

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

---

ANNEE 2018

2018-TOU3-3079

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Simon Pégourié**

le 14 Décembre 2018

---

**APPLICATION DU MODELE CENTRÉ SUR LA PERSONNE EN**  
**ODONTOLOGIE : SÉRIE DE SITUATIONS CLINIQUES**

Directeur de thèse : Docteur Jean-Noël VERGNES

---

**JURY**

Président :	Professeur Catherine NABET
1er assesseur :	Docteur Jean-Noël VERGNES
2ème assesseur :	Docteur Paul MONSARRAT
3ème assesseur :	Docteur Julien ROSENZWEIG

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

---

ANNEE 2018

2018-TOU3-3079

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Simon Pégourié**

le 14 Décembre 2018

---

**APPLICATION DU MODELE CENTRÉ SUR LA PERSONNE EN**  
**ODONTOLOGIE : SÉRIE DE SITUATIONS CLINIQUES**

Directeur de thèse : Docteur Jean-Noël VERGNES

---

**JURY**

Président :	Professeur Catherine NABET
1er assesseur :	Docteur Jean-Noël VERGNES
2ème assesseur :	Docteur Paul MONSARRAT
3ème assesseur :	Docteur Julien ROSENZWEIG



## *Faculté de Chirurgie Dentaire*

### ➔ DIRECTION

#### DOYEN

Mr Philippe POMAR

#### ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONNIOT

#### CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mr HAMEL Olivier

Mr Franck DIEMER

#### PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

#### RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

### ➔ 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

## **Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention**

### 56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL- FORESTIER)

#### ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants : Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN,

#### ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,

Assistants : Mme YAN-VERGNES, Mme ARAGON

Adjoint d'Enseignement : Mme DIVOL,

### 56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences : Mr. VERGNES,

Assistant: Mr. ROSENZWEIG,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD

## **Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale**

### 57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

#### PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN, Mme VINEL  
Assistants : Mr. RIMBERT, Mme. THOMAS  
Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

### CHIRURGIE ORALE

Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS, Mme COUSTY,  
Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT,  
Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI,

### BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN  
Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr BLASCO-BAQUE  
Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY  
Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr BARRAGUE

## **Section CNU 58 : Réhabilitation Orale**

### **58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX** (Mr ARMAND)

#### **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE**

Professeur d'Université : Mr. DIEMER  
Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE  
Assistants : Mr. GAILLAC, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr  
FISSE  
Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mme FOURNIER

#### **PROTHÈSES**

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR  
Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT  
Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION, Mme. DE  
BATAILLE  
Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA,  
Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGEANT, Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD,  
Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE,

#### **FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX**

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT  
Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU  
Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

-----

Mise à jour pour le 05 novembre 2018

## Remerciements

**A mes parents, Maman** pour ton soutien. Mes années d'études supérieures ont été une source d'inquiétude pour toi, maintenant qu'elles arrivent à leur terme, j'espère que tu es fière. **Papa**, pour ton soutien et ta présence tranquille.

**A mes sœurs**, vous m'avez toutes les deux offert énormément de soutien, je vous en remercie. **Céline**, tu mènes ta vie en affrontant les épreuves de front. Tu es pour cela mon modèle. Dédicace à **Sacha** ! Il lira peut-être ça quand il sera plus grand. **Marion**, qui s'inquiète pour moi comme une deuxième maman.

Je vous aime tous les cinq.

**A Paolo et Benjamin**, dédicace ! Paolo, il manque plus que toi, go faire une thèse, vieux frère.

**A Cyril et Matthieu**, pour notre vieille amitié.

**A Mika**, compagnon de discord. Je te souhaite que ton chemin post-universitaire soit moins semé d'embûches. J'aimerais goûter à tes patates à la graisse de canard encore longtemps.

**A Aurélien**, cher binôme, tu as rendu la clinique tellement plus agréable. J'espère que ça a été la même chose pour toi.

**A mes amis de promo** : merci de m'avoir accueilli dans cette promotion, tellement meilleure que celle d'avant. **Claire**, pour ton petit grain de folie qui fait que te côtoyer n'a jamais été ennuyeux. Et aussi pour les tortues. **Charlotte**, qui n'est définitivement pas une princesse mais une as de la débrouille, clin d'œil à ces vacances à la Réunion qui n'ont pas été de tout repos. **Samantha**, joie de vivre me semble être les bons mots pour te décrire. Merci pour ces moments.

**Théophane**, la seule à me battre quand il s'agit de finir un devoir le plus tard possible. Et aux autres que je ne peux pas citer.

**Au Dr Bertrand Bonin**, que je remercie pour avoir accepté de m'aider à écrire cette thèse. Vous m'avez transmis l'envie d'être rigoureux envers moi-même.

*Et, enfin à **Aude**, tu m'as fait découvrir une part de la vie que je pensais réservée aux autres. Tu es celle qui me fait avancer, et qui me fait devenir meilleur. Je suis tellement différent de celui que j'étais il y a seulement un an. Et c'est grâce à toi. Sache que je t'aime.*

A notre président de jury

Madame le Professeur **NABET Catherine**

- Professeur des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etudes Approfondies de Santé Publique – Epidémiologie
- Docteur de l'Université Paris XI,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Lauréate de la Faculté de Médecine,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

*Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté  
la présidence de notre jury de thèse.  
Nous nous souviendrons de votre écoute et de votre  
disponibilité durant toutes ces années.  
Nous vous remercions pour la qualité de vos enseignements et pour la  
bienveillance dont vous avez toujours fait preuve.  
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de  
toute notre admiration et de notre profond respect.*

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur **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

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait d'avoir accepté de diriger cette thèse.*

*Nous vous remercions pour vos enseignements qui nous ont permis d'acquérir un meilleur épanouissement dans cette profession, particulièrement vos enseignements de 4<sup>ème</sup> année.*

*La découverte de l'approche centrée sur la personne a été une vraie inspiration pour notre future pratique.*

*Nous espérons que ce travail sera à la hauteur de vos attentes, veuillez y trouver l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.*

A notre Jury

Monsieur le Docteur **MONSARRAT Paul**

- Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier en Odontologie,
- Master 1 Recherche : Biosanté et Méthodes d'Analyse et de Gestion en Santé Publique,
- Master 2 Recherche : mention : Biologie, santé; spécialité : Physiopathologie,
- Lauréat de la faculté de Médecine Ranguel et de Chirurgie Dentaire de l'Université Paul Sabatier,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier - Spécialité Physiopathologie,
- Diplôme Universitaire d'Imagerie 3D maxillo-faciale,
- CES Biomatériaux en Odontologie.
- Diplôme universitaire de Recherche Clinique en Odontologie

*Nous vous remercions très chaleureusement d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous nous souviendrons de votre bonne humeur, de votre dynamisme et particulièrement de votre engagement en tant qu'enseignant. Nous sommes persuadés que cet engagement est un vrai bénéfice pour les étudiants qui vous écouteront. Veuillez trouver ici le témoignage de notre plus grande gratitude.*



A notre Jury

Monsieur le Docteur **ROSENZWEIG Julien**

-Assistant Hospitalier Universitaire de la discipline 56.02 « Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale »

-Lauréat de l'Université Paul Sabatier Toulouse III – Faculté de Chirurgie Dentaire

-M2R Psychopathologie et Psychologie de la Santé - 2014-2015 de l'Université Jean Jaurès Toulouse 2

-Diplôme Universitaire d'Implantologie et Esthétique dentaire de l'Université d'Evry 2016-2017

*Nous vous remercions très chaleureusement d'avoir  
accepté de participer à notre jury de thèse. Nous  
nous souviendrons de votre bonne humeur et de votre  
accompagnement durant ces heures d'urgences à l'Hôtel-Dieu.  
Nous espérons que vos travaux d'assistant dans  
le pôle de santé publique aboutiront. Veuillez trouver ici  
le témoignage de notre plus grande gratitude.*

# Table des matières

<b>INTRODUCTION :</b> .....	<b>11</b>
<b>I. LES ASPECTS THEORIQUES DE L'APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE</b>	
<b>14</b>	
1. LES ASPECTS HISTORIQUES SUR L'APPROCHE CLINIQUE DENTAIRE .....	14
2. LES LIMITES DE L'APPROCHE CLINIQUE D'AUJOURD'HUI EN DENTISTERIE .....	16
<b>2.1 L'insatisfaction du patient</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 L'insatisfaction des dentistes</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3 La formation dentaire : une désillusion régulière ?</b> .....	<b>20</b>
3. MODELE CENTREE SUR LE PATIENT EN DENTISTERIE .....	24
<b>3.1 La prise d'informations</b> .....	<b>27</b>
<b>3.2 La prise de décision partagée</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3 L'Intervention</b> .....	<b>31</b>
<b>II. SITUATIONS CLINIQUES AVEC PRISE EN CHARGE CENTREE SUR LA</b>	
<b>PERSONNE</b> .....	<b>35</b>
1. CADRE CLINIQUE DE L'APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE .....	35
2. EXEMPLES VUS AUX URGENCES .....	39
3. EXEMPLES INSPIRES DE SITUATIONS REELLES .....	66
4. EXEMPLE VUS EN CONSULTATION DE PRISE EN CHARGE ESTHETIQUE.....	73
<b>CONCLUSION :</b> .....	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE :</b> .....	<b>80</b>

# Introduction :

La médecine bucco-dentaire est une discipline médicale reconnue pour délivrer des actes hautement techniques (comme par exemple en endodontie, en parodontologie ou en implantologie). Depuis quelques années cependant, l'humain tend à être davantage intégré dans les cursus académiques et en recherche [1]. Cette intégration de l'humain a été pensée et développée pour créer un modèle, c'est-à-dire une représentation théorique incorporant des valeurs humanistes.

L'approche clinique traditionnelle en dentisterie a pris forme à partir du modèle de santé biomédical. Ce modèle biomédical n'a jamais été développé ou pensé explicitement, mais a plutôt été acquis de façon implicite historiquement. Ce modèle de santé a bien servi la dentisterie, particulièrement quand les maladies frappant la société étaient aiguës. Aujourd'hui, cependant, dans l'âge des maladies chroniques, l'approche clinique dominante n'est plus aussi efficace : les patients et les dentistes sont souvent insatisfaits, et des enjeux apparaissent concernant la santé publique et la formation dentaire.

*« Theories are integral to healthcare practice, promotion, and research. The choice of theory, although often unacknowledged, shapes the way practitioners and researchers collect and interpret evidence ». – P. Alderson*

*Les théories font partie intégrante de la pratique en santé, de sa promotion et de la recherche en santé. La théorie, bien que souvent non connue, façonne la manière dont les praticiens et les chercheurs recueillent et interprètent des preuves [2].*

Comme le décrit la citation d'Alderson, l'approche clinique de la dentisterie est basée sur le modèle biomédical qui est implicite et méconnu. De plus, il n'y a pas de modèle ou de description de raisonnement clinique pour expliquer le processus complexe interactif et intellectuel utilisé par les dentistes [3]. Les praticiens ne sont généralement pas conscients de leur modèle car il s'agit d'une

norme qui n'est pas questionnée, et en conséquence ils ne savent pas quel modèle influence leur raisonnement [4].

Le contexte de ce travail s'inscrit dans un triple phénomène :

- de transition épidémiologique (passer des maladies aiguës aux maladies chroniques)
- d'évolutions sociétales vers davantage de pouvoir décisionnel laissé aux patients (Art. L. 1111-4. De la Loi Kouchner- « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».)
- d'une spécialisation croissante des métiers de la santé, en particulier dans le domaine bucco-dentaire.

Nous allons voir, dans un premier temps, les aspects théoriques de l'approche centrée sur la personne en commençant par l'origine de l'application clinique de la dentisterie moderne : le modèle biomédical. Ses racines proviennent du 19<sup>ème</sup> siècle et ont pour origine une interprétation de la santé basée sur le positivisme, le paradigme dominant de cette période. Le paradigme positiviste dit : « une réalité compréhensible est présumée d'exister, conduite par les lois naturelles et immuables, et ses mécanismes » [5]. La dentisterie a probablement acquis ce modèle à travers une imprégnation culturelle, scolaire et pratique, en essayant de se dissocier d'un passé moins glorieux [6]. En effet, la tâche de subvenir aux soins dentaires revenait aux barbiers-chirurgiens connus pour être des charlatans. En conséquence, les dentistes, experts dans leur domaine, ont adopté une approche paternaliste [7] en prenant en charge leurs patients.

L'approche paternaliste a bien servi la dentisterie dans le passé quand les soins dentaires impliquaient de gérer des infections aiguës. Les dentistes extrayaient souvent les dents ou fabriquaient des prothèses [8]. Cependant, avec la transition épidémiologique des maladies [9], la dentisterie est maintenant entrée dans une ère où les traitements consistent le plus souvent à prendre en charge des affections chroniques.

Dans cette thèse, il sera exposé dans un premier temps, à partir d'une interprétation de l'article « *Humanizing clinical dentistry through a person-centred model* » de Nareg Apelian, Jean-Noël Vergnes et Christophe Bedos, le contexte historique dans lequel le modèle biomédical a émergé. Cette partie décrira la mise

en évidence d'un certain nombre de limites de ce modèle biomédical : les patients sont souvent insatisfaits [26,27], les dentistes sont souvent insatisfaits [42-44], les formations dentaires rencontrent des difficultés [58,59], et l'installation d'une dentisterie à deux vitesses se fait de plus en plus ressentir [81]. Ensuite sera décrit un modèle alternatif centré sur la personne.

Une fois ces considérations générales décrites, nous présenterons, dans une seconde partie, des situations cliniques illustrant le modèle appliqué pendant les consultations : le modèle d'approche centrée sur la personne. Les consultations ont été menées par le Docteur Jean-Noël Vergnes et par le Docteur Bertrand Bonin, responsables respectivement d'une part de la prise en charge de l'accueil et des urgences et des premières consultations, et d'autre part des prises en charge à visée esthétique. Selon les situations, différents points seront soulignés et les choix et attitudes professionnelles seront présentés.

# I. Les aspects théoriques de l'approche centrée sur la personne

## 1. Les aspects historiques sur l'approche clinique dentaire

Dans la plupart des pays occidentaux, la médecine et la dentisterie sont des professions différentes. Elles tombent sous différentes juridictions. Elles ont des institutions académiques indépendantes et des organisations professionnelles non associées entre elles [10]. La dentisterie a suivi la médecine dans sa quête de science et de professionnalisation. Durant le 19<sup>ème</sup> siècle, la capacité de la médecine à tirer parti du développement de la science a permis d'affiner son expertise et a légitimé son statut de professionnel [11]. Après le tournant du 20<sup>ème</sup> siècle, comme les médecins avant eux, les dentistes, auparavant perçus comme des « menteurs sans scrupules » [12], ont légitimé leur statut professionnel et leur expertise en affirmant que, comme la profession médicale, ils utilisent eux aussi les découvertes de la science dans leur travail [10].

L'idéologie régnant sur la médecine en ce temps était le positivisme, un héritage des philosophies de Descartes et d'Auguste Comte. Le modèle médical dominant était relié à une vision réductionniste du corps humain ce qui réduisait la maladie à un organe ou une cellule s'éloignant de la norme [13]. La dentisterie s'est reposée sur les mêmes principes positivistes pour s'établir en tant que profession scientifique. Elle a aussi adopté un modèle biomédical en s'associant avec des découvertes importantes, comme l'identification du *Streptococcus mutans* comme un facteur étiologique des caries dentaires [14]. Finalement, les dentistes ont été admis dans la société et ont élevé les standards de formation, ont régulé les comportements professionnels, et se sont engagés dans une campagne publique pour convaincre la société que les dentistes sont des hommes éduqués de « classe moyenne » avec une expertise dans le domaine de la santé buccale. Ainsi, la formation et la pratique dentaire ont été grandement basées sur un modèle biomédical, venant de sa relation historique avec la médecine et la chirurgie [3].

A travers le 20<sup>ème</sup> siècle, de nouveaux domaines comme la psychologie ou les sciences sociales enrichissent le champ d'action de la médecine [15]. Cela a permis l'émergence de nouveaux modèles médicaux qui commencent à contester l'approche biomédicale. Le plus important de ceux-là était le modèle biopsychosocial d'Engel, qui suggérait que les trois niveaux, biologique, psychologique et social, doivent être pris en compte dans toute prise en charge liée à la santé [16]. Ainsi le holisme, un concept qui se préoccupe de systèmes complets, s'oppose au réductionnisme de l'approche traditionnelle. Le modèle biopsychosocial a été accusé par certains de se faire passer pour du « raffinement ou du luxe », notamment à cause d'un manque d'indication de priorité entre les trois facettes de la santé, laissant aux soignants la liberté de choisir l'ordre de prise en charge de ces facettes [17]. Il a néanmoins participé au développement d'autres approches fondamentales, comme la « médecine centrée-sur-le-patient » de Balint [18,19], ou « l'approche des systèmes familiaux en matière de soin aux patients » de Doherty et Baird [20]. Au contraire, la dentisterie n'a pas suivi la médecine dans son tournant vers les soins centrés sur le patient, car elle est faiblement influencée par la psychologie et les sciences sociales. Les dentistes sont ainsi longtemps restés des chirurgiens pour lesquels la technique et la dextérité jouent un rôle central dans leur pratique.

Dans la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, l'evidence-based-medicine (EBM) a émergé. Elle est définie comme « l'intégration des meilleures recherches avec des expertises cliniques et la prise en compte des préférences des patients » [21,22]. Prendre des décisions qui sont en adéquation avec les preuves scientifiques est le but de l'EBM. Celle-ci sert d'arbitre neutre dans les débats scientifiques [23]. La dentisterie a rapidement adopté ce concept [24]. Aujourd'hui, une grande majorité des dentistes affirment adopter une approche basée sur la preuve scientifique dans leur pratique [25]. En cette première partie du 21<sup>ème</sup> siècle, la majorité des diplômés d'universités de chirurgie dentaire aux Etats-Unis a reçu une formation sur l'acquisition, la critique et la mise en œuvre des preuves scientifiques dans leur pratique dentaire [25].

## **2. Les limites de l'approche clinique d'aujourd'hui en dentisterie**

A l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle, le positivisme et le réductionnisme du modèle biomédical sont toujours au cœur de la pratique dentaire. La profession utilise l'Evidence-Based-Dentistry (EBD) comme une structure pour optimiser sa pratique clinique [22]. L'adoption de l'EBD comme approche offre de grands avantages. En particulier l'EBD forme les praticiens capables de maintenir un esprit critique face à une littérature scientifique toujours plus développée et complexe. Aussi, elle encourage les dentistes à prendre en considération les préférences des patients, ce qui les invite à être plus centrés sur le patient. Cependant, l'utilisation actuelle de l'EBD est loin d'être optimale. Les dentistes comptent toujours sur leur expérience clinique, utilisant surtout la recherche pour confirmer leur pratique. De plus, les dentistes ne reçoivent pas de formation ou de support de recherche pour intégrer les préférences des patients. En conséquence, les possibilités offertes aux patients d'intervenir dans leurs plans de traitement sont diminuées, car leur perspective est sous-évaluée. Dans la prochaine section, il sera décrit quatre problèmes qui proviennent de cette scission entre patient et dentiste, qui est le produit d'une approche paternaliste.

### **2.1 L'insatisfaction du patient**

Les sujets de recherche concernant le fossé qui existe entre les attentes des patients et la compréhension de ces attentes par les dentistes, montrent que les dentistes savent ce que les patients devraient vouloir, plutôt que d'identifier leurs véritables attentes [26].

Dans une récente enquête concernant plus de 3500 canadiens, presque 40% des patients pensaient que leur dentiste leur recommandait parfois des soins non nécessaires [27].

Selon une enquête en Grèce, il existe d'autres raisons de cette insatisfaction. Il y a une différence significative entre les attentes des patients et leur perception du



service fourni en ce qui concerne les dimensions étudiées : la réactivité vis-à-vis des informations fournies, le sentiment de sécurité fourni par le praticien et l'empathie du dentiste [28].

Une autre étude, venant des Etats-Unis, montre que les patients sont souvent exclus de la décision concernant le plan de traitement [29]. De plus, les mauvaises expériences avec d'anciens dentistes et la réputation faite par les médias en dénonçant de mauvaises pratiques peuvent aussi contribuer au manque de confiance envers la profession [30].

La non-compliance est une des manières que certains patients ont pour exprimer leur insatisfaction : la pratique dentaire moyenne a un renouvellement de 50% de patients environ tous les 5 ans. La moitié de ce renouvellement est attribuée au manque de satisfaction de la part du patient [31]. La raison ayant le plus d'impact sur la satisfaction vis-à-vis des dentistes est la relation entre le patient et le dentiste et son équipe [32]. L'insatisfaction des patients peut aussi être corrélée à une augmentation de litiges pour fautes professionnelles depuis la fin du 20<sup>ème</sup> siècle [33]. Cette tendance à la hausse n'a pas ralenti depuis l'avènement du concept de l'EBD [34]. Elle est toujours à la hausse [35]. Un rapport dit que la plupart des poursuites judiciaires concernant la pratique de la chirurgie orale peut être désamorcée, soit par des mesures préopératoires, soit en s'occupant de l'impact de l'erreur chirurgicale grâce à un bon rapport patient-praticien et une bonne communication [36].

Enfin, l'insatisfaction mène le patient à s'appuyer sur des méthodes non-conventionnelles caractérisées par leur manque de fondement scientifique [37]. Une catégorisation de ces patients a été possible, allant du patient cherchant sérieusement des réponses jusqu'au patient utilisant la médecine alternative pour la plupart de ses soins. Etant donné la diversité de ces personnes, les patients consultants pour une dentisterie alternative pourraient être satisfaits, insatisfaits ou désabusés par les dentistes et médecins procurant des soins conventionnels [38]. Il est intéressant de noter que les dentistes qui pratiquent des soins alternatifs rejettent aussi le modèle biomédical et ont, soit un intérêt prononcé et une croyance pour la santé holistique, soit pratiquent les soins alternatifs pour la gratification de l'ego, pour des raisons financières ou encore pour lutter contre l'ennui de la dentisterie conventionnelle [38].

## 2.2 L'insatisfaction des dentistes

La manifestation la plus choquante d'insatisfaction par les dentistes est un haut taux de suicide, un des plus hauts, en comparaison des autres professions médicales ou non [39-41]. Une autre manifestation est un profond sentiment de fatigue et d'exaspération, particulièrement une fatigue émotionnelle (burn-out), et un stress professionnel qui est très commun chez les dentistes [42-44]. Une explication de ces manifestations pourrait être que les patients apprennent à ne pas aimer les dentistes car ils les associent à la peur et à la douleur. En conséquence, le travail dentaire n'est pas souvent apprécié et bienvenu. Cela entraîne une relation patient-praticien tendue lorsque le dentiste est peu préparé dans sa formation à faire face aux patients affectés des conséquences pénibles des pathologies dentaires sur la mastication, la prononciation, l'esthétique ou sur la douleur. S'ajoute à tout cela l'inquiétude concernant les pressions financières, qui est aussi un facteur important relié à l'épuisement professionnel [45]. La tendance à passer d'une prise en charge de santé à une gestion d'entreprise de business, et donc d'une prise en charge de patient à client [46], n'est pas nécessairement bien perçue et acceptée par les dentistes. Nous avons vu que l'insatisfaction des patients entraînait certains dentistes à s'éloigner des soins conventionnels. Cette non-conformité fait écho à une frustration créée chez les praticiens [47]. En rajoutant les troubles musculo-squelettiques, toutes ces sources de stress sont les principaux facteurs qui influencent les dentistes à se retirer plus tôt de la vie professionnelle [48].

L'EBD ne s'adresse pas aux problèmes d'insatisfaction, et pour certains praticiens, elle crée un conflit avec les expériences cliniques vécues. Le concept de hiérarchie des preuves donne l'illusion que si nous éliminons tous les biais, une vérité absolue pourrait être découverte, cependant cela est impossible selon la philosophie de Kant et Hume [49]. Ce problème est au cœur du scepticisme exprimé par beaucoup de praticiens : une des barrières les plus communes de l'application de l'EBD est le manque de confiance envers les recherches et les preuves scientifiques [49]. Carlsen et ses collègues ont trouvé que la confiance de la plupart des praticiens dans les consignes de l'EBD est surpassée par leurs préoccupations sur la mise en œuvre de ces lignes de conduite ; principalement à

cause des différences entre leurs « vrais » patients et les sujets se prêtant à la recherche. D'autres barrières à la mise en œuvre d'EBD sont un manque de mises à jour des preuves scientifiques, un manque de réponses claires à des situations cliniques précises, avec souvent des contradictions entre les différentes sources scientifiques [50,51].

Ces manques affectent particulièrement la dentisterie puisque la recherche dans ce domaine est moins dense que dans d'autres domaines médicaux, où la mortalité et la morbidité sont plus fortes. Aussi, au lieu de prescrire des médicaments, le principal acte d'intervention des dentistes implique une action locale (traitement canalaire, avulsion, pose d'implant, ...), ce qui fait de l'aspect clinique un domaine où l'interprétation est variable et donc difficile à appréhender. « Ceci a mené des cliniciens à se poser la question de l'utilité des essais cliniques dans leur pratique : aujourd'hui dans l'avancée de l'implantologie, les rapports de cas sont la source principale de preuve. Ainsi, plutôt que d'attendre que les chercheurs construisent et améliorent notre profession, nous devrions publier davantage de rapports de cas, qu'il s'agisse de succès ou d'échecs » [52].

Une autre barrière communément perçue par la mise en œuvre de l'EBD est le manque de temps [53,54] et les contraintes financières [54]. Certains argumentent qu'aujourd'hui, l'EBM n'est pas en mesure de prodiguer un guide dans des domaines de travail intensif [55] comme la dentisterie. En outre, bien que les lignes directrices de l'EBD susceptibles d'être utilisées de manière régulière soient axées sur la prévention, le remboursement financier ne favorise pas toujours les procédures préventives [56]. Cela crée une tension entre les praticiens et les patients et provoque une augmentation des problèmes éthiques pour les professionnels [57].

## 2.3 La formation dentaire : une désillusion régulière ?

De nombreux articles ont analysé comment les étudiants en dentaire perçoivent leur future carrière, et comment ces perceptions évoluent dans leurs études. Un de ces articles montre que les étudiants en première année ont un score d'empathie significativement plus élevé que les étudiants des années supérieures. L'augmentation du contact avec les patients entraîne une baisse du score d'empathie [58,59]. Le cynisme est également fréquent chez les étudiants dentaires en fin de cursus. Presque deux-tiers des étudiants diplômés ont fait remarquer qu'ils étaient désabusés à propos de leur future profession. Ils croient que beaucoup de praticiens entravent régulièrement les normes de la profession [60].

En médecine, le contexte académique encourage grandement la spécialisation médicale [61], au dépend de l'apprentissage d'une approche plus globale pour les patients, ce qui est probablement le cas aussi en dentisterie.

Les étudiants dentaires sont exposés à beaucoup de pression durant leur formation initiale. Une étude nationale a montré que l'intimidation et la persécution est présente durant l'enseignement et la formation [62]. Les praticiens référents à l'hôpital, ajoutés à la pression des examens et aux objectifs cliniques, semblent être une cause majeure de stress, ce qui pourrait avoir des répercussions sur les patients [63]. Le stress peut avoir différentes sources, mais si le corps enseignant en génère, il contribue à construire une image mentale perpétuelle de relation d'autorité dans leur comportement professionnel futur. Le paternalisme dans une relation d'enseignement adulte est rarement approprié [64]. Dans la littérature médicale, la perception des patients concernant la position des étudiants dans la hiérarchie médicale, est décrite comme « basse » du fait de leur statut d'apprentis [65]. En prenant en compte cet environnement, lorsqu'un étudiant est diplômé et devient un praticien autonome, il a davantage tendance à acquérir une approche paternaliste. Ceci est en décalage avec les autres courants de la société notamment l'accès aux informations ; en effet, les patients deviennent des « patient-experts » [66]. Les étudiants réagissent à ces tensions éthiques en assumant le rôle de médiateur entre praticien référent et patient [65], mais adoptent aisément une attitude paternaliste une fois diplômés [67].

Finale­ment, l'introduction massive de « compétences scientifiques » dans les programmes de formation dentaire [68] est loin de permettre aux patients d'exprimer leur préférence. Peu reconnus, leur intégration dans l'EBD est problématique et des tensions éthiques existent lorsque le paternalisme privilégie la science [69]. En fait, comme l'a reconnu l'un de ses fondateurs, EBM doit encore présenter un cadre théorique pleinement élaboré pour mener à bien la résolution de problèmes [23].

## 2.4 Les répercussions sociales

En 2006, Goldenberg écrivait qu'« aujourd'hui le pouvoir institutionnel de la médecine n'inspire plus confiance, et montre que la médecine est comme désintéressée des patients. Cette médecine purement scientifique devrait se mettre en pause » [70]. En dentisterie particulièrement, il est maintenant accepté que les programmes et doctrines de santé publique peuvent prévenir les caries et maladies parodontales. Cependant, ce qui limite cette prévention n'est pas un manque de connaissances mais plutôt un climat politique et scientifique qui favorise l'individualisme et considère les facteurs socioéconomiques et déterminants sociaux comme difficilement modifiables et demandent trop de convictions et d'implications personnelles [71]. L'approche réductionniste dans les recherches scientifiques tient à l'écart les considérations politiques. Par exemple, l'approche réductionniste étudie les mécanismes psycho-pathologiques qui mènent à la perte de dents et découvre des moyens biotechnologiques pour les régénérer mais dans cette perspective, l'objectif de la recherche est une meilleure compréhension des phénomènes tissulaires plutôt que l'amélioration de la santé de la population.

Une autre conséquence potentielle du modèle biomédical est la possibilité que des compagnies d'assurance, qu'elles soient privées ou publiques, utilisent la hiérarchie des preuves et le concept de recommandations en tant que standards de prise en charge. Le but de cette utilisation est de contrôler les coûts et les risques [72], comme le font les entreprises de gestion dans le monde [73]. Le déni de l'incertitude de l'aspect clinique n'est pas naturellement scientifique et va même contre les règles du modèle biomédical.

Les dentistes ont commencé à se poser la question du rôle du modèle biomédical dans la création des inégalités de santé orale dans les sociétés modernes [74,75]. Ce modèle considère que la meilleure prise en charge est souvent la plus coûteuse. Or, il tend à en donner l'accès à ceux qui ont la meilleure situation socio-économique, tandis que ceux qui sont dans une situation moins favorable en ont le plus besoin [76,77]. La prise en charge des soins dentaires est souvent chère et peu couverte par les services sociaux. Il est donc logique que la capacité financière des patients joue un rôle décisif dans l'accès au

soin. En utilisant l'heuristique de l'EBD, pour les patients avec moins de moyens cela nous mène, au mieux, à des compromis entre les dentistes et les patients, et au pire, à un complet refus de soin [77,78]. Ceci est la conséquence d'une « dentisterie en tant qu'entreprise » encouragée par l'idée de soins de qualité : la dentisterie en tant qu'entreprise met à l'écart beaucoup d'individus qui ont besoin de soins à cause d'un manque de moyens. Cette façon de penser la dentisterie comme une entreprise peut être vue pour certains comme une forme de « Darwinisme social » [79]. Nous devons cependant remarquer que la plupart des dentistes ayant adopté la qualité des soins comme moteur de leur pratique le font pour garantir le meilleur soin possible. Ceci est profondément ancré dans les études universitaires et dans la formation continue, en adéquation avec le modèle biomédical. Aussi, un dentiste qui investit des sommes considérables dans son équipement aura plus de mal à assumer son rôle de soignant pour ceux qui sont dans le besoin.

Le poids financier ajouté aux pauvres compétences de communication apprises à l'Université [80,81] expliquent les expériences négatives et les frustrations concernant la prise en charge des personnes de catégorie socio-économique défavorisée. Cela peut mener à une forme de sélection des patients, à travers l'élaboration de stratégies qui contribue à l'exclusion de ces patients du système de santé [80].

### **3.Modèle centrée sur le patient en dentisterie**

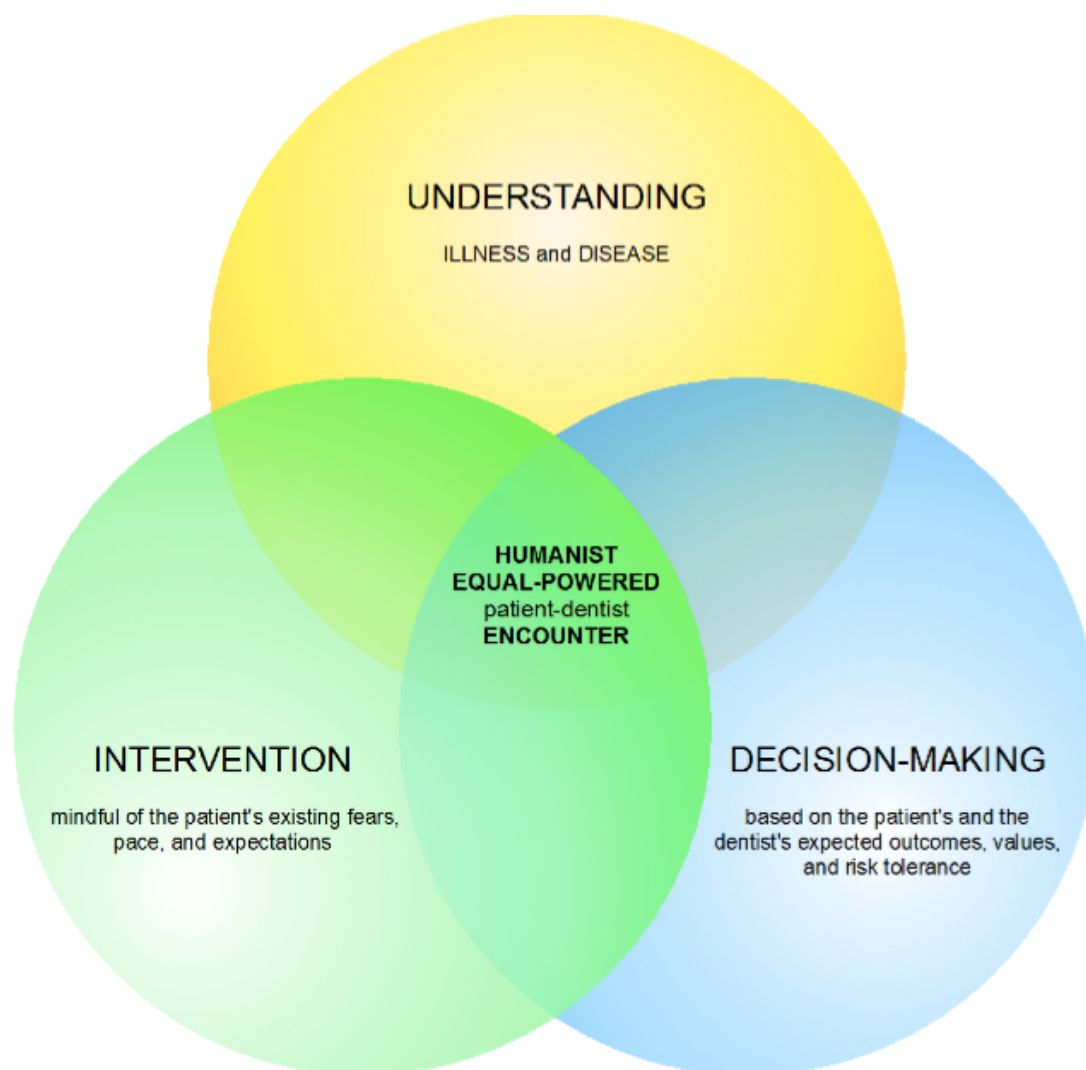
Il n'est pas surprenant que le modèle actuel de prise en charge des patients, orienté vers la maladie avec un fort ancrage positiviste, prépare le terrain à une prise de décision paternaliste [82] et centré sur le praticien. Cependant, il serait exagéré d'attribuer tous les problèmes des dentistes à un modèle inadapté. De plus, le modèle que nous allons décrire est une représentation théorique d'une réalité compliquée et changeante. Néanmoins, une approche paternaliste provenant d'un modèle biomédical contribue aux problèmes susmentionnés. Il est temps qu'un nouveau modèle philosophique remplace le paradigme existant en dentisterie, spécialement depuis que la plupart des professions de santé a déjà entamé un pas vers une approche centrée sur la personne [17,82,83].

L'approche centrée sur la personne met en priorité les attentes et les besoins des patients à la place de ceux des praticiens [84]. Cela implique que le désir, la voix et les préférences des patients soient entendus et pris en compte pendant les consultations dentaires, et que les patients aient plus de pouvoir en terme de prise de décision. Cette approche est basée sur des principes humanistes, qui sont définis comme « tout principe, courant de pensée ou action dans l'intérêt de l'humain, de valeurs humaines, et de dignité » [85].

Comme d'autres professions, la dentisterie a un processus d'intervention thérapeutique, souvent chirurgical, dès la première rencontre. Aussi, la relation de soin s'établit sur de longues périodes de temps, souvent des années. Les interventions sont associées à la douleur, à l'anxiété, aux considérations pécuniaires qui ont besoin d'être gérées concomitamment. Les modèles existants dans les autres professions de santé ne sont donc pas complètement adaptables en dentisterie.

Pour développer un modèle d'approche centrée sur la personne, il est intéressant de regarder ce type d'approche dans d'autres domaines [19,83,86]. Après une trentaine d'essais, les concepteurs de ce modèle d'approche centrée sur la personne, appelé dentisterie centrée sur la personne [87], ont été satisfaits du résultat.





**Fig.1** Représentation heuristique du modèle théorique de dentisterie centrée sur la personne

La dentisterie centrée sur la personne n'est encore qu'une représentation heuristique d'une philosophie sous-jacente. Par heuristique, il est entendu « règles pratiques pour évaluer comment diagnostiquer une maladie malgré l'incertitude de la réalité clinique » [24]. Cette philosophie est basée sur l'humilité, l'hospitalité, le non-jugement, le respect et l'authenticité envers autrui [88]. Le modèle promeut une relation de soin où les patients et les praticiens partagent un pouvoir égal. Cela mène à une approche clinique coopérative.

Contrairement au paternalisme [66] et au consumérisme, cette approche coopérative a pour but de mettre en évidence les préférences et les attentes des patients, et de les aider à sélectionner l'intervention adéquate pour eux [89].

Cependant, il n'est pas toujours évident de pratiquer ce type de prise en charge car les patients ne connaissent pas forcément leurs propres attentes et valeurs. L'approche devient alors interprétative : le travail du dentiste est d'appréhender les buts, les aspirations, les engagements et le caractère des patients [89]. En d'autres termes, le praticien est un « conseiller » et n'est pas une figure d'autorité ou un « expert technicien » sans conscience [89].

De plus, à la place de se baser sur le positivisme, ce modèle est plutôt influencé par le constructivisme. Son principe central, la croyance dans une relation de pouvoir équivalent, devrait mener à construire une approche basée sur les différentes interprétations des praticiens. Cela souscrit aussi à l'idée que la « santé » est une interprétation des conditions d'une personne, une interprétation variant selon les individus. Cependant, même si nous reconnaissons que les différentes réalités cliniques peuvent mener à des approches cliniques différentes, la philosophie sous-jacente persiste. Cette philosophie encadre la prise en charge des patients à travers trois principes constants qui peuvent se chevaucher pendant la rencontre clinique : la prise d'information, la prise de décision partagée et l'intervention. Donc, le rôle de cette représentation de modèle clinique est de faciliter les approches en prenant en compte les variabilités des individus que sont les patients, les praticiens et en particulier le contexte de la rencontre clinique.

Il est aussi important de noter que ces trois principes ne sont pas chronologiquement distincts. La rencontre dans le domaine dentaire est constamment guidée par ces trois principes, souvent dans le même temps.

### 3.1 La prise d'informations

*“In illness we lose most of the freedoms we ordinarily associate with being able to act as fully human persons.” [90] E.Pellegrino*

*« Dans la maladie, nous perdons la plupart des libertés que nous possédons habituellement qui nous permettent d'agir en tant que personnes pleinement humaines » E. Pellegrino*

Le principe de compréhension englobe d'un côté l'exploration et l'identification de la maladie, le partage des informations et l'explication de ce nouveau modèle médical, les concepts de promotion de santé et de prévention. D'un autre côté, il encourage aussi le patient à partager l'histoire de la maladie [91], et apporte le bénéfice du témoignage de ses histoires.

Pellegrino décrit un état de maladie chez les patient comme une « humanité blessée » [90] qui réduit les capacités des patients à se voir égaux aux autres. L'acte de soin consiste non seulement à « réparer » le corps malade, mais aussi à prendre en charge ce changement d'état émotionnel.

Par conséquent, pour une prise en charge optimale, le dentiste devrait non seulement explorer les manifestations de la maladie, mais aussi comprendre la maladie que le patient est en train de vivre comme processus personnel. Cette « épidémiologie partagée » [92] n'est possible que quand le dentiste comprend l'importance du concept de « patient en tant que personne » et pas uniquement la maladie.

De plus, le modèle de santé biopsychosocial d'Engel [16] fait allusion à l'inter-connectivité de toute la composante sociale d'un patient, de la famille proche jusqu'à l'environnement où le patient vit. Donc, pour comprendre complètement une personne, le dentiste devrait aussi explorer la vie d'un patient dans un contexte de maladie, et ajouter ces informations dans l'interprétation globale.

Considérer le patient en tant que personne globale [19,83] connecte aussi le praticien aux peurs et aux anxiétés individuelles que le patient pourrait ressentir pendant la prise en charge dentaire. Accepter et valider ces préoccupations

guident le praticien vers un processus d'intervention sans la frustration que pourrait créer des attentes inattendues de la part des patients.

Au final, les attentes du patient peuvent ne pas s'accorder avec les possibilités médicales. Afin de faire rencontrer les attentes, une conversation franche doit avoir lieu [91]. Ce processus permet de s'assurer que l'éventuel traitement reçu corresponde aux buts établis par le patient, et que tous les risques impliqués soient dans des limites négociées et acceptables.

### 3.2 La prise de décision partagée

Le principe de prise de décision partagée repose sur une croyance ferme d'égalité de pouvoir dans la relation de soin. Cela a pour conséquence une co-autorité sur le plan de traitement, toujours soumis à discussion, évaluation et validation. Le résultat du plan de traitement doit répondre aux besoins et attentes actuels et futurs du patient. L'intégration du facteur temps dans l'élaboration d'un soin s'échelonnant sur plusieurs rendez-vous fait modifier la notion de « plan de traitement » à une notion plus dynamique de « stratégie de traitement », plus flexible pour faire face aux imprévus potentiels.

Certains chercheurs ont fait un parallèle entre une prise de décision partagée et le concept « d'équipoise » dans les essais cliniques [93]. Elwyn et al. définissent le « double-équivoque » quand des situations où le praticien et le patient reconnaissent ensemble qu'il y a plus d'une option sans supériorité fondamentale de l'une sur l'autre. La décision est ensuite basée sur les préférences du patient [93,94].

Le « double-équivoque » requiert une « aide à la décision » par le dentiste. Le rôle « d'aide à la décision » est d'accompagner le patient afin qu'il puisse comprendre et réfléchir sur les différentes options valables, clairement expliquées sans donner de recommandation personnelle dans un premier temps. Dans le cas d'une décision où il n'y a pas de double équivoque, c'est-à-dire où il y a de fortes preuves données pour une solution parmi les différentes options, le rôle du dentiste devient un rôle « d'influence à un comportement déterminé », où le dentiste donne un rang et justifie les options possibles [93]. Il y a donc dans ce cas une influence sur le choix du patient, centré sur le praticien.

Qu'il s'agisse d'aider la décision ou le comportement, l'approche centrée sur la personne établit que le rôle du dentiste est un rôle de conseiller dans le processus thérapeutique [82]. A travers la relation de soin équilibrée, le praticien reconnaît l'autonomie du patient et apprécie ses préférences individuelles. Cette approche humaine de prise de décision, en retour, renforce la relation de confiance en donnant au patient une « voix claire et forte » [92]. Le patient, qui n'est plus obligé de se conformer à un traitement, devient un participant actif du plan de traitement

auquel il peut adhérer et donc tolérer les incidents de parcours [95]. Ce faisant, il doit être accepté que la décision est aussi influencée par des « bruits » extérieurs [82], en bien ou en mal, telles que les doctrines de santé publique, culturelles, les normes professionnelles, l'expérience clinique des praticiens ou la capacité du patient à régler les frais du praticien. Les honoraires devraient être discutées ouvertement, tout comme les garanties et les limites du traitement proposé [96].

Le consentement éclairé n'est donc plus un document signé qui a besoin d'être récupéré, mais fait plutôt partie intégrante de la prise de décision partagée grâce auquel le plan de traitement devient co-conçu. Cela implique que les deux parties acceptent et comprennent leurs responsabilités, les conséquences et les résultats des interventions cliniques.

### 3.3 L'Intervention

Dans sa forme la plus directe, l'intervention en dentisterie consiste à pratiquer des procédures chirurgicales dans la bouche du patient. Traditionnellement, ces interventions sont effectuées de manière identique pour chaque patient. Une version centrée sur la personne de ces interventions tiendrait compte du rythme du patient, de ses peurs précédentes et de ses préférences.

L'intervention en dentisterie est faite par le patient chez lui et/ou par le dentiste au cabinet. La plupart des maladies dans le domaine dentaire sont de nature chronique [97]. Les modifications de style de vie des patients (hygiène orale et nutrition) sont cruciales pour le pronostic des traitements entrepris. Aussi, le niveau de participation du patient chez lui est influencé par l'amplitude d'invasion du traitement du dentiste, ainsi que par le moment où le traitement intervient. Par conséquent, pour que la prise en charge soit efficace, la compréhension sans jugement dans le processus de « compréhension » est cruciale. Quels changements de comportement le patient peut-il réaliser de manière réaliste ? De quel type de soutien a-t-il besoin ? Avec une prise de décision partagée, les attentes deviennent plus réalistes, et l'adhésion au traitement plus importante.

Au niveau social et dans l'imaginaire collectif, la dentisterie est associée à l'angoisse, la peur et la douleur. Initialement, un traitement dentaire était une expérience très douloureuse, mais depuis le développement de l'anesthésie locale [98], l'inconfort physique associé à ces interventions a été grandement réduit. Cependant, l'anxiété des patients empêche de s'adapter à cette nouvelle situation. En explorant les peurs, les inquiétudes et les attentes des patients, le dentiste peut devenir davantage sensible à leurs besoins, et donc réduire leur anxiété. Ensuite, avec le temps, il pourra réduire l'impression d'expérience déplaisante [99].

L'intervention peut également mener le patient vers un autre professionnel. Qu'il s'agisse de donner des soins en tant que membre d'une équipe de prise en charge de santé orale [100] ou simplement demander un avis à un spécialiste

[101], le dentiste centré sur le patient reconnaît les limites de ses compétences et son impact sur les besoins du patient. De plus, une exploration complète de la maladie peut quelquefois révéler les problèmes de santé qui vont au-delà de la dentisterie. Un réseau de professionnels bien développé donne l'opportunité d'adresser le patient au professionnel de santé adapté à la situation. Cela permet au dentiste d'être un membre utile dans un parcours de soin personnalisé [102].

Cette relation équilibrée définit et facilite l'exploration de la maladie [91], habilite le patient à prendre des décisions [103], favorise son droit d'être impliqué dans les décisions concernant sa santé [104] tout en réduisant l'anxiété associée aux traitements dentaires [105]. En effet, lorsque les médecins qui explorent les expériences des patients dans une perspective centrée sur la personne, cela renforce et développe la relation de confiance [106]. De plus, les patients font davantage confiance aux médecins qui prennent en compte leur expérience de la maladie, ou qui passent plus de temps pendant la consultation [107].

*“Creating a new theory is not like destroying an old barn and erecting a skyscraper in its place. It is rather like climbing a mountain, gaining new and wider views [...] but the point from which we started out still exists and can be seen, although it appears smaller and forms a tiny part of our broad view gained by the mastery of the obstacles on our adventurous way up.” – A. Einstein*

*« Créer une nouvelle théorie n'est pas comme détruire une vieille grange et construire un gratte-ciel à sa place. Il s'agit plutôt d'escalader une montagne, et voir de nouveaux et de plus grands horizons [...] mais notre point de départ est toujours là et peut encore être vu, bien qu'il apparait plus modeste et fait partie d'une vision plus large gagnée par le dépassement des obstacles et notre continuelle aventure ». \_ A. Einstein*

La dentisterie implique à la fois des comportements humains complexes qui exigent une approche interprétative, holistique et des mécanismes biologiques complexes qui nécessite une approche déductive et réductionniste.

En 1995, la même année où le terme « evidence-based-dentistry » a été introduit [24], l'Institut de Médecine (USA) a publié un rapport appelé « La formation dentaire à la croisée des chemins, changements et défis », signalant que la clinique dentaire typique n'est pas centrée sur le patient. Un modèle de soins axé sur les procédures interventionnelles doit céder la place à un modèle axé sur le patient et la communauté. Il s'agit d'une approche axée sur des critères



thérapeutiques définis par le patient, mais aussi scientifiquement et technologiquement à jour [108]. Depuis près de 20 ans, prise dans l'inertie d'un mouvement positiviste profondément enraciné dans ses fondements, notre discipline a progressé dans l'avancement des connaissances. Centrer notre modèle de soin sur la personne ne signifie pas que nous devrions rejeter les concepts d'EBD mais plutôt redécouvrir et développer l'art de la guérison, au niveau individuel, et promouvoir de meilleures décisions politiques au niveau de la population. Par conséquent, le modèle qui est présenté ici tente d'humaniser la dentisterie clinique à travers ses trois domaines complémentaires : la formation, la recherche et la pratique.

Sensibiliser les futurs praticiens à la communication, à l'écoute et à la validation émotionnelle requiert une formation spécifique. L'empathie, dans une profession comme la nôtre, est d'une importance égale à l'intelligence et la perception [109]. Les enseignants sont « experts » exerçant essentiellement dans un environnement d'apprentissage passif, offrant un contrôle maximal sur les promotions d'étudiants [110]. A la place, les formations ont besoin d'être davantage « centrées sur l'étudiant », et les modèles d'éducation ont besoin d'être pertinents pour une formation d'adulte [64]. Cela assurera un continuum entre les patients-étudiants-enseignants-docteurs, basé sur la coopération, le partage de connaissances et de respect. Sir William Osler, un médecin célèbre de l'Université de McGill, enseigne que « la médecine est un art basé sur la science ; pas une simple science, mais aussi un art ». Il voit la science de la médecine comme biologique et un art en tant qu'humaniste. Il défend ainsi l'apprentissage de l'être humain à partir de sources classiques comme la littérature et la poésie [17].

Il est probable qu'une meilleure compréhension des influences psychologiques requiert une forme de recherche plus inductive que les méthodes déductives majoritaires [3]. Guba et Lincoln suggèrent que la rigueur scientifique de la création de théorie à partir de données qualitatives ne peut pas être défini comme fiable, valide et généralisable, mais crédible, transférable et confirmable [111]. La recherche qualitative est définie comme un « processus de compréhension basé sur une enquête méthodologiquement différente de la tradition quantitative et qui explore les problèmes humains et sociaux » [112]. Elle fournit des informations uniques sur les comportements, les perceptions, les croyances des individus [113], mais est toujours sous-utilisée en recherche bucco-

dentaire [114]. Les approches qualitatives et quantitatives ne sont, par contre, pas seulement compatibles, mais aussi complémentaires, en tant que méthodes d'études mixtes [113].

Sans nier l'importance primordiale des compétences techniques dans la profession, la dentisterie peut œuvrer sur d'autres niveaux pour améliorer le bien-être des patients. La pratique est justifiée par des lignes de conduites provenant de théories et de formations professionnelles. L'idéologie derrière ces théories et ces formations reste peu mise en avant. Questionner notre raisonnement améliore notre conscience professionnelle et nous fournit des choix réels pour pratiquer de façon optimale dans chaque contexte clinique [4]. Dans l'approche centrée sur la personne, les patients sont au cœur de la rencontre clinique, et la balance de pouvoir est négociée de façon équitable entre le patient et le docteur.

L'élément humain ne peut être enlevé de la pratique dentaire future. Il est temps pour la dentisterie d'embrasser les concepts post-modernes qui émergent [115]. L'approche centrée sur la personne encourage le pluralisme dans les méthodes de recherche. Les dentistes et les chercheurs dans le domaine dentaire peuvent maintenant proposer une prise en charge avec des valeurs humaines et permettant la promotion d'un cadre où les intérêts des patients sont plus fortement représentés.

## **II. Situations cliniques avec prise en charge centrée sur la personne**

### **1. Cadre clinique de l'approche centrée sur la personne**

Nous avons vu ce qu'était le modèle centré sur la personne mais nous n'avons pas encore décrit d'approche clinique.

Il a été créé pour les consultations dentaires une structure comprenant différents temps durant le rendez-vous : la prise de contact et l'exploration initiale du patient, l'examen et le diagnostic, le partage (d'informations et de décision) et l'intervention. La structure proposée offre durant la rencontre clinique un nombre plus important d'opportunités aux patients d'exprimer leurs attentes et aux praticiens d'en prendre compte.

Ces différents temps durant la consultation sont présentés ici de façon chronologique, mais il existe une fluidité entre ces processus. De plus, bien que ceux-ci soient décrits dans un contexte d'examen initial, ils peuvent s'appliquer à des rendez-vous suivis.

La prise de contact : il est important de clarifier que l'approche centrée sur la personne n'est pas de répondre au motif de consultation le plus rapidement possible, mais de connaître le contexte dans lequel la personne vit et l'histoire de la maladie dans sa vie de tous les jours. Elle n'implique généralement pas de longues conversations avec les patients mais consiste à engager un échange avec attention à propos de la maladie et de ses conséquences. Cet échange permet d'établir une confiance dans le temps et de mieux connaître le patient, tout en veillant à ne pas le mettre mal à l'aise et respecter ses éventuelles réserves à l'expression.

Il est important de garder la relation de soin sur un pied d'égalité pour permettre au patient de s'exprimer. Par conséquent, nous devons minimiser les symboles de pouvoir durant cette phase initiale de conversation en ne portant pas de gants, ni de masque et en ne mettant pas le protège-vêtement sur le patient.

Cette prise de contact est un temps où avancer son expertise ou contredire le patient ne serait pas approprié. Il s'agit plutôt d'un temps d'écoute, de compréhension et de validation des expériences du patient ainsi que d'une validation émotionnelle.

L'examen médical : une fois la conversation finie de façon naturelle, nous pouvons présenter au patient comment se passera la séance. Contrairement à l'étape initiale, qui est subjective et réactive, l'examen tend à être objectif et prescriptif. En faisant attention aux potentiels biais cognitifs, l'objectif est de rassembler les éléments cliniques, historiques de la maladie sans les interpréter immédiatement. Il est important de séparer l'examen de l'interprétation pour éviter les diagnostics précipités qui pourraient limiter notre champ de vision et la justesse de nos diagnostics.

Le partage : une fois l'examen complété, le patient est remis en position assise, les gants sont enlevés, ainsi que le masque et le protège-vêtement. Ceci facilite le partage des informations et la participation du patient dans la discussion. Une fois encore, il est invité à intervenir à tout moment. Nous expliquons d'abord les informations récoltées de façon la plus neutre possible sans les interpréter. Ensuite, nous offrons notre interprétation de ces informations neutres. Nous présentons, selon le savoir scientifique actuel et notre expérience, ce qui provoque les phénomènes néfastes rencontrés, par exemple les lésions carieuses ou les maladies parodontales. Nous pouvons, si la situation le permet, utiliser des métaphores ou des schémas.

L'intervention : pour les premières visites ou rendez-vous d'examen, l'intervention peut seulement consister au co-fondement de la stratégie de traitement avec le patient. La prise de décision partagée mène naturellement à une discussion sur les possibles traitements. Il est important de transmettre au patient les informations sur les risques d'échec des traitements. Le but de cette approche étant l'alliance thérapeutique entre le patient et le praticien, les échecs qui ont été prévenus à l'avance auront moins d'impact sur le patient, d'autant plus si le patient est impliqué dans son traitement. Pour les traitements qui requièrent plusieurs rendez-vous, un récapitulatif du traitement est apprécié en début de

séance. Cela permet d'être sûr que celui-ci est toujours au service de nos objectifs.

Temps durant la consultation	Méthode	Objectifs	Attitude du dentiste
Prise de contact	Conversation, validation	Se comprendre l'un l'autre, construire une relation de soin	Positive, sans jugement
Examen médical	Questionnaire, examen clinique, radiographique, tests	Rassembler des données, Diagnostiquer	Objective, minutieuse
Partage d'information	Présentation, discussion	Partager les informations, exprimer les doutes	Claire, invite aux questions
Décision partagée	Discussion, négociation	Co-déterminer la liste des problèmes, co-déterminer le plan de traitement	Partage de pouvoir, créative
Intervention	Non-chirurgicale, chirurgicale, soins à la maison, style de vie	Soigner, si besoin adresser	Respectueuse

La suite de cette partie contient des exemples de situations cliniques où l'approche centrée sur la personne a été appliquée. Les consultations ont été réalisées par le Docteur Jean-Noël Vergnes dans le cadre de consultations non programmées et de premières consultations à l'hôpital, et par le Docteur Bertrand Bonin dans le cadre de consultations de prise en charge esthétique.

Les cas cliniques seront classés selon les circonstances des consultations et les noms des patients seront changés. Les dialogues entre le patient et le dentiste seront rapportés tels quels. Pour plus de facilités de lecture « dentiste » sera abrégé par « D », et « patient » sera abrégé par « P ». Tous les patients présentés dans la prochaine sous-partie ont accepté d'être observés, et ont signé un consentement pour l'utilisation des données cliniques les concernant à des fins pédagogiques.

## 2. Exemples vus aux urgences

M. Antoine :

Mots-clés : recherche de foyer infectieux, adressage inter-hospitalier.

### 1) Prise de contact

Le patient s'est présenté aux urgences, adressé pour une recherche de foyer infectieux par le service de cardiologie de l'Hôpital. La conversation (exploration initiale) s'est déroulée ainsi :

*D : Bonjour, vous venez du service de cardiologie de l'hôpital, n'est pas ?*

*P : Oui. Je devais être opéré pour changer une valve, mais hier soir j'étais trop fatigué et l'opération a donc été annulée.*

*D : Elle a été reportée ?*

*P : Je ne sais pas. Les médecins n'ont pas encore décidé si c'était possible de faire cette opération.*

*D : Ok. On vous a expliqué pourquoi vous êtes au service d'odontologie ?*

*P : Oui, pour chercher des infections.*

*D : Tout à fait. Les foyers infectieux, c'est-à-dire les regroupements de bactéries, dans votre bouche peuvent passer dans la circulation sanguine, dans le sang, et venir s'accrocher sur votre cœur qui est déjà fragilisé. S'il arrive qu'on trouve des foyers infectieux, on a plusieurs façons d'éliminer ces bactéries. En fonction de la situation de la dent, on peut soit dévitaliser la dent, soit l'extraire. Donc on peut potentiellement enlever des dents.*

*Est-ce que vous êtes déjà venu ?*

*P : Oui, il y a 3 mois.*

*D : Ok. Avez-vous des questions ?*

*P : Non.*

## 2) Examen

Au niveau clinique on remarque du tartre au niveau de la 17 ainsi qu'une mobilité de la dent. On note aussi une douleur à la percussion au niveau de la 16 avec un sondage ponctuel supérieur à 6 mm. Un diastème est présent entre 17 et 18. Les 27, 36, 46 sont absentes et il n'y a pas de lésion carieuse active.







Nous observons à la radio une lésion radio-claire en distal de 17 et 18.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

A la suite de ces recueils d'informations, nous pouvons maintenant diagnostiquer une lésion carieuse importante sur 18, une lésion carieuse radiculaire sur 17 et une fracture corono-radiculaire sur 16.

*D : Je vais donc vous présenter les différents diagnostics. Tout d'abord, il vous manque 3 dents.*

*P : On me les a enlevées quand j'étais sur un bateau à l'armée. J'ai été malade plusieurs semaines après ça.*

*D : Oui. Ensuite, la 1ere molaire en haut à droite est cassée et les 2 suivantes sont cariées. Il y a une infection chronique entre la 17 et 18, c'est-à-dire entre les deux dernières dents en haut à droite. Par ailleurs, en bas et en haut à gauche tout va très bien.*

*P : s'est tourné vers le praticien pendant l'entretien*

#### 4) Intervention

*D : Ce qu'on peut faire : dans le cadre d'une recherche de foyer infectieux, il faudrait enlever ces dents infectées, dans l'idéal quelques jours avant l'opération. S'il n'y avait pas d'impératif en terme de temps, on pourrait tenter de les dévitaliser.*

*Aujourd'hui on ne vous fera rien, on vous donne juste les informations.*

*Vous pouvez faire les soins chez votre dentiste. On va rédiger le compte rendu pour le cardiologue qui vous a adressé chez nous.*

*P : Quelle serait la bonne décision ?*

*D : Même s'il aurait peut-être été possible de dévitaliser les dents, dans le contexte qui vous amène mon avis serait de les enlever et de les remplacer par un appareil amovible.*

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- Le patient est déjà informé avant l'examen qu'il existe une chance qu'on lui extrait des dents. Cela permet au patient de s'ouvrir à cette possibilité, et ainsi de se préparer à cette éventualité. Bien que le patient ait fait part de sa volonté de ne surtout pas revivre une extraction dentaire (souvenir pénible), le fait de lui expliquer la particularité de cette consultation aide à établir la relation de confiance.

M. François :

Mots-clés : Donner les informations nécessaires pour laisser le choix au patient entre soin endodontique par voie rétrograde ou orthograde à travers une couronne.

La couronne a été posée à l'hôpital.

### 1) Prise de contact

Le patient a été vu en consultation non programmée.

*D : Bonjour, qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?*

*P : Bonjour, j'ai une douleur en mangeant depuis la mise en place de cette couronne en Juillet.*

Le patient montre sa 41.

*D : Vous êtes déjà venu pour cette douleur ?*

*P : Oui, mais on n'avait rien trouvé.*

### 2) Examen

*D : Vous pouvez m'en dire plus sur cette douleur ? Ça vous réveille la nuit ? Vous avez pris des médicaments pour faire passer la douleur ?*

*P : Non ça ne me réveille pas, je n'ai rien pris pour faire passer cette douleur. Par contre la douleur est similaire à celle d'une racine cassée. Ça m'est arrivé une fois, ça ressemble à ça. Et si on appuie sur cette dent, ça fait mal.*

Le test de percussion sur la 41 est positif. L'examen du septum de part et d'autre de la 41 est négatif. La recherche de fracture à la sonde parodontale est infructueuse. La 43 est asymptomatique.



LIPOE sur 41,43.

Il n'y a pas de signe de fracture flagrant. Il y a, par contre, une parodontite apicale aiguë sur 41 et sur 43.

Ces informations sont transmises au patient.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

*D : Il y a une infection au bout de la dent que vous avez identifiée comme douloureuse. Pour se débarrasser de cette douleur, on doit refaire le traitement endodontique, c'est-à-dire le traitement dans la racine. Pour faire cela, on a deux possibilités.*

*Soit le traitement orthograde, c'est un traitement endodontique classique. Pour entreprendre cela, il faudrait desceller les couronnes jumelées et l'ancrage métallique de la dent pour avoir accès au traitement endodontique.*

*Soit on fait un traitement rétrograde par chirurgie sur l'apex de la racine, l'apex étant l'extrémité de la racine.*

*P : Le « charcutage » ça ne me fait pas peur. Je préfère ça que d'enlever la couronne. Est-ce que la cicatrisation sera longue ? Et est-ce que je pourrai manger après sans être gêné ?*

*D : Vous pourrez manger après l'opération. Ce sera un peu gênant mais rien de grave. La cicatrisation se fait dans les deux à quatre semaines.*

*Pour la suite des soins, on va vous mettre en contact avec notre service d'endodontie.*

### 4) Intervention

Il sera donc entrepris un traitement endodontique rétrograde sur la 41. Un rendez-vous avec le service spécialiste d'endodontie a été pris.

Un curetage péri-apicale avec résection de l'apex, ainsi qu'une obturation radiculaire rétrograde, a été mise en œuvre sur la 41 et la 43 après consultation avec les spécialistes d'endodontie.

Un contrôle radiographique a été effectué 2 semaines et 1 mois plus tard.

Contrôle à 2 semaines :



Contrôle à 1 mois :



Pendant les rendez-vous de contrôle, le patient a décrit une disparition des symptômes sur ces dents.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- La prise de décision partagée et le « double-équipoise » d'Elwyn : ici, nous considérons qu'il n'y a pas de meilleur traitement entre les deux solutions thérapeutiques proposées. Pour que le patient puisse choisir le plus librement possible, nous devons passer par une phase d'information sur les différentes possibilités et sur leurs limites. Le fait de ne pas hiérarchiser la qualité des possibilités permet de ne pas basculer dans une attitude où on essaie d'influencer le patient en fonction de nos propres préférences. Ceci est une « influence vers un comportement déterminé », or ce que nous recherchons est plutôt une « aide à la décision ».

M. Clément :

### 1) Prise de contact

Mots-clés : coopération interdisciplinaire, communication avec le médecin.

Les dialogues n'ont pas été collectés dans ce cas.

En vue d'une opération de mise en place d'une valve aortique par le service de cardiologie de l'hôpital, une recherche de foyers infectieux a été demandée. En effet, une bactériémie peut causer une mise en place de germe sur la valve, causant une endocardite infectieuse pouvant engager le pronostic vital du patient.

### 2) Examen

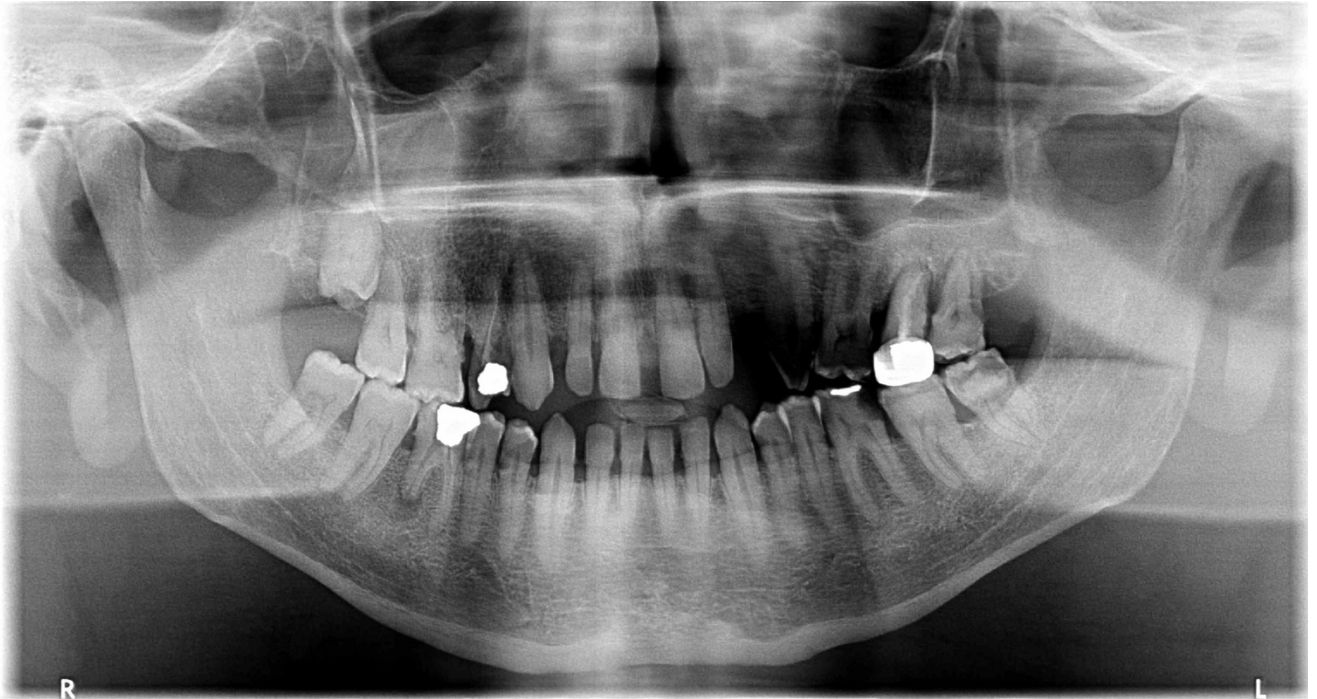




Radiographie secteur 4



Radiographie secteur 3



L'examen clinique et radiologique montre que la dent 46 présente un foyer infectieux. En effet, on peut voir une image radioclaire à l'apex distale de la 46.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Il est nécessaire d'extraire la 46.

Dans ce contexte, nous avons prévenu le patient qu'il y a 2 possibilités :

- avulser la dent le jour même de la consultation pour éradiquer le foyer infectieux sachant que la cicatrisation sera en cours lors de l'opération cardiaque prévue dans les sept jours.
- Différer l'avulsion et effectuer l'opération cardiaque sous couverture antibiotique.

#### 4) Intervention

Face à ces 2 possibilités, nous avons choisi de décider en concertation avec le cardiologue de l'hôpital.

Cette concertation aboutit à un report de l'avulsion, du tissu cicatriciel intra-buccal le jour de l'opération sous anesthésie général n'étant pas considéré comme un choix optimal. Informé, M. Clément se range de cet avis. Un courrier explicatif est rédigé pour son dentiste traitant.

Six mois plus tard, le patient a été recontacté. Il a bien subi une opération cardiaque, un triple pontage a été fait ainsi que le remplacement de la valve aortique. L'extraction de la 46 a été effectuée comme prévu après l'opération par son dentiste habituel.



M Matthieu :

1) Prise de contact

Mots-clés : prise en charge globale urgente.

Le patient vient aux urgences pour des douleurs situées globalement secteur 4. Les antalgiques pris en automédication n'ont pas eu l'effet escompté d'où la raison de sa visite aux urgences.

Il y a eu des tuméfactions jugales à répétition.

Au terme de cette première phase, on pense à une infection d'origine dentaire.

2) Examen

On remarque des restes radiculaires de la 46. Le patient est polycarié et il n'y a aucun soin en bouche.





Au vu de l'état buccal, on a recherché la cause de cette polycarie. Selon le patient, il s'agirait de caries dues aux sodas : il boit une bouteille de 1,75L tous les 3 jours.

La radiographie et les réponses biologiques nous valident l'hypothèse de l'infection d'origine dentaire de la 46 : les restes radiculaires sont infectés.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

*D : Aujourd'hui on s'occupe de l'urgence, prévoir l'avulsion des restes radiculaires avec l'équipe de chirurgie c'est-à-dire enlever les racines de la dent qui vous font mal et vous prescrire des antibiotiques. Mais au vu de votre santé bucco-dentaire, je vous conseillerai de prendre également rendez-vous pour une prise en charge globale afin de traiter les caries. Il existe des solutions pour vous. Je vous conseille cela car, si la situation actuelle persiste, vous risquez de perdre de nombreuses dents d'ici quelques mois à années.*

#### 4) Intervention

Après une semaine d'antibiothérapie, l'avulsion de la dent a été effectuée une semaine plus tard. En revanche, le patient n'est pas revenu ensuite pour une prise en charge globale.

Il y a eu une tentative de reprise de contact début août qui est restée infructueuse.

M. Félicité :

### 1) Prise de contact

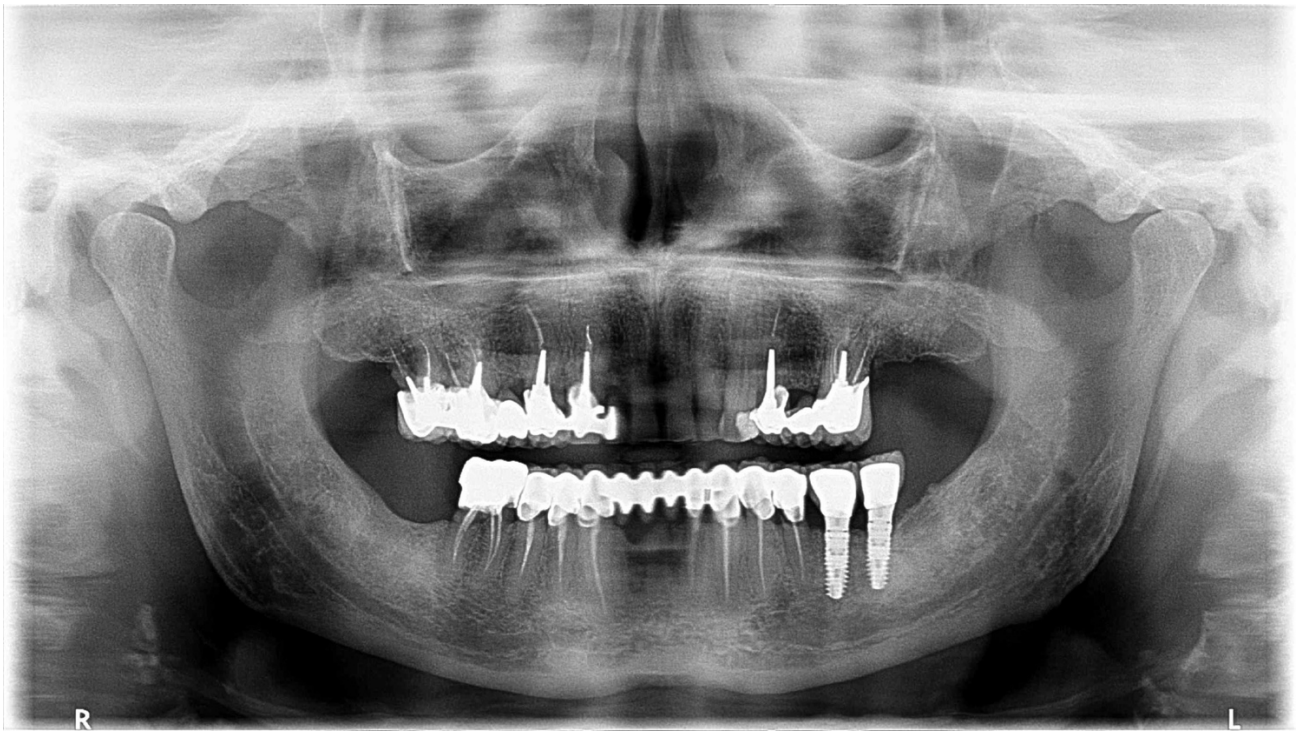
Mots-clés : laisser du temps au patient, pouvoir de décision partagé.

Les dialogues n'ont été collectés dans ce cas.

Le patient se présente aux urgences pour un descellement de bridge 35-45. Le bridge est déjà tombé et a été rescellé chez un dentiste en milieu libéral. Ce dernier l'a informé que le bridge n'était plus adapté aux piliers dentaires et devait être remplacé en lui fournissant des devis. Le patient ne voulant pas commencer de lourds et coûteux travaux prothétiques, il s'est redirigé vers l'hôpital pour un second avis.

### 2) Examen





### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Le patient souhaite limiter les efforts financiers, ainsi que le temps consacré aux soins impliqués. De ce fait, il rejette la proposition effectuée par son dentiste libérale. Compte tenu du souhait du patient, il a été proposé de resceller le bridge en le prévenant qu'il était fort possible qu'il se descelle encore.

### 4) Intervention

Le bridge a été rescellé (signalons qu'il n'est pas inenvisageable de facturer les rescelllements successifs).

Après reprise de contact, le patient a pris rendez-vous pour remplacer le bridge défectueux, au bout de quatre descelllements successifs. Il a été envisagé un traitement endodontique des piliers ainsi qu'une pose d'inlays-core sur ces piliers afin de supporter un nouveau bridge.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

-Abstention thérapeutique : dans une prise en charge biomédicale, le praticien garde le pouvoir de décision dans la relation patient-praticien. Resceller

un bridge imparfait peut poser problème, au point de refuser de le faire et de conditionner la suite des soins à la réalisation de nouvelles prothèses.

Dans une approche centrée sur la personne, on essaye de laisser plus de pouvoir de décision au patient, on y gagne en confiance, en relation de soin, en confort. Tant que ce n'est pas dangereux pour le patient (et seul le dentiste peut juger de ce risque), il est tout à fait concevable de resceller la prothèse qui se descelle de manière répétitive jusqu'à ce que le patient comprenne qu'il est nécessaire de changer le bridge : on fait de notre temps un allié. De plus on se laisse la possibilité que le rescelllement de la prothèse dure plus longtemps que prévu.

M. Romain :

### 1) Prise de contact

Mots-clés : Manque d'information, décision partagée.

Les dialogues n'ont été collectés dans ce cas.

Le patient vient en urgence pour un bridge descellé secteur 3. Il présente des lésions carieuses des collets et une sécheresse buccale est présente.

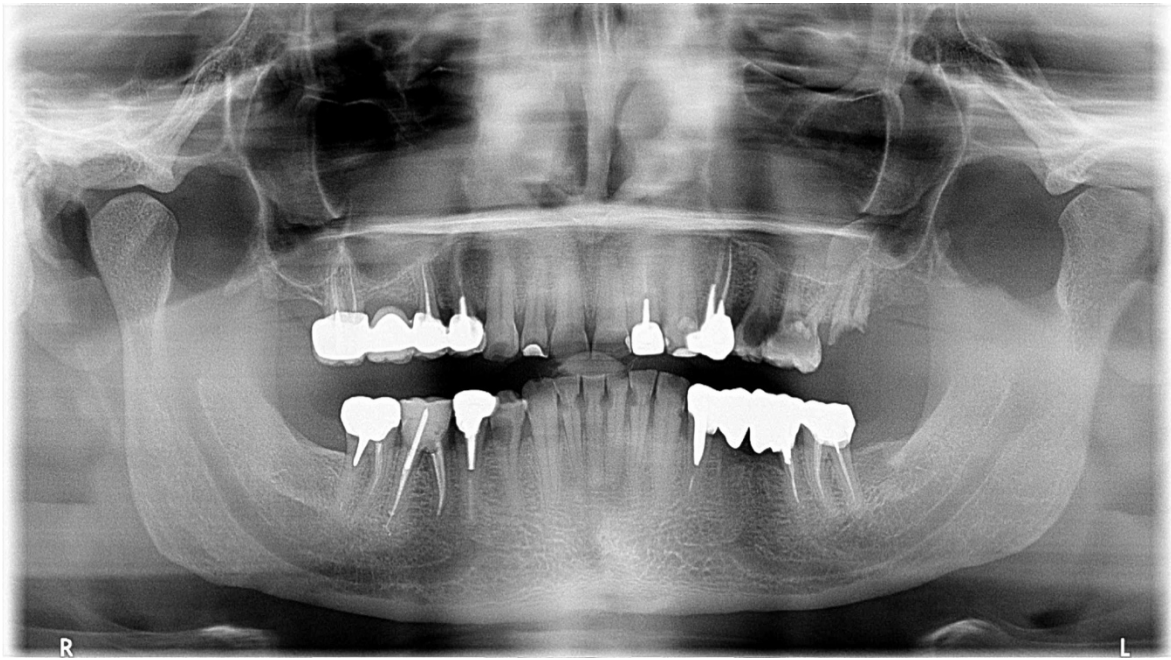
Voici la liste de ses médicaments en lien avec son affection longue durée (ALD) : Loxapac, Anafamil, Theralène, Atarax, Temerit, Kardegic 300, Tahor, Circandin. Ce sont des médicaments pour soigner une dépression et un antécédent d'AVC. Le Tahor est un médicament hypocholestérolémiant.

Hors de son ALD, il prend également du Spialto, de la Ventoline ponctuellement et de l'Eupantol.

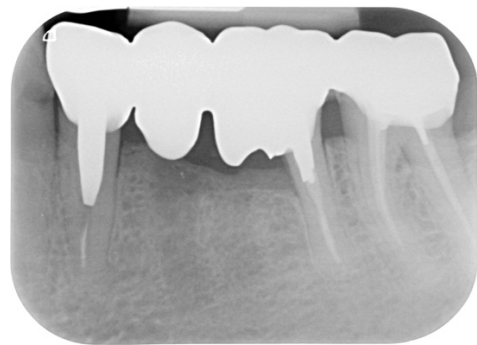
Le patient a également subi une opération pour poser un électrostimulateur afin d'éviter des douleurs liées à un accident quelques années plus tôt fragilisant la moelle épinière et provoquant une douleur neurologique spontanée.

### 2) Examen





Groupe prémolo-molaire secteur 2



Groupe prémolo-molaire secteur 3

Afin de resceller le bridge nous avons besoin d'utiliser des ultrasons pour nettoyer le ciment sur les dents. Cependant on craint une interaction entre les ultrasons et l'électrostimulateur provoquant un dérèglement de celui-ci ainsi que des douleurs neurologiques au patient. Le médecin du patient est en vacances, il n'est pas joignable par téléphone, on ne connaît pas le type d'électrostimulation mis en place Une recherche rapide sur internet est infructueuse.



### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Dans cette situation, il n'y a pas de bonne solution. On donne l'information au patient et on prend la décision du traitement avec lui. Le consensus trouvé est le suivant : il est décidé de baisser l'intensité des ultrasons et le patient prévient s'il y a la moindre douleur.

### 4) Intervention

L'intervention s'est déroulée sans événement particulier.

Après reprise de contact et lors des rendez-vous suivants, il a été effectué :

- les avulsions de 25, 26, 27 avec alvéolectomie.
- l'éviction carieuse sur 32,31,41,42,13 avec mise en place de ciment verre ionomère.

Le patient est en cours de soin pour recevoir une prothèse amovible résine pour combler l'édentement secteur 2.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

Ici, dans ce cas clinique, le thème à aborder est la codécision avec le patient. Il n'est pas rare, que nos connaissances nous fassent défaut et qu'on se retrouve dans une impasse [116,117]. La prise de décision partagée avec le patient peut être un moyen afin d'arriver à une solution.

Au final, l'utilisation d'ultrasons dans un contexte de dentisterie ne semble pas avoir d'effet sur les électrostimulateurs [118].

Mme Marie :

Mots-clés : Communication, répercussion sociale.

Dans ce cas, le sujet auquel on va s'intéresser est la communication avec le patient. Celle-ci s'est présentée en rendez-vous de diagnostic en état de stress important, ce qui altérerait les échanges. Afin de bien cibler le sujet de ce cas, on va d'abord lire la conversation retranscrite que la patiente a eue avec le praticien référent au cours de sa consultation, puis nous allons analyser ce qui a été dit.

### 1) Prise de contact

*D : Bonjour, alors racontez moi, qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui.*

*P : Bonjour, en fait là, je n'ai plus de dents (en montrant l'édentement secteur 4). Et cette dent (elle montre la 42), que j'aimerais ... Voilà, c'est tout.*

*D : Vous attendez de nous qu'on remplace les dents ? Et que souhaiteriez-vous qu'on fasse à cette dent ?*

*P : Oui je veux les remplacer. Et j'aimerais qu'on me l'enlève cette dent (en montrant la 42).*

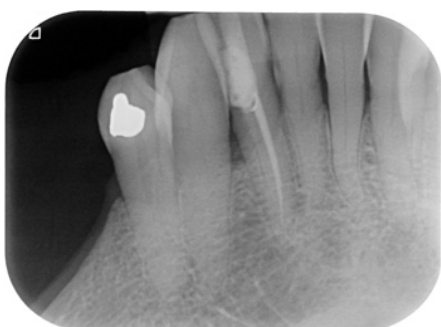
*D : Pourquoi voulez-vous qu'on l'enlève ?*

*P : Parce que la couleur me gêne, je n'ose pas sourire en public.*

*D : Qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui vous voulez remplacer les dents ?*

*P : J'ai de la famille qui est venue se faire soigner ici et ça s'est bien passé. Et je n'en peux plus d'avoir la bouche dans cette état, il faut que je fasse quelque chose.*

## 2) Examen



Radiographie de la 42

## 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Le partage des informations s'est déroulé classiquement.

#### 4) Intervention

La patiente a pris rendez-vous pour une consultation d'orthodontie. Il a été effectué un retraitement canalaire de la 42, ainsi qu'un composite plus esthétique.

La patiente a été recontactée sept mois plus tard : un traitement implantaire est en cours de réalisation pour combler l'édentement secteur 4 et un composite stratifié a été effectué sur la 42.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- La communication : Il existe des techniques de communication à utiliser en fonction de la situation. Le praticien a posé une première question ouverte, où la patiente a répondu de façon imprécise. Les suivantes sont ciblées et peuvent aller jusqu'à la question fermée où on ne peut répondre que par oui ou par non, comme par exemple : « Vous attendez de nous qu'on remplace les dents ? ». Le but de ces questions étant de connaître et de recentrer la conversation sur les motifs de consultation de la patiente.

- Impact sur la vie sociale : on peut remarquer aussi que la 42, qui est teintée avec un composite non esthétique, a des répercussions sociales pour la patiente. Dans une approche biomédicale, le praticien pourrait considérer que s'occuper de cette dent n'est pas important. Cependant, considérer l'ensemble de la personne et donc ses relations avec sa famille et ses amis est une des facettes de l'approche centrée sur la personne.

Pour essayer d'automatiser les prises en charge améliorant l'aspect social des populations, nous pouvons imaginer intégrer dans le questionnaire de premier rendez-vous une question sur ce sujet. Par exemple, « vous est-il arrivé d'être mal à l'aise en public à cause de vos dents ? »

Mme Sandrine:

Mots-clés : échelle décisionnelle, préférence du patient, informations données au patient.

### 1) Prise de contact

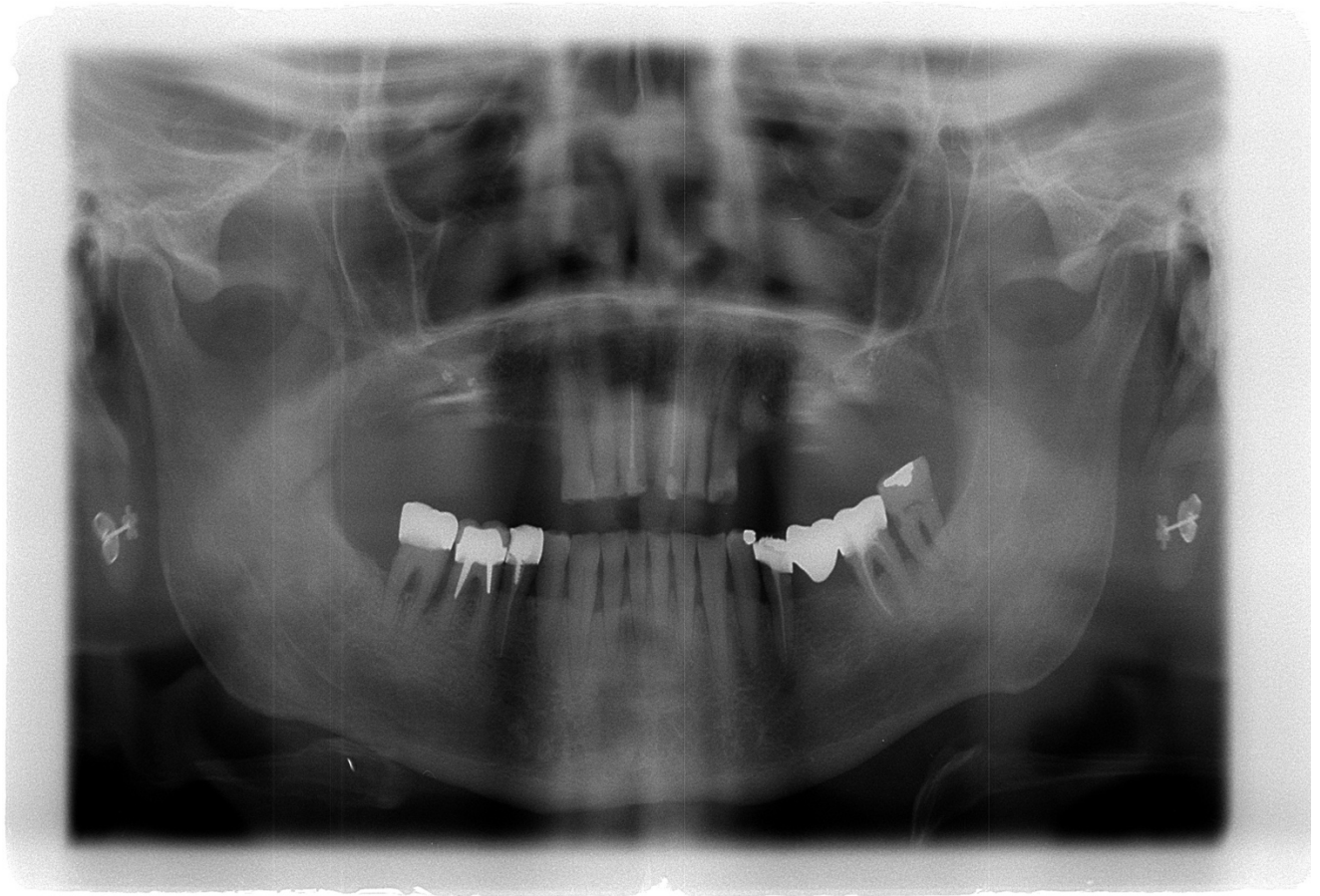
Les dialogues n'ont été collectés dans ce cas.

La patiente vient en premier rendez-vous de diagnostic. Son motif de consultation est le suivant : elle trouve que « les dents de devant sont trop courtes. »

### 2) Examen

On observe une attrition du bloc incisivo-canin (BIC) maxillaire, un contexte parodontal défavorable et une prothèse amovible partielle maxillaire peu adaptée.





On observe une mobilité de plus de 1 millimètre d'ampleur sur la 38 et la 47.

La patiente possède des problèmes de parodonte. Elle possède aussi une altération de sa qualité de sommeil en rapport avec la présence d'apnées la nuit.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Il y a plusieurs possibilités de traitement :

Il lui est expliqué qu'il n'est pas possible de simplement « rallonger » les dents de devant. Mais il lui est proposé plusieurs possibilités :

- Abstention thérapeutique
- Soins occlusal + parodontal : plan de libération occlusal + soins parodontal
- Soins occlusal + prothèse réajustée + parodontal : plan de libération occlusal avec une réfection de base + soins parodontal
- Soins plus invasifs : PPAC maxillaire de 8 dents + 6 couronnes BIC provisoires et définitives avec contournement fraisée + chirurgie de repositionnement des collets (avec potentiels ostéoplastie) + plan de libération occlusal + soins parodontal

#### 4) Intervention

La patiente a préféré ne pas commencer des soins impliquant des efforts en terme financier et de temps.

Lorsqu'elle a été recontactée plus tard, la patiente a de nouveau exprimé son souhait d'abstention thérapeutique en précisant que « tout va bien, rien ne presse ».

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- Les informations données au patient sont une étape nécessaire pour que le patient puisse bien s'affirmer dans ses soins et donner son consentement.
- Les différentes alternatives de soin varient en fonction du degré de participation du patient. Ce cas montre bien toutes les possibilités en terme de soin dentaire. Nous pouvons très bien imaginer que tous les patients ne choisissent pas forcément le même plan de traitement.

Mme Fabienne :

Mots-clés : pronostic défavorable, laisser du temps au patient

1) Prise de contact

La patiente vient en urgence pour une douleur en haut à gauche. Durant la consultation la patiente a dit ces phrases :

« *Je veux me reprendre en main.* »

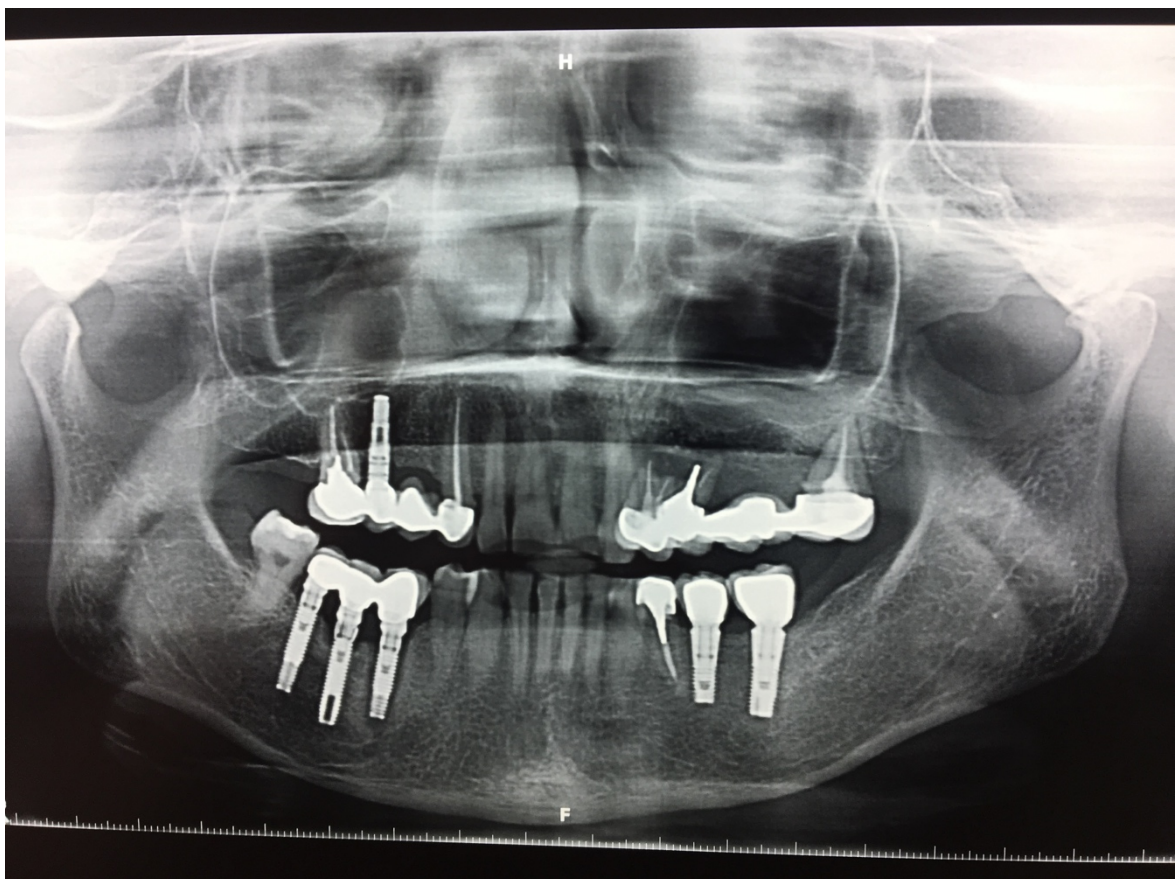
« *Mes dents bougent en haut à gauche, ça me fait mal et j'ai une mauvaise odeur dans la bouche.* »

« *Si je n'étais pas venue aujourd'hui, je perdrais mes dents. Je ne veux pas les perdre.* »

« *Aidez-moi. Les implants, c'est la solution de facilité.* »

2) Examen

Un sondage à 10mm a été mesuré autour de 24 et 25 qui sont piliers de bridges, dont 26 et 27 sont des inters.





Le diagnostic de parodontite terminale associée à un traumatisme occlusal sur les dents piliers antérieures du bridge secteur 2 a été posé. A l'orthopantomogramme, on remarque une fracture de la racine vestibulaire de la 25.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

On informe la patiente que le bridge est non conservable à moyen terme. Il a été proposé à la patiente pour remédier à la douleur secteur 2 d'effectuer les avulsions des piliers du bridge. La patiente n'était cependant pas prête à accepter des soins de nature chirurgicale au moment de la consultation.

Il a été décidé avec la patiente de réaliser un surfaçage pour lui laisser le temps de comprendre que les dents ne sont pas conservables à moyen terme et de reconsidérer la solution chirurgicale. Il lui a été dit : « Tentons le nettoyage profond des gencives. Voyons comment réagissent les tissus. Revoyons-nous pour faire le point dans quelques jours ».

### 4) Intervention

Un débridement non chirurgical avec meulage de l'occlusion 24-25 a été fait et les informations sur le contrôle de plaque ont été données.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- Pronostic : Dans ce cas clinique, le pronostic est clair ainsi que la solution à long terme. Néanmoins l'organisation de la séquence de soin se décide avec le patient. Il s'agit encore ici de laisser le temps être notre allié.

### 3. Exemples inspirés de situations réelles

L'activité non programmée (urgences dentaires) est propice à des situations cliniques où la douleur du patient est importante, ou l'inquiétude forte. Dans ces situations, il n'apparaît pas opportun de demander au patient son consentement à être observé pendant la consultation à des fins pédagogiques. Toutefois, ce type de situation se prête aussi à une approche centrée sur la personne.

Dans ces situations, il n'a pas été jugé pertinent de recueillir des informations afin de reconstituer la consultation. Nous avons plutôt choisi de décrire des situations inspirées de consultations réelles, mais largement modifiées.

M. X :

#### 1) Prise de contact

Un patient est venu aux urgences la veille pour une douleur secteur 1. Un diagnostic de péri coronarite a été posé sur la 18. Une ordonnance d'amoxicilline, de prednisolone et de paracétamol a été prescrite pour la douleur. Une autre ordonnance a été prescrite pour anticiper les extractions de 18 et 48 prévues ultérieurement.

Le patient revient aujourd'hui car les douleurs sont toujours présentes.

#### 2) Examen

On adopte une attitude où on ne s'appuie pas sur le diagnostic posé la veille : on essaie d'éviter d'être influencé par les premières informations qu'on a du patient. Il s'agit de minimiser le biais d'ancrage.

Il présente des douleurs sur le côté droit, secteur 1 et 4, devenues handicapantes la veille de la première consultation aux urgences.

On explore classiquement par des tests :

- à la percussion : très douloureuse sur 14,15 et 18. Le patient tremble, il tient un verre d'eau et le fait tomber sur lui à cause de la douleur.
- La douleur est présente lorsqu'on appuie sur la papille vestibulaire entre 14 et 15.

- Le test au froid est négatif sur toutes les dents citées.  
Après les tests, il semblerait qu'il y ait deux sources de douleur. Pour les objectiver et palier rapidement à la douleur du patient, nous avons réalisé des anesthésies à visée diagnostique.

Anesthésies à visée diagnostique :

- Groupe prémolaire secteur 1 : pas de changement sans test. Percussion moins douloureuse sur les prémolaires. Douleur toujours présente au niveau des molaires.
- Groupe molaire secteur 1 : dernier site douloureux encore présent après anesthésie entre 6 et 7 au sondage. Le patient a dit à propos de la douleur après l'anesthésie : « c'est la première fois que j'ai si peu mal depuis plusieurs jours ». Nous diagnostiquons un syndrome du septum entre 14 et 15 et une péri coronarite de la 18.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Nous informons le patient du diagnostic posé précédemment ainsi que la seule thérapeutique envisageable : un débridement non chirurgical au niveau de 14 et 15, ainsi que l'extraction de la 18. Et par conséquent, l'avulsion de la 48 et envisageable du fait de l'absence de contact.

### 4) Intervention

Le débridement non chirurgical a été réalisé immédiatement. La 18 et la 48 seront extraites durant un rendez-vous ultérieur.

La prescription donnée lors de la première consultation est assez récente pour ne pas donner une médication supplémentaire.

Le patient a été recontacté ultérieurement. Durant le rendez-vous, le spécialiste a changé le plan de traitement ; il a prévu un décapuchonnage de la 18 ainsi que la transplantation de la 48 à la place de la 45.

Le patient est resté dans le parcours de soin.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- Le biais d'ancrage : il s'agit d'être influencé par les premières informations sur un sujet, ici le diagnostic du patient posé la veille. Afin d'essayer de ne pas être influencé, connaître l'existence de ce biais est déjà un premier pas. Comme attitude à adopter, on propose de prendre de la distance et repartir de zéro dans la démarche diagnostique.
- Les anesthésies à visée diagnostique : dans un contexte d'urgence, il est parfois utile d'utiliser l'anesthésie à des fins diagnostiques tout en permettant au patient de ne plus souffrir. Cela pourrait être une mise en œuvre efficace afin de séparer plusieurs origines de souffrance. Cela est triplement efficace : soulagement de la douleur, affinement des diagnostics, et mise en évidence d'une attitude de bienveillance favorisant la confiance mutuelle.

Mme Y :

### 1) Prise de contact

Une patiente est envoyée par son dentiste en Aveyron car il ne parvenait pas à contrôler la maladie carieuse.

La patiente se présente au premier rendez-vous en expliquant qu'elle a *11 dents cassées et toutes ses dents cariées*. Elle souhaite faire en sorte qu'on puisse « *réparer ses dents et que les morceaux arrêtent de partir* ». Il y a « *toujours quelque chose quand qu'elle mange* ». La patiente espérait pouvoir *faire tous les soins possibles par anesthésie générale*.

### 2) Examen

Il y a des douleurs de mastication importantes, ainsi qu'un saignement gingival.

Après discussion avec la patiente, on se rend compte que la balance sucre/fluor est défavorable pour le maintien de la santé bucco-dentaire.

En effet, l'ingestion de sucre est importante : la patiente consomme trois tablettes de chocolat au lait par jour, et plus modérément du soda.

### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Les actes conservateurs du dentiste ne permettent pas de garder une santé bucco-dentaire saine. Pour ce faire, nous avons besoin de contrôler l'apport en sucre et de renforcer les apports en fluor.

La prophylaxie devient un enjeu de santé.

En ayant informé la patiente de ces nouvelles informations, celle-ci comprend sa situation et reconnaît que l'acte d'anesthésie générale n'est pas indiqué. Il lui a été proposé de prendre rendez-vous avec des praticiens spécialisés en odontologie conservatrice.

#### 4) Intervention

La patiente a accepté de prendre rendez-vous avec des praticiens spécialisés en odontologie conservatrice pour mettre en place des actes de fluorations. Le dentiste en Aveyron continuera de jouer le rôle de prise en charge auprès de la patiente.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- Attentes du patient : Comprendre les attentes du patient peut aider à inclure le patient dans son plan de traitement. Ici, la patiente voulait une prise en charge par anesthésie générale ce qui n'est pas indiqué dans cette situation. En l'informant de la situation sur la balance fluor/sucre, on peut changer les attentes du patient et la guider vers une prise de décision plus réfléchie sur le plan de sa santé globale.
- Mode de prise en charge des dentistes : en dentisterie, il est important de ne pas uniquement se focaliser sur l'aspect interventionnel mais de prendre en compte également son aspect biologique. Dans ce cas, une prise en charge globale de la maladie carieuse est particulièrement efficace, l'action sur les facteurs de risque étant primordiaux.

Mme Z :

1) Prise de contact

La patiente se présente en consultation, elle est envoyée par le service de gastroentérologie. Elle présente un édentement complet haut et bas et souhaite recevoir une prothèse bimaxillaire.

Voici un extrait de conversation de première consultation :

*D : Bonjour, je vois que vous êtes adressée par l'hôpital. Racontez-moi pourquoi vous venez ?*

*P : Je suis à l'hôpital depuis lundi. Je dois subir une intervention qui me permettra de manger de nouveau correctement. J'ai une sonde gastrique depuis deux ans, je ne mangeais pas assez, j'ai eu une dénutrition à l'époque. On me donnait des vitamines. En fait, avant de recevoir l'intervention j'ai besoin d'avoir des dents, c'est pour ça que je viens ici.*

*D : Vous venez pour recevoir des soins prothétiques ?*

*P : Oui, pour pouvoir manger correctement.*

*D : A côté de ça, vous avez des douleurs en bouche ?*

*P : Non, pas spécialement.*

*D : Vous avez un dentiste traitant ?*

*P : Non, les dents ont été enlevé à l'hôpital récemment.*

*D : Très bien, sachez que vous êtes la bienvenue ici naturellement pour pouvoir recevoir des soins. Cependant, la conception, c'est-à-dire décider comment seront les appareils, et la fabrication des prothèses demandent un nombre conséquent de rendez-vous, qui peuvent être eux-mêmes longs, en particulier à l'hôpital. On est chargé de la formation des étudiants et forcément les soins sont plus longs. Si vous décidez d'être soigné à l'hôpital, on peut aujourd'hui trouver un binôme d'étudiants qui pourra vous suivre.*

*P : Je pense que je vais rester ici.*

*D : Ok, faisons ça alors.*

## 2) Examen

Une partie de l'examen a été décrite lors de la discussion précédente. Elle a été suivie par un examen clinique qui a retrouvé l'édentement bimaxillaire. Les gencives ne présentent pas d'altération particulière.

## 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Une partie des informations a été donnée durant la conversation initiale. Le reste des informations de l'examen a aussi été transmis au patient.

## 4) Intervention

L'intervention de la séance consistera à présenter à la patiente les étudiants qui s'occuperont des soins prothétiques. Ceux-ci débiteront à la séance suivante.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- On-Off : Après discussion avec les médecins de l'hôpital, il s'avère que l'opération ne peut avoir lieu sans l'apport des prothèses. En effet, pour que la santé de la patiente se stabilise en terme de nutrition, elle a besoin de mastiquer. Il s'agit donc d'une situation où, sans le traitement dentaire, la suite du traitement médical est impossible. Dans ces circonstances, si le patient s'inscrit dans une démarche de soins, il sera naturellement plus investi que les autres patients que nous voyons habituellement.



## 4. Exemple vus en consultation de prise en charge esthétique

Les situations cliniques décrites ci-dessous ont été vu à la consultation de résultat final. Par conséquent, ces cas cliniques ont été retranscrits comme des rapport de cas en y incluant le cadre clinique de l'approche centrée sur la personne.

M. Florent :

### 1) Prise de contact

Le patient s'est présenté en consultation de prise en charge esthétique pour une dyschromie de la 11.

### 2) Examen



### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Il a été proposé au patient d'effectuer un éclaircissement interne suivi d'un éclaircissement externe pour permettre une harmonisation des teintes des différentes dents. En cas de résultat non satisfaisant, il pourrait être envisagé de mettre en place une facette sur la 11.

Après concertation avec le patient, il a été décidé d'effectuer une série d'éclaircissements internes sur cette dent. Le coût de l'intervention a été un élément prépondérant dans la décision finale.

### 4) Intervention

Résultat final :



Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- Compromis dans un domaine technique : il a été précédemment décrit dans cette thèse qu'il existait un lien de cause à effet entre l'investissement en matériels de la part des dentistes et la mise de stratégie d'exclusion de certains patients. Le compromis décrit ci-dessus permet de trouver une solution financièrement acceptable pour le patient.

Mme Florence :

La patiente s'est présentée en consultation de prise en charge esthétique. Elle avait, lors de la situation initiale, deux couronnes sur implant sur 21 et 22 et souhaitait une harmonisation de son sourire. Pour donner une idée de son souhait, elle a proposé cette photo :



Sur cette photo, on note que le sourire de la jeune femme représentée possède une teinte très blanche, opaque et sans caractérisation. Ce type de sourire fait partie des canons de beauté nord-américains, éloignés des canons européens où l'on cherche à mimer la dent naturelle. Chercher à retrouver un sourire de type nord-américain implique de toucher un nombre de dent plus important, ce qui a des conséquences éthiques pour le praticien et financières pour la patiente.

Voici la photo prise lors de la consultation initiale :



Il a été conseillé à la patiente de rechercher un sourire qui se rapproche plus du naturel.

Des facettes ont été faites sur 21 et 22 pour retrouver une teinte conforme aux couronnes sur implant, ainsi que sur 13 et 23 pour permettre un repositionnement de ces dents. La patiente a porté les facettes pendant deux mois, en demandant l'avis de ses proches.

### 1) Prise de contact

Retours de la patiente :

Lors de la consultation après ces deux mois, elle nous a fait part des informations qu'elle avait à nous donner.

Pour elle, il y avait trois points importants :

- un différentiel de teinte gênant entre les facettes et les couronnes sur implant a été noté.
- une opalescence marquée au niveau des bords libres des couronnes sur implant a été noté, ce qui fait écho avec sa demande initiale de dents opaques.
- et enfin un éclat au niveau du tiers apical de la 21 a été noté.

### 2) Examen



### 3) Partage d'informations et prise de décision partagée

Après discussion avec la patiente il a été décidé de refaire les facettes pour améliorer le rendu esthétique, de refaire la couronne pour avoir un état de surface adéquat.

Par contre, il a été décidé qu'on ne retouchait pas les couronnes pour la transparence et l'opalescence, pour deux raisons :

- Rendre plus opaque les couronnes créerait un différentiel inesthétique avec le reste de la bouche. Pour enlever ce différentiel et avoir des couronnes opaques, il faudrait retoucher un nombre important de dents. On se retrouve comme dans la situation initiale décrite précédemment, avec des problèmes éthiques pour le praticien.

- Des limites logistiques sont rencontrées. La consultation se déroule à l'hôpital, or un travail de ce type nécessite une excellente discussion avec le prothésiste. L'hôpital a un contrat avec des laboratoires de prothésistes où le suivi d'un patient n'est pas forcément fait par un seul prothésiste, ce qui diminue considérablement les possibilités en terme de communication.

### 4) Intervention

Le remplacement de la couronne et des facettes nécessitant des préparations, il n'a été effectué que des réglages occlusaux lors de cette consultation.

Thèmes intéressants à aborder à propos du cas clinique et attitudes à adopter :

- Exigence poussée du patient : il arrive qu'un patient ait des exigences élevées. Dans ce genre de cas, il est difficile de savoir quelle attitude adopter. Dans tous les cas, nous devons avoir conscience des limites de ce que nous pouvons faire en terme de capacité, d'éthique ou de logistique comme vu dans ce cas. L'approche centrée sur la personne essaie de donner du pouvoir décisionnel au patient pour mieux l'intégrer dans la démarche de soin. Cependant, ne pas prendre en compte les limites précédemment décrites ne rend pas service au patient.
- Les variations culturelles des canons de beauté : la notion de beauté change d'un individu à un autre et d'une culture à une autre. Pour bien

comprendre ce que souhaite un patient, il est important d'intégrer ses préférences. C'est pour cela que dans le domaine esthétique, faire si possible des essais sous forme de mock-up est important. Ainsi, le mock-up devient un outil de communication entre le praticien et le patient.

## Conclusion :

Nous avons vu le contexte historique de l'essor de la dentisterie moderne, ancrée dans le positivisme qui a permis de traiter les maladies aiguës de la société à cette époque. L'avancée scientifique a touché tous les domaines, parmi ceux-là la dentisterie, adoptant un modèle se focalisant sur les dysfonctionnements d'organe : le modèle biomédical.

Cependant, nous avons pu constater que des insatisfactions de la part des patients et des praticiens apparaissaient après la transition épidémiologique des maladies. En effet, à l'ère des maladies chroniques, le modèle biomédical, qui a bien servi la dentisterie durant le 19<sup>ème</sup> et première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, fait face à certaines limites aujourd'hui. Ce modèle a des répercussions sur la formation des futurs praticiens dentaires, et des répercussions sociétales notamment concernant la prise en charge de patients ayant des facteurs socio-économiques défavorables. Nous avons pu remarquer que ces patients-là étaient délaissés alors que les soins de prévention sont bien connus et applicables.

Le but de cette thèse a aussi été de décrire des situations cliniques où l'approche centrée sur la personne apportait des solutions, certainement pas exceptionnelles, mais modelées par une volonté de rendre le meilleur service au patient-personne. En présentant un cadre que nous pouvons adapter aux situations rencontrées, l'objectif de cette thèse est de permettre aux praticiens intéressés par ce modèle de mieux le comprendre et l'appliquer.

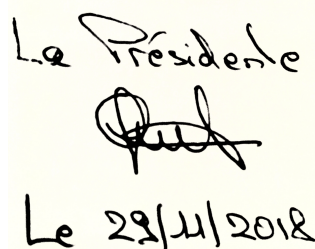
Les valeurs humanistes de l'approche centrée sur la personne permettent de mieux mettre en évidence les relations humaines dans notre secteur d'activité, souvent connoté négativement.

Pour finir, l'émergence de l'approche centrée sur la personne étant relativement nouvelle, il serait intéressant de continuer à évaluer son application dans l'exercice le plus commun de notre profession : l'exercice libéral.

Vu, le directeur de thèse :



Vu, la présidente du jury :



Le 29/11/2018

# Bibliographie :

1. 2016 Nov;80(11):1337-1348. Effect of a Person-Centered Course on the Empathic Ability of Dental Students.  
Rosenzweig J, Blaizot A, Cougot N, Pegon-Machat E, Hamel O, Apelian N, Bedos C, Munoz-Sastre MT, Vergnes JN.
2. Alderson P. The importance of theories in health care. *BMJ*. 1998 Oct 10;317(7164):1007–10.
3. Khatami S, Macentee MI. Evolution of clinical reasoning in dental education. *J Dent Educ*. 2011 Mar;75(3):321–8.
4. Higgs J. Clinical reasoning in the health professions. Elsevier Health Sciences; 2008.
5. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *The handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage; 1994. P. 105–17.
6. Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books; 1982.
7. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*. 1956 May 1;97(5):585–92.
8. Butler C. The dental profession. *Dom Dent J II*. P.18–26.
9. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*. 1971 Oct 1;49(4):509–38.
10. Adams T. Dentistry and medical dominance. *Soc Sci Med*. 1999 Feb;48(3):407–20.
11. Shortt SE. Physicians, science, and status: issues in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century. *Med Hist*. 1983 Jan;27(1):51–68.
12. Bremner MDK. *The story of dentistry*. 3rd ed (1st 1939). Brooklyn, NY: Dental Items of Interest Co.; 1954.
13. Nurse P. Reductionism: The ends of understanding. *Nature*. 1997 juin;387(6634):657–657.
14. Clarke JK. On the bacterial factor in the ætiology of dental caries. *Br J Exp Pathol*. 1924 Jun;5(3):141–7.



15. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *J Health Soc Behav.* 2002 Jun;43(2):125.
16. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci.* 1978 Jun 21;310:169–87.
17. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2009 Jul;195(1):3–4.
18. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969 May;17(82):269–76.
19. Stewart M. *Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method.* Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd.; 2003.
20. Doherty W, Baird M. *Family-Centered Medical Care: A Clinical Casebook* [Internet]. New York: Guilford Press; 1987 [cited 2013 Aug 19]. Available from: <http://www.alibris.com/Family-Centered-Medical-Care-A-Clinical-Casebook-Doherty-Baird/book/18024801>.
21. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA.* 1992 Nov 4;268(17):2420–5.
22. Gordon H, Guyatt MD Ms, Jason W, Busse DC Ms. The Philosophy of Evidence-Based Medicine. In: MSc VMMM, editor. *Evidence-Based Endocrinology* [internet]. Humana Press; 2006 [cited 2013 Aug 19]. P. 25–33. Available from: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-008-9\\_3](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-59745-008-9_3).
23. Djulbegovic B, Guyatt GH, Ashcroft RE. Epistemologic inquiries in evidence-based medicine. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* 2009 Apr;16(2):158–68.
24. Richards D, Lawrence A. Evidence based dentistry. *Br Dent J.* 1995 Oct 7;179(7):270–3.
25. Straub-Morarend CL, Marshall TA, Holmes DC, Finkelstein MW. Toward defining dentists' evidence-based practice: influence of decade of dental school graduation and scope of practice on implementation and perceived obstacles. *J Dent Educ.* 2013 Feb;77(2):137–45.
26. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *Br Dent J.* 1999 Feb 27;186(4 Spec No):166–70.
27. Croutze R. A tale of two realities. *J Can Dent Assoc.* 2010;76(6):345.
28. Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua.* 2001 Oct;13(5):409–16.

29. Redford M, Gift HC. Dentist-patient interactions in treatment decision-making: a qualitative study. *J Dent Educ.* 1997 Jan;61(1):16–21.
30. Chapple H, Shah S, Caress A-L, Kay EJ. Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making - a novel approach. *Br Dent J.* 2003 Mar 22;194(6):321–327. (discussion 317)
31. Wilson TG Jr. Compliance and its role in periodontal therapy. *Periodontol 2000.* 1996 Oct;12:16–23.
32. Armfield JM, Enkling N, Wolf CA, Ramseier CA. Dental fear and satisfaction with dental services in Switzerland. *J Public Health Dent.* 2014 Winter;74(1):57–63.
33. Milgrom P, Fiset L, Whitney C, Conrad D, Cullen T, O'Hara D. Malpractice claims during 1988-1992: a national survey of dentists. *J Am Dent Assoc.* 1994 Apr;125(4):462–9.
34. Shulman JD, Sutherland JN. Reports to the national practitioner data bank involving dentists, 1990- 2004. *J Am Dent Assoc.* 2006 Apr;137(4):523–8.
35. Singh P, Mizrahi E, Korb S. A five-year review of cases appearing before the General Dental Council's Professional Conduct Committee. *Br Dent J.* 2009 Feb 28;206(4):217–23.
36. Marei HF. Medical litigation in oral surgery practice: lessons learned from 20 lawsuits. *J Forensic Leg Med.* 2013 May;20(4):223–5.
37. Goldstein BH, Epstein JB. Unconventional dentistry: Part IV. Unconventional dental practices and products. *J Can Dent Assoc.* 2000 Nov;66(10):564–8.
38. Goldstein BH. Unconventional dentistry: Part II. Practitioners and patients. *J Can Dent Assoc.* 2000 Aug;66(7):381–3.
39. Sancho FM, Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dent J.* 2010 Dec;60(6):411–8.
40. Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *J Affect Disord.* 2011 Nov;134(1-3):320–6.
41. Meltzer H, Griffiths C, Brock A, Rooney C, Jenkins R. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2008 Jul;193(1):73–6.
42. Rada RE, Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc.* 2004 Jun;135(6):788–94.
43. Myers HL, Myers LB. "It's difficult being a dentist": stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J.* 2004 Jul 24;197(2):89–93. (discussion 83;

quiz 100–101).

44. Te Brake H, Smits N, Wicherts JM, Gorter RC, Hoogstraten J. Burnout development among dentists: a longitudinal study. *Eur J Oral Sci.* 2008 Dec;116(6):545–51.
45. Gorter RC, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 Feb;39(1):87–95.
46. Wassersug JD. From “patient” to “customer”. A dangerous trend in healthcare. *Postgrad Med.* 1986 Apr;79(5):255–7.
47. Milgrom P, Cullen T, Whitney C, Fiset L, Conrad D, Getz T. Frustrating patient visits. *J Public Health Dent.* 1996;56(1):6–11.
48. Burke FJ, Main JR, Freeman R. The practice of dentistry: an assessment of reasons for premature retirement. *Br Dent J.* 1997 Apr 12;182(7):250–4.
49. Kelly MP, Moore TA. The judgement process in evidence-based medicine and health technology assessment. *Soc Theory Health.* 2012 Feb;10(1):1–19.
50. Spallek H, Song M, Polk DE, Bekhuis T, Frantsve-Hawley J, Aravamudhan K. Barriers to implementing evidence-based clinical guidelines: a survey of early adopters. *J Evid-Based Dent Pract.* 2010 Dec;10(4):195–206.
51. Delière M, Yan-Vergnes W, Hamel O, Marchal-Sixou C, Vergnes J-N. Cochrane systematic reviews in orthodontics. *Int Orthod Collège Eur Orthod.* 2010 Sep;8(3):278–92.
52. Flanagan D. Evidence-based practice or practice-based evidence? *J Oral Implantol.* 2013 Apr;39(2):121.
53. Rabe P, Holmén A, Sjögren P. Attitudes, awareness and perceptions on evidence based dentistry and scientific publications among dental professionals in the county of Halland, Sweden: a questionnaire survey. *Swed Dent J.* 2007;31(3):113–20.
54. Iqbal A, Glennly A-M. General dental practitioners’ knowledge of and attitudes towards evidence based practice. *Br Dent J.* 2002 Nov 23;193(10):587–591; discussion 583.
55. Bauer J, Spackman S, Chiappelli F, Prolo P, Stevenson R. Evidence-based dentistry: a clinician’s perspective. *J Calif Dent Assoc.* 2006 Jul;34(7):511–7.
56. Kao RT. The challenges of transferring evidence-based dentistry into practice. *J Evid-Based Dent Pract.* 2006 Mar;6(1):125–8.
57. Lantz MS, Foy PJ. What is the ethical course of action when a third-party payer denies coverage for a treatment I recommend simply because the treatment

- is not one of the plan's "evidence-based best practices"? J Am Dent Assoc. 2010 Aug;141(8):1025–6.
58. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. J Dent Educ. 2005 Mar;69(3):338–45.
59. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. Int J Med Educ. 2011 Feb 8;2:12–7.
60. Brands WG, Bronkhorst EM, Welie JVM. Professional ethics and cynicism amongst Dutch dental students. Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur. 2011 Nov;15(4):205–9.
61. Rodríguez C, Tellier P-P, Bélanger E. Exploring professional identification and reputation of family medicine among medical students: a Canadian case study. Educ Prim Care Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr. 2012 May;23(3):158–68.
62. Rowland ML, Naidoo S, AbdulKadir R, Moraru R, Huang B, Pau A. Perceptions of intimidation and bullying in dental schools: a multi-national study. Int Dent J. 2010 Apr;60(2):106–12.
63. Alzahem AM, van der Molen HT, Alaujan AH, Schmidt HG, Zamakhshary MH. Stress amongst dental students: a systematic review. Eur J Dent Educ. 2011;15(1):8–18.
64. Newman P, Peile E. Valuing learners' experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learners in medicine. BMJ. 2002 Jul 27;325(7357):200–2.
65. Rees CE, Knight LV, Wilkinson CE. Doctors being up there and we being down here: A metaphorical analysis of talk about student/doctor–patient relationships. Soc Sci Med. 2007 août;65(4):725–37.
66. Coulter A. Paternalism or partnership? BMJ. 1999 Sep 18;319(7212):719–20.
67. Baergen R, Baergen C. Paternalism, risk and patient choice. J Am Dent Assoc. 1997 Apr;128(4):481–4.
68. Hinton RJ, Dechow PC, Abdellatif H, Jones DL, McCann AL, Schneiderman ED, et al. Creating an Evidence-Based Dentistry Culture at Baylor College of Dentistry: The Winds of Change. J Dent Educ. 2011 Mar;75(3):279–90.
69. Chambers DW. Evidence-based dentistry. J Am Coll Dent. 2010;77(4):68–80.
70. Goldenberg MJ. On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. Soc Sci Med 1982. 2006 Jun;62(11):2621–32.

71. Baelum V, Lopez R. Periodontal epidemiology: towards social science or molecular biology? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(4):239–49.
72. Greabu M. Standards--the common element in providing the safety, quality and performance of the medical practice. *J Med Life.* 2009 Sep;2(3):313–8.
73. Azria É. Le soignant et la standardisation des pratiques médicales. *Laennec.* 2013 Jul 1;Tome 61(3):32–41.
74. Goldie MP. Global oral health inequities. *Int J Dent Hyg.* 2011;9(4):239–41.
75. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):274–9.
76. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(1):1–8.
77. Desprès C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Prat Organ Soins.* 2010 Mar 1;Vol. 41(1):33–43.
78. M.Ed NJM, Ba MAH. Oral Health Access Issues for Children with Special Health Care Needs. In: Hollar D, editor. *Handbook of Children with Special Health Care Needs* [Internet]. Springer New York; 2012 [cited 2013 Aug 18]. P. 169–88. Available from: [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-2335-5\\_9](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-2335-5_9)
79. Nash DA. A larger sense of purpose: dentistry and society. *J Am Coll Dent.* 2006;74(2):27–33.
80. Levesque MC, Bedos C. Social Values, Regulatory Tensions and Professional Practices with Underprivileged Populations: The Case of Quebec's Oral Healthcare System. *Healthc Policy.* 2011 Aug;7(1):e101–e115.
81. Sondell K, Söderfeldt B. Dentist-patient communication: a review of relevant models. *Acta Odontol Scand.* 1997 Apr;55(2):116–26.
82. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 1982. 2000 Oct;51(7):1087–110.
83. Charon R. Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA.* 2001 Oct 17;286(15):1897–902.
84. Bardes CL. Defining “Patient-Centered Medicine”. *N Engl J Med.* 2012;366(9):782–3.
85. Wear D. The medical humanities: toward a renewed praxis. *J Med Humanit.* 2009 Dec;30(4):209– 20.
86. Smith RC, Hoppe RB. The Patient's Story: Integrating the patient- and

physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med.* 1991 Sep 15;115(6):470–7.

87. Apelian N, Vergnes J-N, Bedos C. Person-centred dentistry: When Do We Start? *Int J Whole Pers Care* [Internet]. 2014 Jan 19 [cited 2014 Mar 30];1(1). Available from: <http://ijwpc.mcgill.ca/article/view/71>.

88. Chambers DW. How to make moral choices. *J Am Coll Dent.* 2011;78(4):56–63.

89. Boetzkes E, Waluchow WJ, editors. *Readings in health care ethics.* Toronto: Broadview Press; 2000. 618 p.

90. Pellegrino ED. Being ill and being healed: some reflections on the grounding of medical morality. *Bull N Y Acad Med.* 1981;57(1):70–9.

91. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978 Feb;88(2):251–8.

92. Lévesque M, Hovey R, Bedos C. Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care. *J Healthc Leadersh.* 2013;5:35–46.

93. Elwyn G, Frosch D, Rollnick S. Dual equipoise shared decision making: definitions for decision and behaviour support interventions. *Implement Sci IS.* 2009;4:75.

94. Chambers DW. Confusions in the equipoise concept and the alternative of fully informed overlapping rational decisions. *Med Health Care Philos.* 2011 May 1;14(2):133–42.

95. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Dizon D, Elwyn G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* 2011 Mar;14(1):84–91.

96. Bain CA. Treatment planning in general dental practice: case presentation and communicating with the patient. *Dent Update.* 2004 Mar;31(2):72–6, 78–80, 82.

97. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):661–9.

98. Jeske AH. The curse of discovery: pioneers of dental and medical anesthesia. *Tex Dent J.* 2009 Oct;126(10):973–7.

99. Arntz A, van Eck M, Heijmans M. Predictions of dental pain: the fear of any

- expected evil, is worse than the evil itself. *Behav Res Ther.* 1990;28(1):29–41.
100. Nash DA. Envisioning an oral healthcare workforce for the future. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 Oct;40 Suppl 2:141–7.
101. Scully C, Porter SR. Referrals in oral medicine. *Dent Update.* 2007 Aug;34(6):340–2, 345–6, 348–50.
102. Giddon DB, Swann B, Donoff RB, Hertzman-Miller R. Dentists as oral physicians: the overlooked primary health care resource. *J Prim Prev.* 2013 Aug;34(4):279–91.
103. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2000 Nov;50(460):892–9.
104. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(5):CD006732.
105. Bernson JM, Hallberg LR-M, Elfström ML, Hakeberg M. “Making dental care possible: a mutual affair”: a grounded theory relating to adult patients with dental fear and regular dental treatment. *Eur J Oral Sci.* 2011 Oct;119(5):373–80.
106. Liddell A, Locker D. Dental visit satisfaction in a group of adults aged 50 years and over. *J Behav Med.* 1992 Aug;15(4):415–27.
107. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care.* 2004 Nov;42(11):1049–55.
108. Institute of Medicine. Dental education at the crossroads: challenges and change [Internet]. 1995 [cited 2013 Aug 19]. Available from: [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=4925](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=4925).
109. Nash DA. Ethics, empathy, and the education of dentists. *J Dent Educ.* 2010 Jun;74(6):567–78.
110. Masella RS, Thompson TJ. Dental Education and Evidence-Based Educational Best Practices: Bridging the Great Divide. *J Dent Educ.* 2004 Dec 1;68(12):1266–71.
111. Lincoln YS. *Naturalistic inquiry.* SAGE Publications; 1985. P. 422.
112. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research.* Thousand Oaks, CA, USA: SAGE Publications; 2007.
113. Lesaffre E, Feine J, Leroux B, Declerck D, editors. *Statistical and methodological aspects of oral health research* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009. Bedos C, Pluye P, Loignon C, Levine A. *Qualitative research* [cited 2013

Aug 19]. P. i–xvii. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470744116.fmatter/summary>.

114. Masood M, Thaliath ET, Bower EJ, Newton JT. An appraisal of the quality of published qualitative dental research. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011 Jun;39(3):193–203.

115. Webb DJ, Maxwell SRJ. A spoonful of sugar? Tomorrow's doctors. *Br J Clin Pharmacol*. 2002 Oct;54(4):341–3.

116. James Tom (2016) Management of Patients With Cardiovascular Implantable Electronic Devices in Dental, Oral, and Maxillofacial Surgery. *Anesthesia Progress: Summer 2016, Vol. 63, No. 2*, pp. 95-104.

117. *Eur J Oral Sci*. 2015 Jun;123(3):194-201. doi: 10.1111/eos.12183. Epub 2015 Apr 23. Capacity of dental equipment to interfere with cardiac implantable electrical devices. Lahor-Soler E<sup>1</sup>, Miranda-Rius J, Brunet-Llobet L, Sabaté de la Cruz X.

118. In-vivo compatibility between pacemakers and dental equipment. Conde-Mir I, Miranda-Rius J, Trucco E, Lahor-Soler E, Brunet-Llobet L, Domingo R, Tolosana JM Mont L. 2018 Aug;126(4):307-315. doi: 10.1111/eos.12534. Epub 2018 Jul 4.



---

**APPLICATION DU MODELE CENTRÉ SUR LA PERSONNE EN  
ODONTOLOGIE : SÉRIE DE SITUATIONS CLINIQUES**

---

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS:

L'avancée scientifique au 19<sup>ème</sup> siècle a touché tous les domaines, notamment la dentisterie, adoptant un modèle se focalisant sur les dysfonctionnements d'organes : le modèle biomédical. Bien que ce modèle ait grandement servi la dentisterie, il est aujourd'hui à l'origine d'insatisfactions des patients et des praticiens, et a des répercussions sur la formation des futurs praticiens dentaires, ainsi que sur la société, par exemple concernant la prise en charge de patients ayant des facteurs socio-économiques défavorables. Pour remédier à ces problèmes, un nouveau modèle centré sur la personne vise à replacer le patient au centre du soin. Le but de cette thèse est de présenter les valeurs humanistes de l'approche centrée sur la personne et de décrire des situations cliniques en rapport.

---

TITRE EN ANGLAIS : Application of the person-centered model in dentistry : series of clinical situations.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

---

MOTS-CLÉS: Approche centrée sur la personne, Evidence-based dentistry, chirurgie dentaire, prise de décision, guide pratique, cas cliniques

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de chirurgie dentaire  
3 chemin des Maraichers  
31062 Toulouse Cedex 9

---

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Jean-Noël VERGNES