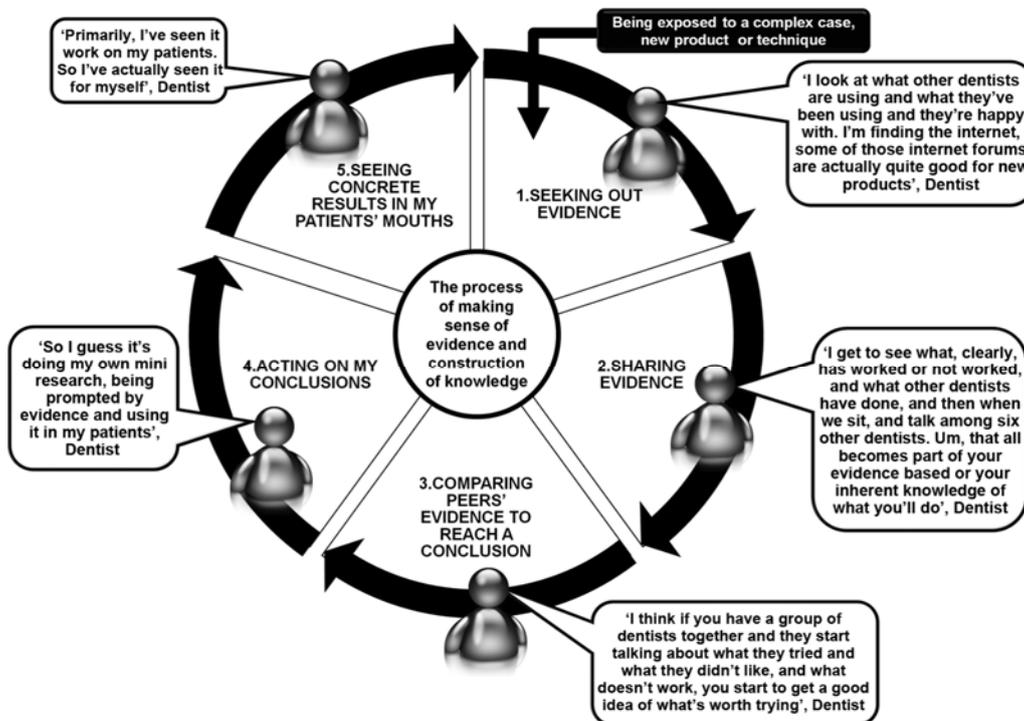


Figure 4 Le processus de développement et de fabrication de la preuve. (40)

Selon un article publié par McGlone.P, Watt.R, Sheiham.A, dans le Dental British Journal en 2001, « Without an understanding of how dentists change their clinical practices, evidence-based dentistry will achieve little. ». Il est donc indispensable d'identifier les éléments éventuels qui pourraient empêcher ou limiter la capacité des praticiens à mettre en œuvre les résultats de la recherche dans leurs pratiques. Il semble que l'Evidence Based Dentistry soit mise en application selon différents critères plus ou moins rationnels. (41)

1.3) Obstacles à la mise en application de l'EBD (41,42)

Il existe selon différentes publications de la littérature parfois issues d'étude qualitative, différents obstacles à la mise en application de l'EBD.

On retrouve parmi ces obstacles de manière récurrente mais non exhaustive :

- Le concept de l'EBD :
 - il est récent,
 - il semble ne cibler qu'une partie de la profession,
 - il demande des connaissances et des compétences nécessaires à l'interprétation et à la généralisation de la preuve,
 - il est peu adapté alors que la satisfaction du patient est le critère principal.

- La preuve en elle-même :
 - la disponibilité,
 - le retard ou le délai de publication,
 - l'accès aux supports de l'information,
 - la difficulté de mise à jour et d'interprétation des résultats,
 - les éventuelles contradictions existantes pour un même élément.

- Les connaissances et le comportement des praticiens :
 - le surplus d'information,
 - les connaissances dépassées,
 - l'influence des pairs,
 - l'incertitude clinique,
 - l'influence de l'expérience comme niveau de preuve.

- Le patient :
 - la demande de soin,
 - les attentes et les connaissances du patient sur les soins appropriés,
 - la compliance et l'implication du patient concernant sa santé bucco-dentaire,
 - l'émancipation du patient.

- L'environnement professionnel :
 - les contraintes de temps et d'organisation,
 - la charge de travail importante,
 - le manque de moyens,
 - le manque de communication entre praticiens et académiciens,
 - le manque de soutien de la part du personnel.

- L'environnement éducatif :
 - la formation continue inefficace, inappropriée ou inexistante,
 - l'information non en adéquation ou non mise à jour avec la preuve.

- Le système de santé :
 - parfois inapproprié en termes de remboursement et de support financier,
 - le manque d'influence de la profession au niveau politique,
 - l'incapacité de celui-ci à fournir des informations appropriées.

- L'environnement social :
 - l'influence des medias sur la profession de manière générale,
 - la dimension économique de la recherche,
 - le manque de sources indépendantes et objectives.

La manière dont la preuve est amenée au praticien est donc aussi importante que la preuve elle-même et les résultats devraient être proposés sous la forme de supports qui soient facilement consultables et utilisables au quotidien. (39,40)

2. Les sources de la littérature : (non exhaustif)

2.1) *Base de données et internet (non exhaustif)*

HAS / PubMed / EMC / Google Scholar / PicoSearch / The Dental Elf / Trip Database

2.2) *Revues (non exhaustif)*

On distingue deux grands types de revues : les revues scientifiques du domaine de l'odontologie, dont les plus reconnues figurent dans le Journal of Citation Reports (et possèdent un « Impact Factor ») et les revues de vulgarisation professionnelle, plus directement à destination des chirurgiens-dentistes.

Journal of Dental Research (impact factor 4,6)

Dental Materials (impact factor 3,9)

Journal of Dentistry (impact factor 3,1)

Journal of the American Dental Association (impact factor 1,76)

British Dental Journal (impact factor 0,99)

L'information Dentaire

Dentoscope

Réalité Clinique

Dental Tribune

La lettre du Conseil de l'Ordre

E. Internet et smartphone

L'utilisation d'internet pour développer, acquérir ou mettre à jour des compétences est de plus en plus répandue au sein de la pratique. Il existe différentes méthodes et par conséquent différents degrés ou différents niveaux d'acquisition des compétences.

1. Formations en ligne

Certains sites internet proposent désormais des formations complètes en ligne en partenariat avec des sociétés scientifiques, des associations universitaires, des auteurs. Certaines de ces formations entrent dans le programme de DPC (développement professionnel continu). Elles peuvent être associées ou non à une partie pratique présentielle et peuvent également être de durées variables.

Ces formations en ligne proposent différentes modalités d'apprentissage, ainsi que différents supports, comme la visioconférence, la diffusion de vidéos, de documents écrits, de quizz d'évaluation ou encore la composition de groupes d'études, qui vont permettre une réelle interaction entre les membres de la profession ainsi qu'un suivi du participant lors de son apprentissage. De plus il semble que les formations en ligne ne soient pas moins efficaces que d'autres méthodes d'apprentissage(43). Ces modalités sont nombreuses et sont d'une plus grande efficacité lorsqu'elles sont associées.

Les formations proposées peuvent être validées par un certificat de compétence clinique ou une attestation universitaire de formation par exemple.

<http://www.zedental.com/actus/index.cfm>

<http://www.adf.asso.fr/fr/espace-formation/formation-en-ligne>

2. Vidéos

D'autres sites internet proposent la diffusion de vidéos d'interventions ou de cas cliniques, qui permettent un accès rapide à une information visuelle. Elles permettent le plus souvent de visualiser des gestes opératoires, des techniques ou des protocoles, commentés ou non pendant leur réalisation. Elles permettent aussi d'avoir accès à des conférences ou des enseignements théoriques.

<http://www.oeil-dentaire.com/index.htm>

<https://www.youtube.com/user/ZedentalTV>

<http://www.lefildentaire.com/videos/>

Lorsque ces vidéos sont diffusées en direct, elles sont le plus souvent appelées « webinar » ou « webinaire ». Elles permettent l'accès à l'information de manière interactive, en intégrant les avantages de la vidéo, à ceux de la communication avec d'autres participants ainsi qu'avec le ou les intervenants. L'accès à certaine vidéo peut être payant.

<http://www.lesmardisdeprotilab.com/>

<http://www.dtstudyclub.com/> (Dental Tribune Study Club)

3. Forums et "t'chat"

Les forums sont des espaces publics sur internet qui proposent à un groupe de participants de débattre d'un sujet donné. Les débats sont organisés par le biais d'échanges de messages. (1) Ils sont de plus en plus utilisés dans la profession, qui tend vers l'échange et la communication entre les praticiens.

L'utilisation des forums varie en fonction de l'information recherchée par l'utilisateur.

Ils sont utilisés pour demander un avis général concernant un cas cliniques particulier et la conduite à tenir pour la bonne réalisation du traitement adéquat. Il s'agit alors de prise de décisions plus ou moins collégiales.

Ils sont aussi très utilisés pour évaluer l'efficacité d'un nouveau matériau, d'une nouvelle technique, d'un nouvel outil.

Ils peuvent aussi être employés lorsqu'un praticien recherche des informations concernant les démarches administratives qu'il doit effectuer.

Cela permet d'avoir des retours quasi immédiats d'autres praticiens avant l'application où la mise en place de compétences. Cependant les informations sont souvent subjectives et peuvent parfois ne pas faire l'unanimité.

Les groupes de discussion peuvent être organisés à l'avance, concerner un thème précis et nécessiter une inscription préalable. C'est ce que proposent par exemple « les rendez-vous de l'ADF ». Les participants doivent s'inscrire, ils ont ensuite accès à une conférence filmée qu'ils pourront visionner avant le rendez-vous, puis auront l'occasion de dialoguer pendant environ une heure avec le conférencier concerné.

Exemples :

<http://www.eugenol.com/>

<http://www.lecourrierdudentiste.com/forum/>

<https://www.facebook.com/groups/204843909693791/?fref=ts> Groupe : Dentistes de France.

<https://www.facebook.com/groups/650693161722905/?fref=ts> Groupe : French Kiss

<http://www.adf.asso.fr/fr/espace-formation/formation-en-ligne/rendez-vous-adf-2013?view=rendezvous>

Une étude dont les résultats ont été publiés en 2004 s'était intéressée à l'utilisation d'internet par les professionnels de santé en médecine, en pharmacie, et en odontologie de l'Université du Koweït. Elle avait mis en évidence entre autre, les différentes utilisations d'internet, les lieux d'accès, la fréquence d'utilisation, son impact sur les utilisateurs, et les problèmes qu'ils rencontrent(44). Il serait intéressant une dizaine d'année plus tard de mettre en place une étude similaire, pour évaluer l'évolution de l'utilisation d'internet par les professionnels de santé.

4. Applications

Les applications pour tablettes, ou téléphones sont des « programmes informatiques » autonomes qui vont aider leurs utilisateurs dans la réalisation d'actions bien définies(1). Elles sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus développées dans le domaine médical.

Par exemple, en ce qui concerne l'anatomie, les applications se sont multipliées et permettent entre autre, la visualisation en trois dimensions des éléments du corps humain.

Cependant il existe très peu d'applications spécialisées dans le domaine de la chirurgie dentaire.

Les quelques applications existantes ont souvent pour but d'avoir accès aux informations habituellement disponible sur internet depuis un téléphone ou une tablette.

Elles permettent :

- l'accès aux informations des services de santé. (Améli Assurance Maladie).
- de développer les connaissances générales (Vidal, Anatomie, Suture Vidéos).
- d'avoir accès aux publications déjà en ligne sur internet, leurs accès peut alors être payant ou non (Information Dentaire, Le fil Dentaire, Le Chirurgien-dentiste de France, EditionCdP).
- de faciliter la communication avec les fournisseurs, ou encore les laboratoires de prothèses (Protilab, Made in Labs, C+M Dental)
- d'informer et/ou d'éduquer les patients via de courtes vidéos, des conseils, ou des images concernant : l'hygiène dentaire, les pathologies, et les traitements. (Dent-Pix, Dental Trauma, CavityFree3D)
- de faciliter la gestion du cabinet en permettant un accès à distance à son planning, au dossier du patient (radiographies, dossier médicale, etc.) (Visio Agenda, Meditel Dentaire, iDentist Dentisterie)

Les applications représentent donc un très bon outil d'information mais leur intérêt va souvent se limiter au développement des compétences en communication, ou des connaissances générales.

De plus certaines applications sont payantes avec des prix relativement variables. L'absence de version d'essai gratuite oblige les potentiels acheteurs à baser leurs achats sur des captures d'écrans visant à illustrer les différentes utilisations de l'application et l'avis des utilisateurs

précédent. (45) Ainsi l'acheteur ne connaît pas le produit qu'il achète, ce qui peut limiter l'utilisation des applications.

Les applications sont par conséquent difficilement évaluables et leurs recherches s'effectuent par mots clés spécifiques ce qui ne facilite pas leurs accès.

Il serait intéressant de créer un catalogue des applications existantes qui serait régulièrement mis à jour et à partir duquel les applications pourraient être recherchées par le biais de différents critères : le système d'exploitation du smartphone (iTunes, Adroid,...), la profession, la spécialité, les applications les mieux notés, etc.

F. Synthèse

Les méthodes de développement des compétences ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

Les formations universitaires sont les plus reconnues. Elles proposent un enseignement pratique, clinique avec un suivi des patients et un encadrement des praticiens dans la durée. Cependant, le nombre de participants est souvent limité et il existe des conditions à respecter pour pouvoir prétendre à une inscription, par exemple un nombre d'années d'exercice minimum. De plus leurs accès n'est pas toujours envisageable par exemple pour les praticiens exerçants loin des facultés.

Les formations continues hors université, sont de plus en plus souvent proposées sous la forme de sessions d'enseignements qui s'étalent sur un ou plusieurs jours. Cela permet de grouper la formation sur de petites périodes avec un nombre variable de sessions. Les praticiens peuvent ainsi intégrer et mettre en pratique les compétences acquises au cours des premières sessions et prendre connaissance des éventuelles difficultés qui existent avant de participer aux sessions suivantes. Il est donc possible de répondre aux interrogations des praticiens au fur et à mesure de leur apprentissage. Cela permet également aux chirurgiens-dentistes de gérer l'organisation de leur lieu de travail, et le budget dédié à la formation.

Les formations qui proposent une partie pratique et donc présentielle permettent en premier lieu de créer et de maintenir un lien social entre les participants. Leurs enseignements seront souvent plus facilement mis en application par la profession et auront un impact plus important sur la pratique des professionnels de santé, car elles sont basées sur l'acquisition active et non passive de l'information.(46)

Cependant les formations présentielles demandent une organisation particulière, avec par exemple la fermeture du cabinet et le déplacement du praticien avec ou sans son équipe, ce qui limite le nombre de formations présentielles que l'on peut effectuer sur une période donnée.

La littérature quant à elle est plus un moyen de développer ses connaissances que ses compétences cliniques. Elle permet de prendre connaissance des dernières données acquises de la science, et des techniques et technologies existantes. La littérature est assez facilement

disponible, et il est possible de relire si nécessaire les informations dont on a besoin. Elle est de plus en plus souvent bien illustrée, mais c'est une technique qui est relativement chronophage. Les praticiens sont fréquemment confrontés à une quantité d'information soit trop importante, soit trop pauvre. De plus il est nécessaire pour chaque publication ou ouvrage d'évaluer son niveau de preuve, et d'évaluer comment les résultats pourraient être mis en application.

« Research findings can influence decisions at many levels but only if clinicians know how to translate knowledge into action. »(46)

A elle seule, elle n'est souvent pas suffisante pour la mise en application d'une nouvelle compétence.

En ce qui concerne internet de manière générale (formations en ligne, vidéos, forums...), les informations sont nombreuses ce qui peut être un inconvénient lorsque l'on recherche un renseignement très précis, qui peut être noyée dans l'afflux d'informations. Mais cela peut aussi être un avantage lorsque l'on est à la recherche de données plus large car dans ce cas-là, il sera possible de découvrir des éléments de réponses que nous ne recherchions pas initialement. Internet permet également aux chirurgiens-dentistes de créer ou d'entretenir le contact avec d'autres praticiens.

Les formations en ligne permettent aux praticiens de se former de manière autonome, à distance en limitant leurs déplacements, à leur rythme sans obligations de fermeture de cabinet. (43) Elles sont donc d'une grande utilité pour les praticiens exerçant loin des grandes villes ou en outre-mer.

L'accès à l'information sur internet est illimité : visionnage de vidéos, discussions, etc, néanmoins, les informations ne sont pas toujours validées par les données acquises de la science, il faut donc être capable d'évaluer leurs objectivités.

Les différents supports utilisés pour le développement des connaissances et des compétences sont complémentaires. Les informations délivrées dans un livre, un article, une vidéo ou une formation ne sont pas les mêmes et sont à mettre en commun.

Le choix de la méthode utilisé pour développer ces compétences dans un domaine donnée, n'est donc pas anodin. Ce pose alors la question suivante : les moyens utilisés pour développer les compétences sont-ils toujours appropriés ? Il serait intéressant de se demander

comment les praticiens choisissent les moyens utilisés pour développer leurs compétences et pourquoi ils font ces choix.

On peut aussi se demander si les méthodes actuelles permettent réellement à l'apprenant de développer des compétences concrètes ou uniquement d'intégrer des informations. Par exemple, est-ce qu'une formation ou une information uniquement théorique aboutit à un développement des compétences ?

La formation de manière générale est une obligation légale :

« Art. R. 4021-4.-I. Pour chaque profession ou spécialité, un parcours de développement professionnel continu est défini, en application de l'article L. 4021-3, par le conseil national professionnel compétent.

« 2° Constitue pour chaque professionnel une recommandation afin de satisfaire à son obligation triennale de développement professionnel continu. » (47)

Elles ont l'avantage d'actualiser ou de faire évoluer le niveau de connaissances du praticien dans un domaine donné, à un moment donné. Mais qu'en est-il réellement des compétences ?

Comment pouvons-nous évaluer les compétences ?

III. Evaluation et auto-évaluation des compétences

A. Auto-évaluation

L'auto-évaluation dépend principalement, des connaissances et des exigences du praticien sur les techniques qu'il utilise, de son niveau de conscience professionnel, de sa capacité d'autocritique.

1. « Mieux voir »

Par conséquent les outils utilisés pour « mieux voir » sont des éléments participants à l'auto-évaluation des compétences. En effet, les méthodes qui vont permettre au praticien de mieux voir vont donc lui permettre de mieux s'autoévaluer.

L'utilisation de loupes, de l'empreinte optique, ou encore de la photographie, sont des outils qui semblent être de plus en plus utilisés dans la pratique quotidienne des membres de notre profession. La loupe permet une meilleure visibilité et donc une meilleure auto-évaluation au moment de la réalisation de l'acte. L'empreinte optique va permettre de mieux visualiser une préparation prothétique à distance de la préparation en elle-même et donc une auto-évaluation différée (contre dépouille, axe de préparation, finitions, épaisseur du congé, etc...). On parle donc d'évaluation à court terme : « est-ce que c'est correctement réalisée ? ». Il en est de même pour la photographie qui va permettre d'évaluer un acte en utilisant des photos réalisés avant, pendant, et après l'acte puis lors du suivi du patient. On parle d'évaluation à court et long terme : « est-ce que c'est correctement réalise ? », « est-ce que c'est pérenne ? ». Pourtant le potentiel qu'apportent ces outils à l'amélioration de l'auto-évaluation n'est pas complètement ou consciemment exploité. L'empreinte optique sert principalement de transfert d'information entre le praticien et le laboratoire de prothèse, et la photographie de moyens de communication avec le patient et d'éléments juridiques et médico-légale. L'avantage de pouvoir visualiser un travail hors du contexte de soin est que l'on va pouvoir observer des éléments qui ne sont pas toujours visibles à l'œil nu ou qui sont masqués par d'autres éléments plus flagrants. Ainsi ces moyens vont permettre d'avoir un esprit critique plus développé, en mettant en évidence les défauts ou les qualités du soin et vont amener une réflexion sur celui-ci. Cependant ces moyens d'auto-évaluation sont praticien dépendant, c'est-à-dire, que chaque praticien peut avoir sa propre définition de ce qui est « bien réalisé », ces propres critères de réussite et qui vont tenir compte du contexte de soin (compliance et

motivation du patient, antécédent dentaire, caractère urgent, etc...), et ce malgré les recommandations de bonnes pratiques.

On parle alors d'autonomie du praticien dans l'évaluation de ses propres compétences.

2. Le « recul clinique »

Le « recul clinique » est le principal moyen utilisé par les praticiens pour s'autoévaluer. En revanche l'appréciation est souvent subjective. Par exemple ils évaluent approximativement si les soins sont pérennes. Si on se base sur ce principe d'auto-évaluation, la mesure efficiente de la compétence à réaliser des soins pourrait être effectuée par des études rétrospectives sur le taux de survie de ces soins. La conception d'un tel système d'évaluation ne serait-il pas biaisé en tenant compte par exemple du fait que les praticiens devraient pouvoir contrôler leurs travaux à posteriori et que les patients ne reviennent pas toujours ? Ou là encore par la subjectivité de leurs critères de survie ? L'évaluation objective de données subjectives est-elle possible ?

3. Questionnaires et « quizz » d'évaluation

Il existe de nos jours, d'autres moyens d'auto-évaluation.

Les questionnaires ou « quizz » présentés au terme de certaines formations, publications, ou vidéos, sont de plus en plus utilisés. Ils visent à permettre au praticien par le biais de quelques questions simples d'évaluer s'il a compris les différents éléments qui lui ont été présentés. Néanmoins, ces questionnaires évaluent la capacité à comprendre et non à mettre en application.

4. Le portfolio

Le portfolio est un ensemble de photographies, radiographies, de documents cliniques (notes, dossier médicaux, procédures, etc.) et d'informations qui concerne les compétences du praticien et qui est de plus en plus utilisé dans le domaine médical durant la formation initiale. Il permet aux étudiants de mettre en œuvre : « le concept de pratique réflexive et intentionnelle », c'est-à-dire une pratique basée sur la prise de décision en fonction d'une

réflexion tout au long du soin et non d'un automatisme ; en fonction du savoir mais aussi de l'expérience du praticien, et un apprentissage selon ses besoins. (48)

Dans le cadre de l'auto-évaluation cela pourrait aider les praticiens à réfléchir sur leurs aptitudes, leurs capacités, leurs besoins et leurs lacunes dans certaines situations, ainsi qu'aux moyens d'y remédier de telle sorte que leurs expériences négative comme positive soit constructives.

Ce dispositif serait-il transposable dans le cadre de la formation continue pour évaluer la compétence effective ? Pourrait-il être proposé par les organismes de formation continue afin d'accompagner les praticiens dans la mise en application des compétences ?

B. L'évaluation des compétences

Le praticien est soumis à une évaluation de ces compétences de la part des pouvoirs publics.

L'évaluation de la compétence est en partie effectuée au travers du développement professionnel continu (DPC). Ainsi l'acquisition d'un diplôme ou la réalisation d'une formation suffit à supposer que le participant ou le diplômé a développé une ou plusieurs compétences. Pourtant il est aussi admis qu'une compétence peut avoir été acquise et ne pas être mise en application ou « bien » mise en application pour différentes raisons dont certaines seront abordées dans la seconde partie de cette thèse. Le diplôme ou la formation justifient-ils donc toujours de la compétence ?

De plus, les techniques d'évaluation des compétences sont essentiellement basées sur des référentiels métiers qui ne décrivent le plus souvent que les situations limitées aux bases de la profession, et permettant de se situer par rapport à des standards. (5) Ainsi un praticien peut se demander si les critères du référentiel sont respectés dans sa propre pratique.

A partir de ce référentiel métier peut être élaboré un référentiel de compétences nécessaires à la gestion de ces situations. Le référentiel de compétences permettrait d'identifier les moyens de formations adéquats pour leur apprentissage. En dernier lieu, il serait possible d'élaborer un référentiel d'évaluation des compétences et de proposer aux praticiens les formations qui conviennent le mieux à leurs besoins. (9)

Serait-il alors intéressant et envisageable de mettre en place un système d'évaluation sous la même forme que le permis de conduire ? C'est-à-dire une évaluation de la théorie qui permettrait de valider le fait que l'apprenant a bien les ressources nécessaires à l'application

d'une compétence. Une évaluation pratique de mise en situation concernant les bases communes à tous les membres de la profession qui permettrait de valider les compétences ? L'évaluation des connaissances théoriques uniquement permet-elle d'évaluer de manière significative les compétences ?

Comment serait-il possible d'évaluer des compétences plus spécialisées ? Serait-il possible de mettre en place des référentiels de compétences spécifiques à chaque spécialité malgré l'absence de consensus concernant certaines techniques ?

Aux Royaume Unis par exemple, le General Medical Council (GMC) est une organisation indépendante qui est chargé d'améliorer la formation et la pratique médicale des médecins. Elle évalue les pratiques tous les 5 ans dans un système de « revalidation » des licenciés selon des standards définis par des praticiens, des professeurs, des employeurs et des patients : « good medical practice ». (49) Le système comprend des audits et des contrôles cliniques, le développement professionnel continu, une évaluation par l'entourage professionnel, ainsi que par les patients. (50)

Un tel système pourrait-il être envisagé pour évaluer les compétences des chirurgiens-dentistes ? Serait-il cohérent ?

La compétence est une notion à la fois difficile à définir et à évaluer, pourtant il existe de nombreux moyens de les développer.

Quels peuvent alors être les éléments qui vont influencer leur mise en application en cabinet libéral ? C'est la question à laquelle nous allons essayer de répondre.

IV. Etude qualitative

A. Qu'est-ce qu'une étude qualitative (51-54)

Une étude qualitative est une étude dont l'objectif est d'avoir une meilleure compréhension de phénomènes le plus souvent sociaux en cherchant à mettre en évidence l'opinion, la croyance, l'émotion ou le comportement des personnes par rapport à ce phénomène.

L'approche qualitative est très différente de l'approche quantitative, qui est plus utilisée dans le domaine de l'odontologie.

1. L'approche quantitative

Elle a pour but de mesurer des phénomènes, et de tester des hypothèses selon une logique déductive. Ces résultats vont permettre d'établir des relations de cause à effet, de déterminer l'incidence ou l'efficacité d'un phénomène, ou de connaître le comportement moyen d'un grand nombre d'individu.

2. L'approche qualitative

Elle a pour but la compréhension et l'exploration, d'un processus ou d'un phénomène selon une logique inductive. Les données produites, vont permettre de générer des hypothèses ou des théories sur les phénomènes comme : le comportement, les croyances, la perception et l'interprétation. Dans le cas d'études qualitatives, on cherche à obtenir une compréhension du problème ou de la question posée, sans notion de puissance statistique. Cela permet de voir apparaître de nouvelles perspectives, notamment dans le cas de phénomènes peu connus et/ou peu explorés. Cela permet également d'examiner de manière différente un problème pour lequel les réponses actuelles ne sont pas satisfaisantes.

Il existe différents types d'études qualitatives : elles sont par exemple basées sur l'observation, sur l'analyse de documents, ou sur la réalisation d'entretiens individuels ou collectifs.

→ Les deux approches ne sont pour autant pas en opposition, elles sont complémentaires. L'approche qualitative peut être utilisée seule, ou en association avec l'approche quantitative.

Le choix de l'une ou l'autre des approches sera déterminé par la capacité que chacune d'entre elle aura de répondre à une problématique.

B. Pourquoi avoir choisi ce type d'étude

Dans le cadre de cette la réalisation de cette étude, c'est l'approche qualitative qui a été retenue pour plusieurs raisons.

Dans un premier temps l'objectif n'était pas de chercher à déterminer combien de praticiens utilisent telle méthode pour développer ses compétences, ni la fréquence de mise en application de ces compétences dans leurs pratiques ; mais de savoir *comment* ils acquièrent leurs compétences et *pourquoi* ils décident ou non de les mettre en application.

Dans un second temps cela permet d'obtenir des résultats très différents de ceux que nous aurions pu obtenir par le biais de questionnaires standardisés, qui ne prennent pas en compte le contexte ou les situations. Ce type d'étude permet d'aller plus profondément dans la problématique en mettant en évidence l'opinion des participants.

C. Matériel et méthode

1. Contexte

Cette étude a été menée dans le cadre de la réalisation d'une thèse d'exercice en chirurgie dentaire au sein de la faculté de Toulouse. L'investigatrice est une étudiante dont l'expérience et la formation pour la réalisation de ce type d'étude étaient initialement inexistantes.

2. Problématique

La problématique de cette étude est la suivante : quels sont les facteurs favorisant ou défavorisant, positifs ou négatifs, à la mise en application des compétences nouvellement acquises dans la pratique quotidienne en cabinet libéral ?

3. Echantillonnage

3.1) Taille

L'étude qualitative requiert un échantillon de participants généralement plus restreint que dans le cas d'une étude quantitative. L'échantillonnage ne se fait pas par un calcul du nombre de participants mais consiste à sélectionner des situations riches en informations. On privilégie ici la qualité de l'échantillon et non la quantité. Il est composé de manière générale de 3 à 20 participants selon les études et les auteurs. (51)

Ici, l'échantillon est composé de praticiens pratiquant en milieu rural ou urbain, d'âges et d'expériences différentes, travaillant seuls ou en groupe, afin de recueillir des points de vue diversifiés, et de favoriser la diversité des données. On parle d'échantillonnage de variation maximale. Les participants n'ont un rôle que purement informatif et ne sont en aucun cas des représentants statistiques. (55,56)

	Genre	Nombre de praticiens au sein du cabinet (participant inclus)	Années d'expérience	Milieu d'exercice plutôt rural ou plutôt urbain
Praticien n°1	Femme	2	3 ans	Urbain
Praticien n°2	Homme	3	9 ans	Urbain
Praticien n°3	Femme	2	15 ans	Rural
Praticien n°4	Homme	2	24 ans	Rural
Praticien n°5	Femme	3	3 ans	Urbain
Praticien n°6	Homme	>10 praticiens	30 ans	DROM
Praticien n°7	Homme	1	6 ans	Urbain
Praticien n°8	Femme	1	19 ans	Rural
Praticien n°9	Homme	>10 praticiens	6 ans	DROM

Sur la totalité des participants sollicités, un seul a refusé de participer à l'étude.

3.2) *Saturation (51)*

La saturation représente le moment où le recueil de données supplémentaires n'apportera aucun élément nouveau, nécessaire à la compréhension du phénomène étudié. Ce point peut être considéré comme atteint lorsque les entretiens n'apportent plus de nouvelles réponses aux questions posées (c'est-à-dire lorsqu'ils n'ont fait que renouveler les réponses déjà obtenues précédemment).

4. **Collection des données (51–53,56)**

4.1) *Les entretiens*

L'étude se base sur la réalisation d'entretiens que l'on a *choisis individuels et semi-structurés*. Les entretiens ont été choisis individuels de manière à permettre aux participants de s'exprimer facilement et librement, sans limite temporelle ou interruption éventuelle de la part d'autres participants. Cela évite aussi les réticences éventuelles des praticiens à s'exprimer à propos de leurs expériences et comportements professionnels.

Les entretiens se sont déroulés de manière semi-structurée pour les raisons suivantes :

- fixer un cadre à l'étude,
- faciliter le travail d'interrogation de l'investigateur,
- permettre une certaine reproductibilité des questions principales posées,
- autoriser l'investigateur à moduler l'ordre des questions posées afin que le déroulement de l'entretien soit cohérent,
- autoriser l'investigateur à utiliser les réponses des participants pour adapter ou développer les questions principales,
- autoriser l'investigateur à utiliser les réponses des participants pour inclure des questions dites « secondaires » de manière spécifique à l'entretien en cours,
- permettre à l'investigateur de rester le plus passif possible en adaptant simplement la direction de la conversation afin de la maintenir, quand cela est possible, dans le sujet abordé.

Ils ont été réalisés à l'aide d'un *guide d'entretien* qui reprend les questions principales afin qu'elles soient posées de manière similaire aux différents participants, induisant alors la même interrogation.

L'absence de prise de note pendant le déroulement des entretiens a été un choix motivé. Cela a permis à l'investigateur d'être concentré sur les réponses apportées par les participants, sans avoir d'autres préoccupations.

La prise de note aurait également pu représenter un facteur de stress pour le participant, ou être responsable de l'apparition d'un malaise entre lui et l'investigateur.

Les questions principales des entretiens réalisés ont été les suivantes, elles représentent le cadre de l'étude :

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômés ? Depuis combien de temps exercez-vous ?
- Pendant ces années d'exercice avez-vous du développer, acquérir, ou mettre à jour des compétences ? Quels sont les méthodes/moyens utilisé(e)s ?
- Quels sont les facteurs positifs / facteurs favorisant la mise en application des compétences ?
- Quels sont les facteurs négatifs / facteur défavorisant la mise en application des compétences ? Quelles sont les barrières / obstacles à la mise en œuvre de nouvelles techniques ?
- Selon vous, si les moyens que vous avez utilisés pour développer vos compétences avaient été plus complets, auriez-vous été confronté à ces barrières ?

Les entretiens se sont déroulés sur le *lieu de travail* des participants afin de limiter le temps consacré aux déplacements, d'augmenter leur disponibilité, de faciliter la rencontre. Ils ont eu lieu à la fin de leurs journées de travail ou lors d'un créneau horaire spécifiquement dédié à la réalisation de l'entretien.

4.2) *Consentement et participation*

Les participants ont tous reçus et validés un formulaire de consentement et d'information qui indique que les enregistrements récoltés sont confidentiels et que seul la retranscription de ceux-ci sera utilisée et publiée dans le cadre de cette thèse.

Les données publiées sont anonymes et ne sont pas récoltées à des fins commerciales.

(Voir documents annexes).

Les participants ont pu choisir avant chaque entretien par quel nom d'acteur/actrice, de personnages de film ou de dessin animé, de personnages culturels ou de personnes connues, ils souhaitaient que l'investigateur les appelle. Cela a permis en plus de respecter l'anonymat des participants, de commencer les entretiens dans une ambiance détendue et propice à l'échange.

5. **Enregistrement et analyse des données (54)**

5.1) *Enregistrement des données*

Les entretiens réalisés ont été entièrement enregistrés à l'aide de deux dictaphones différents afin d'éviter la perte d'information. En revanche aucune note n'a été prise au cours de ces entretiens. La prise de note aurait été difficile et aurait pu être néfaste au déroulement d'une conversation fluide. Elle aurait pu entraîner à l'inverse de l'effet souhaité, une limitation des données récoltées. Cependant à l'issue de chaque entretien, l'investigateur a noté si nécessaire les éléments importants de la conversation notamment en ce qui concerne le langage corporel des participants.

Les entretiens sont retranscrits textuellement, le plus rapidement possible après l'entretien afin que l'investigateur ait encore en mémoire une idée précise de ce que les participants ont voulu exprimer.

La durée des enregistrements varie entre 16 et 45 minutes en fonction des réponses apportées par les participants, la moyenne étant de 25 minutes.

5.2) *Codage et analyse thématique*

Les retranscriptions sont ensuite codées. Le codage est un processus complexe, qui demande du temps et de la réflexion. Cela signifie que l'on va rechercher au sein de chaque phrases retranscrites une ou plusieurs éventuelles informations énoncées par les participants et qui pourraient permettre de répondre à la ou les questions posées.

Dans un premier temps et toujours le plus rapidement possible après l'entretien et la retranscription de celui-ci, un code couleur a été attribué aux éléments qui pouvaient permettre d'apporter des réponses aux questions posées : (voir annexes)

- développement des compétences (vert),
- facteurs favorisant la mise en application des compétences (jaune),
- facteurs défavorisant la mise en application des compétences (rose).

Dans un second temps, il a été utile et même nécessaire de réaliser des « mémos ». Un « mémo » correspond à un entretien spécifique. Ils permettent d'obtenir une première ébauche du codage en triant et en classant les idées des participants.

(Voir documents annexes).

Dans un troisième temps et après la réalisation d'un certain nombre d'entretiens, (ici 6 entretiens), ces « mémos » ont été repris et analysés pour en faire ressortir des codes.

Les codes sont spécifiques à chaque participant, puis ils sont mis en commun et classés dans des catégories plus vastes afin de limiter la répétition des codes similaires. Les catégories ont ensuite été regroupées par thèmes.

Lorsque ces codes, ont été identifiés et classés dans des catégories, les résultats sont reportés dans des tableaux, un tableau correspondant à un thème. Les retranscriptions ont été relues une à une afin d'en extraire les citations qui permettent d'illustrer les résultats. Les citations extraites pouvaient correspondre à un ou plusieurs codes, ce qui nous a permis de fusionner ou de scinder des catégories similaires entre eux/elles afin de les rendre plus intelligible.

5.3) *Justification de la technique de codage*

Le codage a nécessité dans le cadre de cette étude qualitative deux écoutes de l'entretien (en direct puis à la retranscription), puis 3 lectures minimum (codes couleurs, « mémos », citations).

La retranscription textuelle est importante dans ce type d'étude car on cherche à mettre en évidence une idée, un concept, une vision des choses qui n'est pas forcément partagé. De plus, lors de la retranscription l'investigateur peut découvrir des éléments qui ne l'avaient pas interpellé lors de l'entretien et qui ressortent pourtant clairement une fois celui-ci retranscrit. Les relectures sont également intéressantes car elles permettent à chaque étape d'éclaircir et/ou de mettre en évidence des codes.

D. Résultats

L'analyse thématique a permis de faire émerger 7 grands thèmes :

- Le praticien
- La formation
- La compétence (technique)
- Le temps
- L'environnement de travail
- L'entourage professionnel
- Le patient

Ces thèmes ont été reportés sous forme de tableaux, un tableau par thème.

Ces tableaux thématiques reprennent les différentes catégories en analysant pour chacune d'entre elles les facteurs favorisant ou défavorisant la mise en application des compétences. Des citations provenant de différentes retranscriptions d'entretiens réalisés dans le cadre de cette étude qualitative viennent illustrer ces catégories. Ces citations ont aussi pour rôle d'aider le lecteur à évaluer l'interprétation qui a été faite des données et d'en évaluer la fiabilité, et la fidélité.

Tableau 1 Le premier tableau reprend les catégories qui concernent le praticien, ses traits de caractères, sa motivation et son état d'esprit, ses objectifs et son orientation professionnelle, ainsi que le contexte personnel dans lequel il se situe.

	Caté- gories	Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants	Citations
PRACTICIEN	Traits de caractère	Lorsque l'on a des exigences professionnelles. Lorsque l'on est persévérants, déterminés. Lorsque l'on sait s'adapter et gérer le stress.	Lorsque l'on manque de détermination et d'adaptabilité. Lorsque l'on a peu d'exigences professionnelles. Lorsque l'on a des difficultés dans la gestion du stress.	<p>❖ <u>Dark Vador</u> *« Il y en a qui ont plus d'assurance pour pouvoir le mettre en place. » *« au final, votre caractère va prédestiner, votre formation et votre voie professionnelle. »</p> <p>❖ <u>Lolo Ferrari</u> *« Ça doit être « bien » réalisé. C'est l'exigence personnelle. » *« Et la si on peut parler de barrière, oui c'est moi. Par exemple pour passer le cap de façon sereine, en étant sur de moi. »</p> <p>*« <i>Investigateur</i> : Est-ce que les obstacles qu'on a vu, ont pu être surmontés, ou détournés ? <i>Lolo Ferrari</i> : Oui, bien sûr. Il vaut mieux. (...) De la persévérance, de la patience. Limite de l'obstination. »</p> <p>❖ <u>Bouki</u> * « Je pense qu'on en a tous des barrières. Il faut juste savoir les faire sauter. » * « Je pense que c'est un métier ou on a besoin d'exigences. »</p> <p>❖ <u>Emma</u> * « Moi je suis stressée, je fais les choses quand je sais les faire. »</p> <p>❖ <u>Bonhomme</u> * « il faut dépasser le stress de l'échec pour tester quelque chose de nouveau. (...) Déjà que c'est un métier stressant. Des fois on n'a pas envie d'en rajouter une couche. »</p>
	Etat d'esprit / Motivation	Lorsqu'il y a : - remise en question de la part du praticien, - confiance et estime de soi, - motivation.	Lorsqu'il y a : - absence de remise en question de la part du praticien, - confiance et estime de soi insuffisante, - procrastination.	<p>❖ <u>Sailor Moon</u> *« Ce n'est pas forcément évident de renoncer, ça demande une remise en question et de prendre le temps de le faire »</p> <p>❖ <u>Dark Vador</u> *« changer de pratique, et en être capable c'est juste mettre les moyens nécessaires pour l'appliquer c'est tout » *« C'est juste une question de bon vouloir. Si on veut, on peut, point »</p> <p>*« Si j'y crois, si j'ai été convaincu par ce que j'ai appris. Si je suis en adéquation, si intellectuellement ça me parle. Si on arrive à me convaincre, j'essaierai de le mettre en place »</p> <p>❖ <u>Lolo Ferrari</u> *« Non à part la barrière personnelle, dire qu'on n'en a pas la capacité ou qu'on ne se sent pas capable. »</p> <p>❖ <u>Bouki</u> * « On peut toujours trouver des freins mais c'est peut-être de faux freins aussi. » * « je pense que c'est le facteur humain qui est le plus important. »</p> <p>❖ <u>James</u> * « des fois les obstacles viennent du praticien lui-même. Des fois, il faut se botter un petit peu les fesses pour franchir le pas. Je pense que c'est de plus en plus compliqué quand on prend de l'âge. Il faut vraiment se remettre en question souvent (...). Après c'est peut être aussi une question de personne. »</p>

				<p>* « L'envie est omniprésente puisque c'est elle qui va nous amener vers une formation, à la continuer, à la mettre en place, et à la proposer à nos patients. Donc l'envie c'est pour moi le moteur essentiel. »</p> <p>❖ <u>Novak</u></p> <p>* « Oui, il faut toujours rechercher la perfection. C'est un état d'esprit. »</p> <p>* « il y a l'investissement personnel qu'on y met (...) La motivation et le travail fourni. »</p> <p>* « Si on est exigeant on a tendance à vouloir le meilleur. »</p>
	Objectifs/ Orientation professionnelle	<p>Lorsque l'on met en application une compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que l'on prend plaisir à mettre en œuvre, - pour laquelle on a été formé, - qui correspond à une orientation professionnelle choisie, - par laquelle on est convaincu et qui définit des objectifs réalistes, - qui va permettre de varier nos actes. 	<p>Lorsque l'on met en application une compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qui ne nous plait pas, - qui ne nous a pas convaincu, - qui ne correspond pas aux objectifs et à l'orientation que l'on souhaite donner à notre activité. 	<p>❖ <u>Sailor Moon</u></p> <p>* « parce que je n'ai pas envie d'orienter ma pratique uniquement sur ça. »</p> <p>❖ <u>Bouki</u></p> <p>* « parce qu'il faut que ça plaise aussi. On a un travail qui demande de la concentration, ce qui est assez difficile donc parfois on n'a peut-être pas envie de faire ça. »</p> <p>❖ <u>James</u></p> <p>* « Je pense qu'à partir du moment où l'homme a décidé, dans un contexte normal, s'il se définit des objectifs réalistes, il n'y a aucune raison que cela ne fonctionne pas. »</p> <p>❖ <u>Emma</u></p> <p>* « je me suis rendu compte que je préférerais laisser faire ça à des gens qui savent très bien le faire, plutôt que de faire ça à un niveau moyen et d'être en fin de compte déçue par ma compétence qui aurait sans doute été limitée. »</p>
	Contexte personnel	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'environnement personnel est stable, - l'état de santé est bon. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les paramètres personnels sont défavorisants, - l'état de santé est inadéquat. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>❖ <u>Bouki</u></p> <p>* « Il y a des fois où ce n'est pas l'heure, pour le changement, ou pour la modification des compétences, et puis tout d'un coup il y a un déclic. »</p> <p>❖ <u>Emma</u></p> <p>* « J'avais changé le cabinet, j'avais changé le fauteuil, pris l'assistante et en plus j'avais de grosses mensualités. Il y avait beaucoup de choses, aussi des soucis de santé, je ne me sentais pas de faire ça. »</p> <p>❖ <u>Bonhomme</u></p> <p>* « Il faut faire des compromis sur la vie de famille, sur les habitudes de travail. Est-ce qu'on veut passer 2 heures de plus au cabinet ? »</p>

Tableau 2 Le second tableau reprend les catégories qui concernent la formation, le choix de la formation, l'accompagnement et la pédagogie qu'elle propose, les limites de celle-ci et le type de formation.

	Caté- gories	Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants	Citations
FORMATION	Choix de la formation	<p>Lorsque l'on choisit une formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par ciblage, par choix personnel, - en fonction de ses besoins, de ceux des patients et de ses lacunes professionnels. 	<p>Lorsque l'on choisit une formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par défaut ou par obligation, - qui ne conviendrait finalement pas à ses orientations professionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Sailor Moon</u> *« généralement on choisit des thèmes qui nous plaisent » ❖ <u>Dark Vador</u> *« c'est plus en fonction du besoin que je vais avoir, que je vais (...) décider si je le fait ou pas. » ❖ <u>Lolo Ferrari</u> *« Un des facteurs favorisants aussi dans le choix de la formation, c'est de répondre à une situation donnée, qui va permettre de trouver des solutions et de répondre à la demande du patient. » ❖ <u>James</u> * « ce qui est intéressant dans ce métier-là, c'est de garder l'idée de se former toute sa vie, en fonction de ses envies, de ses manques. Et ça permet de garder le plaisir de travailler » ❖ <u>Novak</u> * « <i>Investigateur</i> : Est-ce que vous vous êtes déjà formé pour une technique que vous n'avez pas mise en place ? <i>Novak</i> : Non. Parce que j'avais l'envie de développer mon domaine d'activité, donc je me suis plutôt au contraire bien équipé, bien formé dans ce domaine. »
	Accompagnement/ Pédagogie	<p>Lorsque la formation propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un enseignement complet, - une équipe pédagogique de qualité, - un accompagnement adéquat. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>Lorsque la formation propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un enseignement insuffisant pour la mise en œuvre des compétences, - un accompagnement pédagogique, pauvre et/ou de mauvaise qualité. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Bouki</u> * « <i>Investigateur</i> : Qu'est-ce qui va faire que l'on peut surmonter ou outrepasser un obstacle quand il est présent ? (...) <i>Bouki</i> : C'est la pédagogie, la démonstration et l'accompagnement. (...) Et de la répétition si nécessaire. (...) <i>Investigateur</i> : La répétition des actes ? (...) <i>Bouki</i> : Oui, des actes. Mais il y a aussi la répétition des formations » * « Je crois qu'il y a des équipes de formateurs qui sont particulièrement compétents et pédagogues et qui donnent l'envie de mettre en place tout ce que l'on a fait pendant la formation, tout ce qu'ils nous apprennent. Et a contrario, il y a des équipes qui le sont moins et qui donnent moins envie. » * « généralement on a un accompagnement et un suivi régulier, qui permettent de dire qu'on sera plus à l'aise pour mettre en place quelque chose » ❖ <u>Novak</u> * « DU sont quand même un peu plus formateurs. <i>Investigateur</i> : Pourquoi ? <i>Novak</i> : Plus de temps, plus de pratique, plus d'encadrement. »

	Limites	/	<p>La formation a des limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'évolution des besoins du praticien, - son niveau de confiance en soi et en la technique à réaliser, - la difficulté de la formation et de la technique, - la courbe d'apprentissage nécessaire, - la nécessité de multiplier les formations, - les difficultés d'accès à la formation, - l'absence de formation malgré l'obligation légale. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Lolo Ferrari</u> * « on peut avoir eu la meilleure formation universitaire ou privée ou peu importe, ce qui reste c'est la mise en application, et ça les formations elles ne nous y préparent pas nécessairement. » * « pour ça la formation ne peut rien, ça se fait sur le terrain. » ❖ <u>Bouki</u> * « il arrive quand même un niveau de difficulté de l'information ou de la formation, et un choix, qui font qu'on n'ira pas plus loin que ça. » * « L'absence de formation ou de remise à niveau. (...) Dans ma profession je sais qu'il y a encore des personnes qui ne se forment pas. » * « Elle est indispensable mais elle peut avoir ses limites quand on n'a pas envie ou qu'on ne se sent pas de faire quelque chose. » ❖ <u>James</u> * « son questionnement ne sera pas le même en début qu'en fin d'exercice et sa courbe d'apprentissage nécessitera de passer par un certain nombre de formations. » * « Pour nous, les praticiens des DOM, c'est un petit peu plus compliqué parce qu'il faut partir plus longtemps, compter les billets d'avions etc... Donc déjà c'est un coût supplémentaire pour se former. » ❖ <u>Bonhomme</u> * « chaque formateur détient sa vérité (...) Les cas d'échecs, ils ne les montrent pas, mais ces cas-là, on les voit nous. Donc on fait un mélange entre tous ce qu'on a appris, (...) C'est là où il faut multiplier les formations. » * « On ne peut pas facilement multiplier les formations. Surtout dans les DOM, où c'est encore plus contraignant qu'en métropole. »
	Type de formation	<p>Lorsque la formation propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une partie pratique, - la présentation de cas cliniques - une visualisation des gestes opératoires, - une information disponible facilement. 	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formation ne contient pas d'apprentissage pratique, - l'information est difficilement disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Sailor Moon</u> * « il y a l'ADF qui met en ligne les vidéos des conférences...ça permet de revoir toutes les conférences qui nous auraient intéressées, ça peut se regarder en illimité. » ❖ <u>Lolo Ferrari</u> * « <i>Investigateur</i> : vous parliez de formation avec théorie et travaux pratiques inclus, c'est le mieux ? (...) <i>Lolo Ferrari</i> : Oui, sinon pour moi ça n'a pas de sens puisqu'on a un métier qui est à la fois théorique et pratique. » ❖ <u>Bouki</u> * « Il y a des gestes que l'on ne peut comprendre que si on les voit (...) Il y a des tours de mains, des petites astuces que l'on a besoin de voir pour comprendre. D'où l'intérêt des cycles de formations pratiques. » * « Et c'est là où je trouve que de faire des formations pratiques, (...) ça permet de changer beaucoup de choses, (...) Alors est-ce que c'est le ciblage que j'ai fait qui correspond à ça ? Je ne sais pas » ❖ <u>Maryse</u> * « pour tous ce qui est conférences auxquelles j'ai pu assister. En sortant de là je ne me suis pas dit, je vais faire ça tout de suite au cabinet. Mais en pratiquant au DU par contre là, déjà tu deviens plus à l'aise. » * « Quand on a vu le geste et qu'on l'a pratiqué après c'est plus facile à mettre en place. »

Tableau 3 Le troisième tableau reprend les catégories qui concernent la technique, la spécialisation et l'innovation de la technique, ainsi que sa difficulté et son niveau de risque.

COMPÉTENCE (technique)	Catégories	Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants	Citations
	Spécialisation/ Innovation	<p>Lorsque la technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est peu innovante, - présente un recul clinique élevé, - est compatible avec une activité d'omnipratique. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>Lorsque la technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - requière un niveau de spécialisation élevé, - est incompatible avec une activité d'omnipratique, - demande une formation approfondie, - est très innovante et présente peu de recul clinique. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p style="text-align: center;">❖ <u>Sailor Moon</u></p> <p>*« on voit certaines choses en formation continue, on se dit ok, ça c'est bien parce qu'il est hyperspécialisé (...), mais ce n'est pas du tout adapté à l'omnipratique par exemple. Donc ça on sait très bien qu'on ne le mettra jamais en place » (...) ou tout du moins pas tout de suite. »</p> <p>*« Dans le cas de thèmes ou de techniques qui étaient trop compliquées, qui demandent encore plus d'approfondissement, plus d'expérience, et où je n'avais pas la capacité de le mettre en place et encore moins toute seule. »</p> <p>*« ce n'est pas envisageable parce qu'il nous manque encore trop d'éléments. (...) On ne peut pas être spécialiste de tout. »</p> <p style="text-align: center;">❖ <u>Lolo Ferrari</u></p> <p>*« Oui ce qui va être compliqué à mettre en place, ça va être des techniques innovantes pour les patients »</p> <p style="text-align: center;">❖ <u>James</u></p> <p>* « j'ai rencontré plus de difficultés, (...) c'était des choses totalement nouvelles. (...) qui viennent bousculer les paradigmes habituels.</p> <p style="text-align: center;">* « j'avais plus de mal qu'eux parce que j'étais moins spécialisé. »</p> <p style="text-align: center;">* « la mise en place est liée à la difficulté de ce que l'on vient d'apprendre. »</p> <p style="text-align: center;">❖ <u>Bonhomme</u></p> <p>* « c'est favorisant si on est capable de ne faire qu'un seul domaine. Ce qui veut dire qu'il faut qu'on ait des confrères et des correspondants pour les autres domaines mais si on est seul c'est sûr que ce n'est pas évident. »</p> <p>* « il y a tellement de domaines, qu'on ne peut pas être compétent dans tous les domaines, donc on se spécialise forcément dans quelque chose et ça implique de mettre de côté d'autres choses. »</p>
Bénéfice de la technique versus investissement	<p>Lorsque la mise en application de la compétence apporte un intérêt réel pour le praticien et/ou le patient.</p> <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>Lorsque la balance entre l'investissement et l'intérêt de la compétence mise en œuvre pour le praticien et/ou le patient est défavorable.</p> <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p style="text-align: center;">❖ <u>Sailor Moon</u></p> <p>*« l'investissement est peut-être un peu haut pour l'intérêt que ça peut apporter à la pratique. »</p> <p style="text-align: center;">❖ <u>Dark Vador</u></p> <p>*« Il faut prendre le temps de choisir sa formation, se renseigner en amont, voir les conséquences que ça peut apporter. Pas économique, mais pour le patient, pour la façon d'exercer »</p> <p style="text-align: center;">❖ <u>Novak</u></p> <p>* « Parce que ce n'est pas mon domaine de compétence et en conséquence le prix n'en vaut pas le bénéfice. »</p> <p style="text-align: center;">❖ <u>Emma</u></p> <p style="text-align: center;">❖ <u>Bonhomme</u></p> <p>* « je n'en faisais pas énormément à mon cabinet et je trouvais qu'investir, ça me faisait trop lourd »</p> <p>* « Il y a aussi les cas où il y a peu de bénéfices par rapport à ce que l'on t'a vendu. (...) on s'aperçoit que ça ne valait pas le coup, qu'on peut faire aussi bien avec autre chose »</p>	

	<p>Evolution des techniques et technologies</p>	<p>Lorsque l'évolution des techniques et technologies poussent les praticiens à une remise en question de leur pratique quotidienne.</p>	<p>Lorsque l'évolution des techniques et technologies est trop rapide et qu'une technique ou un matériau récent devient rapidement désuet.</p>	<p>❖ <u>Sailor Moon</u> *« les choses évoluent tellement vite et énormément dans le métier. » * « c'est un métier qui évoluera de toute façon toujours. Donc il faut prendre le pli à mon avis dès le départ, en se disant que ça va changer et qu'il faut qu'on change, qu'on évolue avec les connaissances du métier, et les connaissances scientifiques »</p> <p>❖ <u>Dark Vador</u> *« on a un métier qui évolue en permanence et de plus en plus vite. Donc après la fac, ce qu'on a appris est parfois déjà dépassé »</p> <p>❖ <u>Bouki</u> * « si aujourd'hui on veut évoluer avec la profession, je pense qu'il faut se mettre au goût du jour. Ce qu'on a appris est parfois toujours valable mais devient peut être désuet, dans les techniques ou dans les matériaux. »</p> <p>❖ <u>Emma</u> * « Il ne faut pas toujours être en demande de quelque chose de nouveau. Je pense que maintenant, on a beaucoup de produits qui nous permettent de très bien travailler sans toujours attendre une nouvelle technique. »</p>
--	--	--	--	--

Tableau 4 Le quatrième tableau reprend les catégories qui concernent l'environnement de travail, la réorganisation éventuelle de celui-ci et l'investissement qu'il peut représenter.

	Caté- gories	Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants	Citations
ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	Réorganisation	<p>Lorsque la mise en place des compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande une réorganisation partielle du déroulement d'un acte, - entraîne une modification limitée de l'environnement de travail, - ne nécessite pas la remise en question de tous les principes de soins appliqués jusque-là. 	<p>Lorsque la mise en application des compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande une réorganisation totale du déroulement d'un acte impliquant à la fois une modification des matériaux, du matériel, du protocole, et de la gestion du temps de travail, - crée un inconfort, - consiste en l'organisation d'un acte jamais réalisé auparavant, - nécessite de former l'équipe soignante. 	<p>❖ <u>Sailor Moon</u> *« On peut changer juste une façon de voir les choses, on peut changer juste un produit, on peut changer un protocole, on peut changer complètement une façon de travailler. Il y a vraiment plusieurs niveaux de changement. »</p> <p>❖ <u>Dark Vador</u> *« une éventuelle réorganisation totale de l'activité, des fois ça peut faire peur. »</p> <p>❖ <u>Bouki</u> * « Il y a des gens qui répondent très favorablement aux changements et d'autre plus difficilement. »</p> <p>❖ <u>James</u> * « quand une nouvelle technique chamboule complètement l'environnement du cabinet, il faut booster les équipes et entraîner tout ce petit monde-là. Il faut convaincre les confrères avec qui on travaille que c'est une bonne chose pour les patients et donc pour le cabinet. Donc il faut être leader d'opinion dans cette démarche-là. »</p> <p>❖ <u>Bonhomme</u> * « Et après ça dépend de la difficulté de mise en place. A chaque fois que tu veux t'améliorer un petit peu c'est du matériel en plus, toute une organisation, la formation de l'assistante à nouveau. »</p>
	Investissement/ plateau technique	<p>Lorsque l'investissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour la formation est raisonnable, - en matériaux et matériels spécifiques est faible, - à un réel intérêt pour le patient et pour le praticien, - est amortis. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>Lorsque l'investissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour la formation est élevé (fermeture du cabinet, frais généraux), - nécessite l'acquisition de nouveaux matériaux et/ou matériels spécifiques et onéreux. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>❖ <u>Sailor Moon</u> *« sur le moment quand on démarre, ce n'est pas forcément évident de sortir des sommes à 4 chiffres. »</p> <p>❖ <u>Bouki</u> * « Parce que faire des investissements, on en fait et on est obligé d'en faire pour notre métier. (...) On peut toujours trouver des freins, mais c'est peut-être des faux freins. »</p> <p>❖ <u>James</u> * « Dans notre métier, on est souvent tributaire de la technologie, ou d'une instrumentation donc oui, il y a déjà un investissement en formations. Pour nous, les praticiens des DOM, c'est un petit peu plus compliqué parce qu'il faut partir plus longtemps, compter les billets d'avions etc... Donc déjà c'est un coût supplémentaire pour se former. Et puis après il y a le coût du matériel. »</p> <p>* « effectivement, les coûts de fonctionnement de cette nouvelle technique peuvent quand même retarder sa mise en place. »</p> <p>❖ <u>Novak</u> * « C'est la nécessité pour certaines techniques d'une instrumentation spécifique. (...) à acquérir. Si on veut pouvoir progresser, il faut savoir investir et acheter le matériel adéquat pour la réalisation de certaines techniques. Sinon ce n'est même pas la peine de les envisager.</p> <p>❖ <u>Emma</u> * « je ne voulais pas rentrer là-dedans alors que je n'en faisais pas énormément à mon cabinet et que je trouvais qu'investir, ça me faisait trop lourd »</p> <p>❖ <u>Bonhomme</u> * « si ça implique du nouveau matériel, c'est mieux d'être à plusieurs, (...) on peut partager les frais et du coup la compétence elle est mise en application tout de suite. »</p>

Tableau 5 Le cinquième tableau reprend les catégories qui concernent le facteur temps, la pratique et l'expérience du praticien, l'influence des habitudes sur la pratique, la courbe d'apprentissage, le temps entre le développement des compétences et leurs mises en application, ainsi que le développement de nouvelles technologies.

	Catégories	Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants	Citations
TEMPS / EXPERIENCE	Pratique/ Expérience	<p>Lorsque l'expérience permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'augmenter le sentiment de confiance en soi, - d'effectuer des actes complexes plus sereinement, - la diminution du stress lié à l'acte à réaliser, - d'améliorer le recul clinique du praticien sur sa pratique. 	<p>Lorsque l'expérience est insuffisante et que cela génère :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un stress particulier par rapport à l'acte à réaliser, - un sentiment de peur et diminue l'assurance du praticien. <p>Lorsque l'expérience amène le praticien à tomber dans une routine confortable dont il est difficile de sortir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Dark Vador</u> *« aujourd'hui ça me ferait beaucoup moins peur qu'il y a 7 ou 8 ans » *« Vous tentez plus de choses, vous osez plus de choses. Parce que vous avez plus de recul, vous vous dites que ça vaut le coup de tenter plus de choses » ❖ <u>Lolo Ferrari</u> *« confronté à la particularité de chaque personne, on est obligé d'acquérir de l'expérience, d'avoir petit à petit des réponses à apporter aux interrogations des patients. » ❖ <u>Bouki</u> * « D'avoir plus d'expérience au contraire ça pourrait fixer dans sa routine et permettre de se dire puisque ça fonctionne bien, on continue comme ça. Donc oui peut être, défavorisant. (...) Pas toujours bénéfique aux changements. » ❖ <u>Maryse</u> * « c'est plus le fait qu'avec trois ans de pratique je ne sois pas encore trop sûre de moi. » * « <i>Investigateur</i> : A partir de quand on se dit qu'on peut mettre en place quelque chose de nouveau, qu'on va être capable de le faire ? <i>Maryse</i> : Pour moi c'est au minimum avoir pratiqué plusieurs fois et avoir un bon plateau technique. » ❖ <u>James</u> * « Les premières sessions sont toujours un peu plus compliquées et puis au fur et à mesure que l'on met les choses en pratique, on développe de la compétence, de l'aisance et donc de la sérénité. » * « Plus on est à l'aise dans un domaine, plus on va rechercher des choses pointues. Mais évidemment plus ce sera facile à mettre en œuvre par rapport à un praticien pour qui tout sera nouveau, et donc pour qui l'acquisition sera plus complexe. »

	Habitudes de travail / Routine	<p>Lorsque les habitudes permettent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de développer des automatismes, des réflexes, des protocoles appropriés, - d'augmenter la sécurité de travail, - d'améliorer la maîtrise de la technique et des résultats, - de gagner du temps en installation et en gestion du soin, - d'instaurer un certain confort de travail. 	<p>Lorsque les habitudes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - empêche de progresser, d'évoluer, d'atteindre de nouveaux objectifs, - limite la capacité du praticien à s'adapter au cas clinique rencontré, - diminue la concentration et l'attention portée au soin par le praticien, - sont un facteur limitant la remise en question du praticien et/ou de son équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Sailor Moon</u> *« Il y a des techniques et des méthodes qui vont complètement bouleverser les habitudes qu'on a déjà, et bouleverser les habitudes chez un praticien c'est compliqué. » *« c'est bien dans un sens parce que ça nous permet d'automatiser un petit peu ce qu'on fait et d'avoir des réflexes sur des protocoles. » ❖ <u>Dark Vador</u> *« Si on reste dans son « traintrain » quotidien, on ne se remettra pas en question » *« on peut parler d'habitudes mais ce sont des habitudes que vous êtes censés faire évoluer, pour le bien des soins, de vos patients, pour votre bien à vous et votre façon de faire » ❖ <u>Lolo Ferrari</u> *« Dans la mesure où l'on s'adresse à des personnes uniques il y a très peu d'habitudes. » *« le cadre il est protecteur, pour éviter les digressions. Les habitudes dans ce cas-là sont bonnes, il faut juste être capable de s'adapter à la personne que l'on a en face de nous. » *« Si c'est bousculer une habitude pour atteindre un objectif meilleur (...) ce n'est pas difficile. Si c'est motivé et qu'on est acteur de sa décision c'est plus facile.» *« elles sont intéressantes parce qu'elles permettent de nous guider et d'avoir une certaine sécurité de travail et de résultat. Mais il faut rester vigilant (...) et prendre du recul. » ❖ <u>Maryse</u> * « <i>Investigateur</i> : Qu'est-ce que vous pensez des habitudes ? (...) Je ne pense pas que ça empêche, justement, je pense que c'est bien de maîtriser une technique. Il vaut mieux en maîtriser une très bien, plutôt que moyennement 3 ou 4. » ❖ <u>James</u> * « L'intérêt de l'habitude, si on est rigoureux et que l'on maîtrise bien la technique, c'est de pouvoir reproduire toujours les choses de façon correcte. La reproduction de certains scénarios peut amener à une pratique plus sereine. » * « Les gens installés dans un confort n'ont pas toujours envie, que ce soit la secrétaire, l'assistante ou le praticien, de changer leurs habitudes. » ❖ <u>Novak</u> * « Favorisant pour aider dans la réalisation de l'acte. Mais défavorisant si on prend trop confiance, et si on arrête de porter attention, ça risque de mener à l'échec. »
	Temps entre le développement des compétences et leurs mises en application	<p>Lorsque la mise en application des compétences après leurs acquisitions est rapide.</p>	<p>Lorsque la mise en application de nouvelles compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande du temps, de la réflexion, - entraîne une réorganisation du travail, - implique l'achat de matériels et/ou de matériaux adaptés, augmentant ainsi le délai entre l'acquisition et la mise en application des compétences. <p>Un délai trop long pourrait ne pas aboutir à la mise en application des compétences en questions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Sailor Moon</u> *« si on ne met pas en application ce qu'on a vu dans le mois qui suit la formation, on ne le mettra pas en place. Passé 3 mois en général on y est déjà plus. » *« Ce n'est pas forcément évident de renoncer, ça demande une remise en question et de prendre le temps de le faire » ❖ <u>Bouki</u> * « ça peut être une question de temps aussi. On va se dire (...) : « je vais redéterminer mes protocoles, je vais modifier ma façon de travailler (...) c'est vrai que ça demande du temps et de la réflexion oui. »

	Courbe d'apprentissage	<p>Lorsque la compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - implique une courbe d'apprentissage simple et rapide, - est mise en application fréquemment, la courbe d'apprentissage sera d'autant plus facile. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun)</p>	<p>Lorsque la compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - implique une courbe d'apprentissage lente et fastidieuse, la mise en application peut être ralentie ou stoppé, - est rarement mise en application, la courbe d'apprentissage sera d'autant plus longue et difficile. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Bouki</u> * « comme beaucoup d'actes où il y a une courbe d'apprentissage difficile, si on ne les réalise que peu de fois, on n'est pas forcément très bons. » ❖ <u>Maryse</u> * « <i>Investigateur</i> : Plus on va le faire plus on va se sentir à l'aise ? <i>Maryse</i> : Oui. Et plus on aura envie de faire des choses peut être un peu plus compliquées et de se lancer dans des actes plus complexes. ❖ <u>James</u> * « Je vois ça comme une étape. Mais ça peut effectivement se transformer en obstacles insurmontables. Il m'est déjà arrivé de faire l'acquisition de certains matériels et de laisser tomber parce que je ne les utilisais pas.» * « On est toujours dans une courbe d'apprentissage sauf pour des gens qui sont exceptionnellement doués. Mais pour les autres on ne peut pas bruler les étapes. » ❖ <u>Novak</u> * « avant d'avoir toutes ces formations, je ne le faisais pas, j'attendais d'avoir des bases plus solides. Maintenant dans ma discipline je n'ai plus de limites. »
--	-------------------------------	---	--	---

Tableau 6 Le sixième tableau reprend les catégories qui concernent l'entourage professionnel, le réseau de professionnels et les relations professionnelles, l'ambiance et la dynamique et travail, le compagnonnage, et la formation de cet entourage.

	Catégories	Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants	Citations
ENTOURAGE PROFESSIONNEL	Relations et réseaux de professionnels	<p>Lorsqu'il y a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une bonne communication et des échanges entre les différentes professions médicales mais aussi et surtout au sein de la profession, - un travail de groupe et un partage d'expérience, - un soutien apporté par les confrères. 	<p>Lorsqu'il y a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une influence néfaste du réseau de professionnels sur les choix réalisés, - une éventuelle diminution de la liberté au travail, - des échanges d'informations qui ne sont pas toujours validées par les données acquises de la science. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Sailor Moon</u> * « Quand on fait les formations ensemble au sein d'un même cabinet, je pense que ça favorise vraiment les choses. » ❖ <u>Dark Vador</u> * « il faut savoir faire la part des choses, entre ce que l'on nous apprend, ce que l'on voit et ce que l'on entend pour évoluer sans être juste une éponge, sans réfléchir. » ❖ <u>Bouki</u> * « Je pense que d'être soutenu par des formateurs, l'équipe avec qui on travaille, des confrères et amis, ça motive et ça permet de vouloir aller se former, de toujours en vouloir plus. » ❖ <u>Maryse</u> * « aller voir comment les autres travaillent, les différentes possibilités, les méthodes utilisées, les plateaux techniques utilisés. » * « le fait d'être bien entourée, ça pousse à se former. » ❖ <u>Emma</u> * « si j'avais eu un associé ou un collaborateur, ça aurait été différent dans le sens où j'aurais été plus amenée à faire des choses ou on aurait eu 4 mains, on aurait pu dire « tiens essaye, viens voir, tente ». La étant seule, je ne prends pas le risque. » ❖ <u>Bonhomme</u> * « Ce qui veut dire qu'il faut que tu aies des confrères et des correspondants pour les autres domaines mais si on est seul c'est sûr que ce n'est pas évident. »
	Ambiance de travail / Communication	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'équipe de travail est une équipe soudée, confiante, et en qui on peut avoir confiance, - l'équipe de travail est favorable aux changements et/ou à l'évolution du cabinet, - la communication est aisée. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'entourage professionnel présente des divergences d'opinions ou une méfiance sur différents aspects du travail, - la communication est difficile, - les collègues sont réfractaires aux changements et à l'évolution ou ont une difficulté particulière à sortir de leur confort de travail initial. <p>(Dépend de l'appréciation de chacun.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Lolo Ferrari</u> * « C'est sûr que si tout est coordonné, on a envie d'aller de l'avant. S'il faut faire face à des réticences ou des méfiances, là forcément, c'est encore plus compliqué. » * « Un associé qui pousse. Un entourage qui adhère et qui va dans le même sens. » * « Oui une équipe qui est soudée et qui a les mêmes ambitions et les mêmes objectifs pour les patients, c'est précieux. » ❖ <u>Bouki</u> * « Et ce n'est pas non plus le personnel avec qui je travaille et en qui j'ai confiance qui représente un frein. Parce que ça pourrait l'être. Ce serait peut-être un des freins par rapport à nos habitudes, le personnel justement. (...) Il y a des gens qui répondent très favorablement aux changements et d'autres plus difficilement. » ❖ <u>James</u> * « il faut voir comment le chef d'équipe, le manager, a su faire passer à son équipe l'intérêt de la chose. »

	Compagnonnage	<p>Lorsqu'il y a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un travail en collaboration avec un praticien qui a plus d'expérience et qui va partager son savoir, - un partage d'informations concernant les interrogations éventuelles des praticiens qu'ils soient expérimentés ou non. 	<p>Lorsqu'il y a un aspect néfaste sur la liberté de prise de décision ou sur le choix de la technique utilisée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Sailor Moon</u> * « ça va être plus facile à mettre en place parce qu'on sait que si on a des questions, (...) on peut toujours aller taper à la porte d'en face pour demander conseil (...) on a déjà un parachute de secours. » ❖ <u>Dark Vador</u> * « il y a une dizaine d'années, ça aurait été plus que je me suis mis des barrières tout seul, en me disant que ce que j'avais appris était différent de ce que faisait mon associé (...) il faut savoir faire la part des choses, entre ce que l'on nous apprend, ce que l'on voit et ce que l'on entend pour évoluer sans être juste une éponge, sans réfléchir. » ❖ <u>Maryse</u> * * « au final, d'être 3 dans le cabinet, on est en permanence en train de discuter, je vais très souvent leur demander leurs avis. » ❖ <u>James</u> * « C'est-à-dire que « l'enseignant » va accompagner son disciple dans l'acquisition de la technique. Ce qui pour moi est une des meilleures solutions qui soit. » ❖ <u>Novak</u> * « je suis seul. (...) Depuis 3 ans. (...) Ça a été plutôt bénéfique pour développer mon activité. (...) Beaucoup plus simple que dans des cabinets où il y a déjà des règles et des méthodes de fonctionnement, déjà des habitudes de prescriptions, de correspondants, etc... » ❖ <u>Bonhomme</u> * « On est 7 titulaires et 12 sinon. (...) c'est très stimulant. Chacun fait des trucs différents. On apprend forcément plus qu'en restant dans son coin »
	Formation	<p>Lorsque la formation de l'entourage professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmente leurs capacités, - facilite la mise en place de nouveautés, - favorise leurs compréhensions du problème et leurs aptitudes à l'adaptation, - leurs permet d'avoir un esprit critique. 	<p>Lorsque l'absence de formation de l'entourage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aboutit à une lassitude de travail, - entraîne une incompréhension de l'intérêt d'appliquer de nouvelles choses surtout en l'absence d'une communication appropriée. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>James</u> * « Je pense que de toute façon la plupart des formations devraient s'adresser à l'ensemble de l'équipe, au moins pour certains aspects. Ça permet de renouveler l'envie, d'apporter des réponses thérapeutiques plus adaptées. » * « l'environnement professionnel proche et les gens ne comprennent pas toujours où l'on veut aller surtout s'ils n'ont pas eu la formation. » ❖ <u>Emma</u> * « j'ai pris cette assistante qui était déjà formée et qui avait vu des choses magnifiques surtout quand c'est des gros cabinets, pour elle les facettes, les implants et tout ça c'était connu. » ❖ <u>Bonhomme</u> * « Et après ça dépend de la difficulté de mise en place. A chaque fois que tu veux t'améliorer un petit peu c'est du matériel en plus, toute une organisation, la formation de l'assistante à nouveau. »

Tableau 7 Le septième tableau reprend les catégories qui concernent les patients, l'information et l'accompagnement, le bénéfice de la technique pour le patient versus l'investissement nécessaire, la difficulté des cas cliniques et le niveau social des patients.

	Catégories	Facteurs favorisants	Facteurs défavorisants	Citations
PATIENT	Information/ Accompagnement	<p>Lorsque le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est bien informé, éclairé, - a de bonnes connaissances, - un intérêt pour sa santé bucco-dentaire élevée. 	<p>Lorsque le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est mal/peu/pas informé, - a des difficultés à comprendre l'intérêt d'une technique surtout lorsqu'elle est nouvelle et innovante, - n'est pas sensible à sa condition bucco-dentaire. 	<p>❖ <u>Lolo Ferrari</u></p> <p>* « ce qui va être compliqué à mettre en place, ça va être des techniques innovantes pour les patients. (...) parce qu'il y a une barrière psychologique (...) de la part des patients par manque d'informations très fréquemment. »</p> <p>❖ <u>Bouki</u></p> <p>* « C'est à nous aussi professionnels de santé et à nos équipes de travail d'avoir ce rôle d'information et de perspicacité pour bien expliquer aux patients pourquoi on fait ça et quels bénéfices, quels avantages ils vont en tirer. »</p> <p>* « il y a un accompagnement du patient au même titre que nous on a parfois besoin d'accompagnement en tant que professionnel de santé dans nos nouvelles techniques. Il faut leur expliquer ce qu'ils savent et ce qu'ils ne savent pas. »</p> <p>❖ <u>James</u></p> <p>* « les patients ne sont pas forcément demandeurs. Les patients ont besoins d'être informés, éclairés sur leurs pathologies. »</p>
	Comportement / Relation de soin	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la relation de soins est bonne, il existe une relation de confiance, - le comportement du patient est compatible avec l'acte à réaliser. 	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la relation de soins est mauvaise, - le comportement du patient est néfaste pour la mise en application d'un acte. 	<p>❖ <u>Emma</u></p> <p>* « le patient stressait beaucoup et automatiquement à un moment donné ça ce ressens dans mon acte à moi aussi. »</p> <p>* « la compétence des fois est limitée, dans le sens où l'on ne peut pas faire ce que l'on veut, comme on le veut parce qu'on a une personne en face de nous et si le rapport n'est pas bon, l'acte n'est pas le même et notre comportement n'est pas le même non plus. »</p> <p>* « ce n'est pas bon parce que s'il y a un rapport de conflit, il n'y a pas un rapport de confiance. »</p> <p>* « J'arrive à travailler et je suis plus concentrée qu'avec quelqu'un qui va bouger, qui va fermer la bouche sans arrêt, qui va vouloir cracher 10 fois... Parfois ça peut être très compliqué. Dans le cas inverse, on est plus réceptif, on avance plus vite et on a envie des fois de faire encore mieux, de se dépasser. »</p> <p>❖ <u>Bonhomme</u></p> <p>* « Il y a la compliance des patients. (...) On peut, dans ce cas-là, varier les techniques facilement, mettre en place certaines choses. (...) parce qu'on a beaucoup de stress en moins »</p> <p>* il faut avoir un bon contact. (...) s'il n'y a pas un bon relationnel, ce n'est pas possible.</p> <p>* « si le patient est compréhensif, ça relâche la pression et on peut plus facilement l'appliquer. »</p>

	<p>Technique et volume de cas clinique adaptés à la pratique quotidienne</p>	<p>Lorsque la mise en application de la compétence répond à une demande particulière de la patientèle et correspond à l'orientation et aux besoins de la pratique quotidienne du cabinet.</p>	<p>Lorsque la compétence à mettre en œuvre ne correspond pas à l'orientation de la pratique, où lorsque le volume de patientèle adaptée est faible ou inexistant.</p>	<p>❖ <u>Lolo Ferrari</u> * « parce que je n'ai pas un volume de patientèle et que ma pratique en générale en parodontologie fait que je n'ai pas spécialement besoin de chirurgie reconstructrice après. » * « Un des facteurs favorisant aussi dans le choix de la formation, c'est de répondre à une situation donnée, qui va permettre de trouver des solutions et de répondre à la demande du patient. (...) La demande des patients et leurs attentes, leurs besoins ou encore la mode aussi parfois, par exemple les éclaircissements... »</p> <p>❖ <u>Bouki</u> * « La patientèle aussi, si elle répond favorablement aux diverses sollicitations. Faire de l'esthétique haut de gamme dans des endroits où il n'y a pas de demande se serait voué à l'échec. »</p> <p>❖ <u>Bonhomme</u> * « il faut avoir le « pool » de patient pour le faire. Parce qu'on peut avoir des compétences hyper précises si c'est pour faire un cas par an, on ne va pas vraiment développer la compétence. Si on ne prend pas l'habitude, si on ne prend pas le geste. » * « On se dit que ça peut être génial et puis finalement on n'a pas la patientèle pour. »</p>
	<p>Difficulté des cas cliniques</p>	<p>Lorsque les cas cliniques rencontrés sont simples et faciles à prendre en charge dans leurs globalités.</p>	<p>Lorsque les cas cliniques rencontrés sont complexes et difficiles à prendre en charge globalement. Lorsque la mise en application des compétences demande beaucoup plus de réflexion, de maîtrise, et la gestion du stress généré par le cas lui-même.</p>	<p>❖ <u>Dark Vador</u> * « C'est dur d'avoir l'exigence de dire : « je veux que le travail soit bien fait ». C'est dur mentalement, nerveusement, surtout quand il faut répondre à des cas complexes ou des bouches compliquées... Parce qu'il y a la pression du résultat. »</p> <p>❖ <u>Maryse</u> * « Il faut commencer par des choses simples ça favorise ? Maryse : Oui, complètement. »</p> <p>❖ <u>James</u> * « J'ai eu plus de mal parce que ça s'adresse à des patients qui relèvent de la réhabilitation globale donc la complexité vient du fait, à la fois de la méthode et des cas cliniques adaptés, qui peuvent être compliqués. » * « Un jeune praticien qui va démarrer l'implantologie, devrait raisonnablement commencer par des cas simples, et au fur et à mesure de sa progression, soit par le mode du compagnonnage soit par ses formations diverses augmenter ses compétences. »</p> <p>❖ <u>Emma</u> * « Après il y a aussi la configuration de la dent,... Une reprise de traitement peut-être par exemple très compliquée, alors que l'on a tout mis en œuvre, et on n'y arrive pas. »</p>

	<p>Niveau social et système de santé</p>	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le patient ne présente pas de difficultés sociales, - les actes sont pris en charges par le système de santé. 	<p>Lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le patient présente des difficultés financières, - la mise en application de la compétence entraîne la cotation d'actes non remboursés par le système de santé. 	<p>❖ <u>Lolo Ferrari</u></p> <p>*« ce qui va être compliqué à mettre en place, ça va être des techniques innovantes pour les patients (...) ça touche souvent à des aspects financiers qui les mettent parfois mal à l'aise. Tous les actes hors nomenclatures de façon générale ce n'est pas simple à mettre en place »</p> <p>*« ce n'est pas une histoire de moyens qui souvent n'est qu'un prétexte. Mais ça cache quand même derrière des choses plus profondes comme l'accès à la santé. »</p> <p>❖ <u>Emma</u></p> <p>* « Après est-ce qu'inconsciemment selon l'acte que l'on fait le cout de l'acte ne rentre pas en jeux aussi ? (...) C'est-à-dire que lorsque vous faites une reprise de traitement, entre guillemets, soit vous êtes en entente préalable directe et vous allez prendre un dépassement d'honoraires ; soit un peu comme par ici où c'est compliqué parfois de faire des dépassements d'honoraires, vous savez que vous allez prendre maximum 80 euros et que vous allez le faire en 2-3 consultations si vous y arrivez, c'est délicat. »</p>
--	---	---	---	--

E. Discussion

1. Synthèse

Plusieurs thèmes ont été identifiés au fur et à mesure des différents entretiens. On s'aperçoit alors qu'un certain nombre d'éléments jouent un rôle plus ou moins important dans la mise en application des compétences.

On retrouve parmi ces éléments, des thèmes étroitement liés au praticien lui-même, mais aussi certains thèmes plus indépendants, liés à son environnement de travail ou encore au patient.

1.1) *La compétence*

La compétence à mettre en œuvre est le premier élément qui est pris en considération. La compétence relève toujours du niveau de difficulté de la technique qui sera différent selon l'appréciation des chirurgiens-dentistes. En outre, plus la compétence sera spécialisée et/ou innovante, plus elle sera difficile à mettre en œuvre pour différentes raisons. D'une part, une compétence liée à la mise en œuvre d'une technique spécifique est souvent tributaire du recul clinique de la technique en question et de la capacité de cette technique à être appliquée dans des situations variables lors de la prise en charge d'un cas clinique particulier. D'autre part, la mise en œuvre de compétences spécialisées, nécessite d'avoir la possibilité d'orienter les patients convenablement vers d'autres spécialistes, et donc d'avoir développé un réseau de professionnels conséquent. Cependant, cela n'est pas toujours envisageable, notamment dans les déserts médicaux : « *Ce qui veut dire qu'il faut qu'on ait des confrères et des correspondants pour les autres domaines mais si on est seul c'est sûr que ce n'est pas évident* » (Bonhomme). L'évolution rapide des techniques ou technologies, nécessite une constante remise en question de la part des praticiens et une perpétuelle mise à jour de leurs connaissances. Cela peut être un obstacle au développement et donc à la mise en application des compétences, notamment lorsque l'évolution est trop rapide par rapport à la courbe d'apprentissage nécessaire : « *on a un métier qui évolue en permanence et de plus en plus vite. Donc après la fac, ce qu'on a appris est parfois déjà dépassé* » (Dark Vador). De plus, la balance bénéfique apportée par la compétence au praticien et au patient par rapport à l'investissement réalisé doit être favorable. Le bénéfice doit être réel, concret pour que la mise en œuvre soit pérenne.

1.2) *La modification, la gestion, l'organisation de la pratique*

La mise en application d'une nouvelle compétence ou sa modification implique inévitablement une nouvelle organisation : « *Il ne faut pas se lancer dans un domaine juste parce que ça nous plaît, il faut voir tout ce que cela peut changer : la matériel, l'organisation.* » (Bonhomme). Plus les modifications apportées à la pratique sont minimes, plus la compétence est mise en application facilement. De la même manière, plus les modifications sont minimes, plus le délai entre l'acquisition et la mise en application est réduit, ce qui va favoriser l'application de la compétence. Cependant, la mise en application d'une nouvelle compétence est souvent synonyme d'investissements dans notre profession. Plus il sera élevé, plus la réflexion concernant la mise en application sera importante, et plus le délai avant la mise en application pourra être long. L'investissement peut donc être un frein important, à un moment donné, notamment pour les praticiens qui investissent seuls dans l'achat de matériel onéreux : « *effectivement, les coûts de fonctionnement de cette nouvelle technique peuvent quand même retarder sa mise en place* » (James). Toutefois, selon certains chirurgiens-dentistes, l'investissement peut être un faux problème, employé pour justifier le choix de ne pas mettre en place une nouvelle compétence.

1.3) *La formation*

La formation lorsqu'elle est choisie par le praticien est généralement un facteur favorisant la mise en application des compétences. Les formations qui proposent un enseignement pratique, ou un accompagnement post-formation riche et adapté, par exemple sont celles qui aboutiront le plus souvent à la mise en œuvre des compétences : « *Quand on a vu le geste et qu'on l'a pratiqué après c'est plus facile à mettre en place.* » (Maryse). Il faut également que la formation permettent de répondre à un besoin et/ou corresponde à un objectif professionnel. La formation est indispensable à l'amélioration, au développement et à la mise à jour des compétences. Malgré tout elle connaît aussi des limites. La formation continue est aujourd'hui une obligation légale qui ne semble pas être respectée par l'ensemble de la profession.

« Au total, 10 % des praticiens ont satisfait à leur obligation de DPC en 2013, selon les données de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC). »

(57)

Il serait donc intéressant de chercher à déterminer pour quelles raisons les praticiens ne satisfont pas toujours à leurs obligations de formation. L'absence de consensus a également une influence : « *chaque formateur détient sa vérité* » (Bonhomme). Cela oblige souvent les praticiens à multiplier les formations ce qui va à la fois augmenter leurs niveaux de connaissance et leurs sens critique mais aussi être l'objet d'investissements supplémentaires, que ce soit pour le praticien lui-même ou pour la formation de l'équipe. L'investissement sera d'ailleurs souvent plus élevé pour les praticiens exerçant loin des centres de formations. L'accès à la formation étant limité, notamment en fonction des zones géographiques. De plus, les besoins en formations et donc les compétences peuvent évoluer. En effet l'évolution des besoins du praticien en formation est fonction de sa courbe d'apprentissage, de la difficulté de la technique, et de l'évolution des techniques et technologies qui est permanente.

1.4) *L'expérience*

En ce qui concerne l'expérience, elle va avoir l'avantage d'accroître la confiance, la sérénité, et le recul clinique du praticien qui pourra mieux appréhender la complexité et l'incertitude liée aux actes à réaliser en impliquant la répétition des actes et des formations si nécessaire. Cependant, l'expérience ne doit pas empêcher la remise en question du praticien expérimenté. En effet, l'expérience est associée au développement d'habitudes de travail qui doivent être maîtrisées, afin de ne pas limiter la progression, les capacités, et la concentration du praticien. La modification ou l'évolution des habitudes est plus facile, lorsqu'elle est issue d'un choix motivé du praticien et va permettre d'amener un nouveau dynamisme à la pratique quotidienne. Elle est plus compliquée et demande un certain temps, notamment dans le cas où le praticien et/ou les membres de son équipe, sont peu favorables aux changements : « *Il y a des gens qui répondent très favorablement aux changements et d'autre plus difficilement.* » (Bouki).

Un praticien non expérimenté va développer une courbe d'apprentissage. Elle sera fonction de la difficulté de la compétence à appliquer, et de sa répétition. Plus elle sera mise en application plus l'apprentissage sera facile et rapide. Elle dépendra aussi plus indirectement : des formations effectuées, du volume de patientèle correspondant, et des besoins du praticien à un moment donné. La mise en application d'une compétence est favorisée lorsqu'elle est mise en œuvre un court laps de temps après son acquisition. Cependant le changement demande d'être réalisé à un moment propice.

1.5) *La communication entre professionnels*

La communication et les échanges entre les praticiens notamment au sein de notre profession, mais aussi avec les autres professions médicales ont un rôle très important pour le développement des compétences mais aussi pour leur mise en application. Cependant un chirurgien-dentiste doit conserver une certaine liberté de prise de décision, et faire des choix sans subir une trop grande influence de la part d'autres praticiens : *« je me suis mis des barrières tout seul, en me disant que ce que j'avais appris était différent de ce que faisait mon associé »* (Dark Vador).

Le travail en collaboration avec un praticien plus expérimenté est pourtant souvent considéré comme un atout car cela permet de manière générale de développer plus facilement, plus sereinement et plus rapidement une compétence, que si on la met en place seul. Toutefois, l'aspect bénéfique du « compagnonnage », s'atténue avec le temps, au fur et à mesure que le praticien le moins expérimenté accroit sa propre expérience.

L'équipe de travail a une influence évidente sur la motivation du praticien et peut devenir un réel frein lorsqu'il existe des divergences d'opinions, des difficultés liées aux changements, ou encore un obstacle à la communication. En revanche, l'équipe de travail peut aussi être un moteur notamment quand l'équipe est bien formée, ce qui entretient une dynamique positive et encourage la mise en application des compétences : *« une équipe qui est soudée et qui a les mêmes ambitions et les mêmes objectifs pour les patients, c'est précieux. »* (Lolo Ferrari).

1.6) *Le patient et le système de santé*

Le patient quant à lui, par divers aspects, va également influencer la mise en application d'une compétence.

La mise en application d'une compétence peut être limitée par le niveau de connaissance du patient. Un patient mal informé sur son état de santé bucco-dentaire et les traitements qui lui sont proposés, peut être réfractaire à la réalisation d'un acte dentaire. Notre rôle d'information prend alors tout son sens. Cependant un patient peut même en étant bien informé refuser un traitement.

Lorsque la relation de soins entre le soignant et le soigné est mauvaise, et/ou que le comportement général du patient avant ou pendant un traitement est inadéquat, la mise en application des compétences pourra être entravée, limitée ou empêchée : *« s'il y a un rapport de conflit, il n'y a pas un rapport de confiance. »* (Emma).

La mise en œuvre de certaines compétences semble également être limitée par le fonctionnement du système de santé, la hauteur des remboursements sur les actes, ainsi que les ressources financières du patient. Il existerait par conséquent un lien direct entre l'accès à la santé et son influence sur le développement et la mise en application des compétences par les chirurgiens-dentistes.

Par ailleurs, la singularité de chaque patient fait que la compétence à mettre en application doit continuellement s'adapter à des cas cliniques qui ne sont pas caractérisés par le même niveau de difficulté. Plus un cas est complexe, plus la mise en application demande de la réflexion, et plus la compétence doit être maîtrisée, surtout lorsqu'elle est difficile à mettre en œuvre et le praticien peu expérimenté.

Pour développer une compétence et la maîtriser, il est nécessaire pouvoir la mettre en application fréquemment. Cela nécessite d'avoir une patientèle dont la demande et/ou les besoins sont adaptés à la compétence en question.

1.7) Le praticien

Le praticien est le dernier mais pas le moindre des éléments qui intervient dans la mise en application des compétences. Un praticien est défini par différentes composantes humaines qui lui sont propres. La mise en application des compétences requière entre autre, de la détermination, de l'exigence, et de l'adaptabilité. Elle demande au praticien une remise en question. Cependant ses qualités ne sont réunies que dans certaines situations notamment : lorsque la compétence à mettre en application correspond aux objectifs et à l'orientation professionnelle choisie par le praticien, et lorsque la compétence est instaurée dans un contexte personnel favorisant, de manière à ce qu'elle le soit durablement. Le facteur humain c'est-à-dire les éléments qui définissent une personne dans sa globalité sont souvent plus compliqués à modifier qu'une technique de travail. Il est plus difficile de modifier une attitude que des aptitudes.

Il semblerait que la mise en application d'une compétence soit prioritairement l'objet d'une réflexion et d'un choix personnel, qui ne pourra qu'être influencé par la compétence en elle-même, l'environnement et l'entourage professionnel, le patient, la formation, ou encore l'expérience, à un moment ou pour une période donnée.

Le facteur dominant dans le processus de mise en application des compétences est donc le praticien lui-même.

« C'est juste une question de bon vouloir. Si on veut, on peut, point. » (Dark Vador)

« je pense que c'est le facteur humain qui est le plus important ». (Bouki)

« L'envie c'est pour moi le moteur essentiel. » « Je pense qu'à partir du moment où l'homme a décidé, dans un contexte normal, s'il se définit des objectifs réalistes, il n'y a aucune raison que cela ne fonctionne pas ». (James)

« Si c'est motivé et qu'on est acteur de sa décision c'est plus facile. » (Lolo Ferrari)

2. Limites

2.1) *Limites d'une étude qualitative*

Les études qualitatives, bien que de plus en plus utilisées pour répondre à des problématiques auxquelles les méthodes d'études plus classiques ne peuvent pas apporter de réponses satisfaisantes, ont leurs propres limites.

Le premier élément critiquable, est l'échantillonnage, ces études étant réalisées en utilisant un échantillon souvent très faible et peu représentatif, impliquent que même dans le cas où cet échantillon est diversifié et où la saturation a été atteinte, les résultats sont difficilement généralisables, sauf dans le cas où l'interprétation des résultats peut être transposée à des contextes semblables.

La méthode de recueil des données a aussi été critiquée, car elle est basée sur le recueil d'histoires, de ressentis, de perceptions, d'anecdotes vécues par les participants et non sur le recueil de données statistique, or c'est précisément l'intérêt de ce type d'étude.

L'analyse des données et leurs interprétations ont de la même manière fait l'objet de controverses quant à leurs objectivités, car malgré des protocoles stricts, la motivation de l'investigateur à réaliser cette étude spécifique amènera un biais sur la neutralité de son interprétation. Cependant le même type de limite existe lors du choix des variables dans le cadre de la réalisation d'études quantitatives. Les variables choisies peuvent dégrader la neutralité d'une analyse, malgré la rigueur mathématique qui caractérise ces études.

Le choix de la méthode de travail, sera dépendant de l'objectif de l'étude, de sa durée, des ressources auxquelles l'investigateur a accès.

2.2) *Limites propre à cette étude*

Dans le cadre de cette étude, le recueil de l'information, l'interprétation des données, le codage ont été réalisés par une seule et même personne : l'investigateur. Il existe donc des limites dans l'interprétation du message transmis ; l'interprétation des données par l'investigateur ayant pu être influencée d'une manière ou d'une autre par des éléments internes/externes.

Malgré un protocole de codage identique pour tous les participants, il n'est pas exclu que l'investigateur ai pu être influencé de manière consciente ou non par :

- le comportement général du participant : l'état d'esprit par rapport à l'entretien, le langage corporel, la capacité à développer les réponses aux questions, la capacité d'écoute, la patience.
- le lieu et l'horaire de l'entretien : la fatigabilité du praticien et/ou de l'investigateur, l'environnement sonore, la disponibilité intellectuelle et physique du participant.
- les réponses obtenues aux entretiens réalisés précédemment.

La relation existante entre l'investigateur et le participant peut aussi être un facteur limitant l'objectivité de l'étude au moment de l'entretien, le participant pouvant omettre volontairement des éléments de réponses ou à l'inverse ayant une facilité à s'exprimer. Dans le cadre de ces entretiens certains participants étaient professionnellement connus par l'investigateur.

Les entretiens ont été envoyés à chacun des participants afin qu'ils valident ou invalident les codes couleurs attribués aux éléments importants des retranscriptions et donc l'interprétation qui en a été faite. Dans le même temps il leurs a été adressé un tableau provisoire des résultats obtenus.

Parmi les participants, 6 ont validés l'analyse des données qui a été réalisée, les autres n'ont pas répondu.

Pour avoir une meilleure compréhension du sujet il aurait été intéressant de pouvoir comparer les résultats obtenus avec ceux de la littérature similaire.

3. Analyse de la littérature

En 1998, Haines.A et Donald.A ainsi que Oxman.D et Flottrop.S, ont cherchés à identifier les obstacles potentiels au changement ou à la mise en œuvre des mesures appropriées, fondées sur les données acquises de la science. Ils ont élaborés des stratégies afin de les surmonter et dans le but de promouvoir l'application des résultats de la recherche. (46)(58)

La publication de McGlone et Sheiham sur l'évolution des pratiques professionnelles dont l'idée est de déterminer quelles interventions peuvent être les plus efficaces pour changer les pratiques professionnelles ont repris les données des publications précédemment citées dans le tableau suivant. (41)

McGlone P, Watt R, Sheiham A. Evidence-based dentistry: an overview of the challenges in changing professional practice.

Table 2 Potential barriers to changing clinical practices
<p>Knowledge and attitudes of practitioner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information overload • Clinical uncertainty • Influence of opinion leaders • Obsolete knowledge
<p>Patient factors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demands for care • Perceptions and beliefs about appropriate care • Compliance with clinical guidance
<p>Practice environment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Time constraints • Poor practice organization
<p>Educational environment</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outdated undergraduate education • Inappropriate continuing education • Lack of incentives to participate in effective educational Activities

Wider health system <ul style="list-style-type: none">• Inappropriate funding system• Lack of financial support for innovation• Failure to provide practitioners with access to appropriate information
Social environment <ul style="list-style-type: none">• Media influence in creating demands for treatment• Commercial concerns promoting products and equipment <p><i>Oxman & Flottrop, 1998; Haines & Donald, 1998</i></p>

Lorsque l'on compare les obstacles au changement et à la mise en œuvre des données acquises de la science identifiés en 1998 et les résultats de l'étude qualitative sur les facteurs influençant la mise en application des compétences en cabinet libéral, on observe qu'un certain nombre d'éléments coïncident.

F. Conclusion de l'étude

Les différents facteurs favorisant ou défavorisant la mise en application des compétences en cabinet libéral regroupent des éléments sur lesquels il sera plus ou moins possible, et plus ou moins aisé, d'avoir une action. Par exemple, il est possible et relativement facile d'agir sur son environnement de travail. En revanche il est impossible d'avoir une action sur le facteur temps.

Il a été mis en évidence dans cette étude, qu'il existe certains facteurs défavorisant sur lesquels il nous est difficile d'avoir une action positive, notamment lorsque cela concerne le patient, l'accès à la santé, l'accès à la formation, ou encore la difficulté de créer un réseau de professionnels notamment dans ce que l'on appelle les « déserts médicaux ».

Une partie de la solution à ces problèmes serait le développement de l'utilisation d'internet à la fois pour la formation, mais aussi pour créer un lien avec l'ensemble de la profession. Internet permet par exemple de limiter les frais liés aux déplacements pour la formation et de faciliter son organisation, ou encore de pallier l'isolement professionnel dans les déserts médicaux. Cependant cela ne semble pas suffisant.

Il serait donc intéressant de chercher à identifier d'éventuels autres moyens de pallier les éléments défavorisant la mise en application des compétences.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse pourraient servir à développer un questionnaire spécifique et approprié concernant les obstacles à la mise en application des compétences dans le but d'obtenir des données à une échelle plus large au sein de la profession, et qui pourraient être généralisés. Cela permettrait d'avoir une meilleure idée du sujet en fonction de différents critères comme le genre, la localisation, ou encore l'âge des participants.

Les résultats obtenus pourraient également servir de base à la réalisation d'une étude qualitative de plus grande envergure concernant les méthodes utilisées par les chirurgiens-dentistes pour faire face à ces obstacles, et crée ainsi de nouvelles pistes.

Conclusion

La notion de compétence fait l'objet d'un trop grand nombre de définitions qui la rendent peu claire. Si nous reprenons ces différentes définitions la compétence est l'utilisation judicieuse d'une combinaison de savoirs, aptitudes et attitudes, que l'on sait mettre en œuvre de manière adaptée, dans un contexte spécifique défini par des caractéristiques particulières, en fonction de notre expérience. La compétence nous permet de gérer ainsi à la fois les situations quotidiennes et exceptionnelles. Lorsqu'elles sont mises en œuvre avec efficacité, pertinence et productivité le résultat est qualifié de performant.

La définition même de la compétence la rend très difficile à évaluer. L'évaluation d'une compétence en particulier nécessite de pouvoir juger de l'utilisation judicieuse des éléments de connaissances, des capacités techniques, des capacités de communication, des raisonnements cliniques, et des comportements associés. De plus, elle est associée aux valeurs d'un individu dans une situation donnée.

Il semble que les méthodes d'évaluation professionnelle actuelles en soient encore éloignées. L'autoévaluation pourrait dans le cas où elle serait bien menée, être une méthode d'évaluation efficace. Mais bien qu'elle semble être utilisée au quotidien par les praticiens et souvent de manière inconsciente, cette technique ne dispose pas pour l'heure d'outils suffisamment élaborés, clairs, et pratiques pour accompagner les praticiens dans cette tâche.

Nous avons montré que les moyens à notre disposition afin de développer nos compétences sont divers et variés (littérature professionnelle, internet, formations...), et que la capacité à les mettre en application est souvent fonction de la méthode utilisée pour se former. Ainsi, lorsque nous souhaitons développer une compétence et pour faciliter sa mise en application, il est judicieux de mettre en commun les informations des différentes ressources à notre disposition.

En effet le choix de la méthode de formation va influencer de manière positive ou négative la mise en application des compétences acquises. De la même manière d'autres éléments comme l'environnement de travail, l'entourage professionnel, l'expérience du praticien, le patient et la technique à appliquer auront une influence favorisant ou défavorisant la mise en œuvre des compétences. Mais il semble que ces éléments ne constituent généralement pas de réels obstacles. Il apparaît qu'ils peuvent effectivement à un moment ou pour une période donnée, empêcher, ralentir ou reporter la mise en application d'une compétence, mais que ce sont

principalement les traits de caractère, la motivation, et l'orientation professionnelle qui vont amener un praticien à développer et mettre en application une compétence, ou non.

Les différentes recherches effectuées mais surtout les entretiens avec les différents praticiens soulèvent de nombreuses questions.

La multiplicité des ressources utilisées par la profession pour développer ses compétences constituent-elle un réel avantage ou un inconvénient ? Ces références pourraient-elles être mutualisées pour composer une référence unique qui serait associée à un système d'évaluation propre ? Par exemple sous la forme d'une formation reconnue unanimement par l'ensemble de la profession, obligatoire et valable pour une période donnée. Est-il possible de maîtriser les nouveaux outils de communication et d'informations pour qu'ils correspondent aux dernières données acquises de la science ?

La mise en place d'une évaluation des compétences dans toutes ses dimensions comme décrit précédemment est-elle réalisable ? Quels outils pourraient améliorer la capacité d'autoévaluation des praticiens ?

Quels moyens pourraient aider les praticiens à surmonter les obstacles qu'ils rencontrent lors de la mise en œuvre de leurs compétences ?

Comment améliorer la liaison entre les méthodes utilisées pour le développement des compétences, les compétences acquises et celles mises en application ?

Il semble que ces questions soient les nouveaux enjeux du développement professionnel continu et de l'évaluation des compétences de la profession.

Vu, le 02/11/16

Le co-directeur de thèse

Le co-directeur de thèse

Le président du jury



Documents annexes

i **Formulaire d'information et de consentement éclairé**

Titre de la recherche : Les compétences développement et facteurs influençant leurs mises en application clinique au quotidien.

Investigateur : DUVERGNE Marion

Directeurs de recherche : Dr. GALIBOURG Antoine ; Dr. VERGNES Jean-Nöel

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de l'entretien

Appréhender quelles manières et quelles méthodes sont utilisées par les chirurgiens-dentistes libéraux pour développer et/ou mettre à jour leurs compétences.
Déterminer quelles peuvent être les éléments qui influencent, de manière positive ou négative, l'application de ses compétences dans leurs pratiques quotidiennes en cabinet libéral.

2. Participation à la recherche

La participation consiste en un entretien à un moment de la journée où les distractions et/ou interruptions seront limitées. Cet entretien durera environ 40 et 60 minutes. Celui-ci sera enregistré puis retranscrit textuellement afin d'en inclure les résultats dans un travail de recherche. Les candidats pourront être recontactés dans le cadre de cette même étude pour des informations complémentaires si nécessaires.

3. Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations

Confidentialité : Les informations personnelles (noms, adresses, ...) récoltées seront confidentielles. Elles ne seront utilisées que pour pouvoir recontacter les candidats dans le cas où des informations complémentaires seraient nécessaires, que ce soit pour approfondir ou développer la recherche où pour éclaircir le point de vue des candidats.

Ces informations seront à la disposition, uniquement, de l'investigateur qui aura mené les entretiens. Pour cela un numéro d'anonymat sera attribué à chaque participant, l'accès à la liste de ses numéros sera par conséquent limité à l'investigateur qui aura rencontré les participants lors de l'entretien.

Ces renseignements personnels seront conservés jusqu'à 6 mois après le travail de recherche.

Ils ne seront en aucun cas transmis à des personnes extérieures aux projets de recherche ou à des organismes, sans l'accord préalable des participants.

Anonymat : Les informations recueillies dans le but d'être publiées, seront publiées de façon anonyme.

Utilisation des enregistrements : Cette recherche prévoit l'utilisation des enregistrements audio uniquement pour qu'ils soient retranscrits et publiés en tout ou partie. La confidentialité est donc maintenue puisque les participants ne pourront être identifiés ou reconnus par leurs voix.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous ne courez pas de risques ou d'inconvénients particuliers.

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur les éléments qui favorisent la mise en application des compétences et les éventuelles barrières qui peuvent exister.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

6. Indemnité

Aucune compensation financière ou de quelle qu'autre nature que ce soit ne sera versée pour votre participation à la présente recherche.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de l'investigateur : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche, informations complémentaires, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer

avec _____ ,

au numéro de téléphone suivant : _____ ou à l'adresse de courriel suivante :

(*) Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant

ii Exemple de retranscription

Entretien Lolo Ferrari

CODAGE :

Développement des compétences Facteurs favorisant la mise en application Facteurs défavorisant la mise en application

Investigateur : Bonjour Lolo Ferrari.

Lolo Ferrari : Bonjour.

Investigateur : Merci de me recevoir pour cet entretien. La première chose que j'aimerais savoir, c'est depuis combien de temps vous exercez ?

Lolo Ferrari : Installée ou thésée ?

Investigateur : En années de pratique.

Lolo Ferrari : Ca fait 15 ans.

Investigateur : D'accord et au cours de ces 15 dernières années, j'imagine que vous avez été amenée à développer vos compétences par différentes méthodes ou différents moyens. Lesquels ?

Lolo Ferrari : Principalement les formations privées.

Investigateur : Formations privées, c'est-à-dire ? Par le biais d'associations, d'organisations ?

Lolo Ferrari : Alors non. Quelques formations continues départementales. Mais très peu. Je lis très peu de revues, je n'ai pas trop de temps, mais de temps en temps j'essaie. Et après c'est essentiellement des organismes de formations scientifiques.

Investigateur : Est-ce qu'il y a d'autres méthodes un peu moins conventionnelles ou d'autres supports ?

Lolo Ferrari : Oui. J'ai fait 2 formations par internet, avec « ZeDental ». Avec des travaux pratiques en direct, mais avec tout l'enseignement théorique par internet.

Investigateur : Donc une partie théorique par internet, à distance ? Et les travaux pratiques pour lesquels vous avez dû vous déplacer ?

Lolo Ferrari : Oui, voilà.

Investigateur : C'était quoi comme formation ?

Lolo Ferrari : La prophylaxie par BLIQUE et le GEPI avec Paul MATTOUT et Catherine MATTOUT.

Investigateur : D'accord. C'est très original. Est-ce qu'il y a d'autres supports ? Ou toujours internet ?

Lolo Ferrari : Non.

Investigateur : En dehors des formations est-ce qu'il y a d'autres moyens qui vous permettent de développer, d'améliorer, ou de modifier vos compétences ?

Lolo Ferrari : Oui, les rapports avec les collègues, bien sûr. Après non, pour moi ça reste essentiellement les formations. Mais par contre pas les formations universitaires, même si j'ai fait un DU qui était de très bonne valeur. Par contre ce que je n'aime vraiment pas ce sont les conférences type ADF ou journées scientifiques ou je trouve que c'est vide de sens. Je préfère une formation par un organisme scientifique avec plusieurs jours de suivi, plutôt que faire une heure de conférence sur un sujet ou j'ai le sentiment de ne rien apprendre.

Investigateur : Ou en général c'est assez global sans entrée dans le détail du sujet ?

Lolo Ferrari : Voilà.

Investigateur : D'accord. Est-ce qu'une fois que vous avez acquis, ou mis à jour des compétences, il y a des éléments qui peuvent vous empêcher de les mettre en application au quotidien en cabinet ?

Est-ce que à un moment donnée vous vous êtes dit ça je ne peux pas le faire ou pas tout de suite parce que ...

Lolo Ferrari : Oui. C'est arrivé parce que ma pratique, ce n'est pas qu'elle ne le permet pas, mais je le mets moins en pratique que je le souhaiterais. Justement pour la prophylaxie et la chirurgie parodontale. Parce que la prophylaxie telle que l'avait développé Blique, en tout cas à cette époque-là, je l'avais adaptée, sinon c'était trop couteux pour les gens. Ensuite pour ce qui est de la chirurgie parodontale parce que je n'ai pas un volume de patientèle et que ma pratique en générale en parodontologie fait que je n'ai pas spécialement besoin de chirurgie reconstructrice après.

Investigateur : D'accord. Est-ce que vous vous sentez toujours capable quand vous avez suivi une formation de mettre en application ?

Lolo Ferrari : Oui.

Investigateur : Il n'y a pas de barrières techniques ?

Lolo Ferrari : Quand j'ai reçu la formation adéquate non. Là juste j'achève le **CISCO en orthodontie** et oui la effectivement il faut se lancer.

Investigateur : Ok. Parmi toutes ces méthodes dites de formation, est-ce qu'il y en a une privilégiée ?

Lolo Ferrari : Un contenu que j'ai préféré ?

Investigateur : Je dirai plutôt un type de formation. Par exemple vous parlez de formation avec théorie et travaux pratiques inclus, c'est le mieux ?

Lolo Ferrari : Oui, sinon pour moi ça n'a pas de sens puisqu'on a un métier qui est à la fois théorique et pratique.

Investigateur : Est-ce que vous utilisez des techniques d'auto-évaluation ?

Lolo Ferrari : Non.

Investigateur : Comment vous faites pour juger votre travail ?

Lolo Ferrari : Pour savoir si ce que j'ai fait me convient ou pas ?

Investigateur : Oui par exemple.

Lolo Ferrari : Oui j'essaie toujours. Pourquoi certains ne le font pas ?

Investigateur : Je ne sais pas. Certains utilisent des outils.

Lolo Ferrari : Oui bien sûr la photographie par exemple, au niveau de la parodontologie. Parce qu'il y a un protocole qui me permet de comparer par rapport à ce qu'on avait au départ et à l'arrivée. Au quotidien, sur les traitements prothétiques aussi.

Investigateur : J'imagine que ça permet de revoir quelques mois ou années plus tard les traitements ?

Lolo Ferrari : Bien sûr et de montrer aux patients aussi ce qui a été fait, parce qu'ils oublient très souvent.

Investigateur : Et un peu rapidement aussi j'imagine. Dans la photographie c'est quoi, le recul clinique qui est intéressant ?

Lolo Ferrari : Oui mais pour ma part c'est plus pour garder une trace. Après oui l'auto-évaluation pour en revenir à ce point, je la fais sur le moment. Et même si la photographie est un bon outil ce n'est pas mon premier outil.

Investigateur : Donc c'est vraiment juste regarder si votre travail correspond aux critères de réalisation ?

Lolo Ferrari : Oui, tout à fait. Et à mes critères à moi aussi.

Investigateur : C'est-à-dire ?

Lolo Ferrari : Ça doit être « bien » réalisé. C'est l'exigence personnelle.

Investigateur : Est-ce qu'il y a d'autres choses encore, qui pourraient vous empêcher de mettre en place une nouvelle technique ou qui pourraient faire que ce soit plus difficile ?

Lolo Ferrari : Oui, ce qui va être **compliqué à mettre en place, ça va être des techniques innovantes pour les patients**. Par exemple la parodontologie pratique, ça a été complexe à mettre en place. **Parce que les patients n'étaient pas conscients, en plus ça touche souvent à des aspects financiers qui les mettent parfois mal à l'aise**. La prophylaxie de la même manière. **Tous les actes hors nomenclatures** de façon générale ce n'est pas simple à mettre en place, **parce qu'il y a une barrière**

psychologique de la part du praticien, donc de ma part à moi à un moment donné ça a été compliqué, et puis de la part des patients par manque d'informations très fréquemment.

Investigateur : Donc ça a été difficile d'annoncer aux patients ce que le traitement allait coûter ?

Lolo Ferrari : Tout à fait. Et puis après ce n'est pas toujours une histoire de moyens, c'est aussi une histoire de connaissances. Il y a des personnes qui ont les moyens et qui ne le mettront pas en place parce qu'ils en ont pas envie ou qu'ils estiment que c'est superflu. Il y a des personnes qui ont la CMU et qui font de la parodontologie à des budgets importants et qui trouvent les moyens. Donc ce n'est pas une histoire de moyens qui souvent n'est qu'un prétexte. Mais ça cache quand même derrière des choses plus profondes comme l'accès à la santé.

Investigateur : Alors on parle de barrières sociales ?

Lolo Ferrari : Oui voilà des barrières sociales et financières.

Investigateur : Donc le patient peut devenir une barrière pour le praticien ?

Lolo Ferrari : Oui c'est vrai.

Investigateur : Du point de vue psychologique et social ?

Lolo Ferrari : Oui.

Investigateur : Prenons la dernière compétence que vous avez développée ?

Lolo Ferrari : L'orthodontie.

Investigateur : Est-ce que vous aviez le matériel ?

Lolo Ferrari : Non.

Investigateur : Vous avez dû l'acquérir ?

Lolo Ferrari : Oui, je me suis équipée.

Investigateur : Vous saviez de quoi vous alliez avoir besoin ?

Lolo Ferrari : Oui, parce que dans la formation que j'ai choisie, ils nous guident énormément.

Investigateur : Le choix de la formation est un facteur favorisant ? Pas seulement du point de vue théorie, pratique ou technique mais aussi du point de vue de l'accompagnement ?

Lolo Ferrari : Tout à fait. Et la si on peut parler de barrière oui c'est moi. Par exemple pour passer le cap de façon sereine, en étant sur de moi.

Investigateur : Il y a une sorte d'hésitation avant de se lancer ?

Lolo Ferrari : Oui.

Investigateur : On parle de parodontologie, c'est quelque chose que vous faites beaucoup ?

Lolo Ferrari : Oui, ça occupe la moitié de mon temps.

Investigateur : Ah oui quand même. Est-ce que c'est assez répétitif ? Pas dans le sens du soin, mais dans le sens où il y a un protocole.

Lolo Ferrari : Oui.

Investigateur : Selon vous les habitudes seraient un facteur favorisant ou défavorisant ? Qu'est-ce que vous pensez des habitudes ?

Lolo Ferrari : Dans la mesure où l'on s'adresse à des personnes uniques, il y a très peu d'habitudes. C'est-à-dire qu'on a un cadre, on a un protocole mais en fait la particularité de notre pratique c'est que l'on s'adresse à de l'humain. Et chaque personne est un cas particulier, donc le cadre il est protecteur, pour éviter les digressions. Les habitudes dans ce cas-là sont bonnes, il faut juste être capable de s'adapter à la personne que l'on a en face de nous.

Investigateur : D'accord. Alors les habitudes c'est le cadre, mais il faut éviter la routine ?

Lolo Ferrari : Il n'y en a pas, surtout en parodontologie telle que je la pratique. Chaque personne aura sa propre réaction, sa propre façon d'analyser, sa propre progression. Même si les choses sont assez calibrées, il n'y a pas de routine, pour la parodontologie, en tout cas c'est comme ça que je le vois. Après, il y a les soins conservateurs où peut-être, mais même là je ne la ressens pas trop.

Investigateur : Il y a d'autres facteurs qui favorisent la mise en application des compétences ?

Lolo Ferrari : Oui. Un associé qui pousse. Un entourage qui adhère et qui va dans le même sens.

Investigateur : Avec la même dynamique ?

Lolo Ferrari : Oui tout à fait. Oui parce que mon associé me pousse à aller vers l'orthodontie, mes assistantes vont aussi dans ce sens-là. C'est sûr que si tout est coordonné, on a envie d'aller de l'avant. S'il faut faire face à des réticences ou des méfiances, là forcément, c'est encore plus compliqué.

Investigateur : On parle d'organisation du cabinet et de l'ambiance de travail ?

Lolo Ferrari : Oui.

Investigateur : C'est important ?

Lolo Ferrari : Oui une équipe qui est soudée et qui a les mêmes ambitions et les mêmes objectifs pour les patients, c'est précieux.

Investigateur : C'est une constante motivation de chacun envers chacun ?

Lolo Ferrari : C'est exactement ça.

Investigateur : Autre chose qui vous vient à l'esprit en facteur favorisant, qui pourrait faciliter la mise en application des compétences ou au contraire qui un facteur défavorisant qui va être négatif ?

Lolo Ferrari : Non à part la barrière personnelle, dire qu'on n'en a pas la capacité ou qu'on ne se sent pas capable. Je ne vois pas.

Investigateur : Est-ce que les obstacles qu'on a vus, ont pu être surmontés, ou détournés ? Comment vous avez pu passer outre, pour arriver à malgré tout mettre en application vos compétences ? Est-ce que c'est possible ?

Lolo Ferrari : Oui, bien sûr. Il vaut mieux.

Investigateur : Comment ?

Lolo Ferrari : De la persévérance, de la patience, limite de l'obstination. Je pense notamment à la parodontologie où ça a été compliqué. On s'est beaucoup remise en question quand N***** m'a rejoint, on croyait vraiment en ce qu'on faisait mais on n'obtenait pas les résultats escomptés. Donc on s'est beaucoup remises en question, et on a essayé de comprendre où étaient les obstacles à l'obtention d'un résultat. On a travaillé, analysé le protocole pour voir ce qu'on pouvait apporter en plus. Vous voyez, ça nécessite une motivation terrible de l'équipe, de ma part parce que c'est mon boulot mais de celle de l'assistante aussi et c'est ce qui est précieux, de pouvoir se reposer sur une personne qui est en accord avec toi. En se remettant en question.

Investigateur : La remise en question comme facteur favorisant ?

Lolo Ferrari : Oui.

Investigateur : Vous parlez de modifier un protocole pour arriver à d'autres résultats. Est-ce que ce n'est pas difficile de modifier un protocole ou de réorganiser le déroulement d'un soin ?

Lolo Ferrari : Difficile oui. Bousculer une habitude c'est toujours difficile. Mais après c'est pareil c'est une histoire de psychologie. Si c'est bousculer une habitude pour atteindre un objectif meilleur, ça coule de source. On est obligé. Donc ce n'est pas difficile. A partir du moment où on sait ce à quoi on veut arriver, le cheminement se fait assez naturellement quand même. Evidemment ça demande de prendre des réflexes différents, je suis bien d'accord. Si c'est motivé et qu'on est acteur de sa décision c'est plus facile. Si c'est une contrainte là oui c'est compliqué.

Investigateur : Dans la mesure où dans la pratique lorsqu'on modifie un protocole c'est souvent parce qu'on l'a décidé ? Ça ne rentre pas dans les facteurs défavorisants selon vous ?

Lolo Ferrari : Est-ce que modifier un protocole parce qu'on l'a décidé c'est un facteur défavorisant ? Non au contraire, c'est pour progresser.

Investigateur : Facteur favorisant alors ?

Lolo Ferrari : Oui c'est ça oui, c'est savoir se remettre en question. On parlait des habitudes, elles sont intéressantes parce qu'elles permettent de nous guider et d'avoir une certaine sécurité de travail et de résultats. Mais il faut rester vigilant quant au fait que si les choses dysfonctionnent, il ne faut pas rester dans son habitude et prendre du recul.

Investigateur : Pour visualiser le problème ?

Lolo Ferrari : Oui.

Investigateur : Est-ce que si les méthodes que vous utilisez pour développer vos compétences avaient été plus complètes vous auriez évité d'être confrontée aux obstacles ou aux barrières dont on a parlé ? Ou est-ce que ça n'aurait rien changé ?

Lolo Ferrari : Pour moi non, ça ne change rien, parce qu'il y a la théorie de la formation et la pratique de la formation et ce sont deux choses différentes. Sur le terrain, on peut avoir eu la meilleure formation universitaire ou privée ou peu importe, ce qui reste c'est la mise en application, et ça les formations elles ne nous y préparent pas nécessairement. C'est possible, il y en a qui sont très bien comme par exemple dans les formations de parodontologie médicale ou on nous parle de psychologie du patient et d'administratif et ça aide. Mais malgré tout, confronté à la particularité de chaque personne, on est obligé d'acquérir de l'expérience, d'avoir petit à petit des réponses à apporter aux interrogations des patients. Au fur et à mesure que l'on est confronté à de nouvelles situations, on s'arme un peu plus mais pour ça la formation ne peut rien, ça se fait sur le terrain.

Investigateur : Même une très bonne formation ne permet pas de parer à toutes les éventualités sur le terrain ?

Lolo Ferrari : Je ne pense pas non.

Investigateur : Si je résume un peu tout ça, le critère clé pour la mise en application des compétences c'est l'adaptabilité ?

Lolo Ferrari : Oh oui !

Investigateur : D'accord. Est-ce qu'il a des choses que vous avez voulu dire à un moment donnée et que vous n'avez pas pu dire ?

Lolo Ferrari : C'est une chose dont on n'a pas parlé, parce que je me suis cantonnée aux formations techniques et directement scientifiques. Mais après il y a toutes les formations organisationnelles justement. Elles abordent l'intégration dans le cabinet, le rapport avec le patient, la psychologie des patients de manière un peu plus spécifique. A mon sens c'est quelque chose que tout praticien devrait essayer de faire. Toutes les formations ne se valent pas, mais on n'est pas préparé à tout. On est très technique dans notre formation de base, ce qui est une bonne chose puisqu'on est des techniciens. Mais on ne nous prépare pas, ni à gérer une entreprise, ni à aborder la psychologie des patients et je pense que c'est important de se remettre en question par rapport à ça, et de se dire qu'on n'a pas les clés et que ce n'est pas parce qu'on sort de la fac et qu'on a fait 6 ans d'études, qu'on sera capable de l'appréhender.

Investigateur : Oui, je vois de quoi vous voulez parler. Donc ne pas seulement se former techniquement mais aussi à tous les autres aspects du métier de chirurgien-dentiste ?

Lolo Ferrari : Oui, c'est important. Sinon au contraire, on ne rend pas suffisamment service au patient en restant trop technique. C'est bien d'être médicale mais comment dire ?

Investigateur : Ce n'est pas suffisant ?

Lolo Ferrari : Ce n'est pas suffisant et on sert moins bien le patient.

Investigateur : Il ne faut pas savoir l'accompagner que dans les soins mais aussi dans le reste ?

Lolo Ferrari : Oui, tout son cheminement à lui.

Investigateur : Autre chose ?

Lolo Ferrari : Un des facteurs favorisant aussi dans le choix de la formation, c'est de répondre à une situation donnée, qui va permettre de trouver des solutions et de répondre à la demande du patient. Par exemple un patient qui demande des facettes, qui a une demande esthétique, si je ne sais pas faire les facettes je vais chercher à me former et à l'appliquer. La demande des patients et leurs attentes, leurs besoins ou encore la mode aussi parfois, par exemple les éclaircissements etc., ça aide.

Investigateur : Les dents en or...

Lolo Ferrari : Oui voilà.

Investigateur : Et donc si ça entraîne le développement des compétences, ça favorise leur mise en application ?

Lolo Ferrari : Bien sûr, là on est un peu obligé.

Investigateur : Merci Lolo Ferrari de m'avoir reçu et d'avoir répondu à mes questions. Si jamais vous avez quelque chose à rajouter, n'hésitez pas à me contacter.

iii Exemple de mémo de codage

Codage Entretien: Lolo Ferran:

15 ans de pratique

Développement des compétences :

- formations prises, organismes de format scientifique
- formations continues départementales
- je lis très peu de revue.
- format par internet avec "Le Dental".
- les rapports avec les collègues
- pas ou peu de format universitaire ni si DV
- ce que je n'aime vraiment pas c'est les conférences type ADF ou journées scientifiques où je trouve que c'est une perte de temps.
- CISCO et autres.

trouver une solution

facteurs favorisants psychologie du patient

- * format : clair et concis, accompagné (équipement, mise en place) → répondre à une demande
- * Entourage, associé que adhère, qui aillent au même sens (si réticences ou méfiances = top + campagne)
- * Equipe soudée, au ambitions, au objectifs organique du cabinet, ambiance de T
- * Caractéristiq humaines : persévérance, patience, distanciation, remise en question
- * objectif : bousculer une habitude par attendre un objectif meilleur → pas difficile être acteur de sa décision
- * Habitudes : nous guident, sécurité de résultat, mais être capable et savoir prendre du recul si dysfonctionnement.
- * Expérience
- * Adaptabilité
- * Remise en q : par rapport aux autres aspects du métier de CO, pas que techniques

facteurs défavorisants

- * Pas en V de patientèle suffisant
- * Lorsque la pratq quotidienne ne nécessite pas l'applcat de certaines compétences
- * Tendance invariable pour les patients : prise de conscience difficile, aspect financier → actes hors nomenclatures
- * Barrières psychologie du praticien : face à des patients très peu formés, qui n'ont pas tjrs les moyens
- * Accès à la santé.
- * Le patient peut être une barrière : sociales, financière, par manque de connaissance, psychologie
- * Le praticien : passer le cap, serinement, se écart sur de soi / exigence personnelle, barrière personnelle : on se sent pas capable
- * limites de la formation : face à la particularité de chaque cas, on est confronté au

leur et à mesure à des nouvelles situations
 on s'adapte au fur et à mesure, mais le format
 ne peut pas se faire sur le terrain

Auto évaluation : - photographie : comparer avant et après ttt
 montrer aux patients
 garder une trace

- regarder si travail correspond aux critères personnels
- exigence personnelle

Références Bibliographiques

1. Larousse Édition. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forum/34709>
2. Hopper AN, Jamison MH, Lewis WG. Learning curves in surgical practice. *Postgrad Med J*. 1 déc 2007;83(986):777-9.
3. Chambers D. Learning Curves: What Do Dental Students Learn from Repeated Practice of Clinical Procedures? *J Dent Educ*. mars 2012;76(3):291-302.
4. Boterf GL. Ingénierie et évaluation des compétences. Editions Eyrolles; 2011. 610 p.
5. ONCD, Dr Couzinou C, Dr Moutarde A. Référentiel métier et compétences du Chirurgien Dentiste. 2010.
6. Matillon Y, Le Boeuf D, Maisonneuve H. Définir et évaluer les compétences des professionnels de santé. *Presse Médicale*. Décembre 2005;34(22).
7. Epstein RM. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med*. 25 janv 2007;356(4):387-96.
8. ADEA Core Competencies for Graduate Dental Hygiene Education (As approved by the 2011 ADEA House of Delegates). *J Dent Educ*. 1 juill 2013;77(7):916-20.
9. Gerard F-M. La complexité d'une évaluation des compétences à travers des situations complexes : nécessités théoriques et exigences du terrain. In: *Logique de compétences et développement curriculaire: débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs*. L'Harmattan. M.Ettayebi ; R.Operti ; P.Jonnaert; 2008. p. 167-83.
23. Maillet B, Maisonneuve H. Apprentissage tout au long de la vie pour les médecins spécialistes en Europe : formation médicale continue, développement professionnel continu et qualifications. *Presse Médicale*. avr 2011;40(4):357-65.
37. Forrest JL. Introduction to the Basics of Evidence-Based Dentistry: Concepts and Skills. *J Evid Based Dent Pract*. sept 2009;9(3):108-12.
38. Brignardello-Petersen, R., Carrasco-Labra, A., Booth, H. A., Glick, M., Guyatt, G. H., Azarpazhooh, A., & Agoritsas, T. A practical approach to evidence-based dentistry. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(11):1105-7.
39. Ismail A., Bader JD. Evidence-based dentistry in clinical practice. *J Am Dent Assoc*. janv 2004;135.
40. Sbaraini A, Carter SM, Evans RW. How do dentists understand evidence and adopt it in practice? *Health Educ J*. 1 mars 2012;71(2):195-204.
41. McGlone P, Watt R, Sheiham A. Evidence-based dentistry: Evidence-based dentistry: an overview of the challenges in changing professional practice. *Br Dent J*. 23 juin 2001;190(12):636-9.

42. Hannes K, Norré D, Goedhuys J, Naert I, Aertgeerts B. Obstacles to Implementing Evidence-Based Dentistry: A Focus Group-Based Study. *J Dent Educ.* 1 juin 2008;72(6):736-44.
43. Maisonneuve H, Chabot O. L'Internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentiellees. *Presse Médicale.* oct 2009;38(10):1434-42.
43. Ur Rehman S, Ramzy V. Internet use by health professionals at the Health Sciences Centre of Kuwait University. *Online Inf Rev.* févr 2004;28(1):53-60.
45. Franko OI, Tirrell TF. Smartphone App Use Among Medical Providers in ACGME Training Programs. *J Med Syst.* oct 2012;36(5):3135-9.
46. Haines A, Donald A. Making better use of research findings. *BMJ.* 4 juill 1998;317(7150):72-5.
47. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. 2016-942 juillet, 2016.
48. Naccache N, Samson L, Jouquan J. Le portfolio en éducation des sciences de la santé : un outil d'apprentissage, de développement professionnel et d'évaluation. *Pédagogie Médicale.* mai 2006;7(2):110-27.
50. McKinley RK. Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians. *BMJ.* 24 mars 2001;322(7288):712-5.
52. Stewart K, Gill P, Chadwick B, Treasure E. Qualitative research in dentistry. *Br Dent J.* 8 mars 2008;204(5):235-9.
53. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *BDJ.* 22 mars 2008;204(6):291-5.
54. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Analysing and presenting qualitative data. *Br Dent J.* 26 avr 2008;204(8):429-32.
55. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
56. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale.* mai 2002;3(2):81-90.
58. Oxman A, Flottrop S. An overview of strategies to promote implementation of evidence based health care. In Silagy C and Haines A (eds) *Evidence based practice in primary care.* BMJ Books. 2001;101-19.

Références URL

1. Larousse Édition. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forum/34709>
9. Berranger GD. Certificat d'étude Supérieur - Dentaire [Internet]. 2014 [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://dentaire.ups-tlse.fr/ces-225922.kjsp?RH=rub02>
11. Certificats d'études supérieures de chirurgie dentaire [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid52969/esrs1000291a.html>
11. Certificat d'étude supérieur Odontologie Bordeaux [Internet]. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: http://odonto.u-bordeaux2.fr/direct/3eme_cycle/CES/
13. Diplômes d'université - Dentaire [Internet]. 2016 [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: http://dentaire.ups-tlse.fr/diplomes-d-universite--614608.kjsp?RH=ACC_DENTAIRE
14. Formation continue en santé - Liste des 23 formations pour un Dentiste (odontologie) - Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes [Internet]. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://du.med.univ-montp1.fr/fmc/specialite-dentiste-odontologie-83.html>
14. Cordoue FD. Formation continue et 3ème cycle - Université de Nantes - UFR Odontologie [Internet]. 2016 [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: http://www.odontologie.univ-nantes.fr/72447470/0/fiche___pagelibre/
16. Les diplômes de 3ème cycle (AEU - DU) - Faculté d'Odontologie - Université Lyon 1 [Internet]. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://odontologie.univ-lyon1.fr/formation/les-diplomes-de-3e-cycle-aeu-du-/les-diplomes-de-3eme-cycle-aeu-du-581703.kjsp>
17. Les diplômes d'université (DU) - Les diplômes d'université interuniversitaires (DIU) - Université Toulouse III Paul Sabatier [Internet]. 2012 [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.univ-tlse3.fr/les-diplomes-d-universite-du-br-les-diplomes-d-universite-interuniversitaires-diu--156789.kjsp?RH=WEB>
18. Les diplômes universitaires : comment ça marche ? [Internet]. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.lavoixletudiant.com/etudes/la-poursuite-detudes/luniversite/21094/les-diplomes-universitaires/>
19. Qu'est-ce que le DPC ? [Internet]. [cité 26 avr 2016]. Disponible sur: https://www.ogdpc.fr/ogdpc/le_dpc/10
20. Textes fondateurs au DPC [Internet]. [cité 26 avr 2016]. Disponible sur: https://www.ogdpc.fr/ogdpc/nos_textes_fondateurs
21. ONCD. L'actualité sur la formation continue [Internet]. 2016 [cité 27 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/formation-continue/toute-lactualite-sur-la-formation-continue/detail-de-toute-lactualite-sur-la-formation->

continue.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=394&cHash=7727bfca5749bc5fdf3097e6d9f2957e

22. Agence Nationale du DPC- Le DPC - Le DPC en pratique [Internet]. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
24. Association Dentaire Française - ADF [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/>
24. Collège National d'Occlusodontologie - CNO [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.occluso.com/>
26. Groupement des Société Scientifiques Odonto-Stomatologiques - GSSOS [Internet]. GSSOS. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <https://gssosinfo.wordpress.com/>
27. Société Française de Biomatériaux et de Systèmes Implantables - SFBSI [Internet]. Société Française de Biomatériaux et Systèmes Implantables. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: [spip.php?page=article&id_article=0](http://www.sfbsi.org/spip.php?page=article&id_article=0)
28. Société Française de Chirurgie Orale - SFCO [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://societechirorale.com/fr/>
29. Société Française d'Endodontie - SFE [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.endodontie.fr/index.php>
30. Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale - SFPIO [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.sfparo.org/>
31. Société Française d'Odontologie Pédiatrique - SFOP [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: http://www.sfop.asso.fr/Site_SFOP/SFOP.html
32. Union Nationale de Formation Odontologique Continue - UNAFOC [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://unafoc.fr/>
33. Association Départementale de Formation Odontologique Continue - ADFOC25 [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.adfoc25.fr/>
34. Association Départementale de Formation Odontologique Continue- ADFOC72 [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.adfoc72.fr/>
35. Association Départementale de Formation Odontologique Continue - ADFOC 73-74 [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.maisondentaire74.fr/adfoc73-74.html>
36. Association Départementale de Formation Odontologique Continue - ADFOP 82 (Facebook/Groups) [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/groups/573766189403975/>
49. General Medical Council [Internet]. [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.gmc-uk.org/about/index.asp>

51. Bedos C, Pluye P, Loignon C, Levine A. Qualitative Research. In: Lesaffre E, Feine J, Leroux B, Declerck D, éditeurs. *Statistical and Methodological Aspects of Oral Health Research* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 17 avr 2016]. p. 113-30. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/9780470744116.ch8>
56. L'actualité sur la formation continue-ONCD [Internet]. 2008 [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/formation-continue/toute-lactualite-sur-la-formation-continue/detail-de-toute-lactualite-sur-la-formation-continue.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=461&cHash=b34ae80e2288b41e1a3070c816cd62d4

LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES ET LES FACTEURS
INFLUENCANT LEURS MISES EN APPLICATION EN CABINET
LIBERAL : ETUDE QUALITATIVE.

TOULOUSE Université Paul Sabatier.

Résumé :

Introduction : La compétence est une notion qui suscite un engouement particulier ces dernières années dans le monde de la médecine. Mais qu'est-ce que la compétence ? Quels moyens actuels permettent de développer les compétences en Chirurgie Dentaire dans le cadre de la formation continue ? Il existe une multitude de ressources à la disposition des praticiens et utilisées pour leur apprentissage. Néanmoins selon les ressources utilisées, le développement des compétences est variable. Il semble par exemple que les formations proposant des enseignements pratiques soient plus efficaces que les méthodes d'apprentissage passives. Existe-t-il d'autres éléments influençant la mise en application des compétences en cabinet libéral ?

Méthodes : 9 praticiens libéraux exerçant la chirurgie dentaire ont été interrogés dans le cadre d'une étude qualitative, dont les entretiens ont été choisis semi-directifs.

Résultats : Non seulement la formation va avoir une influence sur la mise en œuvre des compétences mais c'est aussi le cas d'autres facteurs qui vont être favorisants ou défavorisants. Certains concernent le praticien, la technique à mettre en œuvre, le temps et l'expérience, l'entourage professionnel, l'environnement de travail ou encore le patient.

Titre en anglais: Skills development and factors associated to their implementation in private practice: a qualitative study.

Mots clés : compétence, formation, évaluation, auto-évaluation, dentiste, chirurgie dentaire

Thèse soutenue en Chirurgie Dentaire.

Faculté de Chirurgie Dentaire, 3 Chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex 09.

Directeurs de thèses : Dr Vergnes Jean-Noël, Dr Galibourg Antoine.