

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

ANNEE 2021

2021 TOU3 3046

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Lilian LABARRIERE

Le mercredi 7 juillet 2021

**COMMUNICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE :
ENQUÊTE TRANSVERSALE AU SUJET DE
L'ORIENTATION CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET DU
RAPPORT AU POUVOIR**

Directeur de thèse : Dr Jean-Noël VERGNES

JURY

Président :

1er Assesseur :

2ème Assesseur :

3ème Assesseur :

Pr Olivier HAMEL

Dr Marie GURGEL-GEORGELIN

Dr Jean-Noël VERGNES

Dr Nicolas ALAUX

Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

M. Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

M. Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
M. Gérard PALOUDIER

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

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

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Alice BROUTIN, Mme Marion GUY-VERGER
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH, M. Mathieu TESTE,

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL
Maître de Conférences : M. Jean-Noël VERGNES
Assistant: M. Julien ROSENZWEIG
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, Mme Géromine FOURNIER
M. Fabien BERLIOZ, M. Jean-Philippe GATIGNOL, Mme Carole KANJ

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : M. Pierre BARTHET, Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL
Assistants: Mme. Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE, Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY, M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : M. Antoine TRIGALOU, Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI
Adjoints d'Enseignement : M. Matthieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Maxime LUIS

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Serge ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE, Mme. Manon SAUCOURT
M. Ludovic PELLETIER, M. Nicolas ALAUX
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Serge ARMAND, M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT
Assistants : M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Caroline DE BATAILLE, Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE
Assistant Associé : M. Antoine GALIBOURG,
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Louis Philippe GAYRARD, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA, M. Victor EMONET-DENAND
M. Thierry DENIS

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT
Assistants : M. Thibault CANCEILL, M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 25 mai 2021

Remerciements :

A mes parents, Arlette et Joël, votre amour et votre confiance m'accompagnent depuis le début. Vous avez toujours été là pour moi, je serai toujours là pour vous. Merci mille fois et plus encore.

A ma famille du sang, Beyne et Labarrière, merci pour ce que vous avez tous su m'apporter, chacun à votre manière. Vous retrouverez certainement dans ce travail un peu de vous. *Adichats, portavous pla.*

A ma famille du cœur, Charles, Damien, Elodie, Florian, Mélody, Morgann, Pauline, Thibaut. Cette liste est établie par ordre alphabétique, vous êtes tous mes préférés, surtout Florian.

Au BDC, Anthony, Arthur, Léon, Lucas, Matthis, Nicolas, Paul, Ulysse, je n'aurais pu rêver meilleure compagnie pour affronter les plus belles études du monde. J'attends nos voyages futurs avec impatience.

A Hermon, Johann, Mathieu et au reste de la clique Albigeoise, à bientôt pour d'autres aventures ludiques et sympathiques.

A l'équipe des Saint-Gaudinois, rencontrés sur le tard mais toujours les premiers à réagir quand un projet se lance. **A Sarah** tout particulièrement, merci pour les fous rires en boucle ayant contribué à rendre ces temps de confinement tout à fait supportables.

A ceux m'ayant permis de découvrir ce qu'être Chirurgien-Dentiste signifie, tout particulièrement Benoit, Carole, Cathy, Coralie, Mathilde, Patrick, Réda, Sandrine, l'idée de ce travail n'aurait certainement pas germé sans la chance que vous m'avez offerte.

Aux participants à ce travail, merci d'avoir accepté de me consacrer un peu de votre temps, que je sais précieux. J'espère avoir réussi à retranscrire votre pensée loyalement.

Enfin, à mes amis de la faculté, du collège, du lycée, et à tous ceux croisés avec plaisir en chemin.

A la mémoire de mes grands-parents.

**A notre président de thèse,
Monsieur le Professeur Olivier HAMEL,**

- Professeur des Universités.
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires.
- Chef de Service - Service d'Odontologie du CHU de Toulouse
- Docteur en Chirurgie Dentaire.
- Spécialiste Qualifié « Médecine Bucco-Dentaire ».
- Docteur en Éthique Médicale et Biologique de l'Université Paris Descartes.
- Habilitation à Diriger des Recherches.
- Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Être sous votre présidence pour cette thèse est un grand honneur. Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre bienveillance. Veuillez trouver en ce travail l'expression de notre respect et de notre grande reconnaissance pour votre enseignement.

**A notre jury de thèse,
Madame le Docteur Marie GURGEL - GEORGELIN**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales,
- D.E.A. MASS Lyon III,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Doctorat d'Université – Université d'Auvergne-Clermont.

Nous vous remercions d'accepter de faire partie de ce jury. Votre encadrement rigoureux et votre bienveillance sont pour nous source d'inspiration. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde admiration.

**A notre directeur de thèse,
Monsieur le docteur Jean-Noël VERGNES**

- Maître de Conférences des Universités.
- Praticien Hospitalier d'Odontologie.
- Docteur en Épidémiologie.
- Docteur en Chirurgie-Dentaire.
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada.
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales.
- Master 2 Recherche – Épidémiologie Clinique.
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique.
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.
- Habilitation à diriger des Recherches (HDR).

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de diriger ce travail. Nous admirons la personne que vous êtes, votre méthodologie, et vous remercions de nous les partager. Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de notre profond respect.

**A notre jury de thèse,
Monsieur le Docteur Nicolas ALAUX**

- Assistant hospitalo-universitaire en dentisterie restauratrice à l'Université de Toulouse,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Certificat d'Étude Supérieure en dentisterie endodontique et restauratrice de la Faculté d'odontologie de Toulouse,
- Attestation d'Étude Supérieure médico-chirurgical de la faculté de Toulouse

Nous vous remercions d'accepter notre sollicitation pour faire partie de ce jury. Vous côtoyer durant nos études nous a été précieux, tant sur le plan humain qu'universitaire. Nous sommes reconnaissants de pouvoir vous compter parmi nos amis. Veuillez trouver dans cette thèse nos plus sincères remerciements.

Table des matières :

INTRODUCTION.....	12
1. APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE	14
1.1. REVUE DE LA LITTERATURE.....	14
1.1.1. <i>Contexte</i>	14
1.1.1.1. Approches du soin	14
1.1.1.2. Inconvénients du modèle actuel.....	14
1.1.2. <i>Définitions de l'Approche Centrée sur la Personne</i>	16
1.1.2.1. Modèles d'ACP dans la littérature	17
1.1.2.2. Synthèse des modèles	18
1.1.3. <i>Modèle Montréal-Toulouse</i>	19
1.2. APPRECIATION DE L'AVIS DES ACTEURS DE LA RELATION DE SOIN.....	24
1.2.1. <i>Le patient et l'Approche Centrée sur la Personne</i>	24
1.2.1.1. Rôle de la satisfaction du patient	24
1.2.1.2. Facteurs influant sur la satisfaction.....	25
1.2.1.3. Facteurs liés à la communication	27
1.2.2. <i>Le chirurgien-dentiste et l'Approche Centrée sur la Personne</i>	29
1.2.2.1. Deux études sur l'opinion des dentistes.....	29
1.2.2.2. Interprétations	31
1.3. APPRECIATION DES IMPACTS DE L'ACP.....	33
1.3.1. <i>Nécessité de développer un outil de mesure</i>	33
1.3.2. <i>PPOS : outil d'exploration de l'ACP</i>	34
1.3.3. <i>Utilisation du PPOS</i>	38
1.3.3.1. Score PPOS et conception de la relation patient-praticien	38
1.3.3.2. Relation du score PPOS et issues du soin :	39
1.3.3.3. Relation du score PPOS avec la Satisfaction	40
1.4. CONCLUSIONS SUR L'ACP.....	42
2. ETUDE DE L'ORIENTATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENVERS L'ACP	44
2.1. MATERIEL ET METHODE	44
2.1.1. <i>Population étudiée et échantillonnage</i>	44
2.1.2. <i>Notre outil : Une version modifiée du PPOS</i>	46
2.1.2.1. Traduction du PPOS	46
2.1.2.2. Faiblesses de la version simplement traduite	48
2.1.2.3. Modifications apportées : aborder de nouveaux aspects.....	48
2.1.2.4. Suppressions et condensations : rendre le questionnaire fonctionnel	51

2.1.2.5. Liste définitive : le e-PPOS	53
2.1.3. <i>Protocole</i>	56
2.1.4. <i>Variables mesurées</i>	57
2.2. RESULTATS.....	58
2.2.1. <i>Résultats Quantitatifs</i>	58
2.2.1. <i>Résultats qualitatifs</i>	73
3. SYNTHÈSE ET DISCUSSION	102
3.1. INTERPRÉTATION.....	102
3.1.1. <i>Données quantitatives</i>	102
3.1.2. <i>Données Qualitatives</i>	103
3.2. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	105
3.2.1. <i>Possibilité d'un biais de sélection</i>	105
3.2.2. <i>Limites liées à l'adaptation du PPOS original</i>	106
3.2.3. <i>Limites liées au caractère mixte de l'étude</i>	107
3.2.4. <i>Puissance limitée de l'étude</i>	107
CONCLUSIONS.....	108
BIBLIOGRAPHIE.....	110
TABLE DES ILLUSTRATIONS	114
ANNEXE	115

INTRODUCTION

Une approche clinique dite « centrée sur la personne » est de plus en plus considérée comme primordiale pour la délivrance de soins de haute qualité¹. Ce constat relativement récent est la conclusion de nombreuses publications en médecine générale comme en médecine bucco-dentaire, et amène l'évolution des pratiques de soin vers un « *Person-Centred Care* » ou « *Approche Centrée sur la Personne* »².

Plusieurs recherches invitent les chirurgiens-dentistes à prendre davantage en compte l'environnement des patients et à s'attaquer aux déterminants sociaux de leur santé, de leur maladie et de leur accès au soin³. Cependant les chirurgiens-dentistes, de façon certainement un peu plus accentuée par rapport à leurs homologues médecins, conservent encore une forte posture dite « biomédicale », c'est-à-dire centrée sur la maladie (*Disease-Centred*) ou sur le praticien (*Dentist-Centred*).

Alors que cette approche biomédicale a montré ses limites et que les preuves de l'intérêt d'une dentisterie centrée sur l'individu sont de plus en plus concrètes, les recherches des services de santé suggèrent que l'Approche Centrée sur la Personne amène :

- une augmentation de la satisfaction, de meilleurs résultats, un meilleur état de santé et un recours au soin plus réduit pour le patient,
- une augmentation de la satisfaction au travail pour les professionnels de santé,
- une diminution des litiges médicaux. ⁴⁻⁷

Comment se fait-il que les chirurgiens-dentistes maintiennent ancrés leurs anciens modes de fonctionnement ? Quels peuvent-être les éléments rendant difficile une évolution des pratiques ? Malgré ses attraits apparents, cette évolution est-elle souhaitable pour la dentisterie ?

Ce travail de thèse s'inscrit dans un contexte évolutif : le modèle biomédical, ayant été implicitement développé dans le cadre du soin d'affections aiguës, n'est pas le fruit d'une réflexion établie au sujet du soin. A présent que les professionnels de santé s'occupent majoritairement de maladies chroniques, il n'est pas déraisonnable de penser qu'il nécessite une transformation. L'odontologie, bien qu'elle ait pleinement suivi le paradigme de *Médecine Basée sur la Preuve* (ou *Evidence Based Medicine*), peine à adopter les concepts de l'Approche Centrée sur la Personne. La problématique qui a donc permis d'encadrer notre réflexion est la suivante :

« Est-il envisageable et/ou souhaitable de pratiquer la chirurgie-dentaire libérale selon une approche davantage centrée sur la personne ? »

Dans une première partie, nous nous sommes attachés à définir l'Approche Centrée sur la Personne et les bénéfices pouvant être attendus d'elle. A partir d'une synthèse de la littérature actuellement disponible, nous nous sommes intéressés aux obstacles rencontrés par le chirurgien-dentiste dans sa communication avec le patient.

Dans une seconde partie, nous avons mené une enquête de terrain auprès des chirurgiens-dentistes eux-mêmes. Pour cela, nous avons contacté 31 chirurgiens-dentistes exerçant en pratique libérale dans le département de la Haute-Garonne. Nous leur avons proposé de réagir à un questionnaire traduit et adapté pour nos besoins depuis le *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS), échelle d'appréciation de l'orientation du praticien envers la relation avec son patient du Dr Ed Krupat et son équipe de la Harvard Medical School⁸.

1. APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE

1.1. Revue de la littérature

1.1.1. Contexte

1.1.1.1. *Approches du soin*

Il existe en médecine selon *ENGEL* (1980) deux modèles complémentaires : le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial⁹. Le premier est centré sur la compréhension de la maladie, le deuxième est centré sur la compréhension de l'individu, s'intéresse aux patients en tant que personnes, et tient compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie.

Si les deux modèles ne s'excluent pas nécessairement, depuis le XIXe siècle le modèle biomédical est l'approche prédominante. De nos jours, il est toujours au cœur de la dentisterie clinique. Il est loin d'être idéal : les enseignants et chercheurs en odontologie ont en effet déploré son réductionnisme, en particulier sa focalisation sur les maladies, et le manque d'intérêt des cliniciens pour la personne et son état de santé dans son ensemble¹⁰. Si le modèle Biomédical permet le diagnostic et la prise en charge de la maladie dentaire, les chirurgiens-dentistes continuent de s'en remettre à leur expérience clinique, utilisant la recherche surtout pour confirmer leurs interventions à défaut de toujours les intégrer aux préférences des patients¹¹.

Les patients ont également exprimé leur mécontentement dans leurs interactions avec les dentistes, et leur méfiance générale à l'égard de la profession dentaire¹²⁻¹⁴.

1.1.1.2. *Inconvénients du modèle actuel*

Les inconvénients issus de l'approche biomédicale sont résumés en quatre axes par Apelian et al. dans l'article *Humanizing Clinical Dentistry through a Person-Centred Model*¹⁵ :

Insatisfaction du patient : Il persiste un décalage substantiel entre les attentes des patients et leur compréhension par le dentiste. Les études suggèrent que les dentistes croient connaître ces attentes, au lieu de réellement les rechercher.

La plupart des raisons d'insatisfaction sont des raisons interpersonnelles, au sujet du dentiste et de son équipe.

La plupart de ces insatisfactions pourraient être prévenues avec des mesures pré-opératives suffisantes, telles qu'un bon rapport et une bonne communication avec le patient.

Cette insatisfaction s'exprime par une non-compliance des patients, ainsi que par des recours judiciaires, ou l'orientation des patients vers des pratiques non conventionnelles qui sont, elles, caractérisées par leur opposition totale au modèle biomédical.

Insatisfaction du dentiste : il a été démontré que la perception de la non-compliance des patients est une des causes les plus fréquentes de frustration professionnelle du chirurgien-dentiste. Il est observé chez les chirurgiens-dentistes un profond sentiment d'épuisement et de submergement, associé à un taux de suicide parmi les plus élevés, toutes professions confondues.

Le travail du chirurgien-dentiste est souvent mal perçu et non apprécié. Pression temporelle et inquiétudes financières inhérentes à l'exercice libéral, organismes de remboursements qui ne promeuvent pas toujours les procédures de l'*Evidence Based Medecine* sont autant de problèmes posés par cette situation, tant sur le plan éthique que dans sa participation aux tensions entre praticiens et patients.

Désillusions des praticiens durant la formation : Le modèle biomédical privilégierait les intérêts que perçoit le praticien pour ses patients au détriment des meilleurs intérêts du patient, autodéterminés par lui-même. On constate, en réponse à cette dichotomie, une diminution de l'empathie et une exposition au stress proportionnelle à l'exposition des étudiants en chirurgie-dentaire à leurs patients.

Une majorité de ces étudiants acquiert au fil du temps des points de vue cyniques au sujet de leur future profession, et ont la croyance que beaucoup de leurs aînés ne respectent pas voir violent régulièrement les normes professionnelles. Également, un stress issu du corps enseignant contribuerait à ériger des procédés mentaux perpétuant les relations d'autorité issues du modèle Biomédical.

Répercussions sociales négatives : le climat politique et scientifique actuel favorise et la responsabilisation individuelle en terme de prévention.

La plupart des soins dispensés par le chirurgien-dentiste sont onéreux et peu, voire pas couverts par les organismes sociaux : les finances du patient sont ainsi prépondérantes dans l'accès aux soins de haute qualité. Une des conséquences potentielles, parmi les plus évoquées par la littérature, est la standardisation du soin sous la pression des compagnies d'assurance et de remboursement pour tenter de contrôler les coûts et les risques : processus que l'on retrouve dans le domaine du management d'entreprise.

Se rajoutant au fardeau financier lié à la gestion de l'entreprise qu'est le cabinet dentaire libéral, et aux faiblesses dans les compétences de communication, les expériences interpersonnelles et socio-culturelles vécues pendant les études expliquent donc « *des perceptions négatives, expériences et frustrations concernant les gens pauvres, amenant à la sélection de patient et modelant des stratégies qui contribuent à l'exclusion de ces populations du système de santé buccale* »¹⁵.

1.1.2. Définitions de l'Approche Centrée sur la Personne

Du modèle biopsychosocial d'ENGEL évoqué précédemment découle l'Approche Centrée sur la Personne. Il existe une ambiguïté importante concernant la signification exacte de l'expression « *Approche Centrée sur la Personne* » (ACP) ou « *Person Centred Care* » (PCC).

Le développement de l'ACP est lié aux limitations perçues de la manière traditionnelle d'exercer la médecine, souvent appelée le « *Modèle Biomédical* ».

Largement critiqué, considéré comme paternaliste, il est l'approche dans laquelle le praticien prend un contrôle indivisé et se concentre sur l'état du patient plutôt que sur la personne. On se réfèrera par exemple à cette dernière comme d'un organe ou d'une blessure – « *j'ai une pulpite à 14h* ».

La plupart des données et preuves disponibles en 2021 sont empiriques. L'Approche Centrée sur la Personne est donc un terme nébuleux qui peut avoir plusieurs définitions : en fonction des personnes impliquées, du domaine de soin, des contextes particuliers^{16,17}. Le terme est très utilisé, mais réfère à des définitions changeantes. Des revues successives de la littérature sur les cadres et modèles spécifiques de l'ACP se sont attachées à établir les éléments définis le plus systématiquement à son sujet, à l'instar de l'ouvrage *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* de Stewart & al.¹⁸

1.1.2.1. Modèles d'ACP dans la littérature

D'après *l'Institute of Medicine* (2001), avoir un mode de travail « centré sur la personne » signifie « procurer un soin respectueux et répondant aux préférences individuelles, besoins et valeurs, et s'assurer que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques ». L'ACP est considérée par *l'Institute of Medicine* comme étant une des dimensions clés de la qualité dans le soin, les quatre autres étant Sécurité, Efficacité, Actualisation, Efficience, "Équitabilité".

Constand et al. dans leur publication *Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare* établissent que les trois tenants majeurs du soin centré sur la personne sont *Communication, Partenariat* et *Promotion de la santé*¹⁹.

Selon Mead & Bower dans *Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature*, cinq dimensions conceptuelles du soin centré sur la personne sont identifiables : La « perspective biopsychosociale », « le patient en tant que personne », « le docteur en tant que personne », le « Partage de pouvoir et de responsabilité », et « l'Alliance thérapeutique »².

Pour Scambler et al. dans *Patient-Centred Care - What Is It and How Is It Practised in the Dental Surgery?* : « l'Approche centrée sur la Personne en dentisterie tourne autour d'un sens basique d'humanité ». Les auteurs distinguent six composantes dans lesquelles l'ACP s'inscrit²⁰ :

- *L'individualisation des soins* : le patient en est le centre et non la maladie ;
- *Dans le meilleur intérêt des patients*, les soins répondants au besoin clinique mais étant adaptés aux besoins spécifiques ;
- *Humanité* : disposition à la compassion, à la compréhension ;
- *Holistique* : la maladie n'est pas isolée mais s'inscrit dans une globalité ;
- *Implication du patient* : Dans les modèles d'ACP, le patient maintient une responsabilité sur sa propre santé, avec le support du praticien.
 - o Volonté des praticiens de satisfaire le patient, ou tout du moins d'éviter son insatisfaction
 - o Acceptation par le patient de responsabilité
- *Contexte politique et système de santé* : qui définissent le cadre et les règles dans lesquels la pratique dentaire s'exerce.

1.1.2.2. Synthèse des modèles

Beaucoup des idées qui ont modelées ces dimensions de l'ACP trouvent leurs origines dans les sciences sociales et comportementales. On conçoit dès lors qu'il soit complexe d'en tirer des protocoles concrets, applicables et généralisables au sein de l'exercice hautement technique de la dentisterie, d'autant que les préférences des patients pour le style de leur praticien varient largement.

Cependant, comme le notent Constand et al. : « le fait que toutes les approches identifiées d'ACP incorporent des stratégies pour parvenir à une communication, un partenariat et une promotion de la santé efficaces indique que les cliniciens peuvent choisir une ACP dans la littérature qui convienne le mieux à leurs besoins et ceux de leurs patients, et être convaincus qu'elle satisfera les trois éléments fondamentaux de la prestation de soins centrés sur la personne ».¹⁹

Résumé trivialement, le comportement « centré sur la personne » est celui dans lequel le praticien établit une relation où le patient est impliqué dans la prise de décision, et s'intéresse à la « personne » plutôt qu'au problème médical. C'est un concept appartenant à l'holistique, une approche dans laquelle les praticiens sont capables d'utiliser leurs compétences de communication de manière proactive pour explorer les raisons de la visite du patient, ses préoccupations et son besoin d'information. Le but final étant d'intégrer la compréhension du prisme du patient, de sa personne entière, ses besoins émotionnels et problèmes personnels ; afin de trouver un terrain d'entente sur ce qu'est le problème, et un accord mutuel sur sa résolution : favoriser la prévention et la promotion de la santé ; favoriser la continuité de la relation entre patient et praticien.

1.1.3. Modèle Montréal-Toulouse

Les dentistes font face à des difficultés pour mettre en œuvre des approches biopsychosociales.

En dentisterie, le succès des soins ne repose pas seulement sur les interventions cliniques du dentiste mais également sur les interventions du patient à la maison. Les maladies orales étant en majorité chroniques, des changements de mode de vie sont cruciaux. Pour répondre à ces enjeux, le *Modèle Biopsychosocial Montréal-Toulouse pour la Dentisterie*²¹ a été proposé. Il englobe ACP (*Figure 1*) et dentisterie sociale, et présente trois types de tâches à assumer par le chirurgien-dentiste – *Compréhension, Prise de décision et Intervention* – dans chacun des trois niveaux de prise en charge dentaire qui se chevauchent – *Individuel, Communautaire et Sociétal*.

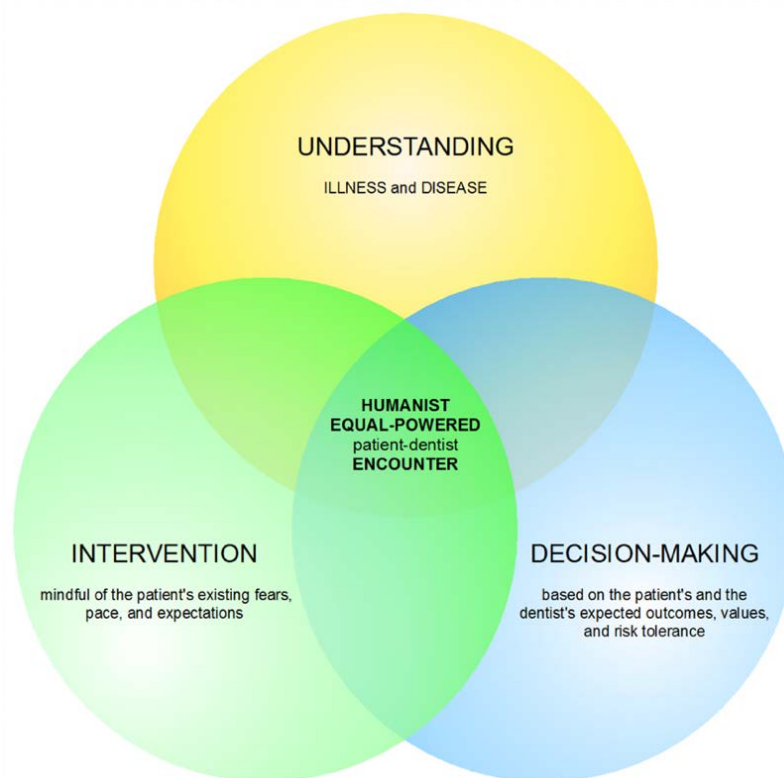
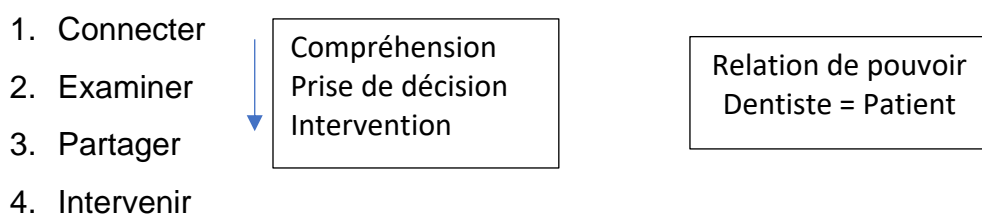


Figure 1. Modèle d'Approche Centrée sur la Personne. Apelian, N.; Vergnes, J.-N.; Bedos, C.

Trois principes guident ce modèle^{10,15,22} :

- Humilité : reconnaître que son expertise est incertaine et incomplète
 - o Du fait de la connaissance médicale incomplète des maladies dentaires
 - o Du fait que le dentiste, en tant que personne, est faillible
 - o Du fait que le dentiste n'a pas la connaissance qu'a le patient sur sa maladie, son expérience
- Hospitalité : capacité à inviter les patients à se laisser aller à la conversation
- Pleine conscience : porter attention au moment présent, sans jugement ou critique

Ces principes influencent 4 étapes de la consultation dentaire, à rétablir à chaque rendez-vous :



1. Connecter :

- Prendre connaissance du contexte dans lequel vit la personne et replacer l'histoire médicale dans son histoire globale
- Se baser sur une conversation naturelle pour créer une relation authentique
- Minimiser les symboles de pouvoir (matériel, gants, bavoir, assis au même niveau...)
- Respecter le temps de l'écoute, de la compréhension, et valider les expériences du patient ainsi que ses émotions
- Ce jusqu'à la fin naturelle de la conversation

2. Examiner :

- Présenter la « carte de route » de la consultation
- Examen objectif et descriptif, pas diagnostique dans un premier temps
- Réunir toutes les données médicales avant de les interpréter

3. Partager :

- Retour à l'état initial de « connexion » : patient redressé, conversation face à face
- Présenter les données récoltées de manière neutre, en évitant de parler d'options de traitement ; cela permet au patient d'avoir assez d'espace pour participer à l'interprétation
- Ensuite seulement, le dentiste présente ses interprétations neutres de ces données, ainsi que les modèles biomédicaux qui supportent ces interprétations (ex : qu'est ce qui a causé carie, parodontite...), au moyen de modèles, métaphores, et illustrations
- Processus de partage bilatéral : le patient partage sa compréhension, ou est invité à le faire

4. Intervenir

- Co-écrire le plan de traitement avec le patient : responsabilisation, « *empowerment* » du patient
- Expression par le dentiste de la compréhension des inquiétudes et des attentes du patient

Par la suite, lorsqu'une procédure est exécutée, celle-ci est effectuée après avoir reconnecté avec le patient, réexaminé la situation et vérifié que le traitement planifié à la consultation précédente est toujours approprié, à la fois pour le dentiste et pour le patient, toujours dans l'alignement d'objectifs communs comme initialement.

Le modèle *Montréal-Toulouse* s'inspire de deux cadres originaux produits ces dernières années : le premier décrit les grands principes des soins dentaires centrés sur la personne et porte principalement sur la relation dentiste-patient au niveau individuel¹⁵ ; le deuxième expose la dentisterie sociale et décrit les mesures que les dentistes devraient prendre aux niveaux individuel, communautaire et sociétal pour agir sur les déterminants sociaux de la santé²¹.

- *Au niveau individuel*, qui représente la rencontre avec un patient, le clinicien biopsychosocial essaiera de comprendre la personne et ce que cette dernière juge important de partager. Cela inclut les maladies ainsi que des aspects plus larges de la vie de la personne, y compris les déterminants sociaux de sa santé bucco-dentaire.
- *Au niveau communautaire*, le clinicien biopsychosocial cherchera à explorer et à comprendre la communauté locale. Cela implique de collecter des informations sur son profil épidémiologique de santé bucco-dentaire, mais aussi d'identifier ses caractéristiques démographiques, sociales et politiques. Ces liens sont importants car ils élargissent la sphère d'influence des dentistes ; ils les aident à prescrire une intervention sociale à leurs patients, comme mentionné précédemment, mais ils leur permettent également de participer aux processus décisionnels liés aux politiques de santé locales et d'intervenir dans la communauté.
- *Au niveau sociétal*, le clinicien biopsychosocial essaiera de comprendre et d'identifier les structures sociales, politiques et économiques qui façonnent la santé bucco-dentaire de la population générale – ainsi que la communauté dans laquelle son cabinet dentaire est intégré – et peut produire ce que

Freeman et al. . appellent « *santé bucco-dentaire extrême* » (c'est-à-dire des niveaux extrêmes de morbidité). L'apprentissage des déterminants sociaux de la santé et de la santé bucco-dentaire extrême ne doit pas se limiter à l'acquisition de connaissances de base ; cela implique également d'examiner les législations, politiques et programmes nationaux qui, directement ou indirectement, peuvent influencer la santé bucco-dentaire des gens. En d'autres termes, cela signifie se renseigner sur les programmes de santé publique ou les réglementations sanitaires, par exemple, mais aussi sur les politiques environnementales, alimentaires, sociales et du travail pouvant avoir un impact sur la santé bucco-dentaire de la population, ainsi que sur la communauté locale des dentistes et des patients. Le clinicien socialement engagé vise à influencer des systèmes et des infrastructures plus larges et construit ainsi des connaissances sur la façon dont les décisions sont prises au niveau sociétal afin d'en faire partie.

Cela peut être fait individuellement en participant au dialogue public et en contactant des représentants élus, par exemple, ou collectivement en s'impliquant dans des organisations professionnelles et non professionnelles. Le dentiste peut alors intervenir en faveur des législations, ou plaider pour des politiques de lutte contre la pauvreté.

1.2. Appréciation de l'avis des acteurs de la relation de soin

1.2.1. Le patient et l'Approche Centrée sur la Personne

1.2.1.1. *Rôle de la satisfaction du patient*

Il existe une tendance à la transformation des soins de santé, du marché des dispensateurs au marché des consommateurs²³. Avec le changement de statut des patients en médecine et odontologie, tendant à devenir des « consommateurs » de soins, les attentes pesant sur le praticien évoluent, et on assiste à l'émergence d'un nouveau modèle : les *patients consommateurs*, cherchant autant d'informations que possible, et utilisant davantage leurs praticiens comme consultants ou conseillers, pour leur présenter des options depuis lesquelles ils peuvent choisir^{13,14,23,24}.

Une des conséquences de cette évolution est l'impact croissant qu'auront la satisfaction et l'insatisfaction du patient sur le succès du cabinet dentaire²⁵ : la satisfaction des besoins des patients devient une préoccupation majeure lors de la définition de la qualité du service. C'est ainsi que l'inclusion des opinions des patients dans la gestion des cabinets dentaires a grandement gagné en importance : si l'on grossit le trait, devenant « *dispensateurs d'un service de santé* », les professionnels dentaires devront satisfaire leurs « *patients-consommateurs* »^{13,26,27}. Est-ce pervertir l'exercice du chirurgien-dentiste de le modeler pour l'adapter à des seuls critères de satisfaction ?

D'un côté, une réponse possible est que l'engagement à fournir un service de haute qualité deviendra un enjeu important pour le chirurgien-dentiste et ses collaborateurs, car comme pour la médecine de manière générale, il a été démontré que la satisfaction du patient influence positivement la compliance et, en retour, la qualité de traitement et l'état de santé de la population²⁵. Ainsi, des mesures de la satisfaction peuvent se révéler utiles pour ceux qui tentent de comprendre ou de prédire le comportement des patients.

D'un autre côté, la satisfaction du patient est un concept multidimensionnel. Certaines dimensions identifiables de la satisfaction liée aux soins dentaires sont *biomédicales* : techniques, ou concernant des aspects du soin relatifs aux processus de diagnostic et de traitement ; d'autres appartiennent au *cadre psychosocial* : facteurs interpersonnels, accessibilité/disponibilité du soignant, accès financier, efficacité, retombées et continuité du soin, commodité, et attitudes globales au sujet du soin en général.

La relation patient-praticien est un produit des attitudes et orientations que les deux participants y amènent, et se base sur une confiance réciproque. En matière de soins, la confiance est « *l'acceptation d'une situation de vulnérabilité dans laquelle le confiant croie que le confié agira dans son meilleur intérêt* »²⁸. La satisfaction du patient n'est qu'un des aspects de cette relation complexe, pouvant être mise en rapport avec la qualité de soins. Alors qu'il est important d'avoir une mesure consistante, fiable et validée de la satisfaction, il est aussi important de reconnaître qu'aucune mesure ne peut capturer tous les aspects de l'expérience du patient. La satisfaction auto-reportée ne reflète pas tous les comportements désirables et attributs d'un praticien, ni plus largement la qualité de soin dans son ensemble : si l'avis subjectif du patient met en valeur des éléments jugés critiques pour l'expérience patient, il est largement reconnu comme un indicateur pauvre dans la mesure de la qualité technique du soin^{23,25,29}. Les données issues des études en ce sens sont cohérentes avec les observations empiriques selon lesquelles les patients jugent de la qualité du soin principalement sur les capacités générales d'interactions du dentiste, plutôt que sur l'expertise technique ou l'issue clinique.

1.2.1.2. Facteurs influant sur la satisfaction

Selon un rapport de *Newsome et al. : A Review of Patient Satisfaction: 2. Dental Patient Satisfaction: An Appraisal of Recent Literature*, l'extrême majorité des publications mettent en évidence une liste de cinq thèmes qui affectent la satisfaction du patient au sujet des soins dentaires (Figure 2)

1.	Compétence technique perçue
2.	Facteurs interpersonnels
3.	Commodité/confort
4.	Coûts
5.	Aménagements de la structure

Figure 2 – Cinq thèmes affectant la satisfaction du patient – Newsome & al.

Dans le détail, on distingue des facteurs de satisfaction multiples^{12,23,25,29-32} :

- *Liés au dentiste*
 - Relation, attitude, et communication (bienveillance, disponibilité, etc.)
 - Compétence perçue
 - Longévité de la relation : les patients plus réguliers, depuis plus longtemps, tendent à être plus satisfaits

- *Liés au soin*
 - Qualité du soin : à la fois technique et « artistique »
 - Gestion de la douleur, de la peur et du confort/inconfort
 - Durée de traitement

- *Liés à la structure*
 - Organisation :
 - Accès, disponibilité, continuité
 - Temps d'attente
 - Services supplémentaires
 - Aménagements
 - État d'esprit :
 - Compétence des assistants
 - Relationnel du staff
 - Atmosphère du cabinet
 - Coûts

- Liés au patient et à sa personnalité :
 - Congruence de la personnalité du patient et de celle de son praticien^{24,33} : de plus hauts niveaux de satisfaction sont observés quand l'orientation des deux est similaire. Cet aspect sera développé plus loin, dans le paragraphe 1.3.3.3. *Relation du score PPOS avec la Satisfaction*
 - Age : les patients de moins de 60 ans tendent à être moins satisfaits au sujet de la qualité technique, mais plus satisfaits de l'aspect communication que leurs aînés.
 - Genre : les femmes expriment de plus hauts niveaux de satisfaction, en rapport notamment avec une plus grande exposition aux soins dentaires.
 - Statut socio-économique : les patients à faibles revenus montrent une perception plus négative du soin, et de plus faibles intentions de le rechercher. Ceci est également vrai pour les gens ayant une plus mauvaise perception de leur santé dentaire.
 - Vécu et expériences : la satisfaction en rapport avec les soins dentaires est grandement influencée par l'historique des patients
 - En fonction de leur anxiété dentaire naturelle, ou résultante de cet historique (éducation, traumatisme passé...)
 - En fonction de la fréquence d'exposition au soin, qui est corrélée positivement à la satisfaction

1.2.1.3. Facteurs liés à la communication

L'*Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* et l'*American Board of Medical Specialties (ABMS)* ont conjointement identifié la « *compétence interpersonnelle et de communication* » comme une des six compétences générales nécessaires pour les médecins³⁴.

Dans l'étude de *Yu Ning Luo et al. : Patients' Satisfaction with Dental Care: A Qualitative Study to Develop a Satisfaction Instrument*, l'aspect « attitude » était toujours celui mentionné en priorité par les participants quand questionnés au sujet de leur niveau de satisfaction.

Cela inclut l'attitude du chirurgien-dentiste, aussi bien que celle des autres membres du staff comme les assistants : « *La considération clé est le niveau de prise en compte des détails ressenti par les patients* »³². Que ce soit sur la maladie elle-même, le processus de traitement et les complications, l'attention donnée au patient tout au long du traitement, les mots de réconfort et d'encouragement ; les études indiquent que le patient souhaite en priorité avoir le sentiment que son cas personnel est valorisé, et préoccupe.

Une relation significative entre la capacité des étudiants en chirurgie-dentaire à contrôler leur stress, ainsi que d'autres facteurs intra-personnels tel qu'adaptabilité et humeur générale ; et la satisfaction de leurs patients³⁵, a également été démontrée par *Azimi et al.* dans l'étude *Emotional Intelligence of Dental Students and Patient Satisfaction: Emotional Intelligence and Patient Satisfaction*.

Schouten et al. dans *Dentists' and Patients' Communicative Behaviour and Their Satisfaction with the Dental Encounter* établissent que non seulement la satisfaction des patients est positivement et principalement influencée par la communication des dentistes, mais le principe du consentement éclairé exige que les dentistes informent également suffisamment leurs patients de manière adéquate pour qu'ils prennent une décision éclairée sur le traitement³⁶.

1.2.2. Le chirurgien-dentiste et l'Approche Centrée sur la

Personne

1.2.2.1. Deux études sur l'opinion des dentistes

Deux études qualitatives récentes de *Apelian et al. : Is the Dental Profession Ready for Person-Centred Care?* ; et *What Is Preventing Dentists from Providing Person-Centred Care?*, se sont intéressées au point de vue de groupes de Chirurgiens-dentistes travaillant dans le secteur privé de la province du Québec au Canada.^{37 38}

La première étude se penche sur le rapport des participants à deux aspects majeurs de l'ACP^{7,20,39} : le niveau de désir du praticien d'avoir une *Compréhension* (*Comprehension*) de son patient, ainsi que sa volonté de *Partager la prise de décision* (*Shared Decision Making*).

Elle révèle que ces dentistes ont un intérêt faible pour la compréhension de la vie et des histoires de leurs patients. De plus, leur propension à partager la prise de décision se limite aux procédures qu'ils jugent de faible valeur, et moins pour les procédures qu'ils jugent de plus grande valeur telles que les restaurations indirectes (cette notion de « valeur » accordée aux différents soins sera développée plus loin).

Lorsque questionnés sur l'aspect « *Compréhension* », c'est à dire l'exploration des fondements des habitudes et croyances des patients, les participants ont montré une certaine indifférence. Selon eux, leur formation universitaire ne prépare pas à cette exploration, qui ne fait pas partie de leur routine de soin, et ils vont même jusqu'à remettre en question son utilité. On note une absence de curiosité concernant le patient : dans la plupart des cas, ils ne considèrent pas comme pertinent pour la réalisation de leurs objectifs de comprendre comment les problèmes dentaires des patients affectent ces derniers. Cependant, ils ont perçu de l'utilité dans la compréhension, à savoir majoritairement des notions centrées sur le dentiste ou « *Dentist-Centred* » : si des éléments personnels du patient peuvent remettre en question l'acceptation de leur plan de traitement ; et pour des raisons légales, se protéger d'éventuelles actions juridiques à leur encontre.

Dans sa forme la plus basique, le *SDM (Shared Decision Making)* est un processus collaboratif de prise de décisions, où le praticien et le patient partagent la responsabilité dans la décision finale. Lorsque questionnés sur l'aspect « prise de décision partagée » du soin, les limites aux compromis sont majoritairement d'ordre légal et culturel : la peur d'aller à l'encontre des axiomes de la dentisterie, la peur du jugement de leurs pairs et de potentiellement entacher leur réputation, ainsi que la peur d'être poursuivis légalement.

Les participants se sont montrés ouverts à arranger leurs patients tant que ça ne s'oppose pas à certains principes en termes de qualité : que ce soit des principes personnels ou professionnels, des éléments subjectifs – ou non – qu'ils considèrent comme prioritaires, et inversement proportionnels à la « valeur symbolique » de certains traitements.

Les deux études ont permis d'identifier six obstacles prévenant les participants d'adopter des comportements d'ACP :

- **Peur des conflits interpersonnels** : les participants pensent que s'engager dans une conversation naturelle avec les patients conduit à des situations de désaccord, et même de conflits.
- **Peur des litiges** : les dentistes estiment que les infrastructures juridiques évaluent leurs traitements dans un cadre biomédical strict.
- **Peur de la perte financière** : les participants considèrent les soins centrés sur la personne comme chronophages, et donc pénalisants financièrement.
- **Plaisir d'exceller techniquement**: certains dentistes n'envisagent pas ou peu de proposer des interventions qui leur procureraient moins de plaisir procédural que les interventions plus techniques.
- **Vision restreinte de la santé** : les participants considèrent la dimension biomédicale comme la seule dimension importante.
- **Manque d'information** : les participants ne savaient rien ou très peu des soins centrés sur la personne ou le patient. Ils semblaient disposés à les intégrer dans leur pratique s'ils en avaient su plus.

1.2.2.2. Interprétations

Actuellement, le bénéfice perçu de l'interaction avec le patient et sa compréhension est faible : même si les participants peuvent reconnaître que c'est apprécié par les patients, il n'y a pas de reconnaissance d'un réel intérêt thérapeutique. Ils appréhendent les situations chargées en émotions, ce qui les pousse à les fuir. Ils sont inquiets que le processus de communication prenne trop de leur temps et interfère avec l'organisation de leur pratique.

Les participants maintiennent également une forte posture biomédicale en ce qui concerne la prise de décision. S'il est communément accepté que le partage de leurs diagnostics et trouvailles soit un devoir déontologique, ils sont réticents à l'idée de partager le pouvoir de décision. Ils n'y renoncent que pour des interventions jugées de « faible valeur ». Ce système de valeurs est implicite et ne repose pas sur le coût des procédures, mais plutôt sur une perception universitaire de leur noblesse.

Comme mentionné précédemment (1.1.3. *Modèle Montréal-Toulouse*), des voix issues de patients, chercheurs, et décideurs politiques ont appelé la profession dentaire à adopter des approches centrées sur la personne. Ces deux études suggèrent que les chirurgiens-dentistes n'y sont apparemment pas encore prêts. Leur manque d'intérêt pour la compréhension approfondie de leurs patients et leur réticence à s'aventurer sur le terrain émotionnel sont autant d'obstacles à la communication centrée sur la personne.

S'ils présentent une volonté d'accommoder les patients dans les plans de traitement, ils ne sont toujours pas informés sur les aspects réels de la prise de décision partagée ou *Shared Decision Making*. Ils sont difficilement capables de rationaliser leurs préférences pour certains traitements, et semblent le plus souvent ne pas avoir conscience de leurs modèles implicites de prise de décision.

L'étude *Is the Dental Profession Ready for Person-Centred Care?* expose des pistes d'explication possibles : l'odontologie se concentre sur les compétences manuelles et les procédures techniques, au contraire de certaines spécialités de la médecine (comme la médecine générale ou interne) qui valorise l'écoute, le diagnostic et le soin. Outre la notion de concurrence avec leurs pairs et l'appréhension de leur jugement, cet aspect hautement technique conduirait ses acteurs à considérer l'exercice dentaire comme un « Art », et au refus de ce qui pourrait interférer avec, ou en dénaturer la réalisation. La formation universitaire, ainsi que les perspectives d'entrepreneuriat n'ayant que peu évoluées dans les dernières années amènent à ne pas complètement adopter les modèles ACP au profit du modèle « *Disease-Centred* ». Les chirurgiens-dentistes semblent se sentir insuffisamment préparés pour interagir avec leurs patients et anticiper les problèmes relationnels. Selon eux toujours, ils n'ont pas à disposition les bonnes compétences de communication pour résoudre des problèmes sensibles : remettre en question les croyances des patients, gérer des situations où les patients expriment des émotions fortes (tristesse, colère...), aborder des sujets déplaisants (coût du soin...) ; sont autant de situations que les chirurgiens-dentistes participant à l'étude préféreraient éviter. Également notable, la perception qu'ont les participants qu'en franchissant la barrière du « royaume médical » et en réduisant la distance entre leur façade de professionnel et leurs patients, ils seraient ainsi ramenés à leur condition d'être humain, avec sentiments personnels, émotions et vulnérabilités qui en découlent. Certains des participants ont d'ailleurs mentionné un sentiment de culpabilité que leurs services coûtent de l'argent aux patients.

Sur le plan organisationnel, ils visualisent l'interaction avec les patients comme un handicap. Faire de l'ACP, selon eux, induirait une augmentation du stress dans l'environnement de travail, car cela nécessiterait de passer plus de temps en conversation et donc d'augmenter la longueur des consultations. En découlant, la peur de ne pas pouvoir contrôler la durée des rendez-vous et donc de prendre du retard sur leur emploi du temps, associée à la crainte d'un impact financier négatif.

1.3. Appréciation des impacts de l'ACP

Si l'ACP et les modèles décrits précédemment paraissent intéressants, ce n'est pas pour autant que leur application se traduit par une réalité clinique. Il est donc nécessaire d'en explorer les tenants et aboutissants. Les preuves issues de la recherche en odontologie suggérant un impact positif sur la qualité de soin sont, pour l'heure, majoritairement empiriques.

La problématique, dans ce cadre, est la nécessité d'indicateurs fiables de cette « qualité », que la littérature peine à établir.

1.3.1. Nécessité de développer un outil de mesure

La mesure de la qualité en odontologie présente des obstacles et des défis notables : les mesures de qualité basées sur les processus techniques ne prennent pas en compte la dimension biopsychosociale et, à l'inverse, les mesures basées sur l'ACP n'offrent encore que peu de marqueurs objectifs de la qualité. Les enquêtes de satisfaction-patient sont une part importante de la mesure de la qualité de soins, mais sont des mesures imparfaites de comportements complexes comme le *Shared Decision Making* par exemple. Malgré la large reconnaissance que ce modèle de prise de décision est hautement désirable, qu'il peut amener à une meilleure expérience pour le patient et de meilleurs résultats, les études explorant son impact sur la satisfaction des patients ne sont pas consensuelles. L'une d'elle a, par exemple, récemment démontré que l'orientation centrée ou non sur le patient de chirurgiens à Shanghai, et leur propension à partager la prise de décision, n'étaient pas corrélées avec la satisfaction de leurs patients⁴⁰.

Ces dernières années, afin d'améliorer les résultats de santé, de réduire les coûts, et d'améliorer l'expérience des patients, des chercheurs ainsi que plusieurs programmes dentaires d'État se sont attachés à développer des mesures de qualité de base pour l'odontologie. Certaines de ces mesures ont été testées et validées pour divers groupes de population. Le *Dental Quality and Outcomes Framework (DQOF)* développé par la *Dental Quality Alliance (DQA)* en Angleterre⁴¹ et le *Communication Assessment Tool (CAT)*³⁴ de *Makoul et al.* par exemple, en sont des tentatives.

La complexité de l'approche de la tâche de communication dérive de la reconnaissance de l'individualité des praticiens : l'acceptation qu'ils peuvent avoir différentes manières d'accomplir la même tâche. De manière optimale, les praticiens adaptent leurs compétences et stratégies de communication pour les faire coïncider avec les besoins de leur patient, et de la situation rencontrée. La clé est donc de capturer à *quel point* – plutôt que comment – une tâche est accomplie.

Dans ce sens, le *CAT (Communication Assessment Tool)*, outil de mesure de l'efficacité dans la réalisation de « tâches de communication » apparaît comme un mécanisme prometteur pour périodiquement évaluer la compétence de communication des praticiens, et cette approche devrait selon ses auteurs être considérée comme « *une partie de la boîte à outils qui inclut l'auto-évaluation, l'observation de la communication durant des consultations réelles ou simulées, et des enquêtes additionnelles qui se concentrent sur d'autres aspects de la communication* ».

Les efforts pour mesurer l'ensemble des éléments des processus complexes dont la qualité de soin dépend (comme les enquêtes de satisfaction-patient de routine par exemple) sont donc aux mieux superficiels actuellement, et nécessitent d'être complétés afin de tirer des conclusions fiables et reproductibles : en bref, une évaluation de haute qualité requiert davantage qu'un seul outil de mesure de qualité.

1.3.2. PPOS : outil d'exploration de l'ACP

Nous avons vu la complexité de l'évaluation de la qualité de soin, qu'en est-il de l'évaluation de l'orientation ACP des praticiens ?

Le PPOS, ou *Patient Practitioner Orientation Scale*, est une échelle d'appréciation en plusieurs items capable d'évaluer l'attitude des praticiens, étudiants, et patients envers l'ACP. Il a été développé dans le courant de l'année 1999 par le Dr. Ed Krupat et son équipe de la Harvard Medical School en s'appuyant sur une revue de la documentation concernant la communication patient-médecin⁸.

Dans un premier temps, il a servi à étudier les attitudes des étudiants en médecine concernant leurs relations avec les patients, et si ces attitudes pouvaient être mises en lien avec leurs opinions et choix de carrière.

Les résultats ayant suggéré que le PPOS pouvait s'avérer utile pour mesurer les attitudes des médecins, il a été amélioré jusqu'à sa version définitive présentée en 2000 dans l'article *The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction*²⁴.

Le PPOS a depuis été validé dans diverses études concernant l'ACP, au sein d'un assortiment de contextes éducatifs et pratiques à orientation médicale (comme avec des étudiants en médecine, en odontologie et en kinésithérapie). L'échelle a de plus subi une gamme d'adaptations interculturelles, et été utilisée dans plusieurs pays (Chine, Brésil, Espagne, et France notamment). Même si à ce jour des investigations sont encore à mener pour augmenter la sensibilité de cet outil et son champs d'utilisation, la recherche a fourni des preuves pour soutenir sa validité conceptuelle : le PPOS a pu être utilisé efficacement pour apprécier l'orientation centrée ou non sur la personne des praticiens et des étudiants, mais aussi de leurs patients.⁴²

L'échelle d'orientation contient 18 items, qui reflètent deux domaines relatifs au patient : « *Caring* » (Bienveillance) et « *Sharing* » (Partage).

- 9 items « *Caring* » : Le participant considère-t-il les attentes, sentiments et préférences des patients comme des éléments critiques de la relation patient-praticien.
- 9 items « *Sharing* » : Le participant pense-t-il que le pouvoir et le contrôle doivent être partagés, ainsi que le degré auquel le participant pense qu'il devrait partager l'information avec le patient.

Les scores PPOS sont rapportés sous forme de scores moyens par item répondu, afin de permettre l'utilisation des réponses des patients et des praticiens même si un ou deux items de l'échelle sont supprimés. Un score moyen total peut être calculé pour les 18 éléments, et deux scores de sous-échelle « *Caring* » et « *Sharing* » peuvent également être calculés.

« *Caring* » se réfère à la mesure dans laquelle le participant croit que a) se soucier des émotions et avoir de bonnes relations interpersonnelles avec le patient sont un aspect clé de la consultation médicale, et b) que les praticiens devraient se soucier du patient dans son ensemble plutôt que comme d'une condition médicale.

« *Sharing* » reflète la mesure dans laquelle le participant estime que a) les praticiens et les patients devraient partager le pouvoir et le contrôle sur une base relativement égale, et b) que les praticiens devraient partager autant d'informations que possible avec leurs patients.

The statements below refer to beliefs that people might have concerning doctors, patients and medical care. Read each item and then indicate how much you agree or disagree.

Item		Strongly Disagree	Moderately Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
		6	5	4	3	2	1
1.	The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...							
18.	When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figure 3 – PPOS, Formulaire. Krupat & al. – Version 1.05 09/08/2004

#	Item
1.	The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.
2.	Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.
3.	The most important part of the standard medical visit is the physical exam.
4.	It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.
5.	Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.
6.	When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.
7.	If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.
8.	Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.
9.	Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.
10.	Patients generally want reassurance rather than information about their health.
11.	If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.
12.	When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.
13.	A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.
14.	Most patients want to get in and get out of the doctor's office as quickly as possible.
15.	The patient must always be aware that the doctor is in charge.
16.	It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.
17.	Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.
18.	When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.

Figure 4 – PPOS, Liste des items. Krupat & al. – Version 1.05 09/08/2004

Le formulaire dans sa présentation originale est présent dans les Annexes.

Le score total va de « *centré sur le patient* » (*patient-centred*) à « *centré sur le médecin ou la maladie* » (*doctor- or disease-centred*). Plus le score est élevé, plus l'orientation est centrée sur le patient.

Les items s'intéressant au « *Sharing* » sont 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 et 18. Les items s'intéressant au « *Caring* » sont 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 et 17.

L'échelle d'évaluation est une échelle de type Likert en 6 points, disposée de gauche à droite, de « *Fortement en désaccord* » à « *Fortement d'accord* ». « *Fortement en désaccord* » (extrême gauche) obtient une note de 6 et « *Fortement d'accord* » (extrême droite) reçoit une note de 1.

Trois items sont rédigés à l'envers pour des raisons de langage, et la notation doit être inversée pour qu'un score élevé indique une orientation vers l'ACP : ce sont les items 9, 13 et 17.

1.3.3. Utilisation du PPOS

1.3.3.1. Score PPOS et conception de la relation patient-praticien

Il a été observé une perte d'empathie des étudiants au cours des études médicales⁴³. Le PPOS a d'abord été employé sur des groupes d'étudiants en médecine américains, avec comme hypothèse que cette perte d'empathie se traduirait par une diminution des scores PPOS au cours de leurs études. Les résultats obtenus sont intéressants : non seulement les scores diminuent dans les groupes testés, mais cette diminution n'a pas été retrouvée dans un groupe d'étudiant recevant un enseignement sensibilisant à l'ACP⁸. Cela suggère que si la perte d'empathie des étudiants au cours de leur cursus est une réalité et qu'elle semble se traduire par une diminution de leurs scores PPOS au cours du temps, ce phénomène n'est pas inévitable et peut être limité par une modification des méthodes d'enseignement.

Une étude réalisée sur des étudiants de Singapour expose également une évolution différentielle des scores « *Sharing* » et « *Caring* » : une amélioration en *Caring* au cours des études y est reportée – en rapport avec des scores de départ plus faibles qu'aux États-Unis, expliqués dans l'étude par des différences culturelles – et aucun changement voir une diminution en *Sharing*.⁴⁴

Plus généralement, les scores PPOS et la conception de la relation patient-praticien semblent fortement influencés par les normes culturelles, les caractéristiques personnelles et l'environnement social. De plus amples investigations ont été menées afin de cerner ces facteurs d'influence. Il a ainsi été observé dans la plupart des études des différences significatives associées au genre, à l'âge, et au niveau d'étude^{33,45-51}. Nous les détaillerons ci-après :

Les participantes de sexe féminin obtiennent en majorité des scores plus élevés que leurs homologues masculins (praticiens et patients confondus), même si, selon certaines données, cette différence de genre tend à disparaître pour les professionnels de santé au cours des études médicales.

Les professionnels de santé ont obtenu des scores supérieurs en moyenne aux patients, et plus largement, le niveau d'étude a été associé positivement au score PPOS.

Les scores ont été associés négativement à l'âge. Ceux des plus jeunes sont plus élevés que leurs aînés, ces derniers semblant préférer une relation *doctor-centred*, nécessitant peu d'informations et laissant la prise de décision à leur praticien.

Enfin, une adaptation Brésilienne de l'échelle PPOS note un lien entre des revenus familiaux plus faibles et un score plus élevé.

1.3.3.2. Relation du score PPOS et issues du soin :

Un score plus élevé chez les praticiens (signe d'une relation plus centrée sur le patient) est en rapport avec :

- **Une amélioration des retombées biomédicales pour les patients :** De meilleurs statuts de santé ont été observés, la compliance et l'adhésion des patients aux traitements est meilleure, les effets indésirables et aléas thérapeutiques reportés sont moins fréquents.⁴²
- **Une diminution des litiges :** moins de plaintes pour faute professionnelle sont reportées⁴²
- **Une plus grande continuité du soin :** l'orientation vers les spécialistes est plus fréquente.⁴²

- **Une communication différente dans son contenu** : Ces praticiens posent moins de questions strictement biomédicales, et plus de questions sur le mode de vie. Ils donnent également plus de conseils, et effectuent plus de « construction relationnelle ». Le score PPOS des praticiens a prédit des différences significatives et importantes dans le contenu des échanges verbaux patient-praticien, mais pas le score PPOS des patients : aucune influence n'a été observée sur les sujets abordés en consultation. Cela illustre possiblement selon les auteurs « *l'influence plus importante – et peut être la responsabilité – qu'exercent les praticiens dans le modelage de leurs communications avec les patients.* »²⁴

1.3.3.3. Relation du score PPOS avec la Satisfaction

Le PPOS a été utilisé pour observer la relation entre comportements centrés sur le patients et satisfaction de ceux-ci : soumis à la fois aux praticiens et à leurs patients, une congruence entre leurs scores et les niveaux de satisfaction résultants de leur interaction est observée^{24,33}.

Il a été constaté :

- **Une association positive entre le score des praticiens et la satisfaction de leurs patients** : les patients sont plus hautement satisfaits quand leurs praticiens ont un score PPOS similaire ou supérieur au leur, et inversement les patients dont les praticiens ont des scores moins élevés que le leur sont nettement moins satisfaits.
- **Une haute association entre le score « *Sharing* » du praticien et la satisfaction du patient** : le score *Sharing* permettrait donc de considérablement mieux prédire la satisfaction que le score « *Caring* ».
- **Une corrélation non linéaire entre la longévité de l'exercice des praticiens avec leurs score PPOS et la satisfaction de leurs patients** : les patients se sont montrés plus satisfaits avec des praticiens d'âge moyen (entre 11 et 20 ans d'expérience) qu'avec des praticiens plus jeunes ou plus âgés.

Cependant les praticiens d'âge moyen ont obtenu des scores PPOS plus faibles que leurs cadets ou leurs aînés : ce paradoxe indique que le phénomène est plus complexe qu'exposé ici, et que de plus amples recherches sont à mener.

- **Aucune association remarquable entre les scores PPOS des patients et leur satisfaction.**

La satisfaction du patient pourrait donc dès lors être considérée comme une fonction des orientations individuelles du praticien et du patient au sujet de l'ACP, mais la paire docteur-patient pourrait aussi être utilisée comme unité d'analyse afin d'étudier le rôle de cette congruence.

De plus, lorsque comparé au score de satisfaction *Press Ganey (PGDM)*, qui inclut des questions mesurant la perception des patients des efforts de leur chirurgien pour les impliquer dans la prise de décision, aucune corrélation entre PPOS et PGDM n'a été reportée : les patients peuvent donc être satisfaits de leur praticien même s'il n'est pas nécessairement centré sur la personne ou ne fait pas de *Shared Decision Making* comme décrit dans le PPOS⁴⁰.

L'étude « *The Practice Orientations of Physicians and Patients: The Effect of Doctor–Patient Congruence on Satisfaction* de Krupat et al. a testé et validé deux hypothèses :

- Les patients sont **plus satisfaits** en moyenne avec **des praticiens obtenant un score PPOS élevé** qu'avec des praticiens obtenant un score faible ;
- Les patients sont **plus satisfaits** en moyenne avec **des praticiens dont l'orientation est cohérente avec la leur** qu'avec des praticiens dont elle ne l'est pas.

A noter également, le score PPOS des étudiants en médecine américains s'est révélé prédictif de leurs choix de spécialité : un score plus élevé était en rapport avec des choix de spécialités dites « de soins primaires » comme la médecine générale. Une étude réalisée à Shanghai a pu aussi mettre en relation un score PPOS faible (« *Caring* » notamment) avec un niveau de *burn-out*

(éprouement professionnel) élevé : le niveau de stress était prédictif du score PPOS, les praticiens stressés ayant eu dans cette étude une probabilité plus forte de ne pas manifester de comportement centré sur la personne dans la communication clinique.

1.4. Conclusions sur l'ACP

La communication centrée sur la personne est considérée comme un élément crucial dans la recherche de soins de haute qualité, semble associée à une plus haute satisfaction des patients et des praticiens, de meilleurs résultats de santé associés avec la compliance du patient au traitement ; une diminution des effets indésirables liée aux prescriptions et à l'autogestion des maladies chroniques : la relation patient-docteur est donc, comme on est en droit de s'y attendre, essentielle au soin. Cependant, les études médicales se concentrent surtout sur des sujets biomédicaux et ne donnent pas l'attention nécessaire aux compétences de communication, attitudes humaines et valeurs professionnelles.

L'adoption de l'ACP, surtout en odontologie, est un sujet encore épineux. Si son cadre se précise dans le domaine médical ces dernières années, il y a actuellement un manque d'adhésion à l'ACP en odontologie, dû à un manque de preuve : il n'est pas clair qu'elle devrait être considérée comme un assortiment d'attitudes désirables à retrouver dans l'exercice clinique, ou comme un état d'esprit. Malgré un manque de congruence entre les études, les termes récurrents semblent mettre en valeur l'importance d'une approche humaniste : respect, dignité, empathie, compréhension, écoute et égalité sont des termes qui seraient valorisés par les patients.

Beaucoup de publications d'ACP en odontologie concernent des populations spécifiques et ne sont pas représentatives de la population générale, et la majorité sont des rapports d'opinions. Bien qu'elles ne puissent pas être considérées comme « basées sur la preuve », elles peuvent tout de même fournir des indices dans la compréhension de l'ACP en odontologie.

Celle-ci est largement reconnue comme un aspect important de la dentisterie de qualité, mais elle apparaît avoir été supplantée par des indices de performance et des marqueurs de substitutions. Dans le sens de l'ACP, performance et qualité sont deux termes différents et certainement pas synonymes.

Il est donc nécessaire de développer des outils fiables et rigoureux pour jauger efficacement et objectivement le centrage sur la personne des individus testés, et ces outils manquent actuellement aux chercheurs ou ne sont pas pleinement satisfaisants : il n'y a pas actuellement de preuve adéquate disponible pour comprendre l'ACP dans l'odontologie générale et encore moins la mesurer. Le *DQOF (Dental Quality and Outcomes Framework)* par exemple, se concentre sur la satisfaction du patient plutôt que sur des aspects d'ACP, bien que cette satisfaction ne soit pas considérée comme un marqueur fiable de « qualité ». Le corolaire de ceci serait que « l'expérience patient » apparaîtrait comme un piètre indicateur de qualité, de même que le DQOF.

Le *PPOS (Patient-Practitioner Orientation Scale)* semble prometteur, et à ce jour aucun outil plus complet et plus éprouvé n'est disponible pour jauger de l'orientation des praticiens et de leurs patients envers l'ACP. Il a permis dans certains contextes de supporter effectivement la supposition de l'impact qualitatif des soins centrés sur la personne.

Les futures recherches devraient davantage incorporer le point de vue des patients pour comprendre les éléments clés de l'ACP.

2. ETUDE DE L'ORIENTATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES ENVERS L'ACP

Notre problématique étant « Est-il envisageable et/ou souhaitable de pratiquer la chirurgie-dentaire libérale selon une approche davantage centrée sur la personne ? », il nous a paru pertinent d'explorer – dans la continuité des études de *Apelian et al.* – les points de vue de chirurgiens-dentistes exerçant en libéral au sujet de l'ACP. L'axe que nous avons choisi pour cela est une étude transversale semi-quantitative, afin d'obtenir des données quantitatives, collectées en s'inspirant des méthodologies qualitatives. Ceci permet d'à la fois recourir à une métrologie validée, tout en extrayant simultanément des éléments explicatifs via un entretien semi-guidé par questionnaire.

2.1. Matériel et méthode

2.1.1. Population étudiée et échantillonnage

Selon l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) :

- en France :
 - 36 252 chirurgiens-dentistes exerçant en libéral (85,3% du total)
 - 67,06 dentistes/100.000 habitants
 - 47,2% Femmes ; 52,8% Hommes
 - Age moyen : 46,4 ans
 - Part des plus de 65 ans : 7,7%

Pour des raisons de simplicité, nous avons décidé de nous restreindre géographiquement : la population cible de notre étude se trouve parmi les chirurgiens-dentistes (CD) exerçant en pratique libérale en Haute-Garonne (31), équitablement répartis autant que possible selon leur sexe, le temps passé depuis l'obtention de leur diplôme, ainsi que le lieu de leur exercice : ville, zone péri-urbaine et zone rurale.

- En Haute-Garonne (31) :
 - 1.211 CD libéraux (90,40%) : > moyenne nationale
 - 104,74 dentistes/100.000 habitants :
 - Une des plus hautes concentrations de CD derrière les Alpes-Maritimes (06) : 117,28 et Paris (75) : 143,84
 - > moyenne nationale
 - 54,50% Femmes (> moyenne nationale) ; 45,50% Hommes
 - Age moyen : 44,9 ans (< moyenne nationale)
 - Part des plus de 65 ans : 5,10% (< moyenne nationale)

La Haute-Garonne est donc dotée d'une population de chirurgiens-dentistes par habitants plus nombreuse, plus libérale, plus jeune et plus féminine que la moyenne française. Un échantillonnage de convenance de 30 participants a été déterminé au préalable.

Le recueil d'entretiens s'est déroulé sur trois mois, de janvier à mars 2021. Les chirurgiens-dentistes participants ont tous été contactés par téléphone, au hasard depuis leur référencement internet pour 21 d'entre eux, et depuis mon réseau professionnel pour les 10 autres. Sur environ 100 chirurgiens-dentistes contactés, 31 ont donc répondu favorablement (taux d'acceptation d'environ 30%). Les 70% restants ont soit refusé, soit étaient indisponibles dans nos délais, soit n'ont pas donné suite à notre prise de contact.

Nous sommes arrivés à saturation d'informations qualitatives (peu ou plus de nouvelles données) à partir d'environ 10 entretiens en moyenne, de façon variable en fonction des items du questionnaire utilisé.

	Nombre	Pourcentage
Total	31	100 %
Genre		
<i>Homme</i>	15	48,4 %
<i>Femme</i>	16	51,6 %
Temps depuis obtention du diplôme		
<i>A : < 10 ans</i>	11	35,4 %
<i>B : 10 à 25 ans</i>	10	32,3 %
<i>C : > 25 ans</i>	10	32,3 %
Lieu d'exercice		
<i>Ville</i>	9	29 %
<i>Péri-urbain</i>	9	29 %
<i>Rural</i>	13	42 %
Volume de travail		
<u>Patients par jour</u>		
<i><10</i>	3	9,7 %
<i>10 à 14</i>	12	38,7 %
<i>15 à 20</i>	10	32,3 %
<i>20 à 25</i>	5	16,1 %
<i>25 à 30</i>	1	3,2 %
<u>Jours travaillés par semaine</u>		
<i>3 et moins</i>	6	19,4 %
<i>3,5 à 4</i>	17	54,8 %
<i>plus de 4</i>	8	25,8 %
Cadre de travail		
<u>Associés/collaborateurs</u>		
<i>oui</i>	21	67,7 %
<i>non</i>	10	32,3 %
<u>Personnel assistant</u>		
<i>oui</i>	26	83,9 %
<i>non</i>	5	16,1 %

Figure 5 – Caractéristiques de notre échantillon

2.1.2. Notre outil : Une version modifiée du PPOS

2.1.2.1. Traduction du PPOS

Nous avons d'abord effectué une traduction littérale, qui figure ci-après (Figure 6), en conservant le sens et la formulation des items originaux du PPOS.

# item	Traduction depuis le PPOS
1	Le praticien est celui qui devrait décider des sujets abordés durant la consultation.
2	Bien que la santé soit moins centrée sur l'individu ces temps derniers, c'est un faible prix à payer pour les avancées médicales.
3	La partie la plus importante d'une consultation standard est l'examen clinique.
4	C'est souvent mieux pour les patients s'ils n'ont pas une explication complète de leur condition médicale.
5	Les patients devraient se reposer sur la connaissance de leur praticien et ne pas essayer de trouver par eux-mêmes des informations au sujet de leur condition.
6	Quand les praticiens posent beaucoup de questions au sujet de la vie d'un patient, ils font preuve d'indiscrétion sur des affaires personnelles.
7	Si les praticiens sont vraiment compétents pour le diagnostic et le traitement, la manière dont ils interagissent avec les patients n'est pas si importante.
8	Beaucoup de patients continuent de poser des questions même s'ils n'apprennent rien de nouveau.
9	Les patients devraient être traités comme s'ils étaient partenaires avec le dentiste, égaux en pouvoir et statut.
10	Les patients veulent généralement être rassurés plutôt qu'informés au sujet de leur santé.
11	Si l'outil principal d'un praticien est d'être ouvert et chaleureux, il n'aura pas beaucoup de succès.
12	Quand les patients ne sont pas d'accord avec leur praticien, c'est un signe que ce dernier n'a pas leur respect ni leur confiance.
13	Un plan de traitement ne peut être mené à bien avec succès s'il rentre en conflit avec le mode de vie ou les valeurs d'un patient.
14	La plupart des patients veulent rentrer et sortir du cabinet du praticien le plus rapidement possible.
15	Le patient doit toujours être conscient que le praticien est aux commandes.
16	Il n'est pas si important que ça de connaître la culture et le contexte de vie d'un patient afin de traiter sa maladie.
17	L'humour est un ingrédient majeur dans le traitement du patient par le praticien
18	Quand les patients cherchent de l'information médicale de leur propre chef, c'est davantage source de confusion que d'aide

Figure 6 – PPOS, version traduite en français

2.1.2.2. Faiblesses de la version simplement traduite

Le PPOS de *Krupat et al.* a été produit afin de permettre l'auto-évaluation ou l'évaluation de l'orientation envers l'ACP des patients et praticiens, dans un contexte médical. Il s'utilise parfaitement dans le cadre d'une recherche quantitative, mais après test de la version française obtenue ci-dessus lors d'entretiens oraux expérimentaux sur le mode semi-quantitatif, il s'est avéré que la formulation de certains items était redondante, apportaient peu de nouvelles informations par rapport à ceux déjà énoncés, ou simplement n'engageaient pas le participant à développer ses réponses.

Le but est à ce stade de donner la priorité au recueil de données qualitatives : chaque aspect du PPOS original doit être couvert durant la conversation, tout en apportant de nouvelles informations spécifiques à ce travail de thèse. Il a donc été décidé de remanier cette liste pour l'adapter au recueil de données semi-quantitatives. Les contraintes principales auxquelles nous avons dû faire face sont chronométriques et de comparabilité : l'enjeu étant que la durée de chaque entretien n'excède pas un temps supérieur à une vingtaine de minutes afin de ne pas rebuter de potentiels participants ; tout en gardant une certaine comparabilité avec le PPOS afin d'en perdre le moins possible la cohérence et la validité.

2.1.2.3. Modifications apportées : aborder de nouveaux aspects

Notre priorité est d'inclure les aspects d'intérêts absents du PPOS, afin de les aborder avec les participants. Ils sont issus des travaux d'*Apelian et al.* (1.2.2. *Le chirurgien-dentiste*) :

- *Considérations financières et sociales* : peur de la perte financière, rapport au système de santé
- *Perception de l'impact de l'ACP sur le plan organisationnel*
- *Perception de la formation universitaire* : mise à disposition ou non des bonnes compétences de communication
- *Perception de la santé* : ouverture aux compromis sur « l'Art » dentaire et le partage de la prise de décision

➤ *Considérations financière et sociales :*

L'aspect financier du soin est une notion d'importance élevée en chirurgie-dentaire : il influe sur le patient (accessibilité au soin, satisfaction), est impacté par le système de santé, et influe sur le dentiste. Nous avons donc décidé d'orienter les participants autour de trois nouveaux items :

- Un item abordant l'aspect financier du soin et son impact sur la communication avec le patient : **#5 : « Il est facile et naturel d'aborder le sujet de l'argent avec le patient »**. Étant relatif à la communication, il a été placé dans « *Caring* »
- Un item abordant le rapport au système de santé : **#6 : « Le système de santé et de remboursement actuel est un obstacle à la bonne pratique »**. Ce dernier représente également une adaptation de l'item originel #2 (« *Bien que la santé soit moins centrée sur l'individu ces temps derniers, c'est un faible prix à payer en comparaison des avancées médicales* »). Il a dans ce sens été maintenu dans « *Caring* ». L'objectif de ce nouvel item est d'inscrire notre recueil de données dans une dimension collective : si le système de santé évolue conjointement avec les données acquises de la science, ses finalités sont collectives et peuvent donc diverger des consensus scientifiques parfois basés sur l'intérêt individuel. Le chirurgien-dentiste exerçant dans le cadre défini par ce système de santé, il nous a paru intéressant de cerner le positionnement de ses acteurs quant à son organisation, et leur avis quant à son impact sur leur pratique.
- Un item abordant l'aspect entrepreneurial de l'exercice libéral : **#14 : « Le dentiste libéral est un entrepreneur comme un autre »**. Cet item étant en rapport avec les notions de prise de décisions et de pouvoir, il a été placé dans « *Sharing* »

➤ *Impact perçu de l'ACP sur le plan organisationnel :*

Les items originels #6 (« *Quand les praticiens posent beaucoup de questions au sujet de la vie d'un patient, ils font preuve d'indiscrétion sur des affaires personnelles* »), #13 (« *Un plan de traitement ne peut être mené à bien avec succès s'il rentre en conflit avec le mode de vie ou les valeurs d'un patient* ») et #16 (« *Il*

n'est pas si important que ça de connaître la culture et le contexte de vie d'un patient afin de traiter sa maladie ») permettent de nuancer le point de vue du participant au PPOS autour d'un même sujet : à quel point, selon lui, les facteurs intrinsèques de la vie du patient impactent le soin.

- Durant les entretiens tests, les items #13 et #16 apportent peu de nouvelles informations l'un par rapport à l'autre, il est décidé de les condenser en un seul nouvel item **#7 : « Il n'est pas si important que ça de connaître le mode de vie d'un patient afin de traiter sa maladie ».**
- Afin de nous intéresser à la perception du participant au sujet du temps à dédier à la communication, nous avons décidé de remplacer l'item #6 originel par notre nouvel item **#4 : « Une discussion approfondie avec le patient est chronophage et peu informative ».** L'aspect « indiscretion au sujet du mode de vie » de l'item #6 originel est souvent abordé spontanément lors de la réponse au nouvel item **#7**. S'il n'est pas abordé par le participant (rarement comme nous le verrons dans 3.2. *Exposé des résultats*), il lui est demandé de le faire au cours de la conversation au moyen d'une question situationnelle simple type « *trouvez-vous délicat de demander des détails personnels au patient ?* »

➤ *Perception de la formation universitaire et mise à disposition des bonnes compétences de communication :*

Le rajout d'un nouvel item afin d'explorer l'opinion des participants sur leur formation initiale a été nécessaire, **#2 : « Les chirurgiens-dentistes sont suffisamment formés à la communication avec le patient »**

➤ *Perception de la santé : ouverture aux compromis sur « l'art » dentaire et le partage de la prise de décision :*

Le rajout d'un nouvel item relatif à l'ouverture au compromis du participant dans la prise de décision a été nécessaire : **#17 : « Arranger le patient ou « rendre service » est souvent synonyme de mauvaise qualité de soin »**

2.1.2.4. Suppressions et condensations : rendre le questionnaire fonctionnel

Certains items de la version simplement traduite se sont révélés redondants lors d'un entretien oral : les items #5 (« *Les patients devraient se reposer sur la connaissance de leur praticien et ne pas essayer de trouver par eux-mêmes des informations au sujet de leur condition* »), #8 (« *Beaucoup de patients continuent de poser des questions même s'ils n'apprennent rien de nouveau* ») et #18 (« *Quand les patients cherchent de l'information médicale de leur propre chef, c'est davantage source de confusion que d'aide* ») sont tous relatifs au domaine de « l'information du patient ». Il a été décidé de les contracter en un seul nouvel item **#15 : « Les patients ne savent pas correctement s'informer par eux-mêmes »**. Les participants ont spontanément et naturellement abordé les aspects présents dans les items originels au cours des entretiens tests. Si ce n'était pas le cas, il leur était demandé des précisions au moyen de ces trois items devenus accessoires.

Certains items originels, une fois traduits, présentent une formulation trop complexe ou ciblée pour induire le participant à développer sa pensée comme l'ont révélé les entretiens tests :

- Item #4 (« *C'est souvent mieux pour les patients s'ils n'ont pas une explication complète de leur condition médicale* ») adapté en notre item **#12 : « C'est souvent mieux pour les patients si on ne rentre pas dans les détails en expliquant »**.
- item #7 (« *Si les praticiens sont vraiment compétents pour le diagnostic et le traitement, la manière dont ils interagissent avec les patients n'est pas si importante* ») difficilement compris par les participants lors des entretiens tests. Il nous a paru nécessaire de le simplifier et de faire développer autour de l'opposition entre « technique » et « communication », nous amenant à notre item **#1 : « Les compétences techniques et diagnostiques sont plus importantes que les compétences de communication »**.

- Item #12 (« *Quand les patients ne sont pas d'accord avec leur praticien, c'est un signe que ce dernier n'a pas leur respect ni leur confiance* ») simplifié en **#16 : « Quand un patient marque un désaccord avec son praticien, c'est un signe de manque de respect ou de confiance ».**
- item #14 (« *La plupart des patients veulent rentrer et sortir du cabinet du praticien le plus rapidement possible* ») simplifié en : **#9 : « La plupart des patients n'aiment pas aller chez le dentiste ».**
- l'item #17 (« *L'humour est un ingrédient majeur dans le traitement du patient par le praticien* ») : Les participants aux entretiens tests ont souvent mentionné spontanément leur rapport à l'humour dans leur réponse au nouvel item **#8**, rendant redondant cet item originel. Nous avons donc décidé de le placer dans les items accessoires sur lesquels s'appuyer pour, si nécessaire, faire développer le participant lors de sa réponse.

2.1.2.5. Liste définitive : le e-PPOS

Nous avons, après ces modifications, abouti à la liste définitive suivante (Figure 7) que nous appellerons « e-PPOS » pour « PPOS expérimental ».

# item	
#1*	Les compétences techniques et diagnostiques sont plus importantes que les compétences de communication.
#2**	Les chirurgiens-dentistes sont suffisamment formés à la communication avec le patient.
#3	La partie la plus importante d'une consultation standard est l'examen clinique.
#4*	Une discussion approfondie avec le patient est chronophage et peu informative.
#5**	Il est facile et naturel d'aborder le sujet de l'argent avec le patient.
#6**	Le système de santé et de remboursement actuel est un obstacle à la bonne pratique.
#7*	Il n'est pas si important que ça de connaître le mode de vie d'un patient afin de traiter sa maladie.
#8*	Si l'outil principal d'un praticien est d'être ouvert et chaleureux, il n'aura pas beaucoup de succès ou ne sera pas respecté par ses patients.
#9*	La plupart des patients n'aiment pas aller chez le dentiste.
#10	Le dentiste est celui qui devrait décider des sujets abordés durant la consultation.
#11	Les patients devraient être traités comme s'ils étaient partenaires avec le dentiste, égaux en pouvoir et statut.
#12*	C'est souvent mieux pour les patients si on ne rentre pas dans les détails en expliquant.
#13	Les patients préfèrent être rassurés plutôt qu'informés au sujet de leur état.
#14	Le dentiste libéral est un entrepreneur comme un autre.
#15*	Les patients ne savent pas correctement s'informer par eux-mêmes.
#16	Quand un patient marque un désaccord avec son praticien, c'est un signe de manque de respect ou de confiance.
#17**	Arranger le patient ou « rendre service » est souvent synonyme de mauvaise qualité de soin.
#18	Le patient doit toujours être conscient que le praticien est aux commandes.

Figure 7 – e-PPOS

Sur la forme, nous pouvons distinguer trois catégories d'items :

Ceux dont la traduction littérale depuis la version originale n'a pas nécessité de modification, au nombre de 7 : **#3**, **#10**, **#11**, **#12**, **#13**, **#16** et **#18** : aucune annotation.

Ceux ayant nécessité une adaptation depuis la version originale du PPOS, marqués d'un astérisque *, au nombre de 7 : **#1**, **#4**, **#6**, **#7**, **#8**, **#9**, et **#15**. Les 8 items originaux dont ils sont tirés, jugés « accessoires » (voir plus bas) ont été mis de côté durant le recueil de réponses car jugés redondants ou peu informatifs lors des premiers entretiens tests en français.

Ceux ayant été rajoutés à la liste originale, marqués d'un double astérisque **, au nombre de 4 : **#2**, **#5**, **#14** et **#17**). Ils permettent de s'intéresser davantage à l'exercice particulier qu'est la dentisterie libérale en France. Ils sont issus de la phase primaire de recherche bibliographique, ainsi que des premiers entretiens « tests » durant lesquels des sujets récurrents ont pu être mis en évidence.

Le sens de formulation des items, depuis « *Fortement d'accord* » = « *doctor-ou disease-centred* » jusqu'à « *Fortement en désaccord* » = *patient-centred*, a été conservé.

A noter que les items **#5**, **#6** et **#11** sont inversés pour des raisons de fluidification du langage lors de l'énoncé : lors de l'entretien avec le participant, ils sont formulés tels que retranscrits en *Figure 7*, mais le score obtenu sera inversé pour conserver l'orientation de l'étude.

Les 8 items accessoires (et les items du e-PPOS s'y rapportant) :

# item e-PPOS	Items accessoires
#6	« Bien que la santé soit moins centrée sur l'individu ces temps-ci, c'est un faible prix à payer en comparaison des progrès »
#7	« Poser une grande quantité de questions au sujet de la vie du patient relève de l'indiscrétion » « Un plan de traitement ne peut être mené à bien s'il rentre en conflit avec les valeurs ou le mode de vie d'un patient »
#8	« L'humour est un ingrédient majeur dans l'approche du patient »
#9	« La plupart des patients souhaite rentrer et sortir le plus vite possible du cabinet dentaire »
#15	« Les patients continuent de poser des questions même si les réponses ne leur apprennent rien de nouveau » « Les patients devraient se reposer sur les connaissances de leur praticien et ne pas essayer de trouver par eux même des informations au sujet de leur état de santé » « Quand les patients cherchent de l'information médicale de leur propre chef, c'est davantage source de confusion que d'aide »

Figure 8 – Items accessoires

On distingue dans le e-PPOS deux grands ensemble d'items, selon s'ils sont axés sur la communication, le recueil d'information, la compréhension : « *Caring* », ce sont les items **#1** à **#9** ; ou s'ils sont axés sur le rapport au pouvoir, le partage de décision, la relation de confiance : « *Sharing* ». Ce sont les items **#10** à **#18**.

2.1.3. Protocole

Est demandé au participant de préciser le temps depuis son obtention du diplôme de Docteur en Chirurgie-Dentaire, son lieu d'exercice ainsi que le nombre de praticiens y travaillant, la présence ou non de personnel assistant, le nombre de patients reçus par semaine ainsi que le nombre de jours travaillés par semaine, d'où sera extrapolé le nombre de patients reçus par jour.

Les réponses sont recueillies en utilisant une échelle de Likert en 5 points. Cette simplification a été choisie par rapport au PPOS original (échelle symétrique en 6 points) pour les besoins des entretiens oraux : à la suite des entretiens tests, il est apparu nécessaire d'apporter une option « *Neutre* », supprimer un niveau permettant ainsi de classer le participant plus naturellement.

Item	Fortement en désaccord	Désaccord modéré	Neutre	Accord modéré	Fortement d'accord	Score
	5	4	3	2	1	/5
#1						
#2						
...						
#18						

Figure 9 – Grille d'évaluation du e-PPOS

Les entretiens sont menés de telle manière que le participant se voit expliquer brièvement le sujet et la méthode de l'étude, puis énoncer chaque item séparément et de manière neutre, dans l'ordre présenté plus haut (*Figure 7 – e-PPOS*). Le participant se voit donner la possibilité d'argumenter sa réponse et, si nécessaire, de la préciser en s'appuyant sur les 8 items accessoires.

2.1.4. Variables mesurées

A l'issu de l'entretien, le participant se voit attribuer :

- un Score *Total* : « T » sur 90, divisible par 18 pour le ramener sur 5
- un Score *Caring* : « C » sur 45, divisible par 9 pour le ramener sur 5
- un Score *Sharing* : « S » sur 45, divisible par 9 pour le ramener sur 5

Il sera donc possible à ce stade :

- de comparer les scores T, C et S obtenus par les participants
- de comparer ces 3 scores T, C et S pour un même participant ou groupe de participants (en les ayant auparavant ramenés à un score par item répondu, sur 5)
- de comparer les scores T, C et S obtenus par les différents sous-groupes selon :
 - o le sexe (homme ou femme)
 - o le temps depuis l'obtention du diplôme (groupes A, B, ou C ; voir *Figure 5 – Caractéristiques de notre échantillon, p. 46*)
 - o les modalités d'exercice (présence/absence de confrères et de personnel assistant au cabinet)
 - o le volume de travail (nombre de patients vus par jour et par semaine, nombre de jours travaillés)

Pour chacun des 18 items, ces variables quantitatives pourront être associées avec :

- La moyenne, la médiane et la variance des scores obtenus pour chaque item
- La répartition des réponses selon une dichotomie « d'accord avec l'item » / « pas d'accord », et donc l'orientation de l'item
- La fréquence des réponses extrêmes « fortement d'accord » et « fortement en désaccord » ainsi que celle des réponses « neutre »
- Les éléments de réponse qualitatifs relevés, que ce soit par leur contenu ou par leur fréquence.

2.2. Résultats

2.2.1. Résultats Quantitatifs

Les pages 60 à 62 rapportent la base de données obtenue à l'issue des entretiens.

	Score T (Total)	Score C (Caring)	Score S (Sharing)
Moyenne	3,16	3,43	2,88
Valeur minimale	2,22	2,44	1,67
Valeur maximale	3,83	4,33	4,00
Variance	0,17	0,21	0,31
Médiane	3,22	3,44	2,78
Alpha de Cronbach*	0,53	0,34	0,41

Figure 10 – Résultats Quantitatifs Globaux.

Un score T, C ou S plus élevé tend à indiquer une orientation plus centrée sur la personne

* : L'alpha de Cronbach est une mesure de la cohérence interne du questionnaire (voir 3.2. *Limites de l'étude*)

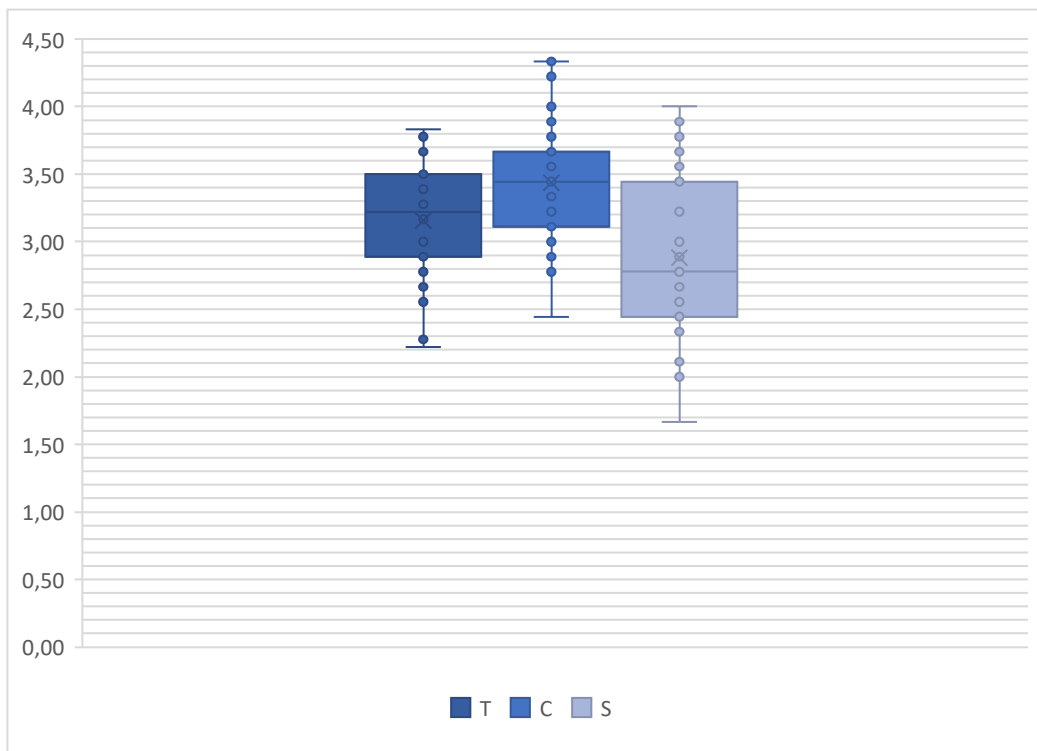


Figure 11 – Répartition globale des scores

La répartition de chacun des trois scores T, C et S représentée dans le diagramme en boîtes en *Figure 11* nous permet de déterminer les scores extrêmes :

	T	C	S
1^{er} quartile	> 3,50	> 3,67	> 3,44
4^{ème} quartile	< 2,89	< 3,11	< 2,44

Figure 12 – Répartition des scores extrêmes

Numéro de participant	Sexe	Patients/jour	Jours travaillés /semaine	Patients/semaine	Présence de confrères ?	Présence de personnel assistant ?	Lieu d'exercice	Groupe d'âge	T	C	S
1	H	12	3	30	non	oui	PU	A	3,56	4,33	2,78
2	H	15	4	60	non	oui	PU	A	3,39	3,33	3,44
3	H	15	3	45	non	oui	R	B	3,50	4,33	2,67
4	F	13	4,5	45	oui	oui	V	C	2,94	3,11	2,78
5	H	12	3	30	non	oui	R	A	3,39	3,89	2,89
6	H	8	3	30	non	oui	PU	B	2,89	3,44	2,33
7	F	15	4	50	non	oui	V	B	3,00	3,56	2,44
8	F	10	5	50	oui	non	R	C	3,22	3,00	3,44
9	F	25	3,5	70	non	oui	V	C	3,83	3,78	3,89
10	F	11	4	40	non	oui	PU	B	3,33	3,67	3,00
11	F	12	4	50	oui	oui	V	A	2,56	2,78	2,33
12	H	12	3	30	non	oui	R	A	3,17	3,11	3,22
13	F	20	4	80	non	oui	V	B	3,06	3,44	2,67
14	H	15	4	60	non	oui	R	A	2,78	3,00	2,56
15	F	20	3,5	70	non	oui	V	C	3,56	3,44	3,67
16	H	30	3,5	100	oui	oui	R	B	2,94	3,22	2,67
17	H	15	4	60	non	oui	R	C	2,94	3,22	2,67
18	H	12	3,5	50	non	oui	PU	A	3,39	3,78	3,00
19	F	8	2,5	20	non	oui	V	A	3,28	3,56	3,00
20	F	10	4	40	non	non	V	A	3,50	3,56	3,44
21	H	15	5	75	oui	non	R	C	2,83	2,78	2,89
22	F	25	4,5	110	non	oui	R	C	2,94	3,33	2,56
23	H	20	4,5	100	oui	oui	R	C	2,67	2,89	2,44
24	F	10	4	35	oui	oui	R	B	3,78	4,00	3,56
25	F	15	4	60	oui	oui	PU	B	3,67	3,56	3,78
26	F	10	4	40	non	oui	PU	B	3,33	4,22	2,44
27	H	7	5	35	oui	non	V	C	3,83	3,67	4,00
28	F	13	3,5	45	non	oui	R	A	3,33	3,67	3,00
29	H	15	4,5	70	non	oui	PU	C	2,22	2,78	1,67
30	F	15	4	60	non	oui	R	A	2,28	2,44	2,11
31	H	15	4,5	70	oui	non	PU	B	2,78	3,56	2,00

Figure 13 – Détails des résultats quantitatifs

Numéro de participant	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18
1	4	5	5	4	3	5	5	5	3	3	2	4	2	2	4	4	2	2
2	1	5	5	4	3	4	2	5	1	5	1	5	4	2	5	4	4	1
3	5	5	4	5	4	3	5	5	3	5	4	2	2	1	5	2	2	1
4	2	4	2	5	5	2	2	5	1	1	1	2	5	5	2	3	5	1
5	4	5	5	5	1	5	5	4	1	5	2	4	1	1	2	5	5	1
6	4	5	5	3	1	2	5	5	1	4	1	2	1	2	2	5	3	1
7	5	5	5	4	1	2	4	5	1	5	2	2	4	1	1	4	2	1
8	1	3	5	5	1	4	5	2	1	5	2	5	3	2	2	4	4	4
9	5	5	3	4	4	2	5	5	1	5	3	4	3	3	4	5	4	4
10	5	5	4	5	1	4	5	3	1	5	4	2	3	4	4	1	2	2
11	1	4	3	4	1	1	5	5	1	2	2	2	3	1	1	4	5	1
12	2	2	5	4	1	5	4	4	1	4	2	5	2	4	2	4	2	4
13	4	5	4	4	1	2	5	5	1	1	2	5	2	1	1	4	4	4
14	2	5	2	5	2	2	4	4	1	5	2	2	4	2	2	3	2	1
15	2	4	5	4	2	2	5	5	2	4	3	4	3	1	4	4	5	5
16	2	4	2	5	4	2	4	5	1	1	2	2	2	4	2	5	5	1
17	3	4	4	5	2	1	5	4	1	3	5	1	3	4	2	2	3	1
18	3	5	4	5	2	4	5	4	2	5	4	5	4	1	1	3	2	2
19	2	5	4	3	5	5	5	2	1	1	5	3	4	5	1	5	2	1
20	3	5	3	4	2	3	5	5	2	4	3	3	4	5	2	4	4	2
21	2	5	1	5	4	1	3	2	2	5	3	3	3	1	1	2	3	5
22	1	5	3	4	4	1	3	5	4	2	4	3	1	1	1	4	5	2
23	2	4	1	3	2	4	4	5	1	5	1	1	3	2	4	3	2	1
24	2	5	4	4	2	5	5	5	4	5	4	3	1	5	2	5	4	3
25	2	5	4	5	1	3	5	4	3	4	5	4	3	4	1	4	5	4
26	4	5	4	4	5	5	5	5	1	1	4	5	3	1	1	2	4	1
27	5	3	5	5	2	2	4	5	2	5	4	3	3	5	5	5	4	2
28	4	5	5	3	1	4	5	5	1	4	1	5	3	5	1	4	2	2
29	1	3	4	5	2	1	3	5	1	1	1	1	2	1	1	2	5	1
30	2	5	2	2	1	2	2	5	1	4	1	2	2	1	2	4	2	1
31	3	5	1	5	5	5	2	5	1	1	1	4	1	1	1	5	2	2

Figure 14 – Détail des résultats quantitatifs item par item 1/2

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18
Moyenne	2,84	4,52	3,65	4,26	2,42	3,00	4,23	4,45	1,55	3,55	2,61	3,16	2,71	2,52	2,23	3,71	3,39	2,06
Variance	1,81	0,64	1,71	0,64	2,05	2,06	1,14	0,89	0,83	2,57	1,79	1,75	1,11	2,57	1,85	1,24	1,53	1,74
Médiane	2,00	5,00	4,00	4,00	2,00	3,00	5,00	5,00	1,00	4,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	4,00	4,00	2,00

Figure 15 – Détail des résultats quantitatifs item par item 2/2

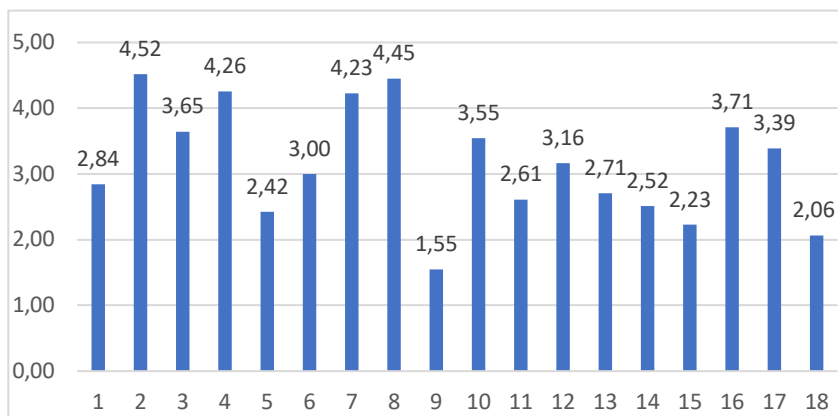


Figure 16 – Moyenne des scores obtenus à chaque item

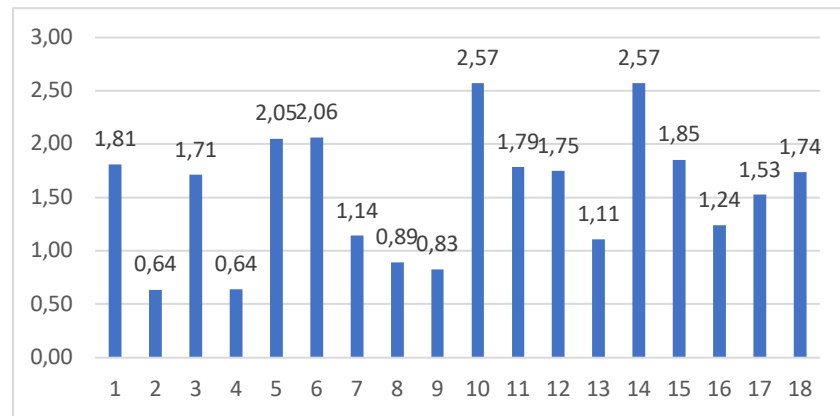


Figure 17 – Détail des variances item par item

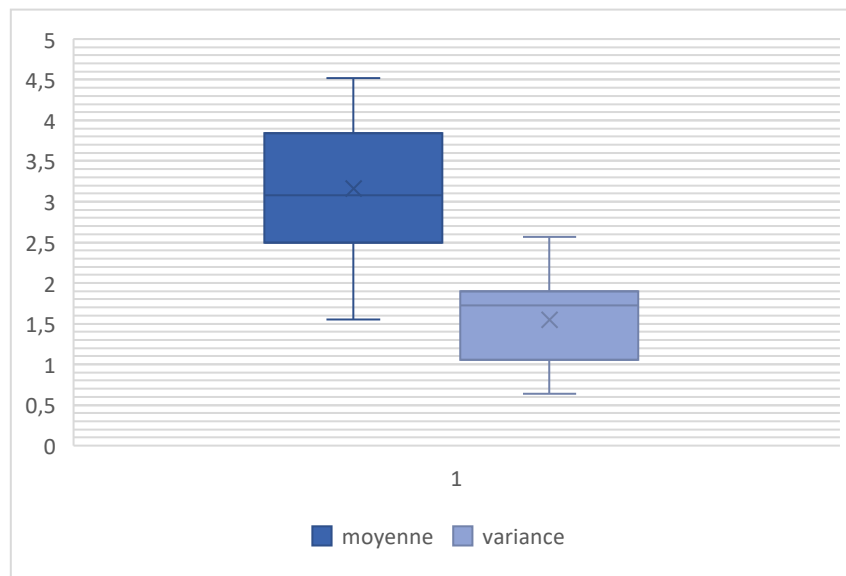


Figure 18 – Répartition des scores moyens par item

Comme représenté dans le diagramme en boîtes en *Figure 18*, la répartition des résultats permet de distinguer plusieurs types d'items (*Figure 15*) :

- Selon la moyenne :
 - o Items aux scores hauts (moyenne > 3,84/5) avec lesquels les participants étaient majoritairement en désaccord : **#2, #4, #7, #8**.
 - On constate que ce sont tous des items « *Caring* »
 - Ils portent notamment sur l'intérêt des participants au sujet des facteurs intrinsèques du patient
 - **#2** : Les chirurgiens-dentistes sont suffisamment formés à la communication avec le patient
 - **#4** : Une discussion approfondie avec le patient est chronophage et peu informative.
 - **#7** : Il n'est pas si important que ça de connaître le mode de vie d'un patient afin de traiter sa maladie
 - **#8** : Si l'outil principal d'un praticien est d'être ouvert et chaleureux, il n'aura pas beaucoup de succès ou ne sera pas respecté par ses patients.
 - o Items aux scores bas (moyenne < 2,50) avec lesquels les participants étaient majoritairement d'accord : **#5, #9, #15, #18**
 - 2 items *Caring*, 2 items *Sharing*

- Il est notable qu'ils portent tous sur la perception par les participants du rapport au soin de leurs patients : les coûts, le besoin d'information, la compliance :
 - **#5** : Il est facile et naturel d'aborder le sujet de l'argent avec le patient.
 - **#9** : La plupart des patients n'aiment pas aller chez le dentiste.
 - **#15** : Les patients ne savent pas correctement s'informer par eux-mêmes.
 - **#18** : Le patient doit toujours être conscient que le praticien est aux commandes.
- Selon la variance :
 - Items sujets à consensus (variance < 1,06) : **#2, #4, #8, #9**
 - On constate que ce sont tous des items « *Caring* » à scores extrêmes (moyenne > 3,84/5 ou < 2,50/5)
 - **#2** : Les chirurgiens-dentistes sont suffisamment formés à la communication avec le patient.
 - **#4** : Une discussion approfondie avec le patient est chronophage et peu informative
 - **#8** : Si l'outil principal d'un praticien est d'être ouvert et chaleureux, il n'aura pas beaucoup de succès ou ne sera pas respecté par ses patients.
 - **#9** : La plupart des patients n'aiment pas aller chez le dentiste.
 - Items sujets à débat (variance > 1,9) : **#5, #6, #10, #14**
 - 2 items « *Caring* », 2 items « *Sharing* »
 - 3 d'entre eux portent notamment sur l'aspect financier de la profession :
 - **#5** : Il est facile et naturel d'aborder le sujet de l'argent avec le patient.
 - **#6** : Le système de santé et de remboursement actuel est un obstacle à la bonne pratique.
 - **#14** : Le dentiste libéral est un entrepreneur comme un autre.

- Le dernier porte sur le rapport au contrôle de l'échange entre praticien et patient :
 - **#10 : Le dentiste est celui qui devrait décider des sujets abordés durant la consultation.**

A l'aide du test de *Wilcoxon – Mann Whitney*, nous avons pu mettre en valeur plusieurs corrélations statistiquement significatives à $p < 0,05$ et $p < 0,01$.

- **Sexe :**

- La seule différence statistiquement significative observable concerne l'Item **#4 : Hommes (4,53) > Femmes (4,00) à $p < 0,05$;**

	n	T	C	S	item 4
Hommes	15	3,09	3,42	2,75	4,53
Femmes	16	3,23	3,44	3,01	4,00
p-value		0,32	0,71	0,27	0,049

Figure 19 – Comparaison selon le sexe

On observe ainsi que les hommes ont un score à l'item **#4 (« Une discussion approfondie avec le patient est chronophage et peu informative »)** statistiquement supérieur à celui des femmes.

Les différences observables entre les 2 groupes pour les autres items ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0,1$)

- **Volume de travail :**

- patients/jour : tendance à ce que *Caring* soit supérieur pour les praticiens voyant **12 patients par jour ou moins** (C = 3,62) par rapport aux praticiens voyant **plus de 12 patients** (C = 3,30) ; ainsi que pour les praticiens voyant **moins de 15 patients par jour (C = 3,59)** par rapport aux praticiens voyant **15 patients ou plus** (C = 3,29) à **0,06 > p > 0,05**.

Patients/jour	n	T	C	S
12 ou moins	13	3,32	3,62	3,03
Plus de 12	18	3,04	3,30	2,77
p-value		0,08	0,051	0,19

Figure 20 – Comparaison selon le nombre de patients vus par jour 1/2

Patients/jour	n	T	C	S
Moins de 15	15	3,3	3,59	3,01
15 ou plus	16	3,02	3,29	2,76
p-value		0,11	0,057	0,14

Figure 21 – Comparaison selon le nombre de patients vus par jour 2/2

o patients/semaine :

▪ Caring supérieur :

- Pour les participants recevant **moins de 60 patients/semaine** (C=3,63) par rapport à ceux recevant **60 patients ou plus** (C=3,20) à **p < 0,01** ;

Patients/semaine	n	T	C	S
Moins de 60	17	3,29	3,63	2,96
60 ou plus	14	2,99	3,20	2,79
p-value		0,07	0,009	0,33

Figure 22 – Comparaison selon le nombre de patients vus par semaine 1/3

- Pour les participants recevant **moins de 50 patients par semaine** (C=3,74) par rapport à ceux en recevant **plus de 60** (C=3,25) à **p < 0,05** ;

Patients/semaine	n	Total	Caring	Sharing
Moins de 50	13	3,37	3,74	3,01
Plus de 60	9	2,98	3,25	2,72
p-value		0,044	0,013	0,18

Figure 23 – Comparaison selon le nombre de patients vus par semaine 2/3

- Pour les participants recevant **45 patients par semaine ou moins** (C=3,74) par rapport à ceux en recevant **entre 46 et 70** (C=3,25) à **p < 0,05** ;

Patients/semaine	n	Total	Caring	Sharing
45 ou moins	13	3,37	3,74	3,01
Entre 46 et 70	13	3,05	3,25	2,85
p-value		0,14	0,011	0,5

Figure 24 – Comparaison selon le nombre de patients vus par semaine 3/3

- Total plus élevé pour les participants recevant **moins de 50 patients par semaine** (T=3,37) par rapport à ceux en recevant **plus 60** (T=3,05) à **p < 0,05** (Figure 23) ;

- Jours travaillés/semaine :
 - Caring plus élevé pour les participants travaillant **moins de 4 jours** (C=3,69) par rapport à ceux travaillant **plus de 4 jours** (C=3,14) à **p = 0,01** ;
 - Total plus élevé pour les participants travaillant **moins de 4 jours** (T=3,35) par rapport à ceux travaillant **plus de 4 jours** (T=2,93) à **p < 0,05** ;

Jours travaillés/semaine	n	T	C	S
x : moins de 4	11	3,35	3,69	3,01
y : 4	12	3,13	3,40	2,87
z : plus de 4	8	2,93	3,14	2,72
p-value :				
x vs y		0,28	0,17	0,37
y vs z		0,25	0,23	0,7
x vs z		0,025	0,01	0,26

Figure 25 – Comparaison selon le nombre de jours travaillés par semaine

- **Age :**
 - Caring plus élevé pour les praticiens du **groupe B (entre 10 et 25 ans d'expérience)** (C=3,70) par rapport aux praticiens du **groupe C (plus de 25 ans d'expérience)** (3,20) à **p < 0,05** ;
 - Caring plus élevé pour les praticiens des **groupes A et B (moins de 25 ans d'expérience)** (C=3,54) par rapport aux praticiens du **groupe C (plus de 25 ans d'expérience)** (C=3,20) à **p < 0,05** ;

Temps depuis l'obtention du diplôme	n	T	C	S
A	11	3,15	3,40	2,89
B	10	3,23	3,70	2,76
C	10	3,10	3,20	3,00
A+B	21	3,19	3,54	2,83
p-value :				
A vs B		0,91	0,3	0,41
B vs C		0,54	0,014	0,32
A vs C		0,78	0,32	0,83
A+B vs C		0,6	0,046	0,48

Figure 26 – Comparaison selon le temps depuis obtention du diplôme par le participant

- **Lieu d'exercice** : pas de différence statistiquement significative observable

Lieu	n	T	C	S
PU	9	3,17	3,63	2,72
R	13	3,06	3,30	2,82
V	9	3,28	3,43	3,14
p-value :				
PU vs R		0,44	0,14	0,74
R vs V		0,18	0,4	0,28
PU vs V		0,69	0,39	0,25

Figure 27 – Comparaison selon le lieu d'exercice

- **Conditions d'exercice** :

- o Présence de confrères au cabinet : pas de différence statistiquement significative observable

	n	Total	Caring	Sharing
non	21	3,17	3,52	2,83
oui	10	3,12	3,26	2,99
p-value		0,51	0,15	0,66

Figure 28 – Comparaison selon la présence de confrères ou non

- o Présence de personnel assistant au cabinet : pas de différence statistiquement significative observable

	n	Total	Caring	Sharing
non	5	3,23	3,31	3,16
oui	26	3,14	3,46	2,83
p-value		0,87	0,63	0,28

Figure 29 – Comparaison selon la présence de personnel assistant

Dans les pages suivantes, nous exposerons les réponses aux items selon une dichotomie « d'accord » / « en désaccord ». Ainsi les réponses données par les participants seront considérées :

- Négatives : si le score obtenu à l'item est > 3 (participant en désaccord)
- Positives : si le score obtenu à l'item est < 3 (participant en accord)
- Neutre : si le score obtenu à l'item est égal à 3

Les items **#5**, **#6** et **#11** étant inversés, pour simplifier la lecture de la *Figure 30* à la *Figure 33* en gardant une orientation homogène pour l'ensemble des items, leur transformation en réponse négative, positive ou neutre sera également inversée :

- Si le participant est d'accord avec l'un de ces 3 items, la réponse est considérée négative (score > 3)
- Si le participant est en désaccord avec l'un de ces 3 items, la réponse est considérée positive (score < 3)

Ainsi dans l'esprit du PPOS original, une réponse négative à l'item signe une orientation plutôt « *centrée sur le patient* » et une réponse positive signe une orientation plutôt « *centrée sur le dentiste* ».

Les valeurs remarquables seront mises en gras.

Nombre de réponses :	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9
négatives	11	27	20	26	9	13	24	27	2
positives	16	1	7	1	20	15	4	3	26
neutres	4	3	4	4	2	3	3	1	3
négatives extrêmes	5	21	10	14	4	7	18	21	0
positives extrêmes	5	0	3	0	11	5	0	0	21

Figure 30 – Répartition des réponses aux items « Caring ». Nombre de réponses

% :	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9
négatives	35,5	87,1	64,5	83,9	29,0	41,9	77,4	87,1	6,5
positives	51,6	3,2	22,6	3,2	64,5	48,4	12,9	9,7	83,9
neutres	12,9	9,7	12,9	12,9	6,5	9,7	9,7	3,2	9,7
négatives extrêmes	16,1	67,7	32,3	45,2	12,9	22,6	58,1	67,7	0,0
positives extrêmes	16,1	0,0	9,7	0,0	35,5	16,1	0,0	0,0	67,7

Figure 31 – Répartition des réponses aux items « Caring ». Pourcentage de réponses

Les items Caring dont les réponses ont globalement été orientées vers le patient sont donc les **#2** (« Les chirurgiens-dentistes sont suffisamment formés à la communication avec le patient »), **#3** (« La partie la plus importante d'une consultation standard est l'examen clinique »), **#4** (« Une discussion approfondie avec le patient est chronophage et peu informative »), **#7** (« Il n'est pas si important que ça de connaître le mode de vie d'un patient afin de traiter sa maladie ») et **#8** (« Si l'outil principal d'un praticien est d'être ouvert et chaleureux, il n'aura pas beaucoup de succès ou ne sera pas respecté par ses patients »).

Les items Caring dont les réponses ont globalement été orientées vers le dentiste sont donc les **#1** (« Les compétences techniques et diagnostiques sont plus importantes que les compétences de communication »), **#5** (« Il est facile et naturel d'aborder le sujet de l'argent avec le patient ») et **#9** (« La plupart des patients n'aiment pas aller chez le dentiste »)

L'item **#6** (« Le système de santé et de remboursement actuel est un obstacle à la bonne pratique »), dont nous avons l'hypothèse qu'il n'était pas corrélé avec une opinion ACP obtient des réponses assez équilibrées.

Nombre de réponses :	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18
négatives	20	10	13	7	11	8	21	16	7
positives	9	17	12	12	19	23	6	12	23
neutres	2	4	6	12	1	0	4	3	1
négatives extrêmes	13	3	3	1	6	3	8	8	2
positives extrêmes	7	8	7	5	13	12	1	0	15

Figure 32 – Répartition des réponses aux items « Sharing ». Nombre de réponses

% :	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18
négatives	64,5	32,3	41,9	22,6	35,5	25,8	67,7	51,6	22,6
positives	29,0	54,8	38,7	38,7	61,3	74,2	19,4	38,7	74,2
neutres	6,5	12,9	19,4	38,7	3,2	0,0	12,9	9,7	3,2
négatives extrêmes	41,9	9,7	9,7	3,2	19,4	9,7	25,8	25,8	6,5
positives extrêmes	22,6	25,8	22,6	16,1	41,9	38,7	3,2	0,0	48,4

Figure 33 – Répartition des réponses aux items « Sharing ». Pourcentage de réponses

Les items Sharing dont les réponses ont globalement été orientées vers le patient sont donc les **#10** (« Le dentiste est celui qui devrait décider des sujets abordés durant la consultation »), **#16** (« Quand un patient marque un désaccord avec son praticien, c'est un signe de manque de respect ou de confiance »), et **#17** (« Arranger le patient ou « rendre service » est souvent synonyme de mauvaise qualité de soin.»)

Les items Sharing dont les réponses ont globalement été orientées vers le dentiste sont donc les **#11** (« Les patients devraient être traités comme s'ils étaient partenaires avec le dentiste, égaux en pouvoir et statut »), **#14** (« Le dentiste libéral est un entrepreneur comme un autre »), **#15** (« Les patients ne savent pas correctement s'informer par eux-mêmes ») et **#18** (« Le patient doit toujours être conscient que le praticien est aux commandes »)

Les items **#12** (« C'est souvent mieux pour les patients si on ne rentre pas dans les détails en expliquant ») et **#13** (« Les patients préfèrent être rassurés plutôt qu'informés au sujet de leur état ») obtiennent des réponses assez équilibrées.

2.2.1. Résultats qualitatifs

Nous détaillerons dans cette partie l'ensemble des réponses données par les praticiens testés. Les items ayant aussi été évalués quantitativement, nous illustrerons les résultats à la lumière de leur distribution globale. Certaines réponses ou parties de réponses, ayant été jugées pertinentes pour illustrer l'avis de groupes de participants, seront également citées.

#1 : Les compétences techniques et diagnostiques sont plus importantes que les compétences de communication.

La moyenne des scores obtenue est de **2,84/5**. La variance est de **1,81**

Une petite majorité des participants, soit **51,6%**, donnent une réponse favorable à cet item, estimant donc que les compétences techniques prévalent sur les compétences de communication dans leur exercice. Au sein de cette majorité, il est notable que certains participants extrapolent les attentes de leurs patients depuis leurs attentes de professionnel. Ils associent également l'aspect de communication à la « publicité » dont ils font l'objet en dehors de la salle de soin, soit la communication dont ils ne sont pas eux-mêmes acteurs :

« A titre personnel je préfère quelqu'un de compétent plutôt qu'un vendeur de rêves. La communication n'est importante qu'à court terme : ce que va retenir le patient, c'est s'il y a eu de bons résultats. Si le patient est satisfait du technique, la communication se fera toute seule par le bouche à oreilles »

Participant #22

35,5% considèrent au contraire la communication primordiale. Ils mettent en avant la nécessité de qualités humanistes, les estimant recherchées par leurs patients, reliées à la réussite du traitement et donc à la base de leur exercice :

« Si tu as une mauvaise communication malgré un bon diagnostic tu auras un résultat moins favorable pour le patient. Il se fout qu'on soit bon, il n'a pas les connaissances pour en juger. Ce qu'il retiendra c'est si on a été chaleureux. Il est fréquent de voir des dentistes qui travaillent mal d'un point de vue données acquises de la science, mais qui sont adorés par leurs patients »

Participant #6

Parmi les éléments favorisés par une bonne communication, ces participants notent l'amélioration de la compliance, du suivi du patient, ainsi que la capacité d'adaptation du praticien à un éventail de personnalités plus large.

12,9% donnent une réponse neutre, et disent considérer ces deux compétences à parts égales, estimant dommageable l'absence de l'une d'elles :

« Pour moi le technique est plus important. Mais quand on pose la question aux patients, les aspects importants qui reviennent sont la gestion de la douleur, la communication, la gentillesse, ce genre de choses »

Participant #24

#2 : Les dentistes sont suffisamment formés à la communication avec le patient.

La moyenne des scores obtenue est de **4,52/5**. La variance est de **0,64**.

L'extrême majorité des participants est fortement en désaccord avec cet item : **87,1%** de réponses négatives, dont 67,7% de réponses extrêmes.

Ils ont des avis très critiques concernant la formation initiale, qu'ils jugent insuffisante, incomplète ou inexistante. Outre ce constat, ils ont pour certains fait appel à des formations supplémentaires, que ce soit pour la communication avec le patient comme avec leurs personnels ou confrères.

La plupart estiment que leur apprentissage de la communication s'est fait et continue de se faire par l'expérience :

« On apprend sur le tas, dès les premiers remplacements. On n'est pas assez formés, mais on ne peut pas l'être car (...) il faut que les problèmes t'arrivent pour apprendre à les gérer »

Participant #1

« Ça ne rentre pas seulement dans le cadre de ton métier, ton expérience de la vie joue également. Amener le patient vers la solution idéale, désamorcer les difficultés, comprendre ce que les gens ont dans la tête, ça ne s'arrête pas au cabinet dentaire »

Participant #24

Des participants considèrent que la personnalité du praticien est le facteur d'influence principal, et peuvent même se montrer fatalistes :

« On l'a ou on ne l'a pas, ça ne s'apprend pas trop. Si tu te planques derrière les profs toute la clinique forcément tu n'apprends rien. Ça dépend de toi, de si t'es à l'aise à la base »

Participant #12

Que ce soit par l'expérience ou la personnalité, ces participants expriment la croyance que les compétences de communication ne peuvent s'acquérir par le cursus universitaire théorique.

Enfin, des participants mentionnent que l'échange entre confrères, ou l'observation de praticiens plus expérimentés, sont des moyens importants de se former à la communication.

#3 : La partie la plus importante d'une consultation standard d'un nouveau patient est l'examen clinique.

La moyenne des scores obtenue est de **3,65/5**. La variance est de **1,71**

Une forte majorité (**64,5%**) donne une réponse négative à cet item et privilégie l'entretien avec le patient à l'examen clinique proprement dit. Que ce soit pour cerner le patient, connaître son historique médical et son motif de consultation, ou le mettre en confiance et l'accueillir, ils disent orienter la consultation depuis la discussion avec le patient, que l'examen clinique ne vient que soutenir. Parmi ceux mettant le plus en avant leur rôle d'accueil, certains précisent ressentir une forte demande d'écoute de leurs patients :

« L'examen ne vient que soutenir la demande du patient. Ce qu'ils cherchent en premier, c'est être écoutés. Même si nous on s'en fout, que ça n'a pas de pertinence clinique »

Participant #6

« L'écoute des motifs du patient est souvent même plus importante que le motif de consultation annoncé. Il est important de s'asseoir avec lui autour d'un bureau et de l'entendre, ce sont ces 10-15 premières minutes qui comptent vraiment. Il faut rassurer, montrer qu'on va résoudre son problème et répondre à ses attentes »

Participant #3

Pour **22,6%** des participants au contraire, la réponse est positive : ils considèrent l'examen clinique prioritaire. Les raisons invoquées sont souvent d'ordre biomédical et technique :

« Il nous faut du visuel, à la différence des médecins. Les patients n'ont pas la connaissance, et comme c'est très technique, souvent ils ne savent même pas ce qu'ils ont »

Participant #23

« Savoir vers où on doit aller est primordial, donc l'examen d'abord. Il faut que la chronologie se fasse dans ce sens, sinon on peut avoir un raisonnement biaisé, si l'examen clinique ne vient qu'après »

Participant #18

A noter, selon plusieurs participants, indifféremment de l'orientation de leur réponse, la personnalité du patient joue un rôle dans la structure de la première consultation :

« Des patients ne supportent pas trop de bla-bla, d'autres sont là pour discuter. Ça m'est déjà arrivé de ne pas toucher un patient et passer les 30 minutes de consultation à parler avec lui, alors que d'autres ne décrochent pas un mot »

Participant #20

#4 : Une discussion approfondie avec le patient est chronophage et peu informative.

La moyenne des scores obtenue est de **4,26/5**. La variance est de **0,64**.

83,9%, soit une très forte majorité, considèrent la discussion incontournable et répondent donc négativement. Les participants mettent en avant son aspect informatif, diagnostique et étiologique, mais aussi l'aspect d'écoute et d'accueil comme à l'item précédent (**#3**).

« Tu perds du temps pour en gagner par la suite car le patient sera en confiance. C'est là-dedans qu'on peut piocher pour réaliser un plan de traitement cohérent et en accord avec les désirs du patient. Notre objectif c'est d'amener le patient à clarifier ses objectifs, et à en établir de nouveaux »

Participant #4

« Des fois ils ont d'abord besoin de se libérer, d'exprimer leur stress. Il y a des cas extrêmes où on est obligés de choisir entre discuter et soigner. L'exercice est difficile entre laisser parler le patient et orienter vers ce qui est pertinent, car les patients ont tendance à mal hiérarchiser, ou font de la rétention d'information ».

Participant #13

Parmi les rares réponses neutres (**12,9%**) ou positives (**3,2%**), certains participants pondèrent l'importance de la discussion en fonction de la « valeur symbolique » des soins :

« Il faut savoir quand y passer le temps, et quand ne pas le faire, c'est patient-dépendant. C'est important de passer du temps par exemple dans le cas de gros devis. Pour les petits soins ça l'est moins. Cette discussion, il en faut une mais pas deux »

Participant #12

Dans l'ensemble, les participants sont cependant très majoritairement d'accord avec l'aspect « chronophage » de la discussion.

#5 : Il est facile et naturel d'aborder le sujet de l'argent avec le patient. (item inversé)

La moyenne des scores obtenue est de **2,42/5**. La variance est de **2,05**.

Ils sont **64,5%** à être en désaccord, exprimant un rapport désagréable à la communication sur les coûts du soin et la considérant presque tabou. 15% se sont même affranchi de cet aspect, le déléguant à leur personnel assistant, ou admettent qu'ils souhaiteraient le faire.

Parmi les explications données à cette gêne, bon nombre mentionnent la culture Française :

« C'est typiquement français. C'est peut-être dû à notre culture judéo-chrétienne, dans laquelle l'argent est mal perçu. On s'embarque dans des détails techniques, de remboursement, de reste à charge... Alors que c'est quelque chose de libérateur, l'argent. Tu payes une prestation, donc tu n'es pas redevable »

Participant #17

Ils la mettent parfois en lien avec leurs ressentis des finances du patient et l'existence d'une certaine fracture sociale, exprimant même parfois un sentiment de culpabilité quand les coûts sont importants :

« Ça pose problème surtout quand le patient n'a pas les moyens. Mais à l'inverse on peut recevoir des patients avec peu de moyens, qui vont quand même décider d'engager des fonds. Dans ce cas je me sens encore plus responsable de la qualité de soin »

Participant #7

29,0% sont d'accord avec l'item : s'ils reconnaissent que la communication sur les coûts du soin est un exercice particulier, ils rationalisent cette gêne ou la gèrent de plusieurs manières :

Certains mentionnent la situation ambivalente de l'exercice libéral, et la nécessité de financer leurs frais pour exercer leur métier :

« Ce n'est pas au praticien d'être gêné par l'argent, ce n'est pas à nous de juger si le montant est un problème. En revanche il faut avoir une politique d'entente financière. Si tu veux bien soigner, tu es obligé de mobiliser des ressources, donc que quelqu'un paye. C'est un maillon nécessaire et indispensable »

Participant #22

D'autres mettent en lien le rapport à la communication sur les coûts avec l'expérience du praticien et son sentiment de légitimité :

« Ce n'est qu'en début de carrière que j'étais gêné avec ça. Ton travail mérite salaire, quand tu considères que tu fais du bon boulot, que tu crois à ce que tu fais, il ne te reste plus qu'à le faire comprendre au patient. »

Participant #12

Des participants mentionnent avoir développé un protocole ou une façon de fonctionner particulière à ce sujet :

« Je n'aime pas parler d'argent pendant le soin : ce sont deux moments différents, j'ai deux endroits distincts pour le faire »

Participant #24

« La problématique de l'argent, c'est qu'il faut en parler rapidement avec le patient. Et je pose la question, « vous-vous attendiez à ça ? ». Il faut que ça soit cohérent, souvent la gêne vient du fait qu'il n'y a pas de cohérence entre les tarifs et les moyens du patient »

Participant #3

Certains relèvent la situation propre aux soins dentaires en France, et leur perception d'une image négative que le chirurgien-dentiste posséderait dans l'imaginaire collectif :

« Souvent les soins dentaires ne sont pas une priorité pour leurs bourses et c'est source de conflit. Les gens n'ont pas le rapport au coût des soins, comme tout est remboursé sauf nous. Ils ne voient pas leurs dents, ce n'est pas couvert par la sécu, il y a un sentiment d'injustice »

Participant #23

« C'est bien connu, le dentiste est un voyou qui fait mal et coûte cher. On a cette apparence. Alors que c'est l'inverse ! C'est de ne pas venir nous voir qui coûte cher, ne pas faire les contrôles et l'entretien. Quand les gens sont rattrapés par leurs négligences, ils les oublient facilement »

Participant #26

#6 : Le système de santé et de remboursement actuel est un obstacle à la bonne pratique. (item inversé)

La moyenne des scores obtenue est de **3,00/5**. La variance est de **2,06**. L'absence de lien observable entre le score obtenu par les participants à cet item et leurs scores T, C, et S est cohérente avec l'hypothèse de départ, selon laquelle l'opinion du participant au sujet de cet item n'a pas de lien avec son orientation ACP ou non.

41,9% des participants ne sont pas d'accord avec cet item, mettant en avant les qualités du système de santé actuel notamment au sujet de l'accès au soin (mentionné dans 29% des cas), et se satisfont des réformes récentes en matière de prise en charge :

« On est quand même chanceux en France, il ne faut pas rigoler. Les gens peuvent se faire soigner en majorité. Et ça nous permet de faire beaucoup d'actes que les patients ne pourraient pas s'offrir sinon. En plus depuis que les soins ont été revalorisés avec le RAC0 (« Reste à Charge Zéro », nouvelle convention de remboursement, ndlr), c'est plus conservateur »

Participant #15

48,4% des participants sont d'accord avec cet item, se montrant systématiquement critiques au sujet de l'incohérence entre les tarifs de soin et l'importance perçue de ces soins :

- en termes de coût de réalisation, que ce soit financier ou de temps : ils déplorent le déséquilibre entre la rémunération des soins conservateurs (endodontie notamment), et le temps ou l'importance des moyens à mettre en place pour en assurer la réalisation ; ils comparent la faiblesse de cette rémunération à celle des restaurations indirectes, plus importante, et d'exécution moins chronophage.
- en termes d'impact attendu sur la santé publique : ils déplorent le fait que la prévention ne soit pas valorisée financièrement, ainsi que l'absence en France d'hygiénistes dentaires.
- en termes d'induction de dérives par rapport aux données acquises de la science : des critiques portent notamment sur les dissonances entre ces dernières et le RAC0, que ces participants considèrent à l'opposé des principes d'économie tissulaire dans le sens où il inciterait le patient à se tourner vers les soins les mieux remboursés et non pas vers les plus adaptés.

« Après si les gens veulent du compromis, je leur explique que ce sera du compromis. Le paradoxe du système de santé, c'est qu'il peut nous induire à faire des choix qui ne sont pas les meilleurs pour la santé »

Participant #24

S'ils ne sont pas forcément d'accord avec l'item **#6**, près de la moitié se disent en revanche contraints de déployer des moyens pour pallier aux faiblesses du système de santé.

On peut résumer ces moyens en trois axes que sont rapidité, qualité et coût :

- prendre sur leur temps, ou accepter de travailler à perte
- travailler plus vite au détriment de la qualité, ce qui soulève des questions éthiques :

« Des fois, on doit se résigner à faire des choses dont on n'est pas fiers, à cause de la nécessité d'aller vite pour respecter le planning ou travailler le moins à perte possible »

Participant #11

- effectuer du dépassement d'honoraires :

« Heureusement, on a encore la possibilité de faire du HN (Hors Nomenclature, dépassements non pris en charge par la CCAM), ce qui nous permet de bien bosser quand on le veut. Il ne faut pas avoir peur de dépasser, sinon on ne peut rien faire. Je me sens plus libre avec cette manière de faire »

Participant #21

Enfin, une part non négligeable des participants se montre critique du principe de remboursement par un tiers-payeur, et de la perte d'indépendance qu'il entraîne à la fois pour le patient et son praticien. Ces participants considèrent l'action de payer comme faisant également partie de la thérapeutique, sous son aspect de responsabilisation et de prise de conscience des coûts.

« Nous ne faisons pas de tiers payant au cabinet, le tiers payant généralisé me fait peur. J'ai l'impression que nous sommes des salariés des mutuelles en devenir. Je suis contre le tiers-payant, payer permet de se rendre compte que la santé a un prix, qu'il faut en prendre soin. Et de justifier du coût du cabinet également »

Participant #16

« Des fois je me dis que s'il n'y avait pas de remboursement, les gens se brosseraient mieux les dents »

Participant #19

#7 : Il n'est pas si important que ça de connaître le mode de vie d'un patient afin de traiter sa maladie.

La moyenne des scores obtenue est de **4,23/5**. La variance est de **1,14**

77,4% des participants répondent négativement à cet item, considérant que le mode de vie du patient fait partie du diagnostic, notamment dans le cadre de maladies chroniques. Ils jugent important d'adresser l'impact du mode de vie sur leurs plans de traitement, et disent rechercher activement les éléments le caractérisant en amont de leurs prises de décision. Ils précisent de plus ne pas être gênés par des aspects de « conventions sociales » pouvant potentiellement empêcher de questionner leurs patients de manière approfondie :

« Pour moi il faudrait tout connaître : leur travail, s'ils font des déplacements, du sport, s'ils grignotent... J'en passe. Tu soignes un patient, pas une dent. Tu as besoin du contexte »

Participant #8

« Avoir ces éléments en main pour décider est essentiel. Je pose beaucoup de questions, même si elles peuvent être gênantes. Il faut être diplomate, ne pas juger et mettre en avant que c'est pour le traitement »

Participant #28

9,7% sont plus modérés et choisissent la neutralité, ou ne voient pas de nécessité de se montrer intrusifs pour **12,9%**. Les participants répondant positivement à cet item souhaitent pour la plupart garder une distance et ne pas se montrer trop indiscrets. Soit ils mettent en avant le rôle d'éducateur du dentiste, sous-entendant que le mode de vie importe peu si leur rôle de pédagogue est bien rempli ; soit se montrent pessimistes au sujet de leur capacité à impacter la vie du patient dans le temps qu'il leur est imparti :

« On ne peut pas changer la vie de la personne en face, on ne peut pas y prétendre. Ça fait partie de leur éducation aussi, et on ne peut pas la faire à leur place. Moi en tout cas je n'ai pas le temps »

Participant #21

#8 : Si l'outil principal d'un praticien est d'être ouvert et chaleureux, il n'aura pas beaucoup de succès ou ne sera pas respecté par ses patients

La moyenne des scores obtenue est de **4,45/5**. La variance est de **0,89**.

87,1% répondent négativement à cet item, les participants considérant pour donc qu'être ouvert et chaleureux est essentiel à la satisfaction du patient et entraîne le succès de la relation patient-praticien. Ces participants mettent en avant la nécessité selon eux de posséder des qualités humaines pour soigner, qu'ils mettent en opposition avec des comportements plus austères ou paternalistes :

« C'est peut-être la manière de se comporter des grands professeurs qui vous fait penser ça ? Les manières amicales sont essentielles au succès au contraire. La compétence sociale et l'empathie sont primordiales, et ça se travaille ce n'est pas inné »

Participant #7

« La chaleur humaine pour moi c'est le facteur principal de la réussite globalement. Les gens attendent ça de nous, qu'on soit rassurants. Il n'y a qu'à regarder les avis des cabinets sur internet, la majorité porte sur des aspects qui n'ont rien à voir avec le technique »

Participant #5

« Être chaleureux ça résout beaucoup de problèmes d'entrée, l'attitude est essentielle. On reçoit des gens en état de souffrance la plupart du temps, il ne faut pas l'oublier, et c'est la première chose que les gens relèvent chez nous »

Participant #3

9,7% voient en revanche une contrepartie négative à l'ouverture et la chaleur :

« On me dit souvent que je suis trop gentil(le), et c'est vrai, j'ai l'impression de me faire bouffer. En soi je pense qu'il faudrait être un peu plus austère »

Participant #19

« Si on est trop gentils, certains saisissent la faille. Que ce soit tes patients ou ton personnel. Il ne faudrait pas non plus être trop proche, que chacun sache où est sa place »

Participant #4

Plus d'un tiers des participants estiment que les valeurs humanistes ne sont pas incompatibles avec le fait de se faire respecter :

« Certains préfèrent qu'on soit sobres et directs, d'autres ont besoin de plus. Ça s'apprend, on développe une « façade de dentiste » et en fonction des personnes, on montre tel ou tel aspect. Tu peux être chaleureux tout en te faisant respecter, il faut rester droit. On ne peut pas non plus tout tolérer »

Participant #15

Une petite partie mentionne également une évolution au cours du temps, ou de la carrière :

« C'est dur d'avoir une constance tout au long de la journée, de la semaine... On fatigue, on est humain »

Participant #11

« Les patients de longue date, des fois ce sont les plus compliqués. On s'attache sans s'en rendre compte et c'est là que les problèmes arrivent »

Participant #8

« Pendant longtemps j'ai pensé qu'il ne fallait rien laisser dépasser, mais tu peux laisser transparaître des choses. Il faut juste maintenir une bienveillance, et que les règles soient claires, sinon on arrête »

Participant #9

#9 : La plupart des patients n'aiment pas aller chez le dentiste.

La moyenne des scores obtenue est de **1,55/5**. La variance est de **0,83**

83,9% répondent positivement à cet item, dont 67,7% de participants fortement d'accord. Ces participants notent que les patients le leur font savoir spontanément, très majoritairement par une phrase type « *Je vous préviens, je n'aime pas le dentiste* », et certains mentionnent un ressenti désagréable ou une lassitude à ce sujet.

« La grande phrase ! Je l'ai entendue quasiment tous les jours depuis que j'ai commencé à travailler. C'est assez lassant d'entendre ça. Oui-oui, je sais que vous ne voulez pas être là, mais ce n'est pas moi qui vous ai appelé. Les gens stressés, agressifs... C'est pesant à la longue, sans qu'on s'en rende vraiment compte parfois »

Participant #6

Les explications données sont souvent en rapport avec l'historique et la personnalité des patients, ou à l'aspect anxiogène des soins dentaires qu'ils ont besoin d'exprimer :

« C'est souvent lié à des traumatismes anciens, à la mauvaise expérience de la douleur, à l'inconscient collectif. Contrairement à la demande esthétique qui est une bonne expérience, ou aux rendez-vous de contrôle quand tout va bien »

Participant #30

« Je vous préviens je ne vous aime pas ; ils pensent faire de l'humour. C'est leur manière d'exprimer leur angoisse, s'ils la gardent en eux on ne pourra pas avancer »

Participant #8

« Les nouveaux patients sont toujours craintifs ou rebutés au début, rarement ceux en cours de soins, ou c'est que la communication est à ajuster »

Participant #26

« C'est l'ignorance souvent, la peur d'avoir mal. Ça s'améliore au fil des séances, ils oublient leur stress, des fois même ils s'endorment sur le fauteuil. Leur perception change et c'est satisfaisant »

Participant #29

Parmi les outils nécessaires à gérer ces situations, beaucoup mentionnent l'humour, la chaleur et l'ouverture :

« Je désamorce toujours, l'humour est important. D'un côté je comprends, alors je les titille « c'est le dentiste ou les soins dentaires que vous n'aimez pas ? ».

Participant #6

« Il y a tout un fantasme autour de notre profession, il faut faire avec, sinon on deviendrait fous. C'est en leur montrant qu'on est à l'opposé de ça qu'ils changent d'avis. »

Participant #21

#10 : Le dentiste est celui qui devrait décider des sujets abordés durant la consultation.

La moyenne des scores obtenue est de **3,55/5**. La variance est de **2,57**.

64,5% répondent négativement et mentionnent leur recherche d'un échange bilatéral, qu'ils cherchent à provoquer en faisant activement participer le patient à la discussion :

« C'est un échange entre 2 personnes. Le dentiste doit FAIRE parler le patient. Parfois ils nous considèrent comme un psy, même si ce n'est pas forcément notre rôle. Le but est de le laisser parler, mais tu peux l'orienter »

Participant #10

« Le patient a des préoccupations qu'on ne discerne pas forcément au premier abord. On peut aiguiller, le canaliser par des questions simples si on a besoin de certaines informations, mais c'est lui qui choisit »

Participant #14

« La première chose c'est quand même de les écouter : qu'est-ce qu'EUX ils veulent. Si leur obsession c'est un truc qui n'est pas important pour nous, il faut se débrouiller pour trouver des solutions. C'est important, dans la démarche de les rendre acteurs de leur traitement »

Participant #24

« Il faut que ça soit bilatéral en permanence. C'est une erreur que je faisais quand j'étais plus jeune : ne pas cerner ce qu'ils veulent et leur faire exprimer. Ils n'osent pas toujours dire les choses, et quand on a trop avancé dans la mauvaise direction il est déjà trop tard »

Participant #9

29,0% répondent positivement : ces participants estiment au contraire qu'il revient au dentiste de mener, mettant en avant leur volonté de ne pas perdre de temps, le manque de connaissance des patients et leur difficulté à hiérarchiser l'importance des informations :

« Des fois j'aimerais pouvoir leur dire de la fermer – même si je ne le fais pas évidemment. C'est bien d'être à l'écoute mais c'est le dentiste qui devrait mener, on n'a pas toute la journée non plus »

Participant #19

« Ils viennent voir un praticien. C'est à lui de dire ce qui va ou pas, c'est lui le professionnel »

Participant #31

#11 : Les patients devraient être traités comme s'ils étaient partenaires avec le dentiste, égaux en pouvoir et statut. (item inversé)

La moyenne des scores obtenue est de **2,61/5**. La variance est de **1,79**.

Une faible minorité juge cette égalité au centre de leur pratique :

« Oui bien sûr. C'était avant cette relation. J'ai pas mal de patients qui sont des amis. C'est important de ne pas avoir la grosse tête »

Participant #14

« Ce sont eux qui décident, c'est leur bouche. Il n'y a pas de pouvoir chez moi, mes patients m'appellent par mon prénom »

Participant #22

Une majorité, soit **54,8%**, estiment que l'égalité, même si souhaitable sous certains aspects, est impossible. Ils mettent en avant une différence de statut et de responsabilité inhérente à la fonction : la position de « *sachant* » du chirurgien-dentiste entraîne une répartition différente de la responsabilité. Ils acceptent la notion de partenariat dans le sens de consentement éclairé, mais évoquent entre praticien et patient un statut et un pouvoir différent :

« Les patients doivent prendre part au soin, les deux sont co-partenaires, mais c'est le dentiste qui est responsable au final. Ce qui entraîne un statut différent. Vous n'êtes pas égaux dans le savoir, il y a donc forcément un déséquilibre. Ça n'empêche pas de chercher à les rendre autonomes »

Participant #20

Ils sont d'ailleurs près d'un tiers à parler de responsabiliser les patients, ou considèrent qu'aller trop dans leur sens n'est pas bon pour eux :

« Dans l'idéal, l'égalité c'est bien, mais ça ne leur rend pas service au final. C'est important pour la réussite du traitement de les impliquer, mais si ça va à l'encontre de leur bien-être il faut intervenir »

Participant #18

« Dans l'idée, oui. Mais concrètement c'est impossible. Il y a forcément une relation hiérarchique. Après dans la façon de le présenter, il faut leur donner cette impression de pouvoir, ça les rend acteurs, ça améliore l'observance et l'acceptation. D'autres sont plus « faites ce qu'il faut docteur » : ils sont passifs, c'est plus dur de les responsabiliser »

Participant #24

« Partenaire oui, mais c'est une collaboration et ça entraîne des devoirs de part et d'autre. Il y a une double responsabilité, et c'est important. Le système de santé aurait tendance à trop assister les patients, il serait important de replacer leur responsabilité au centre de la discussion »

Participant #3

D'autres estiment que le positionnement de la relation est dépendant de la personnalité du patient, certains ayant un besoin d'être encadrés plus fort que d'autres, plus indépendants :

« Il y a des patients où il faut prendre l'ascendant de suite, sinon tu ne t'en sors pas. Je ne suis pas quelqu'un qui fait ça en général, mais de temps en temps on n'a pas le choix »

Participant #4

Enfin, une minorité estime que cette égalité ne doit pas être recherchée, le dentiste devant rester le « patron » dans son cabinet :

« Chacun à sa place, sinon tu te fais marcher dessus. Surtout les enfants, il faut qu'ils sentent qu'il y a une certaine barrière. Le dentiste doit garder un pouvoir de décision »

Participant #25

« Ils n'ont pas les connaissances, donc il ne faut pas les mettre sur un pied d'égalité. Ils sont dans une situation où ils sont les demandeurs, et c'est nous qui avons les solutions »

Participant #30

« C'est à la mode, c'est ce que demandent les médias et la bien-pensance. Consentement éclairé, tous ces trucs. Mais celui qui est éclairé, c'est celui qui a fait six ans d'études. Il faut conserver ce décalage, sinon on ne respecte plus le professionnel »

Participant #23

#12 : C'est souvent mieux pour les patients si on ne rentre pas dans les détails en expliquant.

La moyenne des scores obtenue est de **3,16/5**. La variance est de **1,75**.

Les réponses sont très partagées pour cet item avec **19,4%** de réponses neutres, **38,7%** de réponses positives et **41,9%** de réponses négatives. Dans l'ensemble, les participants considèrent que le sujet de la transmission de l'information au patient est un devoir complexe, et qu'il n'y a pas de vérité absolue quant à la manière de procéder.

Beaucoup mentionnent une forte influence de la personnalité du patient, son besoin variable d'information et donc la nécessité pour le praticien de devoir cerner et s'adapter :

« Des patients sont très demandeurs (...) On a un métier anxigène, intrusif, il faut savoir donner de l'info à qui la veut. En général ils le précisent. Des personnes ne veulent pas, d'autres veulent tout savoir. C'est important d'être flexible »

Participant #29

Une part importante des participants dit fournir peu d'explications, considérant que le surplus d'informations est source de confusion pour le patient ou d'inconfort pour le praticien, aboutissant à des conséquences néfastes pour leur exercice :

« Leur capacité de concentration est souvent frustrante. Soit ils sont perdus parce qu'il y a trop d'info, soit l'explication a duré trop longtemps... Ils mélangent, ils confondent, ils se perdent dans les détails. Les noyer c'est contre-productif »

Participant #26

« Il vaut mieux leur parler des avantages du traitement plutôt que rentrer dans les détails. Les détails ils s'en moquent, ils veulent la finalité. Il vaut mieux être laconique, les trucs techniques et abstraits ne sont pas pertinents »

Participant #23

La plupart disent rechercher la simplification et l'adaptation de leur discours, notamment par la vulgarisation :

« L'important est que l'info circule. Il faut vulgariser, adapter le discours au patient, tout le monde n'a pas besoin d'avoir une formation scientifique pour comprendre les concepts s'ils sont expliqués simplement, si on les rend accessibles »

Participant #20

« Il faut responsabiliser en donnant de l'information et s'assurer qu'elle soit comprise. De façon générale il faut rester assez succinct, mais chercher à être le plus complet, le plus fidèle et loyal possible »

Participant #24

#13 : Les patients préfèrent être rassurés plutôt qu'informés au sujet de leur état.

La moyenne des scores obtenue est de **2,71/5**. La variance est de **1,11**.

Les réponses sont assez partagées comme à l'item précédent, avec **38,7%** de réponses neutres, **22,6%** de réponses positives et **38,7%** de réponses négatives. Dans l'ensemble, les participants reconnaissent que leurs patients cherchent généralement à être rassurés en priorité mais aussi informés par la suite, et que leur rôle en tant que praticien est de composer avec ces deux attentes :

« Il faut mesurer le degré d'information qu'on peut livrer sans froisser la personne, certains ne veulent tout simplement pas savoir »

Participant #13

Ils estiment que la manière de présenter compte, et certains participants cherchent même à toujours présenter les choses de façon positive :

« Ce qui est sûr c'est que c'est contre-productif de les culpabiliser, ils ont déjà beaucoup de culpabilité d'eux-mêmes. La culpabilité et la peur sont deux leviers qu'il ne faut jamais actionner. Toujours chercher une motivation positive »

Participant #17

« On a la chance de faire un métier où le pronostic vital n'est jamais en jeu. Il ne faut pas dramatiser les choses, faire preuve de tact »

Participant #21

Près de la moitié des participants aborde l'item du point de vue des bénéfices attendus pour le patient, qui ne sont pas obligatoirement en cohérence avec la demande exprimée de celui-ci :

« C'est notre travail de les informer. Je leur dis souvent « je ne suis pas là pour vous faire plaisir, je suis là pour vous dire la vérité ». Rien ne sert de minimiser, surtout en approche globale »

Participant #3

« J'ai tendance à trop rassurer des fois je pense. Parfois je me dis que je n'ai pas été assez neutre, pas assez dans l'information. Où mettre le curseur ? Je me pose souvent la question. »

Participant #25

Une part moins importante aborde l'item du point de vue des bénéfices attendus pour le dentiste : pour des considérations légales, ou comme couverture en cas de litige :

« Il vaut mieux informer dans tous les cas, s'assurer d'être compris et le noter dans le dossier, sinon ils te le reprochent. Bien souvent parce qu'ils n'ont pas écouté... »

Participant #8

#14 : Le dentiste libéral est un entrepreneur comme un autre. (item inversé)

La moyenne des scores obtenue est de **2,52/5**. La variance est de **2,57**.

Les participants répondent positivement à **61,3%** à l'item :

« Ça peut paraître choquant mais c'est vrai. Tu as quand même une pression de chiffre, des gens à payer et faire vivre. Il y a le fauteuil, sur lequel on est formés, et tout un tas d'autres choses à côté »

Participant #2

« C'est exactement ça. Vous avez vu tout ce qu'on paye ? L'administratif, la paperasse... On est d'ailleurs vus par les organismes publics comme une entreprise, on a une boutique à faire tourner »

Participant #23

S'ils sont assez d'accord sur l'aspect « entrepreneur », le « comme un autre » est néanmoins sujet à débat. Ils mettent en avant la spécificité du métier de chirurgien-dentiste libéral : la dualité soignant-entrepreneur.

« On fait travailler des gens, on paye des factures. Mais ce n'est pas une simple relation de service, on a une double casquette chef d'entreprise et personnel médical. On a peut-être plus de charge mentale qu'un entrepreneur classique »

Participant #19

« On a la casquette du technicien soignant, et celle du chef d'entreprise. Ce sont d'ailleurs deux identités différentes qu'il faut apprendre à séparer dans les prises de décision »

Participant #3

« C'est difficile... On est une profession de santé, donc ça implique des spécificités comme la déontologie. La profession de dentiste n'est pas un commerce, même s'il est une entreprise »

Participant #27

35,5% répondent négativement, et s'opposent à ce que le dentiste soit considéré comme un entrepreneur :

« Le dentiste libéral est à la fois le patron et l'ouvrier qui produit la richesse de son entreprise. On n'est pas des commerçants, il faut savoir travailler à perte pour exercer au mieux son métier. On est des structures beaucoup plus lourdes, plus endettées que les autres professionnels de santé. »

Participant #24

« Pas du tout. C'est quelqu'un qui, pour soigner, a eu besoin de créer son entreprise. Il y a un fossé entre les considérations de santé et d'entreprise »

Participant #28

« C'est tout le côté négatif du métier. Il faut que le cabinet tourne pour qu'on puisse soigner mais il ne faut pas qu'il tourne au détriment du soin. Le « comme un autre » me dérange, la finalité n'est pas la même »

Participant #30

#15 : Les patients ne savent pas correctement s'informer par eux-mêmes.

La moyenne des scores obtenue est de **2,23/5**. La variance est de **1,85**

Ils sont **74,2%** à répondre positivement. Ils considèrent les patients comme mal informés, notamment à cause de la mauvaise utilisation de l'information en ligne. Ils déplorent un manque de méthodologie : une confiance trop importante des patients envers des sources de mauvaises qualités, ou une interprétation bancale et partielle :

« L'information en libre accès est souvent merdique, il y a beaucoup trop de contenu pseudo-scientifique. C'est rare qu'un patient arrive bien informé, quel que soit le sujet »

Participant #28

« Par internet, par la voisine, le frère de la cousine, et une fois sur deux ça tombe à côté. Ils s'imaginent des choses qui sont éloignées de la réalité »

Participant #7

25,8% répondent négativement, modérant et considérant que cela varie en fonction des patients :

« C'était vrai avant, maintenant les jeunes peuvent s'informer s'ils cherchent à le faire, et ils le font. C'est génération-dépendant. Les plus jeunes ou les plus éduqués peuvent trouver facilement, on a des surprises des fois »

Participant #1

Des participants ajoutent considérer qu'il est de leur responsabilité de comprendre les difficultés du patient, et de l'aider à s'informer par lui-même :

« On ne va pas leur en vouloir, on ne va pas les envoyer sur PubMed non plus. Il faut un bagage, les mots clefs, le recul pour faire le tri, même pour nous c'est complexe. Les sites les plus accessibles essayent de faire des choses correctes, malheureusement ce n'est pas toujours parfait. C'est notre rôle de nous adapter, de faire le tri derrière »

Participant #24

« Je les encourage à être autonomes. C'est difficile, mais ça peut être complémentaire avec ce qu'on leur donne. Il faut les aider à hiérarchiser »

Participant #10

#16 : Quand un patient marque un désaccord avec son praticien, c'est un signe de manque de respect ou de confiance.

La moyenne des scores obtenue est de **3,71/5**. La variance est de **1,24**.

67,7% répondent négativement à cet item, estimant que les désaccords avec le patient peuvent venir naturellement et font partie de la pratique :

« C'est son droit de ne pas être d'accord. C'est son corps, ça lui appartient, ça peut être tout à fait légitime. C'est au praticien de trouver la solution qui correspondra au patient. Il y a beaucoup d'éléments subjectifs qui rentrent en compte »

Participant #14

Ces participants mentionnent la nécessité d'anticiper au mieux les désaccords, et d'ajuster la communication sans se braquer quand ils surviennent afin de développer une relation saine :

« C'est plus souvent le signe que ta relation avec le patient ne va pas bien. Au praticien de se faire entendre ou d'évoluer dans son raisonnement. Ça peut être le signe qu'on n'a pas suffisamment fait le travail d'explication en amont »

Participant #6

« On anticipe quand même, on arrive à savoir dans quel état d'esprit est le patient.. J'ouvre le parapluie quand je sens qu'il faut le faire. Il faut l'écouter et l'amener petit à petit à ce qu'on veut nous, mais il a le choix »

Participant #22

« Je préfère un patient qui me dit « je ne suis pas d'accord ». Ça permet le dialogue en suivant. Il faut s'expliquer, il faut se parler. Et si à la fin il n'y a toujours pas de terrain d'entente, on se sépare, dans la plus grande bienveillance. Comme dans la vie »

Participant #24

19,4% répondent positivement et ont des considérations plus centrées sur le praticien :

« Vrai, en tout cas moi je le vis comme ça, même si je pense que ça ne devrait pas être comme ça. C'est ma personnalité »

Participant #11

« Ça dépend sur quoi porte le désaccord. Si c'est technique, il n'a rien à dire. Il peut avoir ses raisons, mais inversement il ne me fera pas faire quelque chose que je ne veux pas faire et que je ne juge pas bon pour lui »

Participant #9

« Ça a surtout à voir avec la personnalité du patient à la base. Contester l'avis d'un professionnel de santé, il faut avoir de l'assurance pour faire ça. Ceux qui le font, il n'y a pas que leur dentiste qu'ils contestent à mon avis... »

Participant #16

#17 : « Arranger » le patient est synonyme de mauvaise qualité de soin.

La moyenne des scores obtenue est de **3,39/5**. La variance est de **1,53**.

38,7% des participants répondent positivement à cet item, considérant les compromis comme une dégradation de la qualité de soin par rapport à un idéal :

« Tu souhaites le mieux pour eux à la base, arranger c'est donc perdre en qualité. Si tu veux rendre service, tu vas transiger sur le soin le plus adapté »

Participant #19

Une petite partie se montre même fermement opposés aux compromis, débouchant selon eux sur des situations de conflit pouvant leur être imputables :

« Arranger le patient se retourne souvent contre toi. Sur le moment ils sont très contents, mais ils ont la mémoire courte et sont rarement reconnaissants en suivant car ça ne tient pas dans le temps. Ça peut nous retomber dessus, et cliniquement ça pose des soucis »

Participant #31

« Il faut se méfier de ça. Ce n'est pas systématique, mais ça peut être des embêtements. Il ne faut jamais faire une chose dont on n'est pas convaincu, garder une dent douteuse (...) ça se retourne toujours contre nous. Il faut être ferme dans ses choix »

Participant #16

« Arranger n'est pas lui rendre service. Répondre à une demande du patient que le praticien ne considère pas être comme une bonne solution pour lui, ce n'est pas rendre service »

Participant #23

51,6% répondent négativement et **9,7%** de manière neutre, exprimant une certaine souplesse. Une partie précisent néanmoins un cadre strict dans lequel ils s'autorisent à arranger le patient :

« On peut s'arranger sur les détails, les paiements, les horaires etc... Mais pas sur le plan de traitement »

Participant #25

« Souvent arranger c'est dépanner et bricoler, je déteste. Après il y a des circonstances exceptionnelles, par exemple on peut conserver un peu plus longtemps une situation bancale pour laisser le temps au patient de s'organiser, dans l'attente de sa mutuelle »

Participant #28

« On est une profession de service et on doit le rester. On peut rendre service sur plein d'aspects : financier, logistique... Mais pas sur le soin en revanche »

Participant #26

Enfin, une autre partie se disent très ouverts aux compromis :

« Il y a une réalité, financière matérielle ou de temps. On ne peut pas tous travailler comme les dentistes qui ont sélectionné leur patientèle, on est obligés de s'adapter. Au niveau déontologique ce n'est peut-être pas terrible c'est vrai »

Participant #19

« Arranger fait partie de l'exercice, la qualité de soin peut passer derrière certaines autres priorités. Si ça correspond à l'EBM ce n'est pas du tout un problème. Si c'est une demande farfelue du patient, si ça ne correspond à rien de concret au niveau de ses raisons oui, dans ce cas je peux refuser »

Participant #24

« Il y a toujours un terrain d'entente, ça fait partie de la psychologie. Bien sûr qu'il y a des demandes qui sont inacceptables. Mais la plupart du temps on peut l'entendre, il faut que la décision vienne du patient, ça lui permet de l'accepter. Sinon on sera « le dentiste qui lui a fait un truc qu'il n'aime pas », même si on considère que le boulot est réussi »

Participant #22

« Ce que souhaite le patient est le mieux pour lui dans son référentiel, on ne peut pas amener quelqu'un là où il ne veut pas aller. Ce n'est pas toujours le mieux du point de vue de la science, mais c'est le mieux pour lui »

Participant #11

#18 : Le patient doit toujours être conscient que le praticien est aux commandes.

La moyenne des scores obtenue est de **2,06/5**. La variance est de **1,74**.

74,2% des participants répondent positivement, dont 48,4% donnant la réponse « Fortement d'accord », manifestant une autorité forte :

« Tant qu'il est dans notre cabinet, c'est sous notre autorité, notre responsabilité. Il doit accepter de s'en remettre à nous, pour être vraiment dans le soin »

Participant #1

« On travaille dans le respect l'un de l'autre, mais c'est le praticien qui tranche, qui doit avoir un positionnement fort. Sinon on se fait bouffer »

Participant #29

« Ils viennent voir un professionnel. Il n'a pas lui à te dicter quoi que soit, sinon ça sent mauvais : le patient prend le contrôle de la relation de soin et peut l'amener dans le mauvais sens, alors que notre responsabilité est engagée »

Participant #17

D'autres manifestent une autorité plus souple :

« Il m'arrive de dire aux gens qu'ils ont le droit d'interrompre leur soin à tout moment. Ça me fait chier, mais ça fait partie de mes tours de passe-passe pour les faire adhérer. Pour autant je ne vais pas tolérer quelqu'un qui va me pousser la main, ou autre. J'essaie de leur faire croire qu'ils sont aux commandes, alors que c'est moi qui aurai le dernier mot. Il ne faut pas priver les gens de leur liberté, c'est contre-productif »

Participant #24

« C'est important. Certains voudraient se soigner eux-mêmes. Il faut leur laisser le choix, mais nous sommes les acteurs, on ne peut pas faire notre travail si le patient dirige trop »

Participant #18

22,6% répondent négativement, déclarant ne pas avoir de recherche particulière de l'autorité :

« Il faut que ça se fasse toujours avec l'accord du patient car c'est sur son corps qu'on travaille »

Participant #5

« Il faut que les choses soient claires mais respecter la relation de confiance. C'est le patient qui a le dernier mot. Je n'ai pas l'impression qu'on soit souvent aux commandes »

Participant #20

« Pas d'accord, il faut qu'il y ait une relation de confiance mutuelle. Moi je dis toujours « je n'ai rien à vous vendre », je vous dis ce qui est le mieux je n'impose pas. Sinon je laisse tomber »

Participant #21

3. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

3.1. Interprétation

3.1.1. Données quantitatives

La comparabilité des scores obtenus par notre e-PPOS avec le PPOS original est difficile (voir 3.2. *Limites de l'étude*). Cependant, nous obtenons des résultats cohérents avec ceux obtenus dans les autres études ayant utilisé l'outil.

Les scores les plus élevés sont obtenus dans le domaine « *Caring* » (3,43/5 en moyenne contre 2,88/5 pour les scores « *Sharing* »). Cela indique que les participants tendent à considérer l'exploration des préférences et éléments personnels des patients comme plus importants dans la construction de la relation patient-praticien que ne l'est le partage de pouvoir, de contrôle et d'information. Dans ce deuxième domaine, les participants entretiennent des opinions majoritairement tournées vers un certain maintien du contrôle par le chirurgien-dentiste dans son cabinet, et dans une plus large variété (variance élevée des scores « *Sharing* », 0,31 en moyenne contre 0,21 pour « *Caring* »). Cette tendance des scores *Caring* à être supérieurs aux scores *Sharing* se retrouve également dans les études ayant utilisées le PPOS^{42,48,50}.

Nous obtenons des données statistiquement significatives permettant de penser que l'exposition à leur métier impacte négativement l'empathie des participants. Les résultats exposent que plus les participants reçoivent un grand nombre de patients, et plus ils travaillent de jours par semaine, plus leur score « *Caring* » corrélé à l'empathie, diminue.

La même baisse est retrouvée de manière non-linéaire pour ce qui est du temps passé depuis leur obtention du diplôme.

Cette non-linéarité peut s'expliquer possiblement de deux manières : soit le niveau d'empathie est faible initialement et évolue favorablement jusqu'aux alentours des 20 ans d'exercice pour régresser par la suite ; soit la présence de scores extrêmes (< 2,89/5 en Total) chez 3 des praticiens les plus jeunes (*groupe A, moins de 10 ans d'expérience*) impacte fortement les scores dans cette tranche d'âge sans être pour autant un reflet loyal de la réalité générale.

3.1.2. Données Qualitatives

Nos résultats, similaires à ceux exposés dans les études de *Apelian et al.* – considérations sur le système de santé mises à part – peuvent indiquer une concordance dans la manière dont les chirurgiens-dentistes en France et au Canada vivent leur profession^{37,38} (voir 1.2.2.2. *Interprétations*) :

Les participants placent majoritairement l'aspect biomédical et technique de leur métier au-dessus des aspects psycho-sociaux (items **#1** et **#17**). S'ils reconnaissent largement que les compétences de communication ainsi que les qualités dites « humanistes » sont désirables dans leur exercice, et sont même recherchées prioritairement par les patients (items **#3**, **#4**, **#7** et **#8**), ils s'y estiment peu préparés et remettent en question leur instruction dans ces domaines (item **#2**). Cette insuffisance ressentie de la partie universitaire de leur formation amène certains participants à considérer la compétence de communication comme un élément dépendant exclusivement de l'expérience et de la personnalité, n'imaginant pas pouvoir être formés sur le sujet comme pour toute autre compétence.

Les participants ont la perception que leur travail, et par extension eux-mêmes, ne sont pas appréciés au premier abord (item **#9**) ou mal compris par les patients (item **#12**). La méfiance « naturelle » de ces derniers à leur sujet, ainsi que le devoir de gestion de l'anxiété concernant les soins buccaux, induisent chez certains d'entre eux lassitude et frustration. S'ils sont majoritairement d'accord avec la notion de partenariat avec le patient dans la construction de la relation de soin (item **#11**), ils lui mettent en opposition des considérations biomédicales, logistiques et matérielles.

L'aspect financier des soins dentaires est prépondérant dans leur perception du métier de chirurgien-dentiste : s'ils reconnaissent les qualités du système de santé actuel au sujet de l'accès au soin, ils le considèrent en décalage avec leur perception des « bonnes pratiques » (item **#6**). Ainsi, ils estiment que les mécanismes de remboursement impactent les choix des patients, les conduisant en priorité vers les options de traitement les moins onéreuses au détriment des options les plus cohérentes avec les données actuelles de la science. Leur manière d'exercer est également impactée : devant les contraintes qu'ils ont à affronter pour travailler comme ils le souhaitent, les participants doivent développer des valeurs proches de l'esprit d'entrepreneuriat (item **#14**). Ils déplorent une fois encore la pauvreté de leur formation clinique à ce sujet, qui selon eux se concentre sur les aspects techniques et médicaux en ignorant le reste : nombreux mentionnent l'existence d'un fossé entre leur cursus universitaire et la « réalité du terrain » découverte à la sortie des études de chirurgie-dentaire, à savoir l'existence d'une double casquette soignant-chef d'entreprise. Afin de remplir leurs obligations en matière de soin, ils sont ainsi contraints d'aménager leur fonctionnement autour de trois leviers de productivité : leur volume d'actes réalisés, leur temps de travail et leur taux horaire. On citera notamment le choix d'effectuer du dépassement d'honoraire, qui pour la majorité des participants représente un outil nécessaire à contourner une possible dégradation de la qualité de soin. Cette omniprésence de facteurs de décisions financiers, souvent indésirables si l'on s'arrête seulement à des considérations de santé, entraîne de plus des difficultés relationnelles avec leurs patients (item **#5**).

De même, si les participants considèrent intéressante l'exploration des motifs de consultation des patients, ainsi que de leurs contextes de vie, attentes et histoires personnelles ; ils s'y attellent en priorité pour la dimension diagnostique (items **#3** et **#7**) et sont peu informés des bénéfices thérapeutiques d'un comportement d'ACP. Une volonté d'adapter leur communication pour la faire répondre aux besoins particuliers des patients est cependant remarquable chez une majorité des participants.

Concernant leur rapport au pouvoir et à l'information du patient, ils se montrent pour la plupart en faveur d'un échange bilatéral, avec cependant la nécessité pour le chirurgien-dentiste de mener la consultation (item **#10**) : ils déplorent en effet l'incapacité des patients à s'informer par eux-mêmes (item **#15**) et considèrent un réel partage de pouvoir impossible du fait de la position de sachant du professionnel de santé (item **#11**). Certains souhaitent garder une position de contrôle, qu'ils pensent nécessaire au bon fonctionnement de la relation patient-praticien pour des raisons de responsabilité (item **#18**) et de qualité du soin (item **#17**) : transiger sur leurs prises de décision amène selon eux à une diminution de cette qualité, aussi ils se montrent donc pour la majorité ouverts à arranger les patients sur des détails seulement, mais moins sur les actes composant leurs plans de traitement.

3.2. Limites de l'étude

Si nous avons pu mettre en valeur des éléments tangibles, nous reconnaissons que leur interprétation présente certaines limites.

3.2.1. Possibilité d'un biais de sélection

La représentativité de notre échantillonnage, bien que discutable, n'est pas le point le moins satisfaisant. On dénote tout de même une présence plus importante de participants exerçant en milieu rural par rapport aux deux autres catégories (ville et péri-urbain).

La population testée est faible, ce qui augmente l'impact des valeurs extrêmes.

Seuls 70% des participants ont été sélectionnés au hasard, les 30% restant étant issus de mon entourage.

Le simple fait d'accepter ou non de participer à une enquête téléphonique de vingt minutes, au sujet et à la méthodologie insolite, pour la thèse d'un étudiant inconnu est un élément important pouvant potentiellement représenter un biais lorsque l'on cherche à s'intéresser à l'empathie du participant.

Comme le suggèrent nos résultats (2.2.1. *Résultats quantitatifs*), le temps que les participants dédient à leur travail et par conséquent leur disponibilité pour la réalisation de ce genre d'activités « annexes » impacte significativement leurs scores T et C. Le manque de disponibilité ayant été une des principales causes de refus de participation, les données auraient certainement été différentes si ces praticiens avaient pu être inclus dans notre étude.

3.2.2. Limites liées à l'adaptation du PPOS original

La comparabilité des résultats obtenus avec les études ayant utilisé le PPOS original est limitée faible en raison des modifications que nous lui avons apportées :

- Traduction : le PPOS n'a à ce jour pas été formellement validé en langue française – ce qui nécessiterait une phase de recherche spécifique. Nous avons utilisé notre propre traduction pour réaliser cette étude.
- Suppressions, modifications et apports d'items pour l'adaptation aux besoins de cette thèse : bien que le sens reste globalement le même au sujet de l'approche centrée sur la personne, la comparaison de nos résultats avec ceux des études où le PPOS a été précédemment employé doit faire l'objet de précautions.

Le choix d'apporter des changements au PPOS permet d'adapter l'outil à notre objectif de recherche. En revanche, il risque de diminuer la cohérence globale du e-PPOS par rapport au PPOS. Par exemple, aucune corrélation entre un score élevé au nouvel item #6 : Le système de santé et de remboursement actuel est un obstacle à la bonne pratique et une orientation centrée sur la personne n'a été mise en évidence.

De même les modifications apportées aux items originels conservés, même les plus légères, modifient leur sens.

Une solution alternative, que nous n'avons pu choisir en raison des contraintes chronométriques mentionnées plus haut, aurait été de garder les items originels et de rajouter les nouveaux pour l'analyse qualitative ; sans les prendre en compte dans le score e-PPOS global.

L'alpha de Cronbach calculé pour le e-PPOS est inférieur à 0,6. Cette faiblesse est cohérente avec celle attendue du fait des modifications apportées au PPOS. De plus, l'alpha de Cronbach est un indice de corrélations multiples, traduisant un degré d'homogénéité qui n'est pas forcément le but ultime du PPOS.

3.2.3. Limites liées au caractère mixte de l'étude

- Pour la partie quantitative : possibilité d'un biais de désirabilité sociale^{52,53} : Les participants sont informés du sens de l'étude, il est envisageable que certains aient édulcoré leurs arguments. De même, leur contexte de réponse a pu être affecté par ma personnalité. Bien que j'aie essayé de rester le plus neutre possible durant les échanges, cela restait le plus souvent une conversation et pas une simple réponse autonome du participant.
- Pour la partie qualitative : En raison du cadre de l'étude (basée sur un questionnaire) certains éléments qualitatifs auraient pu être développés davantage par les participants. Cela ne s'est pas fait, ou de manière succincte, souvent par manque de temps ou de disponibilité des participants.

3.2.4. Puissance limitée de l'étude

Nos résultats ne permettent pas de conclure à une éventuelle différence entre hommes et femmes, selon le lieu d'exercice, entre les praticiens travaillant seuls ou bien en présence de confrères et personnel assistant. En raison d'un effectif assez réduit de 31 participants, nous ne pouvons conclure quant à l'absence d'effet réel de ces paramètres sur les scores PPOS. Il est possible que cette absence d'association soit due à une puissance statistique trop faible.

CONCLUSIONS

En conclusion, notre étude a permis de mettre en évidence trois points principaux. Premièrement, il existe une certaine infusion des idées en faveur d'une ACP chez les chirurgiens-dentistes, même si ce n'est pas unanime. Certains des scores de nos participants sont ainsi très élevés, alors même qu'ils ne sont pas ou peu informés des aspects d'ACP.

Deuxièmement, une association significative sur des notions de temporalité et d'exposition à leur exercice est notable : les plus jeunes, ceux qui ont le moins de consultations, ou ont le volume de travail le moins élevé obtiennent des scores plus hauts notamment en *Caring*, ce qui peut être mis en lien avec une plus grande empathie.

Troisièmement, un différentiel entre scores *Caring* et *Sharing* est notable, en défaveur des scores *Sharing*, ce qui peut être mis en lien avec une réticence générale à partager la prise de décision avec le patient.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude ayant cherché à évaluer avec le score PPOS le niveau d'ACP de chirurgiens-dentistes. Ce travail fournit plusieurs perspectives de recherche.

D'abord, il nous paraîtrait intéressant de valider en langue française le PPOS, afin de l'utiliser dans des enquêtes. Ceci permettrait d'utiliser le PPOS dans sa version originale, sur un plus grand nombre de dentistes (ce que nous n'avons pas fait dans le cadre de cette méthodologie mixte qui limitait les possibilités d'inclusion). Il pourrait ainsi être envisageable de solliciter les réseaux de recherche en pratique libérale (comme l'IIRSO ou le réseau RECOL) pour diffuser à grande échelle le questionnaire PPOS et ainsi tendre vers une représentativité de la profession.

Des perspectives s'ouvrent également sur le plan de la formation initiale des chirurgiens-dentistes. Ce travail souligne qu'il paraît plus que jamais important de poursuivre les efforts d'enseignements transversaux à la communication, bien sûr, mais aussi à l'éthique médicale, à l'épistémologie et aux sciences humaines et sociales.

A l'issue de ce travail, nous estimons à la fois souhaitable et tout à fait envisageable d'implémenter l'Approche Centrée sur la Personne dans la pratique de la chirurgie-dentaire libérale, certains de ses acteurs l'ayant déjà fait, parfois à leur insu.

Enfin, nous aimerions conclure sur une perspective personnelle.

Ce travail de thèse a représenté un formidable catalyseur de ma réflexion sur l'exercice de la chirurgie-dentaire. Nombreux sont les éléments présentés ici ayant répondu à des questions que je n'avais pas eu le temps de me poser, ni même pensé à le faire. Au-delà des connaissances qu'il m'a permis de développer, j'y ai par-dessus tout trouvé du sens dans mon métier. Je souhaite pour chaque personne me faisant l'honneur de lire ce travail de toucher au même bonheur.

Monsieur le président du jury :

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. L...' with a long horizontal stroke at the end.

Monsieur le directeur de thèse :

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. L...' with a long horizontal stroke at the end.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Mead, N.; Bower, P. Patient-Centred Consultations and Outcomes in Primary Care: A Review of the Literature. *Patient Educ. Couns.* **2002**, *48* (1), 51–61. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00099-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00099-x).
- (2) Mead, N.; Bower, P. Patient-Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Soc. Sci. Med.* **2000**, *51* (7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8).
- (3) Watt, R. G. From Victim Blaming to Upstream Action: Tackling the Social Determinants of Oral Health Inequalities. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2007**, *35* (1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x>.
- (4) Rathert, C.; Wyrwich, M. D.; Boren, S. A. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *Med. Care Res. Rev. MCRR* **2013**, *70* (4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>.
- (5) Bertakis, K. D.; Azari, R. Patient-Centered Care Is Associated with Decreased Health Care Utilization. *J. Am. Board Fam. Med. JABFM* **2011**, *24* (3), 229–239. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>.
- (6) Stewart, M.; Brown, J. B.; Donner, A.; McWhinney, I. R.; Oates, J.; Weston, W. W.; Jordan, J. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J. Fam. Pract.* **2000**, *49* (9), 796–804.
- (7) Bertakis, K. D.; Azari, R. Determinants and Outcomes of Patient-Centered Care. *Patient Educ. Couns.* **2011**, *85* (1), 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.001>.
- (8) Krupat, E.; Hiam, C. M.; Fleming, M. Z.; Freeman, P. Patient-Centeredness and Its Correlates among First Year Medical Students. *Int. J. Psychiatry Med.* **1999**, *29* (3), 347–356. <https://doi.org/10.2190/DVCQ-4LC8-NT7H-KE0L>.
- (9) Engel, G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* **1977**, *196* (4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- (10) Apelian, N.; Vergnes, J. N.; Hovey, R.; Bedos, C. How Can We Provide Person-Centred Dental Care? *Br. Dent. J.* **2017**, *223* (6), 419–424. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.806>.
- (11) Khatami, S.; Macentee, M. I. Evolution of Clinical Reasoning in Dental Education. *J. Dent. Educ.* **2011**, *75* (3), 321–328.
- (12) Davies, R.; Jr, J. E. W. MEASURING PATIENT SATISFACTION WITH DENTAL CARE. 10.
- (13) Gürdal, P.; Çankaya, H.; Önem, E.; Dinçer, S.; Yılmaz, T. Factors of Patient Satisfaction/Dissatisfaction in a Dental Faculty Outpatient Clinic in Turkey: Factors of Dental Patient Satisfaction/Dissatisfaction. *Community Dent. Oral Epidemiol.* **2000**, *28* (6), 461–469. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.028006461.x>.
- (14) Sbaraini, A.; Carter, S. M.; Evans, R. W.; Blinkhorn, A. Experiences of Dental Care: What Do Patients Value? *BMC Health Serv. Res.* **2012**, *12*, 177. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-177>.
- (15) Apelian, N.; Vergnes, J.-N.; Bedos, C. Humanizing Clinical Dentistry through a Person-Centred Model. *Int. J. Whole Pers. Care* **2014**, *1* (2). <https://doi.org/10.26443/ijwpc.v1i2.2>.
- (16) Coulter, A.; Oldham, J. Person-Centred Care: What Is It and How Do We Get There?

- Future Hosp. J.* **2016**, 3 (2), 114–116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>.
- (17) Mills, I.; Frost, J.; Cooper, C.; Moles, D. R.; Kay, E. Patient-Centred Care in General Dental Practice - a Systematic Review of the Literature. *BMC Oral Health* **2014**, 14 (1), 64. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-64>.
- (18) Stewart, M.; Brown, J. B.; Weston, W.; McWhinney, I. R.; McWilliam, C. L.; Freeman, T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*; CRC Press, 2013.
- (19) Constand, M. K.; MacDermid, J. C.; Dal Bello-Haas, V.; Law, M. Scoping Review of Patient-Centered Care Approaches in Healthcare. *BMC Health Serv. Res.* **2014**, 14 (1), 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
- (20) Scambler, S.; Gupta, A.; Asimakopoulou, K. Patient-Centred Care - What Is It and How Is It Practised in the Dental Surgery? *Health Expect.* **2015**, 18 (6), 2549–2558. <https://doi.org/10.1111/hex.12223>.
- (21) Bedos, C.; Apelian, N.; Vergnes, J.-N. Towards a Biopsychosocial Approach in Dentistry: The Montreal-Toulouse Model. *Br. Dent. J.* **2020**, 228 (6), 465–468. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1368-2>.
- (22) Noushi, N.; Bedos, C. Developing Person-Centred Dental Care: The Perspectives of People Living in Poverty. *Dent. J.* **2020**, 8 (3), 82. <https://doi.org/10.3390/dj8030082>.
- (23) Chang, W.-J.; Chang, Y.-H. Patient Satisfaction Analysis: Identifying Key Drivers and Enhancing Service Quality of Dental Care. *J. Dent. Sci.* **2013**, 8 (3), 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2012.10.006>.
- (24) Krupat, E.; Rosenkranz, S. L.; Yeager, C. M.; Barnard, K.; Putnam, S. M.; Inui, T. S. The Practice Orientations of Physicians and Patients: The Effect of Doctor–Patient Congruence on Satisfaction. *Patient Educ. Couns.* **2000**, 39 (1), 49–59. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00090-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00090-7).
- (25) Newsome, P. R. H.; Wright, G. H. A Review of Patient Satisfaction: 2. Dental Patient Satisfaction: An Appraisal of Recent Literature. *Br. Dent. J.* **1999**, 186 (4), 166–170. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800053>.
- (26) O’Shea, R. M.; Corah, N. L.; Ayer, W. A. Why Patients Change Dentists: Practitioners’ Views. *J. Am. Dent. Assoc.* **1939**, 112 (6), 851–854. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1986.0098>.
- (27) Holt, V. P.; McHugh, K. Factors Influencing Patient Loyalty to Dentist and Dental Practice. *Br. Dent. J.* **1997**, 183 (10), 365–370. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4809512>.
- (28) Song, Y.; Luzzi, L.; Brennan, D. S. Trust in Dentist-patient Relationships: Mapping the Relevant Concepts. *Eur. J. Oral Sci.* **2020**, 128 (2), 110–119. <https://doi.org/10.1111/eos.12686>.
- (29) Chapko, M. K.; Bergner, M.; Green, K.; Beach, B.; Milgrom, P.; Skalabrin, N. Development and Validation of a Measure of Dental Patient Satisfaction. *Med. Care* **1985**, 23 (1), 39–49.
- (30) Corah, N. L.; O’Shea, R. M.; Pace, L. F.; Seyrek, S. K. Development of a Patient Measure of Satisfaction with the Dentist: The Dental Visit Satisfaction Scale. *J. Behav. Med.* **1984**, 7 (4), 367–373. <https://doi.org/10.1007/BF00845270>.
- (31) Mascarenhas, A. K. Patient Satisfaction with the Comprehensive Care Model of Dental Care Delivery. *J. Dent. Educ.* **2001**, 65 (11), 1266–1271. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2001.65.11.tb03486.x>.
- (32) Luo, J. Y. N.; Liu, P. P.; Wong, M. C. M. Patients’ Satisfaction with Dental Care: A

- Qualitative Study to Develop a Satisfaction Instrument. *BMC Oral Health* **2018**, *18* (1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0477-7>.
- (33) Krupat, E.; Bell, R. A.; Kravitz, R. L.; Thom, D.; Azari, R. When Physicians and Patients Think Alike: Patient-Centered Beliefs and Their Impact on Satisfaction and Trust. *J. Fam. Pract.* **2001**, *50* (12), 1057–1062.
- (34) Makoul, G.; Krupat, E.; Chang, C.-H. Measuring Patient Views of Physician Communication Skills: Development and Testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ. Couns.* **2007**, *67* (3), 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005>.
- (35) Azimi, S.; AsgharNejad Farid, A. A.; Kharazi Fard, M. J.; Khoei, N. Emotional Intelligence of Dental Students and Patient Satisfaction: Emotional Intelligence and Patient Satisfaction. *Eur. J. Dent. Educ.* **2010**, *14* (3), 129–132. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2009.00596.x>.
- (36) Schouten, B. C.; Eijkman, M. a. J.; Hoogstraten, J. Dentists' and Patients' Communicative Behaviour and Their Satisfaction with the Dental Encounter. *Community Dent. Health* **2003**, *20* (1), 11–15.
- (37) Apelian, N.; Vergnes, J.-N.; Bedos, C. Is the Dental Profession Ready for Person-Centred Care? *Br. Dent. J.* **2020**, *229* (2), 133–137. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1650-3>.
- (38) Apelian, N.; Vergnes, J.-N.; Hovey, R.; Bedos, C. What Is Preventing Dentists from Providing Person-Centred Care? *Int. J. Whole Pers. Care* **2018**, *5* (1). <https://doi.org/10.26443/ijwpc.v5i1.165>.
- (39) Scambler, S.; Asimakopoulou, K. A Model of Patient-Centred Care – Turning Good Care into Patient-Centred Care. *Br. Dent. J.* **2014**, *217* (5), 225–228. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.755>.
- (40) Matsen, C. B.; Ray, D.; Kaphingst, K. A.; Zhang, C.; Presson, A. P.; Finlayson, S. R. G. Patient Satisfaction With Decision Making Does Not Correlate With Patient Centeredness of Surgeons. *J. Surg. Res.* **2020**, *246*, 411–418. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.09.028>.
- (41) Lewney, J. Quality Measures for Dental Care: A Systematic Review. *Evid. Based Dent.* **2019**, *20* (3), 79–80. <https://doi.org/10.1038/s41432-019-0048-z>.
- (42) Trapp Stephen; Stern Marilyn. Critical Synthesis Package: Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *MedEdPORTAL* **2013**, *9*. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9501.
- (43) Neumann, M.; Edelhäuser, F.; Tauschel, D.; Fischer, M. R.; Wirtz, M.; Woopen, C.; Haramati, A.; Scheffer, C. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies with Medical Students and Residents. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* **2011**, *86* (8), 996–1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>.
- (44) Lee, K. H.; Seow, A.; Luo, N.; Koh, D. Attitudes towards the Doctor-Patient Relationship: A Prospective Study in an Asian Medical School. *Med. Educ.* **2008**, *42* (11), 1092–1099. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03157.x>.
- (45) Wang, J.; Zou, R.; Fu, H.; Qian, H.; Yan, Y.; Wang, F. Measuring the Preference towards Patient-Centred Communication with the Chinese-Revised Patient–Practitioner Orientation Scale: A Cross-Sectional Study among Physicians and Patients in Clinical Settings in Shanghai, China. *BMJ Open* **2017**, *7* (9), e016902. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016902>.
- (46) Mudiyanse, R.; Pallegama, R.; Jayalath, T.; Dharmaratne, S.; Krupat, E. Translation

- and Validation of Patient-Practitioner Orientation Scale in Sri Lanka. *Educ. Health* **2015**, *28* (1), 35. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.161847>.
- (47) Ribeiro, M. M. F.; Krupat, E.; Amaral, C. F. S. Brazilian Medical Students' Attitudes towards Patient-Centered Care. *Med. Teach.* **2007**, *29* (6), e204–e208. <https://doi.org/10.1080/01421590701543133>.
- (48) Pereira, C. M. A. S.; Amaral, C. F. S.; Ribeiro, M. M. F.; Paro, H. B. M. S.; Pinto, R. M. C.; Reis, L. E. T.; Silva, C. H. M.; Krupat, E. Cross-Cultural Validation of the Patient–Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Patient Educ. Couns.* **2013**, *91* (1), 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.014>.
- (49) Perestelo-Pérez, L.; Rivero-Santana, A.; González-González, A. I.; Bermejo-Caja, C. J.; Ramos-García, V.; Koatz, D.; Torres-Castaño, A.; Ballester, M.; Muñoz-Balsa, M.; del Rey-Granado, Y.; Pérez-Rivas, F. J.; Canellas-Criado, Y.; Ramírez-Puerta, A. B.; Pacheco-Huergo, V.; Orrego, C. Cross-cultural Validation of the Patient-practitioner Orientation Scale among Primary Care Professionals in Spain. *Health Expect.* **2021**, *24* (1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/hex.13135>.
- (50) Shaw, W. S.; Woiszwilllo, M. J.; Krupat, E. Further Validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from Recorded Visits for Back Pain. *Patient Educ. Couns.* **2012**, *89* (2), 288–291. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.017>.
- (51) Paul-Savoie, E.; Bourgault, P.; Gosselin, E.; Potvin, S.; Lafrenaye, S. Assessing Patient-Centered Care: Validation of the French Version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Eur. J. Pers. Centered Healthc.* **2015**, *3* (3), 295–302. <https://doi.org/10.5750/ejpch.v3i3.956>.
- (52) Paunonen, S. V.; LeBel, E. P. Socially Desirable Responding and Its Elusive Effects on the Validity of Personality Assessments. *J. Pers. Soc. Psychol.* **2012**, *103* (1), 158–175. <https://doi.org/10.1037/a0028165>.
- (53) Tracey, T. J. G. A Note on Socially Desirable Responding. *J. Couns. Psychol.* **2016**, *63* (2), 224–232. <https://doi.org/10.1037/cou0000135>.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1. MODELE D'APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE. APELIAN, N.; VERGNES, J.-N.; BEDOS, C.	20
FIGURE 2 – CINQ THEMES AFFECTANT LA SATISFACTION DU PATIENT – NEWSOME & AL.....	26
FIGURE 3 – PPOS, FORMULAIRE. KRUPAT & AL. – VERSION 1.05 09/08/2004	36
FIGURE 4 – PPOS, LISTE DES ITEMS. KRUPAT & AL. – VERSION 1.05 09/08/2004	37
FIGURE 5 – CARACTERISTIQUES DE NOTRE ECHANTILLON	46
FIGURE 6 – PPOS, VERSION TRADUITE EN FRANÇAIS.....	47
FIGURE 7 – E-PPOS.....	53
FIGURE 8 – ITEMS ACCESSOIRES.....	55
FIGURE 9 – GRILLE D'EVALUATION DU E-PPOS.....	56
FIGURE 10 – RESULTATS QUANTITATIFS GLOBAUX.....	58
FIGURE 11 – REPARTITION GLOBALE DES SCORES	59
FIGURE 12 – REPARTITION DES SCORES EXTREMES	59
FIGURE 13 – DETAILS DES RESULTATS QUANTITATIFS	60
FIGURE 14 – DETAIL DES RESULTATS QUANTITATIFS ITEM PAR ITEM 1/2	61
FIGURE 15 – DETAIL DES RESULTATS QUANTITATIFS ITEM PAR ITEM 2/2	62
FIGURE 16 – MOYENNE DES SCORES OBTENUS A CHAQUE ITEM.....	62
FIGURE 17 – DETAIL DES VARIANCES ITEM PAR ITEM.....	62
FIGURE 18 – REPARTITION DES SCORES MOYENS PAR ITEM.....	63
FIGURE 19 – COMPARAISON SELON LE SEXE	65
FIGURE 20 – COMPARAISON SELON LE NOMBRE DE PATIENTS VUS PAR JOUR 1/2	65
FIGURE 21 – COMPARAISON SELON LE NOMBRE DE PATIENTS VUS PAR JOUR 2/2	66
FIGURE 22 – COMPARAISON SELON LE NOMBRE DE PATIENTS VUS PAR SEMAINE 1/3	66
FIGURE 23 – COMPARAISON SELON LE NOMBRE DE PATIENTS VUS PAR SEMAINE 2/3	66
FIGURE 24 – COMPARAISON SELON LE NOMBRE DE PATIENTS VUS PAR SEMAINE 3/3	66
FIGURE 25 – COMPARAISON SELON LE NOMBRE DE JOURS TRAVAILLES PAR SEMAINE.....	67
FIGURE 26 – COMPARAISON SELON LE TEMPS DEPUIS OBTENTION DU DIPLOME PAR LE PARTICIPANT	67
FIGURE 27 – COMPARAISON SELON LE LIEU D'EXERCICE.....	68
FIGURE 28 – COMPARAISON SELON LA PRESENCE DE CONFRERES OU NON.....	68
FIGURE 29 – COMPARAISON SELON LA PRESENCE DE PERSONNEL ASSISTANT.....	68
FIGURE 30 – REPARTITION DES REPONSES AUX ITEMS « CARING ». NOMBRE DE REPONSES.....	70
FIGURE 31 – REPARTITION DES REPONSES AUX ITEMS « CARING ». POURCENTAGE DE REPONSES	70
FIGURE 32 – REPARTITION DES REPONSES AUX ITEMS « SHARING ». NOMBRE DE REPONSES	71
FIGURE 33 – REPARTITION DES REPONSES AUX ITEMS « SHARING ». POURCENTAGE DE REPONSES.....	71

ANNEXE

Healthy Families Program
PPO

9548

61178

Page 1 of 4

N I D A - C F S - 0 0 0 8		ASSESSMENT DATE: ____ / ____ / ____ (mm/dd/yyyy)	
NODE:	0 7	PHASE:	<input type="radio"/> Baseline <input type="radio"/> Post Randomization
SITE ID:	0 1 - 0 0	SEGMENT:	<input type="text"/> <input type="text"/> SEQUENCE: 0 1
PARTICIPANT ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORM COMPLETED BY:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RELATION:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	FORM COMPLETION LANGUAGE:	<input type="radio"/> English <input type="radio"/> Spanish <input type="radio"/> Both
<input type="checkbox"/> FORM COMPLETION STATUS	1=Form completed as required 2=Participant refused 3=Responsible person did not complete 4=Not enough time at the visit 5=Participant did not attend visit 6=Other (specify: _____)		

The statements below refer to beliefs that people might have concerning doctors, patients and medical care. Read each item and then indicate how much you agree or disagree.
 Las declaraciones debajo se refieren a creencias que la gente puede tener con respecto a los médicos, a los pacientes, y al cuidado médico. Lea cada punto y después indique que tanto esta de acuerdo o en desacuerdo con cada uno.

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
1.	The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit. <i>El médico es el que debería decidir de que es lo que se habla durante una visita.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances. <i>Aunque hoy en día el cuidado médico es menos personal, esto es un precio pequeño que pagar por todos los adelantos (de la medicina).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	The most important part of the standard medical visit is the physical exam. <i>La parte más importante de una visita médica regular (estándar, corriente) es el examen físico.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Version 1.05 08/09/2004



SITE: - PART ID: RELATION: - ASSESS DATE: / /

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
4.	It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition. <i>A menudo, es mejor para los pacientes si no reciben una explicación completa de su condición médica.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own. <i>Los pacientes deberían confiar en el conocimiento de sus médicos y no tratar de informarse acerca de sus condiciones por sus propios medios.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters. <i>Cuando los médicos hacen muchas preguntas sobre los antecedentes del paciente, se están metiendo mucho en asuntos personales.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important. <i>Si los médicos son verdaderamente buenos en el diagnóstico y el tratamiento, la manera como se relacionan con el paciente no es tan importante.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new. <i>Muchos pacientes continúan haciendo preguntas aun cuando ne están aprendiendo nada nuevo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



SITE: - PART ID: RELATION: - ASSESS DATE: ___ / ___ / ___

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
9.	Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status. <i>Los pacientes deberían ser tratados como si fueran socios del médico, igual en posición (estado) y poder.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Patients generally want reassurance rather than information about their health. <i>En vez de información sobre su salud los pacientes generalmente quieren que los reaseguren.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success. <i>Si los instrumentos principales del médico son el ser abierto y cálido, el médico no tendrá mucho éxito.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust. <i>Cuando los pacientes están en desacuerdo con sus médico, esta es una señal que el médico no tiene el respeto ni la confianza del paciente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values. <i>Un plan de tratamiento no puede tener éxito si está en conflicto con el estilo de vida o los valores del paciente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Most patients want to get in and get out of the doctor's office as quickly as possible. <i>La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la oficina del médico lo más rápido posible.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



SITE: - PART ID: RELATION: - ASSESS DATE: ___ / ___ / ___

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
15.	The patient must always be aware that the doctor is in charge. <i>El paciente debe estar siempre consciente de que el médico es el que esta a cargo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness. <i>No es tan importante conocer la cultura y los antecedentes del paciente para tratar la enfermedad de la persona.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient. <i>El humor es un ingrediente importante en el tratamiento que provee el médico al paciente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps. <i>Cuando los pacientes buscan información por su cuenta, esto usualmente confunde más que ayuda.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comments: Comentarios:

**COMMUNICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE : ENQUÊTE TRANSVERSALE
AU SUJET DE L'ORIENTATION CENTRÉE SUR LA PERSONNE ET DU
RAPPORT AU POUVOIR**

RESUME : Une approche centrée sur la personne est de plus en plus considérée comme primordiale pour la délivrance de soins de haute qualité. Pourtant, les dentistes peinent à en adopter les principes. A travers une enquête transversale étudiant l'orientation de 31 chirurgiens-dentistes au sujet de la relation avec leurs patients, nous avons mis en évidence une baisse de leur empathie corrélée à l'importance de l'exposition à leur métier. Ces données plaident en faveur d'une évolution des méthodes d'enseignement sur la communication afin de pallier aux insatisfactions des patients, ainsi que des dentistes eux-mêmes.

TITLE : DENTAL SURGEON'S COMMUNICATION: CROSS-SECTIONAL INVESTIGATION ON PERSON-CENTERED ORIENTATION AND RELATIONSHIP TO POWER

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS CLES : approche centrée sur la personne, communication, PPOS, patient practitioner orientation scale, montreal-toulouse, empathie, relation, qualité, odontologie, dentiste.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III - Paul Sabatier - Faculté de chirurgie dentaire
3, Chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Jean-Noël VERGNES