



HAL
open science

Communication et perception de l'image du chirurgien-dentiste en France

Marc Berrai

► **To cite this version:**

Marc Berrai. Communication et perception de l'image du chirurgien-dentiste en France. Médecine humaine et pathologie. Unistra, 2022. Français. NNT : 2022STRA3524 . tel-04181874

HAL Id: tel-04181874

<https://theses.hal.science/tel-04181874>

Submitted on 16 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2022

N° 24

THÈSE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire
Le 23 mai 2022

par

BERRAI Marc

né le 16 février 1984 à Freiburg

COMMUNICATION ET PERCEPTION DE L'IMAGE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Président : Professeur HAIKEL Youssef

Assesseurs : Docteur SOELL Martine
Docteur OFFNER Damien
Docteur REITZER François

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur Corinne TADDEI-GROSS

Doyens honoraires : Professeur Robert FRANK

Professeur Maurice LEIZE

Professeur Youssef HAIKEL

Professeur émérite : Professeur Henri TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme Marie-Renée MASSON

Professeurs des Universités

Vincent BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAÏKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Marie-Cécile MANIERE	Odontologie Pédiatrique
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Maryline MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Anne-Marie MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Béatrice WALTER	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie

Délégation (Juin 2024)

Maîtres de Conférences

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Sophie BAHI-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Claire EHLINGER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
DE GRADO	
Florence FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Nadia LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique
<i>Disponibilité (Déc. 2021)</i>	
Davide MANCINO	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie Pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Prothèses
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

Nadia JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche/Directrice d'UMR
Philippe LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
Pierre SCHAAF	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'UMR
Bernard SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont apporté de l'aide durant l'écriture de ce document et tout particulièrement remercier le Professeur Haikel. Vous m'avez fait l'honneur de m'encadrer sur cette thèse. Je vous exprime toute ma gratitude pour le soutien et tous les enseignements dont j'ai pu bénéficier au cours de mon cursus.

Je remercie le docteur Soell et le docteur Reitzer de m'avoir fait l'honneur de faire partie du jury de cette thèse. Docteur Offner, je vous salue pour la pédagogie et les visualisations de vos cours. Ils m'ont inspiré au thème de la présentation et de l'image. Je souhaite enfin remercier mon maître de stage le docteur Harry Cohen pour sa bienveillance et ses précieux conseils.

Je dédie cet ouvrage à mes proches, amis et famille,

À mes frères Achim et Yann, à ma tante Razika, à mon oncle Sofiane, à David Bleyler, Sébastien Joekel, Afef Arrami, Samir Sahi, Edem A., Saïd Ghazal, Jordan Pierrevellecin, Simon Foessel, Wassim T., Trésor Bondjobo-Munkwabi, Amani S., Diane Flament et pour les oubliés : vous savez.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2022

N° 24

THÈSE

Présentée pour le Diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire
Le 23 mai 2022

par

BERRAI Marc

né le 16 février 1984 à Freiburg

COMMUNICATION ET PERCEPTION DE L'IMAGE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Président : Professeur HAIKEL Youssef

Asseseurs : Docteur SOELL Martine
Docteur OFFNER Damien
Docteur REITZER François

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	4
INTRODUCTION	6
1 EVOLUTION DE L'ART DENTAIRE ET DE SA REPRÉSENTATION	7
1.1 Définition de la représentation sociale	7
1.2 Origine de l'art dentaire	7
1.3 Dent et douleur.....	9
1.4 Les multiples facettes du dentiste du Moyen-Âge.....	10
1.5 Pratiques : codification et évolution de leur représentation	12
1.6 Le XIXème siècle	14
1.6.1 Anesthésie : découvertes et avancées	14
1.6.2 Le fauteuil dentaire.....	17
1.7 L'image moderne du dentiste (XXe siècle)	18
1.7.1 Le colloque singulier (1935)	18
1.7.2 L'arrêt Mercier	18
1.7.3 Création de l'ordre et code de déontologie	19
1.7.4 La loi du 4 mars 2002.....	19
1.7.5 Évolution de l'image	20
1.8 Ouverture	22
2 IMAGE ACTUELLE DU DENTISTE EN FRANCE.....	23
2.1 Généralités.....	23
2.1.1 Tenue professionnelle	23
2.1.1.1 Généralités et aspect	23
2.1.1.2 Equipement complet et fonction	25
2.1.1.3 Couleur du vêtement.....	26
2.1.2 Le fantasme du dentiste nanti	29
2.2 Image véhiculée par les médias	29
2.2.1 Presse, journaux télévisés et documentaires d'investigation	29
2.2.2 La publicité.....	32
2.2.3 Les productions audiovisuelles de fiction.....	35
2.2.3.1 Le processus d'identification	35
2.2.3.2 Qualification de l'image	36
2.2.4 Image perçue sur les réseaux sociaux	37
2.3 Image perçue par les patients	41
2.3.1 Image due à la relation de soins.....	41
2.3.2 Image comparée du médecin et du dentiste.....	42
2.3.3 Odontophobie	44
2.3.3.1 Étiologie, mécanismes et épidémiologie.....	44
2.3.3.2 Gestion du patient phobique	48

2.4	Le chirurgien-dentiste face à sa représentation sociale	51
2.5	Conclusion et ouverture	52
3	LA COMMUNICATION	53
3.1	Abord	53
3.2	Communication au sein du cabinet.....	53
3.2.1	Rôle de la communication	53
3.2.2	Aménagement intérieur	54
3.2.3	Communication de l'équipe	56
3.2.3.1	Personnel médical.....	56
3.2.3.2	Praticien.....	57
3.2.3.3	Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire	58
3.2.3.4	Durant les actes en bouche.....	59
3.2.4	Image générale du praticien au cabinet.....	60
3.3	Communication externe du cabinet	61
3.3.1	Identité visuelle	61
3.3.2	Publicité du cabinet	62
3.3.3	Dispositions légales et implications	63
3.3.4	Le cas singulier des centres dentaires	65
3.3.5	Réseaux sociaux et internet	67
3.4	Pistes de communication	70
3.4.1	Avancées technologiques	70
3.4.2	Odontologie légale	71
3.4.3	Chirurgie orale.....	73
3.4.4	Les soins en ligne	74
3.4.5	Image expectative du dentiste.....	77
4	IMAGE DU DENTISTE A L'ETRANGER.....	80
4.1	Abord	80
4.2	Les pays européens.....	80
4.2.1	Les Pays-Bas.....	80
4.2.2	Suède	81
4.2.3	Royaume-Uni	82
4.2.4	Allemagne.....	84
4.3	Les pays non-européens.....	85
4.3.1	Etats-Unis	85
4.3.2	Chine	87
4.3.3	Canada	88
4.4	Observation.....	89
5	CONCLUSIONS	90
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	93

Table des illustrations

Figure 1, Oxilia G, Fiorillo F et al. The dawn of dentistry in the late upper Paleolithic: An early case of pathological intervention at Riparo Fredian. <i>Am J Phys Anthropol.</i> 2017;163(3):446-61	8
Figure 2, Martyre de Sainte Apolline (XVIIe siècle), Chapelle de la Houssaye, Morbihan [Sculpture en bois].	9
Figure 3, Jan Steen. L'arracheur de dents (1651) [Peinture à huile]. Mauritshuis, La Hague, Pays-Bas	12
Figure 4, Le Chirurgien-dentiste, ou Traité des dents (1746) ... Paris : Pierre-Jean Mariette	14
Figure 5, William Morton avant une anesthésie à l'éther. (s. d.). [Gravure] https://www.britannica.com/biography/William-Thomas-Green-Morton	15
Figure 6, Luca Borghi, L.B. [Photographie] 2014, The History of Medicine Topographical Database. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Horace_Wells_8.jpg	16
Figure 7, Auction.fr. (2015, 6 novembre). Fauteuil dentaire Wilkerson, SS White env. 1880 [Photographie]. https://www.auction.fr/_fr/lot/fauteuil-dentaire-wilkerson-par-ss-white-fonte-velours-bordeaux-circa-8813219	17
Figure 8, Pascal Disdier, P. D. (s. d.). Remise de diplômes de doctorat, palais universitaire de Strasbourg [Photographie]. http://www.unistra.fr	22
Figure 9, Quince & Co. (s. d.). Modèles d'emmanchures adaptées pour tuniques [Illustration]. https://quinceandco.com/blogs/news/55075267-in-depth-top-down	24
Figure 10, Fischer, L., et al. (1998). L'habit du chirurgien en salle d'opération : 100 ans d'histoire. <i>Histoire des sciences médicales</i> , 32, p. 357. [Photographie]	26
Figure 11, Dentistes en tuniques de couleur. (2021). Happyblouse. [Image publicitaire] http://www.Happyblouse.fr , consulté le 07.08.2021	28
Figure 12, Sources des informations en France. Reuters, janv. 2021	30
Figure 13, Aloys Oosterwijk, A. O., ANP/AFP/Archives. (2015, 15 janvier). Procès de Mark Van Nierop, Amsterdam, oct. 2014 [Illustration]. https://www.lepoint.fr/societe/le-dentiste-de-l-horreur-neerlandaislivre-a-la-justice-francaise-15-01-2015-1896940_23.php	31
Figure 14, Oral-B France. (2015, 7 septembre). « Caries dentaires – Informations, Conseils & Traitements », Oral-B France [Vidéo YouTube]. https://www.youtube.com/channel/UCAIpPUNdgyLmaOI3LMoELGw	33
Figure 15, Aquafresh Afrique du Sud. (1994). [Spot publicitaire TV]. https://youtu.be/y6W9MwrkMm4	34
Figure 16, John Schlesinger (Réalisateur) (1976). Marathon Man [Film]	36
Figure 17, Vecor Archive. (s. d.). Les 7 émojis de Facebook [Illustration]. https://stock.adobe.com/nl/images/facebook-emoji-buttons-collection-of-emoji-reactions-for-social-network-kyiv-ukraine-april-18-2020/340278683	39
Figure 18, Koopje.com. (s. d.). « Facettes magiques » Smart Smile [Photographies]. Consulté le 12.07.2021 https://koopje.com/products/perfect-teeth-smart-smile	40
Figure 19, Scuola Medica Salernitana, copie du canon d'Avicenna. Université de Bologne MS 2197, f. 317v. [Copie miniature]	43
Figure 20, Freepik. (s. d.), consulté le 04.06.2020 sur http://www.freepik.com	44
Figure 21, Morreuw, F. M. (2007). Scène de la vie ordinaire : CHEZ LE DENTISTE [Acrylique, collage sur toile 81x60]. http://www.moreeuw.com/dentiste.htm	45
Figure 22, Dental Geneva. (n.d.). Cercle vicieux de l'odontophobie selon Berggren [Illustration]. https://www.dentalgeneva.ch/	46

Figure 23, Symbolisation du patient odontophobique. (n.d.). [Photographie]. https://www.dentistiinalbania.com/fr/comment-gerer-la-phobie-du-dentiste/	48
Figure 24, Witte, F. W. (2016). Panique en montagne. SSO, 126(6), 14–16. https://www.swissdentaljournal.org/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SDJ_2016/SDJ_6_2016/SDJ_2016-06_aktuell_F.pdf	50
Figure 25, Inside Edition [https://www.youtube.com/channel/UC9k-yiEpRHMNVOnOi_aQK8w]. (2019, December 6). Dentist Pulled Tooth While Standing on a Hoverboard [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=IUpUuRXxZWU	52
Figure 26, Cabinet Dr. Marchand. Salle d'attente. [Photographie]. https://dr-marchand-mathieu.chirurgiens-dentistes.fr/le-cabinet/	55
Figure 27, Agence Murmur. (n.d.). Salle de soins du cabinet [Photographie]. https://www.agence-murmur.com/	60
Figure 28, Marion GERGELY, M. G. (2018, 23 septembre). Centre dentaire à Vénissy : les habitants sourient à pleines dents [Photographie]. https://www.leprogres.fr/rhone-69-edition-est-lyonnais/2018/09/23/centre-dentaire-a-venissy-les-habitants-sourient-a-pleines-dents	65
Figure 29, Dentelia. (2020). Vitrine d'un centre dentaire [Photographie]. http://www.dentelia.fr . Vu le 18.08.2021	65
Figure 30, Jean Philippe Soucy, J. P. S. [Dentiste ; Saint-C. (2017, 17 octobre). Comment guérir les caries sans plombages? [Vidéo]. YouTube. https://youtu.be/jPe3Q3Du2Ac	69
Figure 31, Georget, C., & Conigliaro, A. (2012). La place de la photographie dans le rapport d'expertise en identification odontologique. Une nouvelle approche : le phodontogramme. <i>Droit et Médecine Bucco-Dentaire</i> , 2(3–4), 146. [Photographie]. https://doi.org/10.1051/dmbd/120303	72
Figure 32, Cabinet dentaire Rochegude. Plateau technique durant chirurgie. (n.d.). [Photographie]. https://cabinet-dentaire-rochegude.fr/	73
Figure 33, Holcroft, J. H. (n.d.). Hand steckt Münze in Geldweinfwurf auf dem Rücken eines Arztes [Illustration]. https://www.mauritius-images.com/de/asset/ME-PI-1400500_mauritius_images_bildnummer_03846699_hand-steckt-muenze-in-geldweinfwurf-auf-dem-ruecken-eines-arztes	76
Figure 34, Page d'accueil du site Qare. (2021, August 17). [Site web]. https://www.qare.fr	77
Figure 35, Loizeau, J. L., & Auger, J. A. (2002). Puce téléphonique endodontique et enquête sur son acceptation [Illustration]. http://www.auger-loizeau.com	79
Figure 36, Tandartspraktijk De Liefde (Amsterdam). (s. d.). [Photographie]. https://www.tandartspraktijkdeliefde.nl/	81
Figure 37, Koorhan, G. (2018, Mai 13). How To Use Facebook Ads To Get 5 New Patients In Your Dental Practice This Week. ProfitArcher. [Post publicitaire facebook] https://profitarcher.com/facebook-ads-for-dental-leads/	83
Figure 38, Stadttheater, K. F. A. [Kieferorthopädie ; Freiburg ; am ; Stadttheater], prod. 1. take films. (2016, 10 décembre). Kinospot Kieferorthopädie am Stadttheater [Vidéo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=VdmFgxr-z-A&feature=youtu.be	85
Figure 39, Simran Sharma, S. S. (n.c.). [Template publicitaire]. https://in.pinterest.com/simranitnsharm/clinic/	86
Figure 40, Agence de communication JWT. (2012). Pub dentifrice Maxam [CAO]... 88	88

INTRODUCTION

L'image d'une profession est un concept aussi curieux que fluctuant. De quelle image est-il question ? Qui perçoit cette image et à quelle époque ? La perception varie-t-elle d'un sujet à l'autre, d'un groupe socio-économique à un autre ?

Notre travail portera sur la perception d'un patient lambda que nous appellerons « le patient », pour tenter de rendre intelligible la manière dont celui-ci perçoit le dentiste. Peu d'ouvrages bibliographiques traitent de ce sujet. Nous retrouvons plutôt des études portant sur la relation patient-praticien ou les modes d'exercices, soit des documents analysant le dentiste pour ce qu'il est et non pas pour ce qu'il représente.

Les grèves de dentistes en 2017, largement lancées par des mouvements d'étudiants en médecine dentaire, ont révélé une compréhension très limitée des patients pour ce mouvement. Un engouement et une volonté de faire passer un message, mais aussi d'éduquer le patient à la problématique du reste à charge zéro était bien présent. Malheureusement, la perception de la manifestation par les patients a été aux antipodes de notre souhait. Certains médias avaient même suggéré que les dentistes manifestaient pour défendre leurs acquis, les présentant comme des commerçants se plaignant de marges trop faibles. La manifestation engagée s'est transformée en une mauvaise publicité. Comprenons ainsi que la perception du patient distingue le dentiste de son image. A ce sujet, nous souhaitons que notre étude apporte des pistes de réponse aux questions suivantes :

Quelle est l'image du chirurgien-dentiste en France et d'où tire-t-elle son origine ?
Quels vecteurs influençant ou déformant l'image peut-on décrire ? En quoi la communication représente, particulièrement à l'époque des réseaux sociaux et de la télé-dentisterie, une excellente opportunité d'amélioration de l'image ?

Nous étayerons succinctement l'origine de l'art dentaire, les différentes formes d'exercice et de représentations du dentiste jusqu'à notre époque pour comprendre l'origine de l'image actuelle et de sa consolidation et mettre en lumière les mécanismes et stéréotypes, sous tendant l'image du dentiste.

1 EVOLUTION DE L'ART DENTAIRE ET DE SA REPRESENTATION

1.1 Définition de la représentation sociale

La définition actuelle de la représentation sociale repose largement sur les travaux de recherche de Moscovici (1). Ainsi, « elle constitue un système de valeurs, de notions et de pratiques donnant aux individus les moyens de s'orienter dans l'environnement social et matériel pour le maîtriser ». L'auteur précise que celles-ci « servent au membres d'une communauté à titre de médium pour leurs échanges et de code pour nommer et classer de manière claire les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective ». (1)

La représentation sociale correspond à une réalité perçue et vécue par les individus. C'est pourquoi « les représentations sociales sont des phénomènes complexes, toujours activés et agissant dans la vie sociale. Elles sont composées d'éléments divers qui ont longtemps été étudiés de façon isolée : attitudes, opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc. ». (2)

Une autre définition nous provient de Denise Jodelet, sociologue ayant poursuivi les recherches de Moscovici : les individus se transmettent les informations de l'image au sein d'un groupe social qui est, dans notre cas, constitué par les patients et leur entourage. D'après ses propos, « La représentation sociale est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune et à un ensemble social ». (2)

Il s'agit donc d'un savoir de sens commun qui n'est pas un miroir, mais plutôt une interprétation consensuelle de la réalité. Elle ne correspond pas à une réalité scientifique, mais permet de la gérer. C'est avec cette perspective que nous avons entamé notre étude.

1.2 Origine de l'art dentaire

Le concept même de représentation sociale est fluctuant. C'est pourquoi étayer l'image actuelle du dentiste impose de rappeler comment celle-ci s'est construite au fil du temps. Nous pouvons supposer que la chirurgie dentaire, étant une science médicale bien plus jeune que la médecine conventionnelle elle-même, a eu du mal à

gagner la confiance des patients à travers les âges. Les médecins auraient eu plus de temps pour développer leur compréhension et ainsi fournir des traitements efficaces face à une dentisterie qui se serait forgé une image de charlatan par manque de connaissances.

Les soins palliatifs dentaires semblent pourtant exister depuis bien plus longtemps que nos suppositions. Ainsi, une récente étude italienne pluridisciplinaire de 2017 a permis d'identifier des soins dentaires sur des incisives provenant du site archéologique de Riparo Fredian, Toscane. (3) Celles-ci datent du paléolithique tardif, c'est-à-dire de l'âge de pierre. Après imagerie aux rayons X, des cavités thérapeutiques présentes dans les couronnes ont pu être révélées. Celles-ci ont été reconstruites numériquement avec une technique TDM. Elles semblent avoir été excavées avec des outils en pierre rudimentaires exposant la pulpe, puis comblées d'un mélange de goudron, cheveux et plantes. (Figure 1). Les ossements de ce site datent d'il y a 13000 ans. L'idée reçue selon laquelle les actes dentaires trouvent leur origine dans l'Égypte ancienne semble donc erronée, vu que l'art dentaire serait apparu plus tôt. Les auteurs qualifient ces actes thérapeutiques de protodontisterie. L'étude suggère que les actes dentaires faisaient partie intégrante de la vie de l'être humain, depuis au moins 9000 av J.C., (période néolithique) et avant même la sédentarisation de notre espèce.

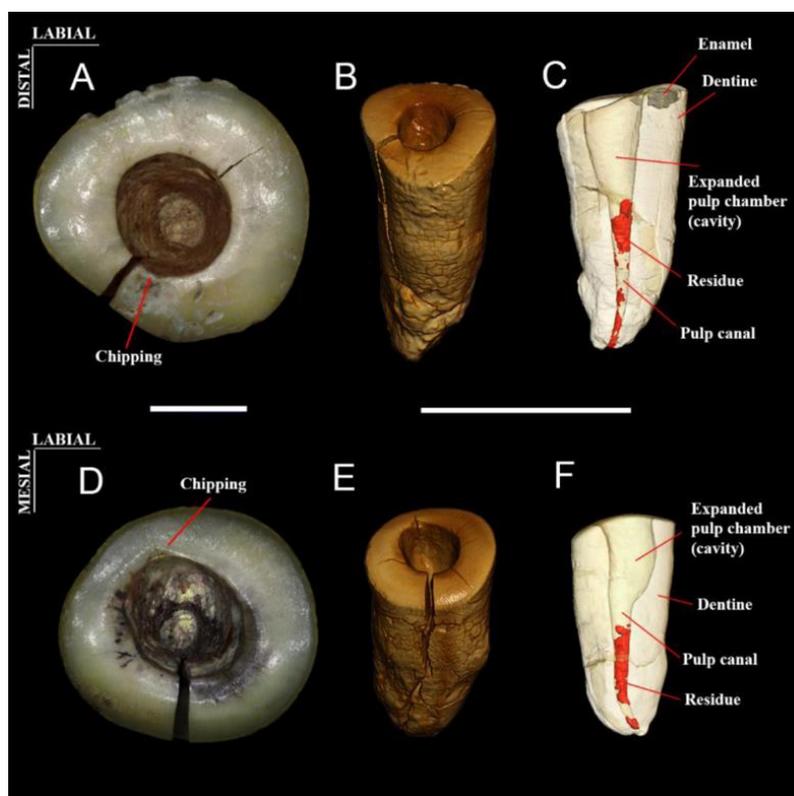


Figure 1, Protodontisterie, cavité d'accès endodontique, site archéologique de Riparo Fredian

1.3 Dent et douleur

La pratique dentaire s'intéresse par essence à l'organe dentaire, et porte son regard directement sur l'objet de souffrance. En-effet, la douleur est elle-même typiquement associée à la dent. On retrouve cette symbolique dans le personnage historique d'Apolline, une martyre torturée lors des émeutes chrétiennes d'Alexandrie en 249 après J.C. Après sa capture, ses bourreaux Romains lui auraient fracassé la mâchoire puis arraché l'intégralité des dents. Devant le bûcher public, ils lui demandèrent de révoquer sa foi chrétienne sur quoi elle s'excusa de ne pouvoir satisfaire à leur demande et se jeta volontairement dans les flammes.

Dans la seconde lettre, Denys d'Alexandrie décrit la scène :

« Ils se saisirent aussi d'Apolline qui était alors une vierge âgée et très admirable ; après avoir fait sauter toutes ses dents en frappant ses mâchoires, ils construisirent un bûcher devant la ville et menacèrent de la brûler vivante si elle ne prononçait pas, avec eux, les formules de l'impiété. Elle s'excusa brièvement, puis, s'étant un peu reculée, elle s'élança vivement dans le feu et fut consumée. ». (4)



Figure 2, Martyre de Sainte Apolline, Sculpture sur bois, XVIIe siècle

Bien que l'on vouât déjà un culte à la martyre Apolline durant des siècles, invoquée pour protéger des maux et douleurs dentaires, elle ne fut canonisée qu'en 1634 et veille depuis en tant que Sainte Patronne protectrice des dentistes. Elle est ainsi devenue le symbole de la profession de dentiste. Paradoxalement, elle n'a pu empêcher les avulsions forcées que lui ont fait subir ses bourreaux. Cet état de fait reflète à notre sens, toute l'ambiguïté dans laquelle se trouvaient les dentistes : désarmés devant le manque de connaissances et de moyens en termes de soins, avec un choix thérapeutique souvent réduit à l'avulsion, faisant des dentistes de cette époque des opérateurs qui, conjointement, soulageaient la douleur et la provoquaient.

1.4 Les multiples facettes du dentiste du Moyen-Âge

Sans prétendre dresser un tableau complet de l'histoire de l'art dentaire, il est nécessaire de préciser les différentes représentations sociales que le dentiste a traversées. L'image représentative du dentiste se décline presque comme une caricature pour notre perception actuelle, mais elle fut bien une réalité à cette époque.

Ainsi, un patient du Moyen-Âge se tournait généralement vers les saint-guérisseurs (5). Pour soulager ses douleurs dentaires, on consultait l'instance entre l'humain et Dieu, soit un prêtre soit un saint. Les praticiens imploraient les saints Damien et Côme, tandis que les souffrants se tournaient vers Sainte Apolline. Les pèlerinages vers des chapelles et lieux saints sont courants et nombreux. (5) Ceux-ci témoignent, de manière justifiée, d'une absence de confiance envers les soins dentaires et ceux qui les pratiquaient.

En effet, c'est à cette époque que le dentiste s'est présenté comme « l'arracheur de dents » qui se donne en spectacle sur la place publique, va proférer ses boniments aux curieux et vendre ses fioles miraculeuses et autres élixirs. Ces prestidigitateurs s'adonnaient à une véritable représentation scénique qui peut contenir des éléments mystiques et des animaux pour attirer les foules. La pratique dentaire était comparable à un folklore en plein air qui figera dans les esprits, une image d'un dentiste charlatan durant des siècles (5).

Ainsi, il valait mieux être « dentiste ambulante », parcourant la France de bourgade en bourgade pour déambuler de la responsabilité, une fois la

supercherie découverte. Notons que le dentiste opérant ne dispose à cette époque que de très peu de solutions thérapeutiques en dehors de l'avulsion, c'est pourquoi la représentation sociale en a fait un arracheur de dents, soignant le mal par le mal, et soulageant ses patients en opérant un supplice douloureux nécessaire. La flore microbienne buccale des « patients » du Moyen-Âge était très différente de celle observée depuis la révolution industrielle, avec essentiellement une plus faible colonisation par *S. mutans* et donc une prévalence carieuse moins élevée. (6) En termes d'actes dentaires, la pratique dentaire se résumait quasi exclusivement à l'avulsion (7).

C'est de ce paradigme que se démarquera le statut de barbier-dentiste qui, perdurera jusqu'à la période scolastique du Moyen-Âge (1100-1400). On pouvait ainsi aller voir le barbier qui, contrairement, au « dentiste ambulante » possédait un réel savoir-faire chirurgical. En 1372, les barbiers avaient obtenu du Roi Charles V, l'autorisation de pratiquer de la petite chirurgie si celle-ci n'était pas mortelle. A cette époque, nous retrouvons une population mixte de barbiers-dentistes dits « à robe courte » en opposition aux chirurgiens lettrés, pratiquant le latin et opérant à robe longue.

La multiplicité des statuts des dentistes et un cadre légal ayant mis de nombreux siècles à s'établir ont créé un climat de manque de confiance absolu envers le dentiste. On se méfie à juste titre du dentiste, et l'inconscient collectif en a fait un tortionnaire sans connaissances solides qui provoquait la douleur et suscitait l'horreur. D'ailleurs en Allemagne, le dentiste était également appelé à juste titre « Zahnbrecher », soit destructeur de dents et non arracheur de dents (5). Cette situation ne changera pas dans ses grandes lignes jusqu'à la fin du XVIIème siècle. Ainsi :

« Dans les premières années du règne de Louis XIV, rien n'avait changé dans l'organisation des arts de guérir. Deux catégories bien distinctes de praticiens soignaient les malades :

- Les médecins, formés dans les universités et réputés savants, peu nombreux, s'occupaient de la clientèle riche des villes.
- Les chirurgiens, formés par empirisme dans le cadre des arts et métiers, étaient partout présents, et soignaient toutes les maladies.

Les dentistes ne faisaient pas partie du monde de la médecine. C'était une activité marginale, mal considérée, exercée par des colporteurs, des montreurs de foire. Ils s'occupaient des dents d'une façon occasionnelle, partageant leur temps avec d'autres tâches. Ils vendaient des élixirs de santé, des almanachs, tiraient les cors au pied ; quelques personnages hauts en couleur pratiquaient aux arrêts des diligences, remettaient en place les membres déboîtés (...) ». (8)



Figure 3, Jan Steen. *L'arracheur de dents* (1651)

1.5 Pratiques : codification et évolution de leur représentation

Les tentatives d'encadrement de la pratique dentaire restèrent infructueuses jusqu'à la première partie du XVIIIème siècle.

« Sous le règne de Louis XIV (1643-1715), une première ordonnance oblige les chirurgiens et les barbiers à être groupés en une même compagnie sous la dépendance de la Faculté de médecine (avec comme chef le premier chirurgien du roi à la place du premier barbier du roi). ». (9)

L'expression même de « chirurgie dentaire » n'apparaît qu'à partir du XVIIème siècle. Les efforts des chirurgiens vont finalement porter leurs fruits : ils font reconnaître leur art et le font valoir au même titre que d'autres disciplines médicales.

Un évènement relatif à la santé du Roi va modifier le cours des évènements. En 1687, Louis XIV subit dans des conditions parfaites l'opération de la fistule anale. Félix, son Premier Chirurgien, démontre à cette occasion une parfaite maîtrise de la technique. Par contre, la mort de la Reine, due à une erreur de diagnostic des médecins de la Cour met en position d'infériorité le médecin par rapport au chirurgien. Dès lors Louis XIV accorde toute sa confiance à Félix.

« En 1699 (...) à la suite de quelques opérations faites sur la vessie et sur l'œil, toutes parfaitement conduites, le Premier Chirurgien demande à son maître de reconnaître des activités jusque là négligées, quelquefois méprisées. Les opérations (...) doivent entrer dans l'activité chirurgicale. C'est une nécessité pour les malades, un droit pour les opérateurs.

Un ensemble de règlements voient le jour en 1699, qui donneront naissance aux praticiens spécialistes qui soigneront (...) les dents malades. Pour la première fois dans l'histoire, grâce à la volonté de Félix et au bon vouloir de Louis XIV, les dentistes entrent dans le monde officiel de la médecine. ». (8)

La codification et l'interdiction d'exercer sans titre vont aller de pair avec un perfectionnement des techniques à présent prodiguées par des hommes de science dans une grande majorité des cas. (8)

La pratique clinique se rationalise fondamentalement et avec une grande cadence. Elle va se détacher radicalement des images d'arracheurs de dents de foire, ceux qui soignent les « dents malades » sont à présent dénommés Chirurgiens-Dentistes et l'observation clinique va leur apporter de solides compétences. Les praticiens de la chirurgie-dentaire sont devenus des « sachants ». Ce savoir va alors rapidement se structurer et déclencher une évolution fulgurante des techniques en chirurgie dentaire. La profession de chirurgien-dentiste va se cristalliser, amenant avec elle un rayonnement de connaissances, d'institutions ainsi qu'une véritable éclosion de facultés de Chirurgie Dentaire à travers l'Europe.

La dénomination du Chirurgien-Dentiste et sa reconnaissance officielle vont légitimer sa profession et offrir aux patients un autre regard sur le dentiste. Aussi Pierre Fauchard, jeune dentiste installé à Paris, mettra sur papier le célèbre « Chirurgien-dentiste et traité des dents » en 1728. Dans son ouvrage qui servira de référence pendant plus d'un siècle, il accorde une attention toute particulière à la douleur et

améliore les instruments pour la réduire. Il décrit les « maladies de la bouche et des gencives », insistant sur l'importance d'une formation solide (pratique, théorique et d'anatomie) pour exercer.

Fauchard vient surtout apporter des notions primordiales d'éthique dans la pratique de la chirurgie dentaire, pose ainsi les bases du principe de conservation des tissus naturels et invite à une réflexion éthique autour des actes chirurgicaux. « Ce n'est qu'avec grand regret que je me détermine à ôter des dents ... j'hésite, j'élude, et je diffère à les ôter par le grand cas que j'en fais, et à cause de l'importance de leur usage. ». (10)

Comprenons ce XVIIIème siècle comme véritable point d'inflexion de l'art dentaire, une époque ayant permis à la fois la naissance du chirurgien-dentiste, de la codification de ses activités et d'un essor remarquable des techniques dentaires et chirurgicales.

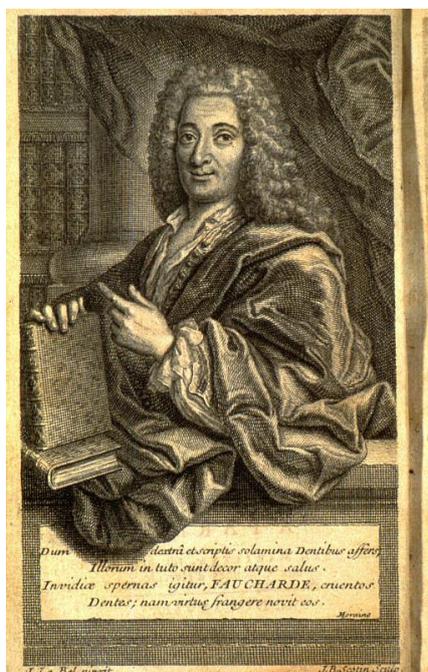


Figure 4, Couverture du « Chirurgien-dentiste, ou traité des dents »,
Pierre Fauchard, 1746

1.6 Le XIXème siècle

1.6.1 Anesthésie : découvertes et avancées

Alors que les recherches en anesthésie se multiplient à travers l'Europe, certaines voix de la Médecine font entendre une vive opposition à ces travaux. Velpeau déclare à ce

sujet en 1839 « opérer sans douleur est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre ». (11)

Le XIXème siècle sera pourtant bien celui de l'anesthésie, qui deviendra même une discipline à part entière. Horace Wells (1815-1848), dentiste américain, est considéré comme le père de l'anesthésie chirurgicale. Il a pu mettre en évidence les propriétés anesthésiantes du protoxyde d'azote (NO) alors appelé gaz nitreux. C'est la rencontre avec Gardner Quincy Colton, un jeune chimiste ambulancier, auto-promu directeur de cirque du Gaz Hilarant, qui le fit s'intéresser à ce gaz. Sa première expérience publique de démonstration des propriétés anesthésiantes se fit le 10 décembre 1844 avec succès. Assisté de Colton, il se fit avulser une molaire sans douleur sous inhalation de protoxyde d'azote (NO) stocké dans un ballon de soie muni d'un embout. Il renouvela ce procédé avec succès auprès de quinze de ses patients. Les résultats qui en découlèrent furent publiés dans le Boston Surgical and Medical Journal du 18 juin 1845.

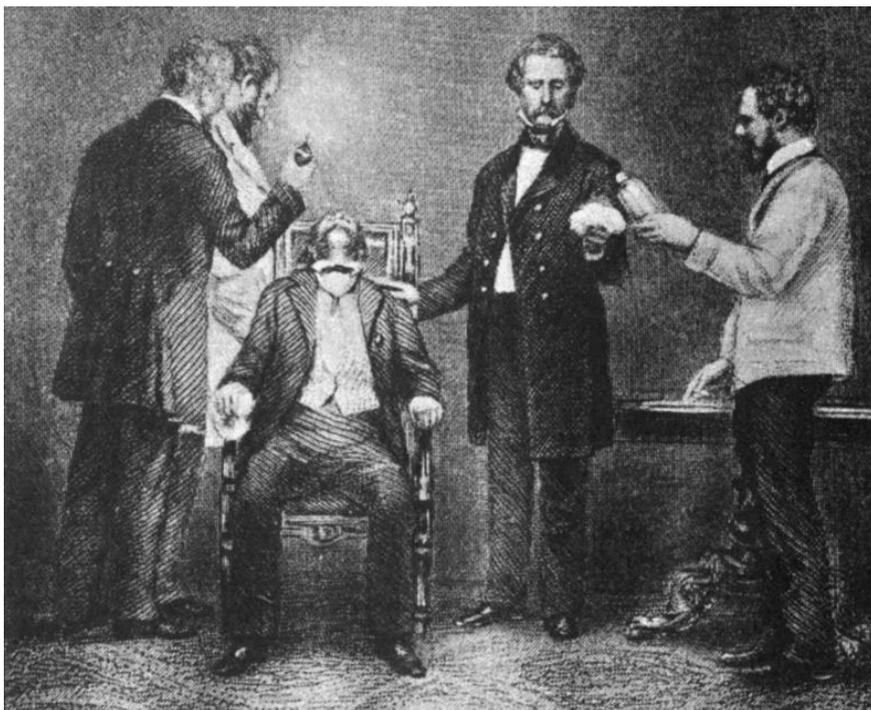


Figure 5, William Morton avant une anesthésie à l'éther, gravure sans date

La méthode de Wells ne s'imposera pourtant pas. En 1845, une expérience d'extraction sous sédation mal menée au Massachusetts General Hospital, lui valut la risée de l'auditoire et une discréditation complète de sa technique d'anesthésie au sein de la communauté médicale. (12)

Le protoxyde d'azote fut alors écarté, et deux substances domineront l'anesthésie au XIXème siècle : A Strasbourg, Lyon, Montpellier et aux USA, l'éther s'est imposé, face au chloroforme qui est le produit de choix à Paris, en Allemagne et en Angleterre (12).

William Thomas Green Morton est retenu comme l'inventeur de la technique d'anesthésie à l'éther, alors que Charles Jackson lui aurait délivré les compositions exactes d'éther à employer. (12)

Force est de constater que l'anesthésie, annulant la sensation de douleurs lors d'interventions chirurgicales et proposant différentes substances ainsi qu'une pléiade de techniques, transformera radicalement la perception du dentiste au cours de ce siècle : Le « dentiste provoquant ou l'aggravant la douleur » passe à un « dentiste soulageant ou annulant la douleur ». Une image experte et plus moderne va se superposer à la représentation habituelle. L'image du dentiste subit alors un point d'inflexion radical.

La France rendra hommage à Wells en reconnaissant son antériorité dans la découverte de l'anesthésie chirurgicale et en érigeant une statue à Paris, 1 Square des États-Unis. Celle-ci comporte l'inscription : « Au dentiste Américain Horace Wells, Novateur de l'anesthésie chirurgicale ».



Figure 6, Hommage à Horace Wells, statue à Paris

1.6.2 Le fauteuil dentaire

De nos jours, on ne saurait séparer le chirurgien-dentiste de son fauteuil dentaire. Comme l'anesthésie, c'est au cours du XIXème siècle que les premiers types de fauteuils dentaires sont apparus. Une période prolifique au cours de laquelle une trentaine de modèles différents de fauteuils seront développés, contre une dizaine seulement au XVIIIème siècle. (13)

Le fauteuil est la pièce maîtresse du cabinet dentaire. Il offre une installation confortable au patient et des conditions optimales de visibilité et d'ergonomie au praticien, notamment grâce au bras flexible qui apparaît dès 1875 (13). Comme il permet de réaliser un travail plus efficace et plus précis, le fauteuil dentaire agit comme un facteur majeur de l'amélioration technique du dentiste et ainsi de son image. Ce concept amène le patient jadis soigné sur la place publique pour l'installer confortablement dans un cabinet dentaire sur un fauteuil dédié. Le fauteuil permettra également l'amélioration des rapports de confiance entre patient et chirurgien-dentiste, car il faut disposer d'une ergonomie optimale pour se concentrer sur des soins intra-oraux tout en communiquant avec le patient.



Figure 7, SS White, Fauteuil dentaire Wilkerson, env. 1880, vu sur un site d'enchères

1.7 L'image moderne du dentiste (XXe siècle)

1.7.1 Le colloque singulier (1935)

Le XXème siècle s'inscrit dans la poursuite des découvertes cliniques et technologiques. Parmi les événements marquants, on retiendra certainement le colloque singulier. C'est en 1935 que Georges Duhamel, médecin et célèbre écrivain français propose une lecture profonde de la relation patient-praticien, nous livrant une définition portant le terme de colloque singulier. Ce modèle assurément paternaliste, offre une réelle place à la relation patient-praticien. Au sein de ce colloque, le médecin a des droits et devoirs envers son malade : la disponibilité, l'écoute, le dévouement, la compétence et la synthèse.

Les points essentiels sont le libre choix du praticien par le patient, le secret professionnel, la relation de confiance, ainsi que le consentement libre et éclairé. (14) Les codes de déontologie de médecine et chirurgie-dentaire qui en découleront, s'appuieront sur les écrits de Duhamel.

1.7.2 L'arrêt Mercier

En 1936, la relation de soin est officialisée par la cour de cassation qui définit le contrat de soin comme contrat civil entre le médecin et son patient. Il s'inspire du colloque singulier de Duhamel et définit les soins médicaux comme étant « un véritable contrat comportant pour le praticien sinon de guérir le malade, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ». (14) (15)

C'est la naissance du contrat synallagmatique, engageant les deux parties à fournir des obligations réciproques et obligatoires. Le patient doit rémunérer le médecin et suivre ses prescriptions. Le praticien lui, se doit de prodiguer des soins consciencieux. En cas d'inexécution de l'une des deux parties, l'autre peut refuser d'exercer la sienne. Le contrat est résiliable unilatéralement à tout moment par le patient ou le praticien, qui lui se doit en tous cas d'assurer la continuité des soins et de répondre aux situations d'urgence. (16)

1.7.3 Création de l'ordre et code de déontologie

Le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentiste est né le 24 septembre 1945, au lendemain de la seconde guerre mondiale. Son but est de veiller « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession, et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie (...) et d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ». (17)

Le code de déontologie mis en place depuis 1948, fait partie intégrante du code de la santé publique. Le praticien dérogeant à ces règles peut être juridiquement sanctionné. Ce code a trois finalités principales : c'est un facteur d'unité (règles communes) de dignité et de cohésion de la profession.

Selon l'article R.4127-202, « le chirurgien-dentiste au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine... »

Le praticien est au service de l'individu, et il s'agit d'une relation de nature contractuelle, notion que précisait l'arrêt Mercier. Il est dans le devoir de respecter la dignité de la personne humaine. (18)

L'article R.4127-204 précise que « Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients (...) sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose. ». (18)

1.7.4 La loi du 4 mars 2002

Cette loi est considérée comme un événement majeur de l'évolution de la relation patient-praticien. Elle est subdivisée en 5 titres : solidarité envers les personnes handicapées, démocratie sanitaire, qualité du système de santé, réparation des conséquences des risques sanitaires et dispositions relatives à l'outre-mer. (19)

Selon l'article L1110-1, « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ». (20)

Selon l'article L1110-2 : « La personne malade a droit au respect de sa dignité ». (21)

La loi du 4 mars 2002 stipule également que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». Elle précise que l'information incombe au professionnel de santé au sens large et non plus seulement au praticien. Elle contraint celui-ci à fournir une information préalable au patient. De plus, le praticien se doit d'évaluer la capacité du patient à recevoir l'information. (22)

Selon l'article L. 1111-4,

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (...) aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Selon l'article L.111-7, «Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé... ». (23) Le patient obtient ainsi le libre accès à son dossier médical (16), devient maître de ses choix, et affirme son autonomie par le biais du consentement éclairé (qui vaut pour autorisation, mais aussi droit de rétractation). (24)

Cette loi confère également au patient le droit à l'indemnisation de l'accident médical. Un aléa thérapeutique permet au patient de demander une indemnisation, le praticien ayant une obligation de moyens quant aux soins. Face à un échec thérapeutique, si le patient met en évidence la faute du praticien, un préjudice et un lien de causalité, il peut porter plainte. Une indemnisation peut alors être réclamée et elle engagera la responsabilité civile professionnelle du praticien. (25)

Pour conclure, comprenons que la loi du 4 mars 2002 est la base législative ayant permis l'établissement d'une démocratie sanitaire qui place le patient au cœur du système de santé. (22)

1.7.5 Évolution de l'image

La chirurgie dentaire est une science ancestrale qui, au cours de l'Histoire, n'a pas échappé à l'obscurantisme qui régnait à travers les siècles du Moyen-Âge. Les dentistes ambulants, batifolant, ont largement dominé cette image socio-culturelle

originelle et elle a prévalu durant une période assez longue pour laisser l'inconscient collectif les répertorier comme chose acquise.

Plus tard, le XVIIIème siècle et son lot de codifications royales, de découvertes, de publications (« Le Chirurgien dentiste » de Fauchard) et de techniques vont radicalement changer l'image du dentiste. Le prestidigitateur d'antan deviendra finalement homme de science. Les institutions, écoles et facultés dentaires vont voir le jour alors que les chirurgiens-dentistes inspirent de plus en plus confiance. Enfin, au XXème siècle, le chirurgien-dentiste semble s'être entièrement détaché de la représentation « d'arracheur de dents ». Sa profession est sous le contrôle d'un ordre, sa pratique encadrée par un code de déontologie. Des visions d'un rapport patient-praticien comme le colloque singulier de Duhamel et la loi Mercier de 1936 ayant pavé cette voie, soit une codification juridictionnelle protégeant le patient. Le dentiste est alors d'avantage perçu comme un praticien de confiance, le patient ayant conscience de l'encadrement ordinal de ce dernier. Cette codification s'oppose aux traitements à tout va et peu efficaces des dentistes ambulants et dénote une forte volonté de la profession dentaire de s'en détacher.

Concernant le titre, le dentiste devient officiellement chirurgien-dentiste dès 1892. Lors de la commémoration du cinquantième de sa création en 1942, Le Dr. Hulin, président de la section dentaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, va faire un discours très engagé et « prône une nouvelle législation basée sur l'indépendance de la profession de dentiste et la création d'un Doctorat en Chirurgie dentaire délivré par une Faculté dentaire ». (26)

Ce ne sera finalement qu'en 1971 que le titre de Docteur en Chirurgie dentaire sera officiellement reconnu, valorisant la Faculté de Chirurgie-Dentaire au sein de l'université et plaçant définitivement le dentiste au même niveau académique que ses confrères médecins.

« Le décret du 22 septembre 1965 (...) crée les Écoles Nationales de Chirurgie Dentaire et l'Arrêté de Maurice Schumann du 21 avril 1969 aboutit à la loi du 24 décembre 1971 et à l'accession au Doctorat en Chirurgie Dentaire ». (26)



Figure 8, Palais universitaire de Strasbourg, remise de diplômes de doctorat

1.8 Ouverture

L'image a véritablement subi un changement radical depuis l'époque où les dentistes officiaient aux côtés des barbiers, mais peut-on parler d'une image positive du chirurgien-dentiste en France, en 2021 ? Quelles particularités présente la perception de cette image de nos jours ?

Après avoir abordé sous le prisme de l'image les origines, les transformations et la cristallisation de la profession de chirurgien-dentiste, portons à présent notre regard sur son image socio-culturelle actuelle et la palette nuancée la caractérisant.

2 IMAGE ACTUELLE DU DENTISTE EN FRANCE

2.1 Généralités

Nous l'appellerons « image », la représentation socio-culturelle du dentiste du XXI^{ème} siècle en France. Il convient de la déchiffrer pour en déduire et mettre en valeur ses codes et mécanismes. Il faut en effet distinguer l'image d'une profession, de celle véhiculée par les médias et celle perçue par le patient. Rappelons que l'image ou la représentation socioculturelle n'est pas un miroir, mais plus une interprétation consensuelle de la réalité. (2)

Une représentation floue, dont certains éléments inconscients échappent au patient. L'image qui s'en dégage provient d'histoires qu'on lui a rapporté, de ses propres expériences des soins dentaires, de l'image véhiculée par le praticien concerné, des publicités, des médias et autres. C'est dire à quel point cette représentation est multiple, riche en nuances et résolument fluctuante. Nous l'aborderons en tentant de caractériser les éléments influençant l'image que le patient se construit du dentiste.

2.1.1 Tenue professionnelle

La tenue professionnelle constitue le premier élément de contact visuel dans la relation patient-praticien. Elle joue ainsi un rôle primordial dans l'établissement de la confiance. Celle-ci ne peut être gagnée sans communication et la tenue professionnelle y participe dès le premier regard. « Le vêtement professionnel communique. Il est vecteur de lien social, à la fois élément émetteur d'une image et récepteur du regard d'autrui. ». (27)

2.1.1.1 Généralités et aspect

En France, l'aspect vestimentaire du chirurgien-dentiste est relativement codifié et uniforme. Ainsi 97,5 % des dentistes soignent en blouse demi-manche. (28) Outre quelques déclinaisons de style, la tenue se distingue notamment par sa forme, sa confection, son tissu et son usage. (29)

- La forme

Elle est constituée d'une tunique/pantalon ou d'une blouse. Celle-ci est indispensable, indépendamment de l'activité. La tunique doit être à manches courtes, adaptée à la morphologie et la taille du praticien. Elle peut être portée au cabinet, au-dessus de vêtements à manches courtes ou retroussées. Le pantalon étant sans poches et muni d'un élastique pour raisons pratiques et hygiéniques. Il est droit et de longueur adaptée. Si le praticien penche pour une blouse (ce qui est moins recommandé), celle-ci doit être à manches courtes, fermée et de longueur suffisante. La tenue doit être confortable et ergonomique tout en respectant la morphologie du dentiste. Les tenues trop étroites, trop petites ou trop décolletées sont à éviter. Pour un confort optimal, les emmanchures seront idéalement de type « kimono » sans couture ou « raglan ».

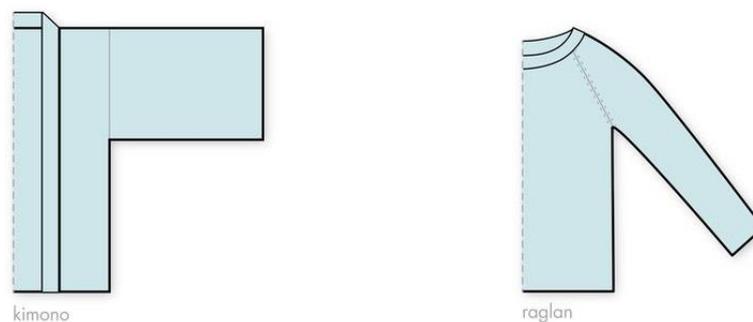


Figure 9, Modèles d'emmanchures adaptées pour tuniques

- La confection

Dans le cas idéal, le système d'ouverture de la tunique permet de l'enfiler sans contact avec le visage ou les cheveux. Il s'agit le plus souvent d'une ouverture du type bouton de pression. Il doit y avoir le moins de poches possibles pour empêcher la tentation de les employer à entreposer des dispositifs médicaux non stériles ou des objets personnels inadaptés. Les poches doivent être droites, restreintes et plaquées afin de ne pas s'accrocher.

- Le tissu

Le matériau de référence pour les vêtements médicaux est un mélange polyester/coton à 65/35. Il est nettement plus résistant que des habits en mélange 50/50. Cette composition permet un entretien simple et rapide, soit un lavage à haute température (> 60°C). Elle offre une isolation du froid relativement bonne, émet peu de

particules, offre une résistance correcte à l'humidité et présente une faible adhérence pour les bactéries, comparée à celle du coton seul. Le grammage classique est de 200 g/m². Il existe également d'autres types de tissus à 100 % de coton. Leur coût constitue toutefois un frein à une plus large diffusion. (29)

2.1.1.2 Equipement complet et fonction

Le tissu industriel utilisé pour les tenues est un mélange polyester/coton. Le rapport (65-35 %) est la référence en matière de vêtement médical, notamment en raison de sa résistance supérieure à celle des mélanges 50-50 %. (29) Sa fonction primaire est de protéger le patient du praticien. Les soins de chirurgie dentaire exposent le patient et le praticien à un risque biologique, d'une exposition à des micro-organismes potentiellement contaminants. Il existe un risque de projections, inhalations, piqûres accidentelles et contaminations croisées. Le praticien s'expose à un risque chimique, soit une substance pouvant être projetée dans le milieu ambiant ou directement dans l'œil (hypochlorite de sodium, Chlorhexidine). Le risque biologique étant l'exposition permanente à une potentielle contamination infectieuse ou d'agents transmissibles non conventionnels. (30)

Ces risques peuvent être limités en utilisant des moyens de protection individuelle (MPI), tels les gants (à usage unique, chirurgicaux ou stériles), le masque, les lunettes de protection, la sur-blouse à usage unique, les sabots de travail et le badge de radioprotection. Ils constituent des éléments barrière qui protègent le praticien, le patient, le personnel soignant et l'environnement. (30)

Les recherches récentes montrent un besoin fort de changement. L'emploi systématique d'instruments, l'instrumentation à grande vitesse et la présence de fines gouttelettes de sang dans la salive exposent le soignant en permanence. Les propriétés et fonctions du tissu employé doivent être adaptées pour mieux protéger le praticien. (28)

Ainsi, d'après une étude de 2009 de Schacher M., Haïkel Y. et al, les blouses « nouvelle génération » consistent en un vêtement adapté offrant un confort optimal et une bonne protection microbienne pour la pratique quotidienne. Les modifications peuvent être des dispositifs ergonomiques de circulations d'air, l'utilisation de textiles antimicrobiens tels le polyester texturé ou encore l'insertion d'ions antibactériens de

métaux (fer, zinc, cuivre) dans le tissu lors de la production. Il faut savoir que leur dégradation et une perte d'efficacité au lavage limitent encore fortement de telles tenues à un nombre restreint d'utilisations. Les auteurs insistent également sur le point suivant : l'importance accordée à ces nouvelles propriétés de confort et de protection dépendent essentiellement des arguments de vente des sociétés qui commercialisent ces blouses et également de l'attitude des porteurs de ces tenues. (28)

2.1.1.3 Couleur du vêtement

Il nous faut retourner quelques années en arrière pour comprendre l'origine de la tenue actuelle. Au cours du XX^{ème} siècle, les découvertes de Louis Pasteur imposent l'asepsie comme paradigme médical dominant. Le four Pasteur et les premiers appareils de stérilisation apparaissent, fin du XIX^{ème}, un grand nombre de complications post-opératoires ayant forcé les praticiens à améliorer la gestion du risque infectieux. Les notions d'asepsie et d'hygiène poussent à la création d'un vêtement unique en coton stérile et de couleur blanche.

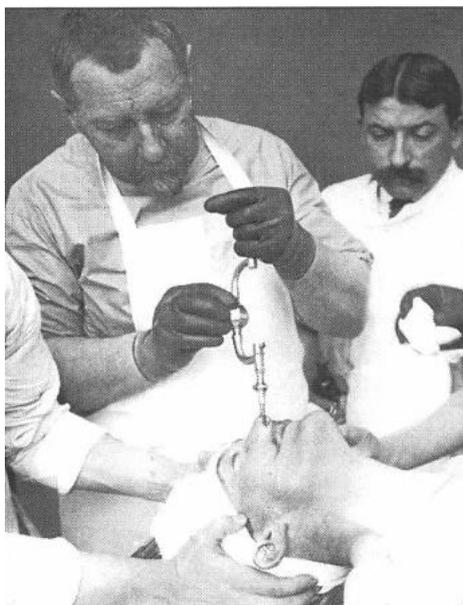


Figure 10, Opération du sinus par Doyen, avec gants de Chaput,

Manches retroussées et tablier blanc, vers 1900 (31)

De 1915 à 1960, le chirurgien porte une tenue blanche composée d'un masque, d'un sarrau (blouse de travail) et d'un calot de chirurgien. Ainsi, les concepts d'asepsie du XX^{ème} siècle ont imposé le blanc qui a perduré longtemps comme couleur unique des tenues, et ce pour toute pratique de la chirurgie. Ce n'est qu'en 1914, qu'Harry Scherman, chirurgien californien, défendit les mérites du vert comme couleur

reposante pour l'opérateur, lui permettant de mieux distinguer les nuances de rouge du champ opératoire. Par ailleurs, le vert était aussi perçu comme moins réfléchissant. (31)

Au XXème siècle, le blanc prévalut et perdurera comme couleur des tenues vestimentaires, malgré de nombreuses interventions de praticiens vantant les mérites de la couleur verte. Ceux-ci attribuaient au vert la capacité de diminuer la fatigabilité de l'opérateur, en raison de sa complémentarité du vert face aux tons rouges du site opératoire. Ce blanc neutre, révélant les traces de sang sur tunique et tablier, et rappelant de manière inquiétante la « blouse du boucher », restera le Diktat jusque dans les années 1960.

Finalement, dès les années 60, les productions audiovisuelles d'enseignements pédagogiques chirurgicaux et de fictions sur le monde chirurgical, avaient dû recourir à des tuniques bleues ou vertes pour des raisons techniques d'éclairage. Celles-ci ont figé ces couleurs sur image, et leur diffusion massive a provoqué l'association de ces couleurs bleu et vert à la pratique de chirurgie au bloc opératoire. Parallèlement, à cette époque, des études montrent que le sarrau blanc n'est pas une barrière aux micro-organismes aussi étanche que l'on présumait. De 1960-1975, il s'en suivra une période dénommée « serre opératoire blanche ». Celle-ci fut marquée par une véritable frénésie de l'asepsie. (31) Le blanc, couleur de la propreté visible, aura ainsi été pendant plus de cinquante ans la couleur emblématique du monde médical, représentant « la respectabilité, l'hygiène et l'image d'une compétence professionnelle ». (32)

De nos jours, alors qu'une majorité écrasante des salles et blocs opératoires sont associés à des tenues en couleur, l'argument de la diminution de quantité de lumière réfléchi possède toujours ses détracteurs. Et les arguments sont de taille. En effet, « la capacité d'une surface à réfléchir ne dépend que de sa capacité réfléchissante et non de sa couleur ». Ainsi selon Gilles Renard, directeur de la Société française d'Ophtalmologie, le vert des blouses ne diminue pas la réflexion de lumière par rapport au blanc. (33) La symbolique de la couleur associée au chirurgien semble s'être ancrée dans les esprits des chirurgiens et des patients. Ainsi, un retour vers le blanc nous semble improbable, l'image du Chirurgien s'étant établie comme celle d'un praticien portant un vêtement professionnel coloré.

Les tuniques et blouses chirurgicales de couleur ont bien été employées par les chirurgiens-dentistes au cours du XXème siècle, mais il fallut une cinquantaine d'années pour qu'on leur porte véritablement attention, tout particulièrement dans les cabinets dentaires. Issue des hôpitaux et des blocs opératoires, la tendance à la couleur s'est imposée, et c'est toute une palette de blouses colorées aux tons et aux coupes variées qui est apparue. A ce titre, les turquoises, mauves ou violets sont naturellement reposants et aident le patient à se sentir plus serein. On observe régulièrement l'emploi d'un code de couleurs pour les vêtements de l'équipe du cabinet. Ce choix n'est pas à prendre à la légère. Ainsi Michel Pastoureau, historien médiéviste français et spécialiste de la symbolique des couleurs, dépeint les attributs d'une couleur en ces termes : « Une couleur c'est une catégorie intellectuelle, un ensemble de symboles. ». (34)

Apporter une multitude de couleurs est en opposition au dogme de la blouse blanche et sa symbolique du « Dieu en blanc ». Les couleurs ont étoffé l'image du dentiste en soulignant visuellement la multiplicité des pratiques. Elles rendent le praticien plus accessible. En effet, les couleurs marquent une rupture avec l'image du praticien en blanc qui peut, nous l'avons compris, être anxiogène pour une partie des patients.



Figure 11, Dentistes en tuniques de couleur (vu sur un site de vente)

2.1.2 Le fantasme du dentiste nanti

Pour certains patients, l'honoraire élevé d'une partie de nos actes dentaires, crée un biais dans la perception. En effet, réaliser une reconstruction prothétique « dans les règles de l'art » peut coûter 1500 € « la dent », ce qui représente un salaire pour 80 % de la population. (35)

Ce rapport de force économique peut amener le patient à placer le chirurgien-dentiste dans le rang des nantis. Ainsi en janvier 2017, le Dr. Amzalag connu pour ses activités de référent de la profession auprès de chaînes télévisées écrivait dans une lettre au président Hollande : « C'est là que l'on agite le spectre du dentiste 'nanti' qui s'en met plein les poches avec les prothèses. ». (36)

Ce décalage dans la perception du professionnel médical peut aller dans les cas extrêmes jusqu'à la représentation d'un personnage vénal, jouant de son titre de chirurgien-dentiste pour « faire affaire » dans les bouches des patients. Si cette déformation actuelle est certainement la plus violente, il nous semble pertinent d'identifier tous les vecteurs participant aux déformations de l'image du dentiste.

2.2 Image véhiculée par les médias

2.2.1 Presse, journaux télévisés et documentaires d'investigation

Dans un rapport publié en juin 2021, Reuters a dressé le tableau de la consommation de l'information dans le monde et de l'impact de la Covid-19. Cette étude se base sur une enquête YouGov réalisée auprès 92 000 consommateurs dans 46 marchés différents, et a été exécutée en partenariat avec l'Université d'Oxford. (37)

La télévision reste la source d'information privilégiée. Depuis le début de la pandémie, les journaux télévisés ont enregistré des niveaux d'audience record avec 4 heures par jour en moyenne. Le trafic des sites web d'information a observé une hausse significative. En ce qui concerne la France, à l'ère de la Covid-19, une augmentation de la consommation de la télévision et des informations en ligne a été observée. (37)

De façon plus globale, la télévision et les différentes sources d'information en ligne sont au coude à coude. La pandémie a eu un effet certain dans cette remontée de l'intérêt porté à la télévision. Cette dernière observe une légère hausse parmi les sources d'information privilégiées, passant de 64 % à 68 % entre 2020 et 2021. Elle supplante ainsi des peu les sources en ligne qui s'élèvent à 67 %. (37)

La presse écrite arrive en 6ème position, avec la presse régionale et locale qui rassemble 16 % des consommateurs par semaine. Elle est suivie par les radios publiques et privées qui comptabilisent 15 % des utilisateurs chaque semaine. La presse nationale arrive en 8ème position avec 7 % des utilisateurs. (37)

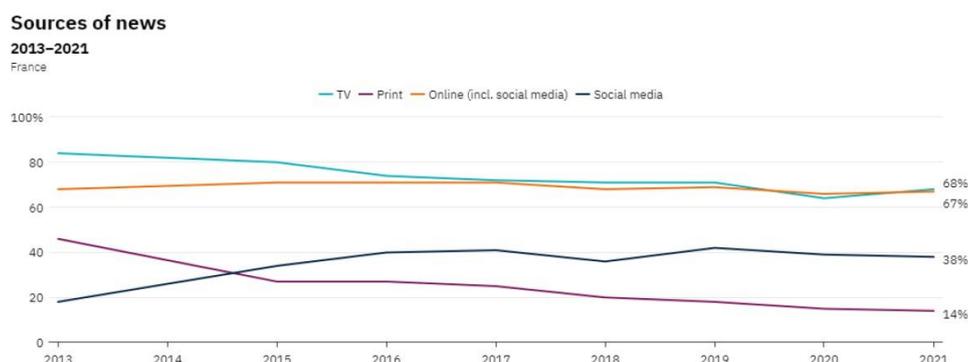


Figure 12, Sources des informations en France. Reuters, janv. 2021

Comprenons que l'image se construit donc essentiellement en ligne ou par la télévision, c'est-à-dire en vidéo. Pour la grande majorité des articles et productions audiovisuelles, deux aspects ressortent de manière récurrente. Nous n'affirmons pas que ce soient les seuls, mais ces deux scénarios se dégagent nettement des autres. On retrouve tout d'abord le « dentiste frauduleux ». C'est une figure très fréquente rejoignant l'image de charlatan du passé et se retrouvant dans des articles ou documentaires dépeignant des activités de dentistes peu scrupuleux. Avides de scandales, ces médias présentent des cas d'arnaques, d'extractions mal gérées et autres mésaventures financières, créant ainsi la confusion pour le lecteur ou spectateur, en suggérant que l'attitude professionnelle présentée soit la norme pour un dentiste lambda. Ce sensationnalisme fait ses preuves en termes d'audience, mais l'image du dentiste en fait les frais, et la confiance envers le praticien s'en trouve amoindrie. Si le manque de confiance est préexistant, le patient est conforté dans sa crainte du dentiste. Ce sont tout particulièrement les documentaires d'investigation qui

vont aborder ce type de sujet, agissant comme une loupe déformante et véhiculant de façon indirecte un message aussi grossier que pragmatique : consulter le dentiste est cher et peut être dangereux. Pour discréditer le dentiste, une des méthodes employées consiste à jouer sur le contexte. Le documentaire « Le prix du sourire, 2012 » en est un exemple criant. Le film compare les prix d'éclaircissement dentaire en « bar à blanchiment » à ceux pratiqués en cabinet. (38) La prestation malhabile du dentiste interviewé a été employée pour le discréditer, comme si le dentiste affabulait des explications médicales justifiant de son surcoût. Concrètement, les investigateurs ont comparé les prix d'un cabinet de très haut standing à ceux des bars à blanchiment pour duper le spectateur, lui suggérant que le prix usuel de l'éclaircissement en cabinet serait celui du cabinet présenté dans le documentaire.

Au-delà de la présentation d'un dentiste aux traits de vendeur, les médias sont avides de ce qu'ils nomment les scandales dentaires, où des cas isolés de praticiens vont indirectement déteindre sur l'image de toute la profession. Les procès sont vécus comme l'apogée de la jouissance médiatique. On retrouve ainsi Mark Van Nierop que la presse nommera le « dentiste de l'horreur ». Ayant mutilé de nombreux patients entre 2008 et 2012, il sera condamné à 8 ans de prison en 2016. Son expertise psychiatrique révélera une « pathologie narcissique majeure ». (39)



Figure 13, Procès de Nierop, croquis d'audience, Amsterdam, octobre 2014

Si ces affaires se doivent d'être couvertes médiatiquement, c'est leur hypermédiatisation, elle, qui peut être remise en question. Elles vont en effet faire écho aux mises en lumière peu bénéfiques de ce que nous appelons le « dentiste frauduleux ». Toutes les enquêtes, articles et dépêches auxquelles le patient a été confronté sont exacerbés dans ce genre de scandale et le poussent à une interrogation sur la bienveillance et la confiance à attribuer à son propre dentiste.

Le « dentiste expert » est un stéréotype moins usuel. Cette représentation apporte généralement sécurité, confiance, technicité et une forte empathie du praticien. Dans ce type de publications, le dentiste se retrouve tout à l'opposé de l'image du dentiste frauduleux ou à scandale. Les contenus présentent de nouveaux procédés ou substances présentées au fauteuil, et le patient en bénéficiant est ravi du résultat.

Ceci nous amène à deux observations. Le « dentiste expert » présentant de nouvelles techniques ou un nouvel appareil, ne rappelle-t-il pas le dentiste de foire d'autrefois ? Partager l'innovation est légitime et profitable à la profession, mais est-ce qu'un nouveau produit augmente la confiance ? Pour le patient, il est difficile de se faire une image. Il y a également le risque de tomber dans une confusion entre d'une part, l'expertise et les « soins de l'avenir » et de l'autre, l'aspect frauduleux voire scandaleux qui lui sont présentés de façon récurrente.

Nous pouvons affirmer que l'image relatée par la presse et les journaux télévisés est majoritairement négative. Distinguer l'image véhiculée par les journaux de celle des fictions peut s'avérer difficile, tant celles-ci se rejoignent sur le fond. La communication n'est cependant pas à sens unique, les contenus présentés par les médias étant variés : positifs, d'autres beaucoup moins et certains même dévalorisants pour le praticien.

Force est de constater qu'une distribution dichotomique des contenus avec thématique frauduleuse d'une part et expertise pour contrebalancer, est un mode de présentation courant, voire même un format pour aborder le sujet de la dentisterie. Le dentiste est bipolarisé entre ces extrêmes. Cette représentation est créée et entretenue par les médias.

2.2.2 La publicité

Nous allons nous intéresser aux publicités sous forme audiovisuelle. Nous supposons que la publicité de produits de soins dentaires destinés au patient joue favorablement sur l'image du dentiste. Au-delà du produit présenté, les publicités véhiculent implicitement au patient le message de s'occuper de l'hygiène bucco-dentaire (HBD) des dents et par analogie, de consulter son dentiste. Les brosses à dents, dentifrices,

fil dentaires, bains de bouche et autres, sont autant de rappels pour le patient de prendre soin de ses dents.

Nous estimons que cette publicité dentaire grand public comporte une dimension pragmatique voire pédagogique et peut, en ce sens, éduquer le patient, forte de sa large audience et portée. Les laboratoires et fabricants consacrent des budgets conséquents à la production de leurs publicités. Si l'angle publicitaire choisi est l'explication d'un concept, les moyens mis en œuvre par de telles sociétés permettent un rendu exceptionnel, et ainsi une compréhension limpide des concepts par le spectateur.

En ce sens, même si cette dimension pédagogique ne constitue qu'un argument de vente, la transmission de concepts demeure bien réelle. L'omniprésence de graphiques et animations dans ces publicités présentant les informations de manière imagée et compréhensible, comme l'incontournable « formation de caries » constitue une illustration parlante.



Figure 14, « Caries dentaires – Informations, Conseils & Traitements » - Publicité d'un fabricant dentaire

Les notions transmises par une publicité peuvent être beaucoup plus complexes et subtiles. Ainsi en France dès 1991, le fabricant *Aquafresh* est soucieux de pouvoir profiter d'une extension du marché et dévoile une publicité présentant une tomate. Dans celle-ci, une brosse à dent classique blesse la peau de la tomate après pression, mais la brosse à dent du fabricant est amortie et préserve la surface en y laissant

aucune empreinte. Au-delà du simple tour de passe-passe commercial, cette publicité contient des symboles forts et utiles pour le patient. Utiliser la tomate comme représentation de la gencive amène un élément comparatif externe au corps et neutre. Il n'évoque pas la sensation de brosse à dent sur ses propres gencives tout en étant du tissu vivant. In fine, cette publicité permet au patient de prendre conscience de ses gencives qui doivent être protégées et soignées au même titre que ses dents. Cette production a été un succès mondial, traduite en de nombreuses langues et rééditée durant de plusieurs décennies.



Figure 15, Brosse à dents respectant la gencive, Spot publicitaire TV, Aquafresh, 1994

Le matraquage publicitaire du XXème siècle a fabriqué un personnage singulier que nous appellerons « le dentiste digne de confiance ». Vêtu d'une blouse blanche et apparaissant dans les spots publicitaires, garant de l'exactitude des propos avancés par les fabricants de dentifrice, brosses à dents ou autres dispositifs d'hygiène bucco-dentaire, il évolue dans un univers publicitaire irréel où l'éclairage idéal met en valeur ses dents ultra-blanches. Son apparence et son attitude repousseront certains patients mal à l'aise avec leur denture.

Ce « dentiste digne de confiance » rassure le patient de la supériorité des produits mis en valeur dans les spots grâce à des écussons « efficacité prouvée cliniquement ». Malheureusement ceux-ci suffisent comme gage d'efficacité au grand public peu familier de la puissance de preuves scientifiques. Ce personnage est finalement

grossier et remplace activement l'image du charlatan d'antan en incarnant un dentiste hautement compétent, peut-être même trop parfait pour être digne de confiance du spectateur, tant il rappelle le dentiste ambulancier et ses fioles miraculeuses.

Cette représentation est à double tranchant car elle amène une dimension d'expertise au prix de celle d'un vendeur de rêve. Ce « dentiste digne de confiance » se distingue du « dentiste expert » des médias, précédemment évoqué en ce sens : le dentiste interviewé est réellement praticien alors que celui des publicités est un acteur, une représentation publicitaire pouvant présenter des dentistes chercheurs en longues blouses de chimiste.

2.2.3 Les productions audiovisuelles de fiction

2.2.3.1 *Le processus d'identification*

Sur le plan psychologique, le format vidéo est spécifique par rapport aux autres formes d'images car il favorise le processus d'identification psychologique. Décrit par Freud dès le XIX^{ème} siècle, ce processus mental se réfère grossièrement à une assimilation des caractéristiques d'autrui. En d'autres termes : nous concevons l'identité de notre cible comme étant nous-même. (40)

Les études cinématographiques ont mis en valeur la relation psychologique liant spectateur et protagoniste, notamment par leur branche sémiotique (étude des signes). Ainsi, le spectateur ressent de l'affection, ou bien au contraire de l'aversion pour le personnage principal. Une absorption ou un transfert de valeurs s'opère, pourtant, d'après Wollheim : « L'adoption temporaire de l'identité et des perspectives d'autrui ne correspond qu'à une partie seulement du phénomène identificatoire ». (41)

L'identification semble plus complexe, mettant en jeu la perte de distance entre soi et l'autre, et en termes cognitifs, « la capacité d'adopter le point de vue d'une autre personne », même si celle-ci est à l'image. (42) Avec le visionnage de personnages dans le rôle de dentistes ou de protagonistes se rendant chez le dentiste, le processus d'identification peut provoquer le sentiment de vivre la scène et de la ressentir.

2.2.3.2 Qualification de l'image

Abordons à présent la manière dont les productions traitent le sujet du dentiste. Nous débuterons notre observation des productions en décrivant les situations récurrentes dans la cinématographie au point d'en devenir kitch. Nous retrouvons le gag de la personne en salle d'attente entendant des hurlements en provenance de la salle des soins. Celle-ci va vite fuir la salle d'attente et quitter les lieux sous l'emprise de l'angoisse. Nous trouverons ensuite le dentiste indifférent forçant le patient à subir son contre-angle, même quand le patient demande une pause ou se débat. Enfin, il y a le dentiste sadique, prenant plaisir à voir souffrir son patient au gré d'une éviction carieuse. Ces 3 scènes typiques sont de fait symboliques, respectivement de la peur de l'inconnu en termes de soins, de la peur de ne plus avoir le contrôle et de la peur de faire confiance.

Dans une thèse consacrée au personnage du dentiste dans le cinéma, le Dr. Olivia Levy, analyse sous un aspect figuratif une population de dentistes retrouvés dans des films, leurs comportements, interactions avec autrui et autres facteurs. En quantifiant la part de tableaux négatifs dressés, l'auteure constate que le cinéma semble participer à la construction d'un stéréotype négatif. (43) En-effet, le personnage du dentiste est rarement bienveillant et possède rarement des traits de personnalité appréciables. Qu'il s'agisse du cinéma, de production de séries ou de dessins-animés, l'image présentée est déformante. Elle vient renforcer ou exacerber des stéréotypes du dentiste sadique, caricatural, malveillant. Ces images viennent faire écho, sinon renforcer l'appréhension du patient pour le dentiste. Les personnages de dentistes sont rarement bienveillants, mais plutôt cupides, peu sympathiques, voire liés à des activités criminelles.



Figure 16, Laurence Olivier dans « Marathon Man » (1976)

Les formats de production type série ou animation n'échappent pas aux us de la filmographie sur les dentistes et ne mettent pas leur image en valeur. Ce constat n'a rien d'étonnant, l'expression artistique audio-visuelle ne faisant que dépeindre ou caricaturer ce que beaucoup de patients sentent mais beaucoup moins admettent : leur odontophobie. Le patient est ainsi convaincu que le dentiste n'est pas digne de confiance, et parmi les différentes représentations proposées, l'épouvantable dentiste - figure de proue retrouvée dans les films et séries - apparaît comme une personnification et une exacerbation de la peur des soins dentaires.

Pour le praticien, l'image sadique des films agit comme un regard vers un passé lointain de la profession. Cette représentation cinématographique agit comme un « monstre » nourrissant l'odontophobie que nous aborderons plus en détail ultérieurement. Force est de constater que par leur déformation artistique, les productions audio-visuelles peuvent nous révéler une image intelligible et précieuse des biais de perception des patients.

2.2.4 Image perçue sur les réseaux sociaux

Il ne fait aucun doute qu'en France, internet représente la source d'informations la plus consommée par les français. (37) Aussi, nous saluons le décret n° 2020-1658 du 22 décembre 2020 modifiant le code de la santé publique et portant sur la communication professionnelle des chirurgiens-dentistes, qui leur permet de jouir d'un site web digne de ce nom et de pouvoir faire partie prenante de la sphère internet (présentations, vidéos). (44) (45)

L'attractivité des sites web de cabinets dentaires en découlant est quant à elle récente et face à la réalité d'une autorisation de présentation, le chirurgien-dentiste français - sous une doxa éternelle du « dentaire ne peut être commerce » - nous montre une présence relativement limitée des dentistes en vidéo en 2021. C'est pourquoi nous estimons que le patient tire majoritairement ses informations sur le web de témoignages de patients sur les réseaux sociaux, de magazines grand public, d'encyclopédies en ligne (Wikipédia) et d'annonces publicitaires de fabricants de matériel. Il va donc naturellement chercher ce qui vient à lui manquer, soit des témoignages, soit des commentaires, voire des notations de dentistes.

Aujourd'hui, le patient recherche une interactivité et un contact avec son possible futur praticien, et comme pour d'autres professions, les « avis des internautes » servent comme terrains de jeu à des patients, ayant vécu une expérience malheureuse avec un confrère, et partagent avec ferveur leurs mésaventures. Sur internet, plus on étale, plus les internautes réagissent et partagent l'information, plus le contenu « fera le buzz », comme le veut l'appellation du succès sur internet. Celui-ci se mesure aux réactions, comme sur Facebook, où pour réagir à un contenu posté (post), les utilisateurs ont 6 types de réactions à leur disposition. Le « like », le « cœur », l'emoji « triste », l'emoji « énervé », l'emoji épaté et plus récemment l'emoji « soutien » depuis avril 2020. (46)

Même si les indicateurs montrent une utilisation positive et valorisante des réactions à un post, à défaut de l'indifférence, les deux émotions principales suscitées par un contenu sur un réseau social sont la validation (l'admiration) ou le dégoût (la contrariété). On peut simplement ne pas être en accord avec un contenu, mais on se taira, au risque d'exprimer un emoji « énervé », seule réaction exprimant le désaccord figurant parmi les 7 réactions possibles. La palette d'emojis donne ainsi l'illusion de pouvoir réagir de manière différenciée, mais son filtre positivant est la cause de nombreuses querelles de la section commentaires de post. Ceci nous révèle également combien ce système de valeurs binaires fausse l'appréciation de l'information en général. Divers rapports témoignent d'une colère latente non-exprimée sur les réseaux. (47)

Ainsi, un déferlement de likes sur un contenu indignant serait l'expression de telles émotions, pas avec un réel bouton « colère », mais des contenus négatifs plébiscités.

Dans le cas de conversations sur les dentistes, hors groupes professionnels sur Facebook, un cheminement thérapeutique mal adapté ou une très mauvaise expérience peut vite faire le « buzz », surtout quand le patient se sent lésé. Celui-ci souhaite par sa démarche « mettre à mal un praticien qu'il estime peu recommandable au vu de tous ». Dans ce cas, quand le patient en parle sur les réseaux, des commentaires désobligeants sont de mise, et le patient n'hésite pas à nommer le praticien, voir même, dans certains cas, l'insulter. La diffamation étant répréhensible en France, les contenus peuvent être retirés des plateformes, notamment depuis la loi contre les contenus haineux. Néanmoins, tant que ces contenus sont en ligne, c'est l'image du praticien concerné et de la profession qui en pâtit. Une législation

permettant le dialogue du praticien sur les réseaux apporterait plus de compréhension de la part des patients et certainement plus de solutions à l'inverse du fait de laisser s'ancrer une image numérique faussée et unilatérale, se forgeant de commentaires sur les médias sociaux. Cette construction de l'image ne fait pas assez participer le dentiste et crée une image incomplète, à défaut d'être déformée.



Figure 17, Les 7 émojis de Facebook

Des contenus hautement plébiscités peuvent également poser problème. Nous pensons en particulier aux publicités personnalisées sur les réseaux (Facebook, Instagram). Si les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas faire de la publicité, certains fabricants de produits dentaires ne se gênent pas pour proposer tout et n'importe quoi, jouant sur l'image du dentiste pour écouler leurs stocks de pacotilles. Nous avons relevé deux exemples criants de produits trompeurs, et dénoté la ligne directrice marketing qui en ressort et poser le contexte du patient naviguant sur les réseaux. Le contenu possède énormément de likes (plusieurs milliers) et des commentaires de faux utilisateurs assurent que le produit fonctionne parfaitement et que leur expérience utilisateur était excellente. Ce facteur de persuasion publicitaire est appelé preuve sociale ou « social proof » comme l'a baptisé Robert Cialdini qui le considère comme un des facteurs de persuasion : une personne aura plus tendance à réaliser une action quand une autre personne aura effectué cette même action auparavant. (48) La preuve sociale explique l'explosion de l'utilisation des réseaux sociaux et présente un danger pour les patients quand il s'agit de d'avis utilisateurs sur des produits douteux.

Notre premier exemple de ce que nous appellerons un « faux produit » est un matériau de restauration. Le patient est censé se l'auto-injecter dans la cavité carieuse. Ce produit sous-entend qu'il n'y a plus besoin de dentiste, et on voit en animation 3D digne des meilleurs labos, comment la résine durcit et vient progressivement adopter la même teinte que la dent, jusqu'à faire disparaître les limites visibles. C'est mirobolant pour le patient, mais totalement détaché de la réalité. Où sont l'anesthésie, l'exérèse carieuse, la préparation, le mordançage, l'assèchement, la restauration ou la finition ? Toutes ces étapes n'ont plus aucune utilité, si on se réfère à ce produit. Cette solution

miracle indique explicitement que le soin d'une carie ne nécessite ni dentiste, ni d'autres procédures jugées « trop chères ». Les doutes possibles du patient seront balayés par la preuve sociale (milliers de likes et commentaires positifs, tous deux faux et achetés). La commercialisation d'un tel produit se base sur la peur du patient face aux soins. Elle joue sur l'image du dentiste qui semble grossir ses frais, confortant le patient anxieux dans l'image négative qu'il a du dentiste. « Je n'irai pas consulter ce dentiste en qui je n'ai pas confiance, quitte à le faire moi-même ».

Notre deuxième exemple est ce que les fabricants ont baptisé les « facettes magiques ». Elles portent des noms tels « Perfect teeth », et on les retrouve sur des distributeurs comme Amazon ou Wish. Ici encore, au lieu d'aller consulter le dentiste, on propose au patient un kit pour créer et poser ses facettes soi-même. Ce que ce fabricant appelle « facettes » est en réalité un bridge complet en résine de mauvaise qualité et sans aucune préparation des dents. Dans la vidéo de présentation, divers patients essaient le produit et mettent en place leur pont « en un clic » avec une simplicité déconcertante. On observe des dents sans animations, sans identité. La couleur est trop blanche et uniforme, sans aucun dégradé. La qualité des limites et de la résine ne sont pas au rendez-vous. Ce produit a été créé pour satisfaire les attentes d'un patient non désireux de consulter et souhaitant « tout régler d'un coup » : obtenir un nouveau sourire avec des dents bien blanches, en un rien de temps et pour moins de 5 € sur certains sites de vente. Un « nouveau sourire » quasi instantanément, chez lui, sans rendez-vous et surtout sans dentiste. Avec ce genre de prétendu produit miracle, le patient ne se confronte pas à l'état de ses dents, ni à sa phobie des soins. Pourtant, cette réflexion sur soi est la base nécessaire à la consultation puis à un échange avec le chirurgien-dentiste.



Figure 18, Smart Smile, exemple de produit présenté comme « facettes magiques »

Les produits frauduleux vont décevoir le patient à très court terme. Nous ne pensons pas qu'après une telle expérience de produit « miracle », un patient se ruera sur l'annuaire pour prendre rendez-vous chez un confrère. Lésé, peut-être même blessé, il reliera, par extension, ces produits au monde dentaire et au dentiste. Ces produits sont donc dangereux pour la santé bucco-dentaire d'une part, et ils nuisent à l'image des dentistes de par leur caractère frauduleux et leur marketing basé sur les éléments négatifs de l'image du dentiste dans l'inconscient collectif. In fine, ces produits remettent indirectement en cause le sérieux et les compétences du chirurgien-dentiste.

2.3 Image perçue par les patients

2.3.1 Image due à la relation de soins

A l'origine, cette relation est intrinsèquement disproportionnée en raison d'une asymétrie d'informations au profit du praticien. C'est le concept de l'expert décrit par Parsons (1951), face à un client ou patient dans notre cas, qui se trouve démuné en informations. (49) L'accès aux connaissances est facilité de manière croissante. L'auteure décrit une diminution des effets d'aléa moral, c'est-à-dire la difficulté pour le patient d'évaluer des mesures prises par le praticien, de juger du bon choix de traitement entre autres. Aujourd'hui, le patient dispose de toutes les informations et souhaite réduire une asymétrie de connaissances et non plus une asymétrie d'informations. (49)

La relation de soins constitue donc, à elle seule, une source de biais de perception par le patient, qui en est partie prenante. Or cette relation entre praticien et patient supposée bilatérale a muté durant la dernière décennie. Ainsi, « Le pouvoir qu'assurait au praticien le colloque singulier se voit remis en cause » (25) et le colloque singulier est bel et bien devenu pluriel et à composantes multiples : collégiales, interprofessionnelles voire même intersectorielles. Dans ce contexte, la sociologue Fabienne Boudier constate la présence chez les patients d'un phénomène nommé sélection adverse. Le patient va alors questionner une information incomplète ou absente du profil du médecin : diplôme, compétences, expérience, tarif de la consultation...

On observe ce que l'auteure décrit comme émergence d'un « patient expert ». (Vallée et al, 2008). Son expertise se construit et se nourrit sur la base de

l'intégration du patient dans les réseaux sociaux et des possibilités de communication et d'informations concernant sa maladie. Ce statut d'expert du patient constitue le deuxième pendant de la transformation de la position du praticien dans la relation patient-praticien. (25)

L'évolution vers une acquisition autonome de savoir ouvre également la voie à une multiplicité de patients dits « procéduriers » (très favorables à engager des procédures judiciaires). C'est donc un ensemble de nouveaux visages du patient auxquels le chirurgien-dentiste est confronté, le questionnant concomitamment sur sa propre image face à ces changements actuels.

« La participation du patient à la sphère de la connaissance et partant, au processus de décision fait entrer de multiples acteurs dans le jeu. Antérieurement, seuls les médecins et les sites institutionnels disposaient de la connaissance. Aujourd'hui, outre ces derniers, interviennent les sites des patients individuels, les blogs, les forums, les sites des associations, etc. Il y a multiplication des canaux de transmission de l'information et/ou de la connaissance. (...) Face à cela, se pose la question de l'attitude du médecin dans cette nouvelle interaction avec le patient. ». (25)

2.3.2 Image comparée du médecin et du dentiste

Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé faisant partie intégrante du corps médical, détenteur d'un titre de doctorat seulement depuis 1971, soit à peine depuis 50 ans, contrairement aux médecins. En-effet, dès le XIII^{ème} siècle, à l'issue de leur enseignement, les médecins se voyaient délivrer le titre de maître ou de docteur. L'étymologie de ce mot d'origine latine remonte au milieu du XII^{ème} siècle, et renvoie au terme *doctor*, soit « savant » ou « érudit ». (50)

De même, les lieux de formation médicale sont apparus beaucoup plus précocement en Europe que ceux de dentisterie. Ainsi, l'école de médecine de Salerne (Italie, *Figure 19*), a vu le jour dès le IX^{ème} siècle. Au cours du XII^{ème} siècle, elle se dote d'un statut juridictionnel spécifique réunissant maîtres et élèves et devient l'Université de Salerne. A son heure de gloire (XII^{ème}-XIII^{ème} siècle) elle était un haut lieu de connaissances

médicales et de rayonnement à travers toute l'Europe, faisant même exercer des femmes médecins appelées « Mulieres Salernitae ». (51)



Figure 19, Miniature représentant la Scuola Medica Salernitana

Il va de soi que nombre de dentistes ont été appelés « docteurs » par abus de langage, mais leur titre officiel n'est d'usage et ne résonne dans les esprits des patients que depuis 50 ans, contre des siècles pour le doctorat de médecine. Une autre différence que nous relevons réside en la nature même de la représentation mentale que se fait le patient d'un rendez-vous imminent à un cabinet dentaire. En-effet, pour les consultations diagnostiques médicales, le patient en aura généralement une représentation sereine. Dans un cas défavorable, des angoisses peuvent se présenter concernant la révélation de possibles pathologies lors de la consultation. En revanche, dans un cabinet dentaire, il y a nécessairement contact et intervention sur corps du patient. Même le premier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste implique un rapport étroit, un bilan bucco-dentaire, donc une introduction d'instruments dans le corps du patient. Contrairement aux consultations médicales, chez le dentiste, il y a certitude d'action sur le corps. Celle-ci caractérise l'image du chirurgien-dentiste et la différence de celle du médecin.

Sur un fauteuil dentaire, le patient est soigné bouche ouverte, littéralement livré au chirurgien-dentiste (Figure 20). Il ne voit pas ce que le praticien réalise en bouche. Quand un patient se représente un rendez-vous avec un chirurgien-dentiste, sa

représentation comporte également la certitude que les actes de soins échapperont à son regard et à son contrôle. Ainsi, pour certains patients, l'image du « dentiste oppressant » peut se substituer à celle du « dentiste soignant ».

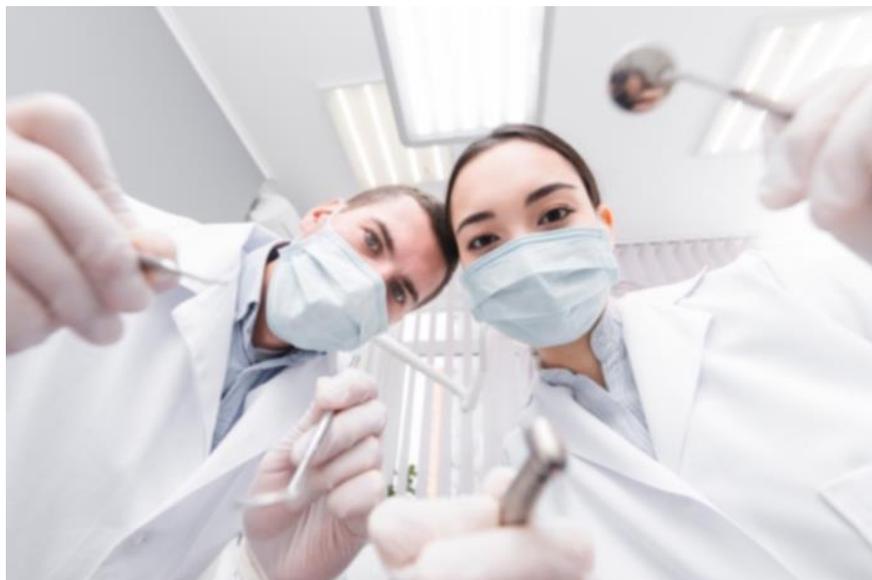


Figure 20, Soins dentaires vus par le patient

2.3.3 Odontophobie

2.3.3.1 Étiologie, mécanismes et épidémiologie

En allant consulter le chirurgien-dentiste, un patient s'attend à subir une transformation de son corps, ou du moins, une action sur son corps. Ces actes peuvent engendrer de la curiosité ou de la méfiance. Il est ainsi naturellement confronté à une certaine anticipation, et la question de son devenir durant les soins se pose. Cela résulte pour une partie des patients en angoisses et phobies des soins dentaires. Celles-ci sont regroupées dans le langage courant sous le terme d'odontophobie ou stomatophobie, dentophobie, anxiété dentaire ou simplement « peur du dentiste ». L'étiologie de cette phobie est plurifactorielle. En 2016, Appukuttan établit dans une étude, un inventaire de toutes les formes d'anxiété dentaire en caractérisant leur étiologie. (52) On y retrouve des événements passés négatifs ou traumatiques, spécifiquement dans l'enfance, un apprentissage de membres de la famille ou de l'entourage anxieux, un manque de compréhension, une exposition à des présentations effrayantes des dentistes dans les médias, la perception de son corps et la position vulnérable d'être assis sur le fauteuil dentaire. L'anxiété peut être déclenchée par des stimuli sensoriels comme la vue d'une aiguille, des rotatifs, le son de la turbine, les cris, l'odeur d'eugénol

ou de la dentine fraisée et les sensations de vibrations de hautes fréquences présentes lors de soins réalisés à l'aide de rotatifs. (52)

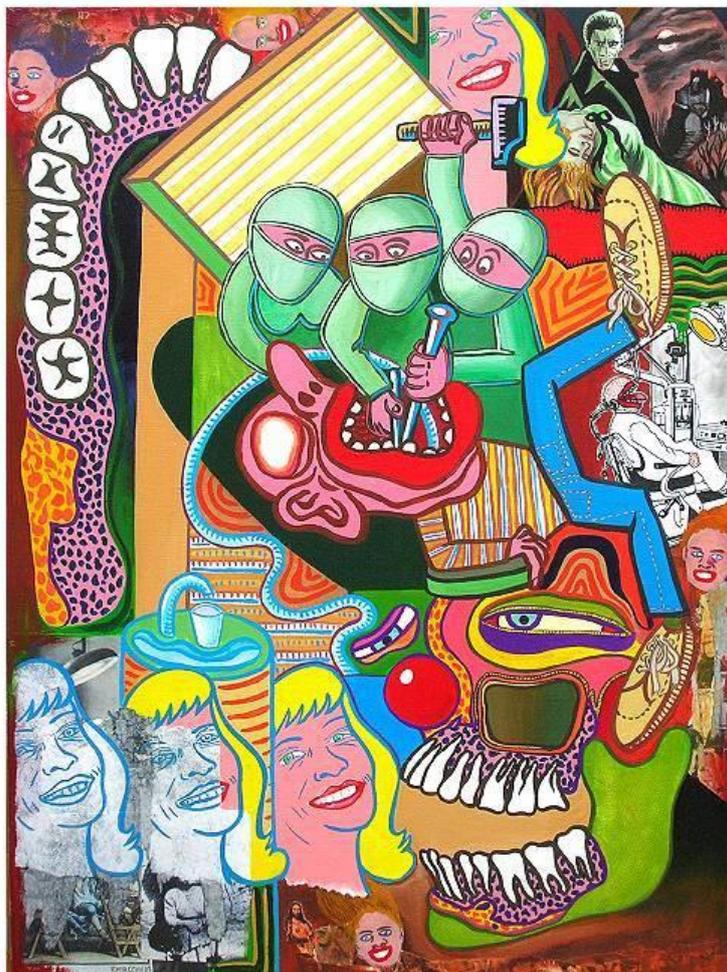


Figure 21, Francis Morreuw, Scène de la vie ordinaire : CHEZ LE DENTISTE, 2007

Derrière cette sensation d'anxiété se cachent des peurs plus diffuses. Ainsi, l'auteur relève la peur de la douleur, la peur d'une plaie sanglante, le manque de confiance et la peur d'être trahie, la peur d'être ridicule, la peur de l'inconnu, la peur de la dépersonnalisation due aux soins dentaires, la peur de l'intoxication à l'amalgame, la peur de l'exposition à des radiations, la peur d'étouffer, la sensation d'être livré à soi-même sur le fauteuil dentaire et le manque de contrôle durant les soins dentaires. (52)

Comprenons qu'il existe un véritable catalogue de sujets d'anxiétés et peurs sous-jacentes. Cependant, certains patients ne sont pas conscients de l'objet de leur phobie ou même de son existence. L'identification des patients anxieux ou phobiques est essentielle et relève de la responsabilité du praticien. Pour arriver au diagnostic, nous pouvons mener un entretien semi-structuré. Celui-ci se caractérise par une

conversation calme et ininterrompue, permettant au praticien d'identifier les situations dentaires déclenchant la peur. On pourra poser des questions ouvertes, se renseigner sur les expériences de soins passées, la raison du rendez-vous, ainsi que les attentes, et in fine, aborder clairement la thématique de l'anxiété durant une anamnèse plus poussée. Quand la phobie semble faire partie d'un trouble mental général, le patient est adressé à un confrère psychologue ou psychiatre pour prise en charge. On propose alors un accompagnement en consultation auprès de ce spécialiste. (52)

L'épidémiologie de l'anxiété dentaire est difficile à caractériser, l'odontophobie étant un sujet délicat pour le patient. Nous pouvons tout à fait concevoir des patients affirmant ne pas avoir « peur du dentiste » lors d'un sondage, simplement parce qu'ils ne veulent pas se l'avouer, n'ayant ni accepté leur phobie, ni consulté en ce sens. Rappelons-nous ici du classique « trois fois par jour, docteur » quand on interroge un patient à l'hygiène bucco-dentaire insuffisante sur sa fréquence de brossage. Conscients de ce biais, intéressons-nous à un sondage IFOP de novembre 2013. Celui-ci révèle que 29 % des Français renoncent à des soins dentaires durant les deux dernières années car ils ont « peur du dentiste ». Ce chiffre suit de très près la première cause de renoncement, à savoir les coûts de consultation avec 33 % des personnes concernées. (53) De nos jours, cette peur a beau être infondée, elle est bien réelle pour le patient et peut constituer une entrave, voire une impossibilité de traitement. La stratégie de l'évitement des soins entraîne une détérioration de l'état de santé bucco-dentaire du patient. Quand les douleurs apparaissent, celles-ci vont augmenter l'anxiété du patient qui n'ira pas consulter. Cette dynamique constitue le classique cercle vicieux de l'odontophobie. (54)

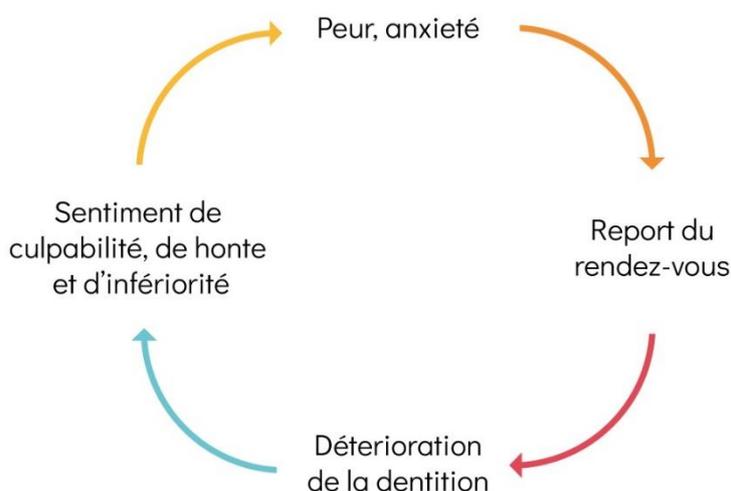


Figure 22, Cercle vicieux de l'odontophobie selon Berggren

Une étude du King's College de 2017 a analysé les données du ADHS 2009 ou « Adult Dental Health Survey 2009 » (étude de la santé dentaire des adultes). Le but de cette étude étant d'explorer les corrélations de santé orale et qualité de vie reliée à la santé orale au sein du Royaume-Uni, en utilisant les données de l'ADHS 2009, soit celles de 10.900 participants. La méthode était une analyse secondaire de ces données en employant une analyse de régression logistique. Les mesures de résultats comprennent entre autres, la présence de dents manquantes, le score PUFA (exposition pulpaire, ulcération, fistule, abcès), les indices de santé parodontale classiques (plaque, saignement et perte d'attache) ainsi que des indices de qualité de vie et impacts oraux sur les performances quotidiennes. Les résultats indiquent que les patients atteints d'odontophobie sont plus susceptibles de présenter une ou plusieurs dents cariées ou absentes. En-outre, leur qualité de vie auto-rapportée concernant leur santé orale est plus faible. Il n'y a pas d'impact significatif pour les scores PUFA ou maladies parodontales. (55)

Nous savons que les patients à l'état bucco-dentaire précaire évitent d'ouvrir la bouche, ce qui se révèle être handicapant lors de prises de parole, de repas ou de sourires. Dans le cas de l'odontophobie, cette gêne sociale s'ajoute à leur constitution phobique et va également alimenter, le cercle vicieux du refus de soins. Les patients vont dans les cas les plus défavorables, véritablement attendre que la douleur ne devienne insupportable avant de consulter. (56) Le terme « peur du dentiste » est largement employé par les patients, mais demeure impropre. Il reflète en effet une peur du praticien en tant qu'opérateur. En réalité, l'odontophobie est la peur ou la phobie des soins dentaires. Avoir peur du dentiste se manifeste chez le patient phobique sous formes de prévisions catastrophiques, s'imaginant de possibles douleurs ou erreurs du praticien. Elles amènent, le cas échéant, leur lot d'images mentales d'un dentiste torturant. Cette dénommée « peur du dentiste » prend alors tout son sens, mais elle nuit à l'image car elle présente le praticien comme un personnage digne d'être craint. Il est primordial d'expliquer au patient avec bienveillance qu'il s'agit d'une phobie des soins dentaires ou de l'image que le patient s'est construite et non de la personne du dentiste. Ceci créera un climat de confiance et de bonne communication, conférant au praticien les attributs de « dentiste empathie », par opposition au « dentiste psychopathe » issu des représentations mentales du patient.



Figure 23, Symbolisation du patient odontophobique

2.3.3.2 Gestion du patient phobique

L'odontophobie constitue une phobie répandue et complexe. Sa gestion reste insuffisante d'une part quant aux compétences des dentistes, mais également en termes d'attente des patients. En dépit de tous les documents et règles établis sur le plan européen, on note un besoin de traitement de l'odontophobie par des techniques psycho-comportementales et pharmacologiques. (52)

Présenter son expertise ou utiliser des appareils de soins sophistiqués n'aide pas un patient puisque l'odontophobie porte sur les soins eux-mêmes. Le chirurgien-dentiste n'est peut-être pas spécialisé en psychologie, mais il en va de son rôle de professionnel de santé de s'employer pleinement à soigner tous les patients avec une preuve de moyens. Ce type de patient requiert toute notre attention et notre empathie pour l'aider à se décharger émotionnellement. Ignorer l'anxiété dentaire ou la faire taire par voie chimique ne peuvent être la solution thérapeutique pour un patient livré à lui-même de par sa condition mentale. Ainsi Colloca L. et Finiss D, 2012, nous rappellent dans leur étude sur l'effet nocebo des soins :

« L'anxiété dentaire et la phobie sont les résultantes d'un apprentissage avec la même physiopathologie que d'autres troubles d'anxiété incluant les troubles post traumatiques (en rapport avec de mauvaises expériences); et leur gestion est à concevoir comme affaire de cognition et de restructuration de problèmes et non pas un simple usage de sédatifs ou de médicaments idéalisés. De plus,

un grand nombre de patients phobiques ont témoigné de mauvaises expériences préalables à la fois en médecine et chirurgie dentaire, indiquant qu'une cause pertinente de l'odontophobie est un comportement inapproprié du personnel soignant qui est un nocebo puissant capable d'engendrer une souffrance psychologique sévère à vie ». (57)

Le traitement consiste en des interventions psychothérapeutiques (traitements cognitivo-comportementaux ou TCC), pharmacologiques ou une combinaison des deux. Les traitements de sédation consciente consistent essentiellement en l'administration d'un gaz à inhaler, de protoxyde d'azote (type Kalinox). Alors que les techniques de sédation et anesthésies tentent d'atténuer ou supprimer la phobie, les traitements dits cognitivo-comportementaux (TCC) se concentrent sur une prise en charge en profondeur de celle-ci et un traitement de l'élément causal de cette affection.

Les Traitements non-médicamenteux (TCC) existent en grand nombre et leur efficacité est reconnue. On pourra citer sans être exhaustif, les techniques de communication (iatro-sédation), l'approche comportementale, les techniques de relaxation, l'hypnose, l'acupuncture, le « Tell, show do » et bien d'autres encore. Nous allons nous intéresser à l'hypnose et à la thérapie d'exposition.

- La thérapie d'exposition

Les thérapies dites d'exposition mettent le patient face à la situation anxiogène jusqu'à ce que son cerveau désapprenne la réaction de stress excessif. Diverses options existent allant de l'exposition réelle avec le facteur anxiogène, en passant par des applications connectées à des casques de réalité virtuelle, ceux-ci pouvant par exemple représenter des précipices ou des cascades pour les phobiques des hauteurs. « Il s'agit d'exposer le patient à la peur jusqu'à ce que celle-ci diminue ». Les applications permettent une prise en charge beaucoup plus autonome. Le Pr. Michael Rufer, professeur de psychiatrie à l'université de Zürich, estime que des applications peuvent aider, mais qu'il vaudrait mieux employer celles qui sont basées sur la thérapie comportementale et développées par une université. Les traitements d'exposition durent en moyenne 6 heures, rarement plus de 20 heures. L'école Zurichoise ne jure que par cette méthode, soit une approche psycho-comportementale relativement récente et considère que l'hypnothérapie n'apporte au mieux un effet placebo dans le traitement des phobies. (58)

« Beaucoup d'argent est gaspillé pour l'hypnose et d'autres méthodes non validées scientifiquement alors que ce qui marche vraiment, à savoir la thérapie d'exposition, n'est pas proposé aux gens. ». (58)

Le thème des soins peut-être abordé avec un spécialiste, le patient pouvant ainsi profiter de l'observation et de la prise en main d'instrument. Un protocole particulier existe à Zurich pour la phobie des piqûres : la relaxation appliquée. Le patient peut ainsi augmenter sa pression artérielle sans être en situation de soins et éviter physiologiquement le malaise vasovagal, grâce à des mouvements volontaires de contraction musculaire. (58)

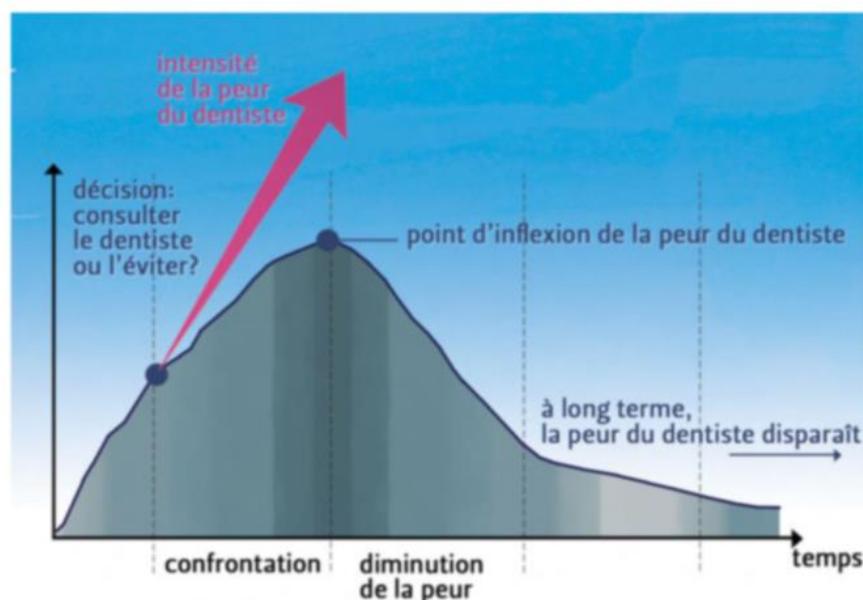


Figure 24, Réponse moyenne à la thérapie d'exposition à la situation anxiogène

L'odontophobie est une peur des soins, et ainsi une peur projetée de l'image du dentiste. Elle constitue un fort biais de perception de la représentation, nous offrant la possibilité d'entrevoir cette image perçue. Nous pourrions envisager le patient phobique comme une exacerbation du patient lambda. En effet, pour le patient non-phobique, les soins dentaires sont, à moindre échelle, tout à fait sujet de craintes. Celles-ci entraînent elles aussi une perception biaisée du praticien résultant en un manque de confiance ou du moins une méfiance, indépendamment de son niveau de compétences. Tout comme nous considérons tous les patients comme potentiellement à risque pour les protocoles d'hygiène, il serait intéressant de considérer tous les patients comme potentiellement phobiques, le dentiste n'étant pas responsable de l'angoisse des soins de son patient mais bien de sa prise en charge. Belle image que celle d'un chirurgien-dentiste atténuant la peur et installant toute sa patientèle - quel

que soit son niveau d'angoisse - dans un climat de confort et de confiance, propice au meilleur déroulement des soins.

2.4 Le chirurgien-dentiste face à sa représentation sociale

C'est bien souvent le temps passé qui donne assez de recul à des professionnels pour apprécier l'image que leur profession reflète. Se comprendre et se voir sous un autre angle et de façon objective peut s'avérer laborieux voire inatteignable. Ainsi, rétrospectivement, nous constatons que durant les dernières années, les origines plus paternalistes des soins (délégation de toute la responsabilité du patient au praticien) ont évolué vers une implication du patient dans la relation de soins. Celui-ci devient réellement acteur de ses soins à part entière depuis la loi du 4 mars 2002. Non seulement les rapports ont changé, dans le sens du patient, mais il est devenu « patient éclairé » qui cherche à tout prix le bien fondé des soins proposés. Ainsi, selon une étude réalisée par l'IFOP en novembre 2013, en partenariat avec l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire et WebDentiste sur un échantillon de 1 000 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, 70 % des français seraient prêts à faire des devis comparatifs pour des traitements. (53)

De nos jours, le praticien doit s'attendre à certains patients remettant en cause ses choix, même de façon obstinée. Ce phénomène est loin d'être marginal et représente une tendance en augmentation. Ainsi :

« L'occurrence des nouveaux comportements chez les patients, la prévalence de patients actifs, voire experts, et la disparition du patient passif affectent le pouvoir légitime du médecin. Plus précisément, le passage d'un modèle paternaliste à un modèle délibératif modifie le statut du médecin et entraîne des résistances de sa part, consciemment ou non, à ces changements et aux changements qu'ils impliquent (notamment dans leurs propres comportements) ». (25)

Les changements autour de la position, l'implication et les demandes du patient d'une part et l'évolution de son image, comme le concept de « patients experts », poussent à un questionnement de l'image de notre profession. Le rapport avec le patient n'est plus le même, ce qui légitime un processus d'auto-perception, soit de comprendre l'image qu'on renvoie, pour aboutir à un questionnement sur le positionnement de

l'image du dentiste. Nous aborderons cette thématique de manière plus détaillée dans la 3^{ème} partie de ce présent document.

2.5 Conclusion et ouverture

Un article du journal Dental Tribune du 2 janvier 2020, initialement intitulé « Dentist on hoverboard », (59) dévoile une scène surréaliste avec un chirurgien hautain réalisant une avulsion sur un hoverboard (planche auto équilibrante). Celui-ci en vient à jubiler une fois l'extraction réalisée. Le dentiste se déplace ensuite, toujours sur hoverboard et jette ses gants en l'air visiblement fier de l'exploit qu'il vient de réaliser. Cette acrobatie chirurgicale constitue une mise en danger inutile et grotesque du patient. Après avoir fuité, la vidéo d'une minute, réalisée par un proche du dentiste est devenue virale sur les réseaux. Elle a conduit à l'inculpation de Seth Lookhart et à sa condamnation à 2,2 millions de dollars d'amende et 12 ans de prison ferme par le tribunal pénal d'Alaska en septembre 2020. (60) Nous avons choisi cet exemple caricatural pour rappeler à quels types d'images nos patients sont confrontés et à quels archétypes, celles-ci renvoient. Les medias et internet participent à une image globalement défavorable des soins et du dentiste. Elle mériterait d'être relatée de manière plus différenciée. Ces contenus renforcent l'odontophobie latente des patients. Aussi, rappelons-nous de l'exemple des produits frauduleux, les « fausses-pubs ». Une réaction appropriée pourrait être une prise de parole de confrères discréditant explicitement et ouvertement en vidéo un produit inutile et dangereux. Le dentiste pourra conseiller, expliquer des traitements et interagir avec les patients. Ainsi le chirurgien-dentiste détient la responsabilité de dégager une empathie et une confiance indiscutable et de participer à la construction de sa représentation, faute de quoi il redeviendrait victime de son « image par défaut ».



Figure 25, Un dentiste procède à une avulsion sur hoverboard

3 LA COMMUNICATION

3.1 Abord

A l'heure où l'image du chirurgien-dentiste se construit fortement sur les réseaux, le praticien a, plus que jamais, une responsabilité à jouer dans sa déformation. Dans cette guerre des images, le patient est déjà bombardé de publicités, de messages subliminaux et de vecteurs déformants. Ainsi, pour présenter l'image factuelle du dentiste, il est nécessaire d'entrer dans une démarche de communication. Dans cette partie, nous porterons notre regard sur la manière dont la communication peut améliorer l'image, les limites de la législation et de l'encadrement juridique en France. Nous donnerons également des pistes de réflexion en vue d'une pleine participation du chirurgien-dentiste à la construction et l'entretien de son image actuelle.

3.2 Communication au sein du cabinet

3.2.1 Rôle de la communication

Quand un patient se présente à un cabinet dentaire, il peut être chargé d'émotions désagréables, voire d'une certaine angoisse envers les soins dentaires. Celle-ci est renforcée par toutes les formes d'images et de représentations externes qui se superposent et se cristallisent en une image mentale floue. C'est cette image construite que le patient va confronter à la réalité des soins se déroulant sous ses yeux. Maîtriser la communication est ainsi primordial pour le chirurgien-dentiste, (61) ce qui va au-delà de simples notions de psychologie et relations humaines. Elle constitue un échange vivant débutant dès l'accueil et préparant le terrain pour l'échange ultérieur avec le praticien.

La communication au cabinet comprend toutes les interactions, de l'accueil initial par les assistantes, l'entretien médical, les soins et les plans de traitement. Communiquer est l'instrument maître pour désamorcer l'angoisse et engager une relation praticien-patient de qualité. Être réellement communicant implique une prise en charge globale du patient, de ses demandes et de ses craintes, exprimées ou non, pour lui offrir une expérience des plus agréables au cabinet dentaire. A l'inverse, une communication peu intéressée ou quasi inexistante, maintient le patient dans son imaginaire de

représentations. Il verra alors dans le praticien un personnage froid ou y projetera ses propres conceptions. Le processus communicatif nécessite une implication forte des praticiens en termes de formation et un investissement de temps pour chaque patient et sa forme d'expression ne se limite pas à la parole.

3.2.2 Aménagement intérieur

Dans le cas idéal, la collaboration professionnelle d'un architecte intérieur et d'un décorateur intérieur est nécessaire pour créer une atmosphère chaleureuse et professionnelle. L'aménagement intérieur des cabinets dentaires fait en effet partie de la communication du cabinet. Il représente la toile de fond où va se dérouler la communication.

Outre un agencement ergonomique des différents pôles (accueil, stérilisation, salle d'attente, salles de soins, salle de radiologie, bureau et autres) et leur conformité avec les réglementations en vigueur, il s'agit de se mettre à la place du patient dans son cheminement au cabinet et d'optimiser les espaces qu'il est amené à côtoyer. L'aménagement participe fortement au bien-être dans les locaux et constitue une bonne base pour une communication efficace et sans préjugés. Ainsi, lors de la création de locaux, l'architecture intérieure doit suivre la vision que le praticien possède de sa future activité. Il y a en outre, de nombreuses contraintes bien connues pour tout cabinet (restrictions d'espace, stérilisation, normes dues à l'activité radiologique...) auxquelles s'ajoute à notre sens, la composante de bien-être du patient qui peut être nettement améliorée grâce à l'aménagement intérieur.

Le secrétariat représente le premier pôle qu'un nouveau patient découvre en arrivant. Il est à cheval entre la zone administrative et la zone d'accueil, et il n'y a pas de schéma préconçu pour cet espace qui agit comme un nœud de la communication. (62) Son aménagement est à réaliser dans un emplacement central permettant l'observation des déplacements du patient et un lieu de haute efficacité afin de réduire les temps morts. Comme les trajets nécessaires du patient passent par lui, l'agencement du secrétariat doit permettre à la fois accessibilité et discrétion. (62)

La salle d'attente devrait être agréable, voire relaxante pour que le patient se sente bien et puisse dans un deuxième temps engager une conversation de façon détendue avec son praticien. Il s'agit d'éviter au mieux les biais de communication liée aux

émotions négatives. Cette ultime attente avant l'étape du fauteuil dentaire mérite un soin particulier dans sa conception : puisqu'on laisse le patient seul avec ses pensées, autant en profiter pour faire de cette attente une détente.

L'agencement des locaux peut véhiculer l'image d'un lieu productif, prenant en charge des patients satisfaits. En effet, l'agencement ou l'architecture joue fortement sur la sensation et le bien-être d'une personne dans un espace. L'améliorer induit un état émotionnel plus stable et plus neutre, réduisant les biais de perception de l'image du dentiste par le patient. D'ailleurs, l'image d'un cabinet agréable à laquelle le patient repense après avoir quitté les lieux marque l'esprit. Concernant l'image au sens publicitaire, le soin apporté joue un grand rôle : quand l'intérieur du cabinet est bien présenté et fonctionnel, cela rassure le patient qui reviendra et, dans le meilleur des cas, recommandera le cabinet.

Concernant la salle de soins, il est important de veiller à son ergonomie, son design mais aussi tout simplement à sa disposition. Il est envisageable d'orienter le fauteuil dentaire vers une baie vitrée, un écran fixé sur un mur ou un mur imprimé. Ainsi, comprenons qu'un bon design intérieur communique indirectement au patient qu'on se soucie de son bien-être.



Figure 26, Salle d'attente façon cinéma

3.2.3 Communication de l'équipe

3.2.3.1 *Personnel médical*

Le personnel du cabinet est le premier interlocuteur du patient. Une excellente communication, ouverte, sympathique et empathique instaurera un climat de confiance pour bien accueillir et aiguiller le patient. Le personnel prépare la consultation avec le praticien, l'informe et le cas échéant, rassure le patient. Toutes les interactions avec personnel sont perçues, consciemment ou inconsciemment. C'est pourquoi il convient d'entretenir des rapports chaleureux et sympathiques. L'équipe médicale devrait être soudée et parler d'une seule voix au patient, (63) pour éviter les malentendus et offrir au patient l'image d'une équipe compétente et accueillante.

Il est conseillé d'œuvrer à une bonne ambiance de travail, bénéfique non seulement pour le personnel, mais représentant également l'autre versant de l'image du cabinet : l'aspect humain. Ainsi les rapports dans l'équipe créent l'ambiance du cabinet et déterminent si oui ou non, le patient souhaiterait s'y projeter. Le parallèle entre rapports désagréables au sein du personnel et rapport désagréable avec soi est vite établi. Le dentiste soucieux de l'interaction avec patient peut tendre à négliger les rapports avec son équipe, or ceux-ci modulent l'image du dentiste car ils modifient la perception du cabinet.

Concernant l'expertise, le chirurgien-dentiste est à la source de l'information qu'il doit faire circuler au personnel, pour mieux informer lors de demandes basiques ou techniques. Ceci renforce l'image d'une équipe perçue comme compétente et dirigée par le dentiste. Rappelons que nous avons quitté le paradigme du tout blanc. Ainsi, en ce qui concerne le choix de couleurs de tuniques, des couleurs plus vives et affirmées telles le noir, le rouge, le bleu ou l'orange peuvent être envisagées. Elles renforcent l'image d'unité au sein de l'équipe, et le patient se sent pris en charge par l'intégralité des membres de l'équipe, même s'il n'a pas à faire directement à chacun d'eux. Pour le chirurgien-dentiste, le choix d'une couleur différente du reste de l'équipe a pu être observé, mais ce choix nous semble désavantageux car il désagrège la cohésion et place le chirurgien-dentiste sur un piédestal impropre à de bons rapports initiaux avec le patient.

3.2.3.2 *Praticien*

Sur le plan de la communication et de façon simplifiée, on peut décrire deux temps dans la relation de communication patient-praticien : l'anamnèse et l'examen clinique, que l'on peut qualifier de temps « diagnostic ». Celui-ci doit également permettre au patient de s'exprimer sur ses demandes. Le temps « plan de traitement » peut faire suite ou l'objet d'une autre consultation. Il constitue une étape-clé dans la relation avec le patient et permet aux patients de répondre aux 4 questions suivantes :

« De quoi s'agit-il ? Qu'est-ce que cela va m'apporter dans la vie de tous les jours ? Combien de temps cela va-t-il prendre ? Combien cela va-t-il coûter ? ». (63)

Cette discussion est symboliquement celle des travaux à réaliser et celle du coût, mais ne doit pas se résumer à ces deux pôles et plutôt permettre au praticien d'entrer en échange et de poser des questions au patient. En effet, même la meilleure des présentations n'amène pas nécessairement la validation du patient ou son acceptation du projet, qui est chose délicate, surtout s'il n'a pas trouvé réponse à ses objections ou pas assez compris le plan de traitement. Au lieu de se lancer dans une démarche hâtive du type « diagnostic-traitement », le dialogue du praticien devrait se faire en ces deux temps : la phase des questions ouvertes et celles des questions fermées. Les questions ouvertes permettent au patient de décrire ses craintes, ses demandes, ses attentes : « Que pensez-vous de votre sourire ? Ou quelles sont vos expériences passées chez le dentiste ? ». Une écoute attentive sans interruption du patient installe un climat de confiance pour le patient. Durant ces échanges, il ne faut jamais interrompre le patient qui devrait disposer de 80 % du temps de parole (63).

Dans un second temps, le praticien passe habilement des questions ouvertes à des questions plus fermées. « Souhaitez-vous une bouche en bonne santé ? Êtes-vous intéressé par des couronnes ? ». Cette phase sert à amener le patient vers les traitements afin de pouvoir présenter son plan de traitement. Les questions fermées sont à doser avec parcimonie pour éviter de brusquer le patient. Les phases de questions sont toutes deux les étapes permettant progressivement, et dans un échange constant, d'arriver aux traitements puis, au plan de traitement et au devis. Dans cet échange, nous rappelons l'intérêt de l'utilisation d'images, d'écrans de dessins, de présentations ou de modèles pour expliquer des concepts avec

pédagogie. Ainsi, « maîtriser ces questions est l'un des secrets les plus importants pour accroître son efficacité relationnelle ». (63)

Concernant l'image du dentiste, ces techniques placent le praticien comme bienveillant et au même niveau que le patient dans la communication, tout en conservant son statut d'expert. Le dentiste n'est alors plus « le dentiste insensible », projections pouvant résulter de la frustration lors de communications inhabiles autour des soins. Il devient aux yeux du patient, un professionnel de santé de confiance avec qui il est agréable d'échanger sur l'état de ses dents et des traitements à prévoir. Une perception qui nous évoque un personnage bien familier, le dénommé « bon dentiste ».

3.2.3.3 Enseignement à l'hygiène bucco-dentaire

L'enseignement des bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire au patient est un autre pan de la communication interpersonnelle au cabinet. Cette communication constitue une véritable éducation thérapeutique et ne devrait pas se limiter à prodiguer des conseils sans suite. (64) (65)

D'après l'OMS, cette éducation thérapeutique constitue un « processus continu », dont le but est d'aider les patients « à acquérir, puis à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». (66)

Dans notre cas, il s'agit de la désorganisation quotidienne et efficace du facteur étiologique, la plaque dentaire. (64) L'éducation thérapeutique comporte un temps d'enseignement et un temps de motivation. Pendant le premier temps, il s'agit de rendre intelligible au patient les raisons de son état dentaire et d'enseigner les méthodes de brossage, grâce à un entretien motivationnel. Le troisième temps est celui du patient qui va appliquer ces conseils ou non, immédiatement ou à long terme. La méthode la plus couramment employée est celle du « tell, show, do » (dire, montrer, faire). (67) Celle-ci consiste à expliquer une méthode d'hygiène buccale, idéalement avec des aides visuelles comme des modèles agrandis ou un écran. Ces supports améliorent la compréhension du patient. (68)

Durant la phase « show », les mouvements sont effectués et la phase « do » appartient au patient qui va directement répéter les mouvements de brossage dans sa bouche, le but étant qu'il ancre ces nouveaux gestes dans son quotidien. La motivation du patient est un processus qui va au-delà d'un simple entretien unique. Elle vise à lever

les mécanismes automatiques de résistance au changement et peut comme les techniques de communication précédentes, créer un lien fort et de confiance, le praticien faisant preuve d'éloquence et de tact, dans sa démarche de sensibilisation et de responsabilisation d'un patient.

« L'éducation thérapeutique à l'hygiène orale est une prise en charge « technique » qui ne correspond à aucun acte de notre nomenclature ». (65)

En France, de tels entretiens constituent un temps mort pour le cabinet sur le plan financier. C'est pourtant bel et bien durant de tels échanges que le patient communique avec un praticien désintéressé et qui prend vraiment le temps de l'éclairer, simplement pour le bien de ses dents. Les chirurgiens-dentistes sont des experts de la turbine, du davier et de la curette, mais un dentiste attentionné et accompagnant le patient dans son éducation thérapeutique permet caricaturalement d'effectuer une transition pour passer d'un « dentiste cupide » à un « dentiste de confiance ».

3.2.3.4 Durant les actes en bouche

Lors des soins, le patient se retrouve dans l'ultime confrontation entre ses angoisses et biais de perception d'une part, et le déroulement des soins de l'autre. Durant les interventions, une fois la mise en place de l'aspiration, du miroir et des instruments effectuée, le patient ne peut presque pas s'exprimer. La communication devient quasi unilatérale. Certes, le patient peut exprimer un inconfort ou une douleur avec des signes convenus à l'avance comme lever la main. Il reste néanmoins bouche ouverte, livré au praticien. L'imaginaire et le ressenti du patient ont plus de poids que le réel déroulement des soins (inconfort, douleur).

Garder la communication durant un acte dentaire signifie rappeler et raffermir régulièrement un rapport d'empathie établi au moment où le patient a accepté de se livrer ainsi. Aussi, de brèves phrases bienveillantes telles « tout va bien ? », véhiculent implicitement que le praticien se soucie de lui en tant que patient et en tant que personne. Certains patients prennent ces questions comme de l'humour déplacé, pensant que, d'une manière ou d'une autre, ils ne peuvent pas répondre, instruments en bouche. C'est dire à quel point il faut insister sur ces codes de communication à établir avant que la turbine tourne.

Le deuxième aspect est explicatif. Nommer succinctement les étapes : « maintenant je vais retirer la carie » cadre les soins et apporte des informations et une certaine sécurité au patient. Ne rien dire va au contraire et selon le degré d'anxiété du patient, laisser place à toutes les interprétations et fantasmes possibles. Si le patient est à l'aise durant les soins, ces petites attentions de communication ne nuiront pas et si le patient est odontophobe, le sentiment d'oppression, pourra s'estomper suite à un premier contact positif avec les soins et la répétition de cette expérience pour ancrer une nouvelle image des soins dentaires. Ainsi pour les plus frileux d'entre les patients, l'image du « dentiste tortionnaire » et malveillant, soit l'archétype du dentiste pourra peu à peu être remplacé par celle du « dentiste attentionné ».

3.2.4 Image générale du praticien au cabinet

Tout comme les médias, publicités et autres influent sur la représentation du dentiste et la modulent. Au sein du cabinet, l'image du chirurgien-dentiste est également soumise à des influences multifactorielles. En termes de marketing, un nouveau patient viendra au cabinet avec une certaine image préconçue qui va se confronter à la réalité des locaux. Ces facteurs intra-cabinets : cohésion de l'équipe, agencement intérieur, espace dédié à la communication (plans de traitement, EHBD) diffèrent radicalement des modulateurs d'image externes (médias, pub etc.) car le praticien et son équipe peuvent directement agir sur eux et les améliorer.

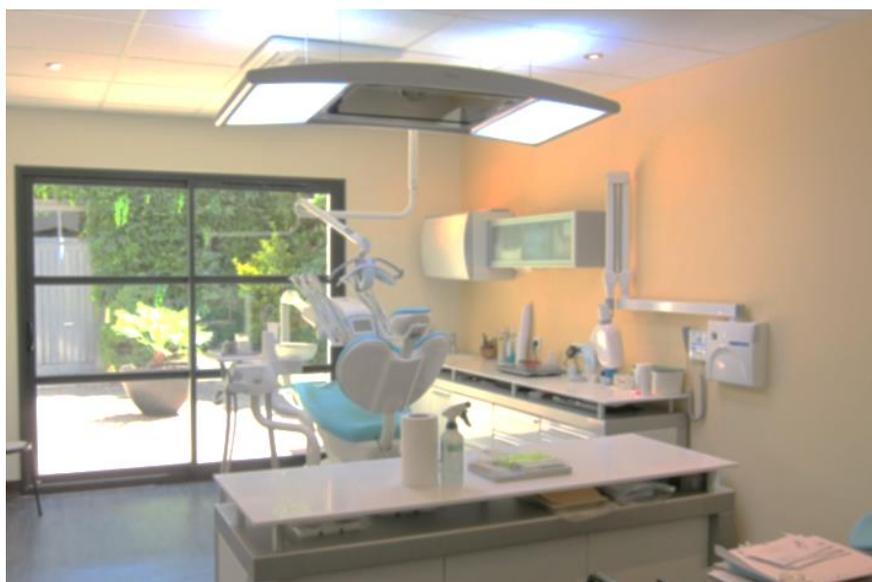


Figure 27, Fauteuil dentaire avec vue sur cour

Les situations et modes de communication abordées au cabinet dentaire viennent s'inscrire dans une approche de communication iatrosédative. Pour le patient, cela permettrait de passer du « dentiste expert impersonnel », celui que nous décrivions dans les publicités, à un professionnel de santé expert en dents, mais surtout interlocuteur dédié et empathique, celui-ci même qui, dans l'idéal, deviendra « son dentiste ».

3.3 Communication externe du cabinet

3.3.1 Identité visuelle

L'identité visuelle est un concept de communication également appelé « corporate identity ». Il s'agit d'un processus lors duquel un spécialiste (graphiste) crée une identité visuelle correspondant à la fois à l'activité et à l'image que l'on souhaite communiquer de sa structure. Il s'agit plus largement de l'ensemble des éléments graphiques de signalisation, permettant d'identifier et de reconnaître une structure ou une marque. On y retrouve le nom (de marque), le logotype ou logo, l'emblème, la griffe, la police d'écriture et la taille de caractères utilisés. (69) Ces éléments sont retrouvés dans un ensemble de normes que l'on nomme charte graphique ou « corporate identity code » en anglais. La charte permet de décliner tous ces éléments ensemble, de façon harmonieuse et pour toutes leurs différentes utilisations. (69)

En France actuellement, ces concepts ne peuvent pas être appliqués librement et entièrement, le cabinet n'étant pas considéré comme une entreprise commerciale. Certaines structures telles les centres dentaires dérogent à ces dispositions. Nous reviendrons sur ce point. L'identité visuelle est perçue comme publicitaire et en désaccord avec les valeurs de la profession et assimilée à une pratique commerciale allant à l'encontre du code de déontologie. Pourtant, dans le cadre d'un cabinet dentaire, l'identité visuelle permettrait tout d'abord de poursuivre les couleurs du cabinet sur les réseaux et surtout de donner à chaque cabinet, son identité propre. (70)

La déclinaison visuelle d'un cabinet dentaire nous semble très raisonnable, notre pratique n'est-elle pas nommée art dentaire ? S'il existe autant de pratiques que de praticiens, chacun d'entre eux mérite de pouvoir se présenter, de façon encadrée nous le concevons, mais également de façon non-uniformisée.

3.3.2 Publicité du cabinet

Le concept publicitaire semble honni par les autorités compétentes. Un certain nombre de pays européens adoptent un autre point de vue, comme l'Allemagne par exemple, où les cabinets dentaires disposent de leurs propres sites web avec URL dédiée. Les cabinets ont également le droit de faire des vidéos de présentations et des vidéos promotionnelles. (44)

Quand nous parlons de publicité ici, nous pensons à la promotion du cabinet et des services du praticien. Nous avançons l'hypothèse que la réticence de la profession face à un shift publicitaire est la peur de retourner un « dentiste prêcheur de boniments », ce dentiste incompetent dont l'image nous suit depuis des siècles. Il faut de plus, distinguer une certaine ouverture à la publicité d'une totale liberté de communication comme dans le modèle états-unien. Il ne serait pas souhaitable de devenir des promoteurs de soins, prêtant nos visages à des publicités vidéo en vue de recruter des patients. Rappelons le, un premier grand pas juridique a été franchi en ce sens : autoriser les praticiens de présenter leur cabinet et leur et ce même sous forme de vidéo. (44)

A titre d'exemple, un cabinet omnipratique de Strasbourg propose une vidéo de présentation très attrayante. Nous tairons le nom du confrère, soucieux de ne pas lui faire de publicité illégale. Dans cette vidéo de présentation, le spectateur est plongé dans le cabinet, passant rapidement devant chaque pôle (accueil, salle de soins, praticien, administratif, stérilisation). Le visionnement provoque une immersion totale mettant le futur patient en confiance. Ce genre de productions mériterait de sortir des murs de chirurgiens-dentistes.fr. Nous posons par extension, la question de l'ouverture des vidéos de présentation et d'autres vidéos dentaires à d'autres plateformes et de leur réglementation. Ces considérations nécessitent en préambule de distinguer la publicité (qui est une communication) et ce que l'on peut et veut en faire. La dérive commerciale est réelle et à caractériser, mais elle ne devrait pas constituer un bouclier idéologique contre la publicité.

3.3.3 Dispositions légales et implications

Contrairement à la décoration intérieure, la publicité du cabinet dentaire n'est globalement pas tolérée jusqu'en 2019. La position des autorités vacille alors entre interdiction et contrôle. (71)

- Article R. 4127-215 du Code de la santé publique (CSP)

La profession dentaire ne peut être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité ainsi que les « manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif ».

- Article R. 4127-225 (CSP)

Sont interdits au chirurgien-dentiste toute publicité, toute réclame personnelle ou intéressant un tiers ou une firme quelconque.

Depuis, le 13 février 2019, la nouvelle charte ordinaire a précisé la nature des communications nouvellement autorisées. Celle-ci reprend les conclusions du 3 mai 2018.

« Ni le statu quo ni l'autorisation générale de la publicité ne sont envisageables. L'autorisation de la publicité (...) n'apparaît pas souhaitable (...). La concurrence accrue entre professionnels qui pourrait en résulter, notamment dans les zones à forte concentration de prestataires de soins, risquerait, par ailleurs, d'avoir des effets déstabilisateurs (...) en alimentant le contentieux pour des faits de manquement à la confraternité, détournement de clientèle ou publicité mensongère et en reléguant au second plan les objectifs de santé publique.

L'introduction d'un principe général d'autorisation de la publicité pourrait être perçue comme ouvrant la voie à des pratiques de publicité commerciale au sens du droit commun de la consommation, aux conséquences néfastes pour la santé publique. » (45)

Cette charte offre plus de libertés aux chirurgiens-dentistes sur leurs sites, ainsi l'ordre a défini une liste de neuf orientations professionnelles.

« Que le praticien pourra mettre en avant dans ses supports de communication numériques (uniquement) :

- Omnipratique
- Chirurgie orale
- Endodontie
- Odontologie conservatrice
- Odontologie pédiatrique
- Orthopédie dento-faciale
- Parodontologie
- Prothèses
- Traitement des dysfonctions oro-faciales

Si le praticien propose d'autres actes spécifiques (éclaircissement, acide hyaluronique....etc.), il pourra les mentionner dans la rubrique consacrée à son expérience ou à celle dédiée à son exercice professionnel mais absolument pas dans la rubrique « orientation ».

Signalétique : Les praticiens ont désormais la possibilité d'améliorer la localisation de leur cabinet avec un panneau se situant en amont de leur cabinet dentaire et portant par exemple, la mention « cabinet dentaire » (45).

Ce préambule a donné naissance au décret du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et relatif à leur communication professionnelle (44). Autorisant pour la première fois les dentistes à pratiquer de la publicité de façon encadrée, celui-ci sera complété d'une série de recommandations à suivre. On y retrouve entre autres l'interdiction d'exercer la pratique dentaire comme un commerce, une communication loyale et honnête sans témoignage de tiers et sans comparaison à d'autres praticiens et l'interdiction de travailler au compte d'un tiers ou d'une entreprise industrielle ou commerciale sur le plan publicitaire.

Concernant le contenu, soit la présentation du chirurgien-dentiste à proprement parler, les recommandations précisent les mêmes règles qui s'appliquaient jusque-là, c'est-à-dire comment présenter son parcours, ses compétences, ses prix, ceci afin d'éviter que ces réglementations soient enfreintes sur le web ou en vidéo. Une précision est donnée pour les vitrines : une vitrophanie peut être présentée à condition qu'elle soit la plus discrète possible. (72) Nous nous permettons de douter de l'efficacité et de questionner l'intérêt d'une publicité « la plus discrète possible ».

3.3.4 Le cas singulier des centres dentaires

Notre position sur la légitimité de l'existence des centres dentaires n'est pas le sujet, nous les abordons sous l'angle de l'image. Aussi, les « centres dentaires » sont apparus en France depuis la Loi Bachelot de 2009, autorisant les centres dentaires à ouvrir sans contrôle préalable. (73) (74) En 2016, on dénombrait 726 (75) centres dentaires permettant aux chirurgiens-dentistes de bénéficier du salariat au prix d'une certaine soumission aux choix de gestion et d'organisation des soins de ces centres. Il semblerait que leurs statuts flous ont dévoilé ce que la pratique dentaire ultralibérale puisse offrir de pire.

Pour les praticiens, la pratique dans ces centres dentaires a été décriée et des soupçons de pression de rentabilité pèsent sur ces structures. Ainsi dans le documentaire « Le business du sourire », une collaboratrice dentiste se confesse à visage flouté et éclatant en sanglots, décrivant les objectifs financiers lourds que l'administrateur l'oblige à atteindre, semaine après semaine, au prix de devoir réaliser des prothèses non indiquées donc pratiquer de la mutilation (76). Nous souhaitons préciser que, malgré cette entrée en matière brusque, les centres dentaires outrepassant les réglementations publicitaires, du code de la santé ou frauduleux ne sont pas la règle. Il peut s'agir de structures prometteuses et où l'administration économique suit les directives de déontologie entraînant les praticiens à exercer dans une ambiance dynamique, ouvrant à des formations personnelles et leur permettant de s'épanouir.



Figure 28, Vitrine d'un centre dentaire à Vénissy, 2018

Figure 29, Vitrine d'un centre dentaire, Paris, 2020

Rappelons que la loi considère ces structures comme des associations et non des cabinets dentaires, et qu'en cas de litiges, contrairement aux praticiens salariés, les administrateurs ne peuvent être responsables de préjudices liés aux traitements. (77)

En ce qui concerne l'acquisition de patients, pour employer le langage des centres dentaires, un patient soigné en centre aurait l'impression d'être soigné dans un centre du service public. Les tarifs sont perçus comme moins chers, car des structures proposent d'échelonner les paiements. (35) Lors du choix du patient pour s'orienter vers une structure de soins dentaires, les centres et cabinets traditionnels ne travaillent pas à armes égales.

La législation laxiste autour de ces centres a laissé place à divers scandales survenus depuis les années 2010, mettant en cause pour certains, un nombre improbable de patients lésés. Ainsi Dentexia peut être retenu comme ennemi symbolique du combat des patients victimes des centres dentaires. L'affaire Dentexia regroupa un tel nombre de plaignants, qu'après liquidation judiciaire de la société en mars 2016, (78) le gouvernement a dû mettre en place un plan d'aide pour les milliers victimes concernées, sous la pression d'un collectif de patients lésés. A ce jour, seule une partie des 3000 victimes de ce centre ont pu voir leur préjudice réparé. Ainsi, l'animateur du Collectif contre Dentexia, Abdel Aouacheria, docteur en biologie et chercheur au CNRS révèle en Mars 2021 à l'Humanité : « Cinq ans après, beaucoup de choses ne sont pas réglées, y compris sur le plan sanitaire. ». (79)

Refus de soins, manipulation de patients, sur-traitement : en plus de nuire à l'image des centres dentaires, le processus est pervers dans le sens où naturellement, cette image négative ne se restreint pas aux centres mais déteint sur celle du chirurgien-dentiste en France en général. Les centres dentaires ont détérioré l'image du dentiste faisant réapparaître les vieux démons, à savoir le « dentiste malveillant ».

De surcroît, en termes de communication, les centres dentaires ont le droit de présenter des logos et de disposer d'identités visuelles. Même si les vitrines et devantures sont devenues sobres (Figure 28), sur internet on retrouve logos et identités visuelles. En accordant aux centres dentaires ces facilités de présentation, on suggère au patient qu'ils sont plus professionnels, amoindrissant la légitimité des cabinets traditionnels. Cette situation est inique et les nombreux avantages de la publicité dérivée et des publiportages n'ont que fait aggraver la donne. (77)

Ce rapport de force s'apparente au choix d'un patient passant devant une plaque réglementaire vissée sur une façade ou une vitrine aux splendides visuels et sourires plus grands que nature. La réponse du législateur est une loi interdisant la publicité aux centres de santé, en date du 12 janvier 2018 : l'article L.6323-1-9 du code de la santé publique. (80) Pourtant sur le terrain, si l'article empêche la publicité indirecte dans la presse, appelés publi-reportages, de nombreux manquements à cet article demeurent, tout comme persistent d'une manière encore plus défiante à ce jour logos, écrans visibles en vitrine ou enseignes accrocheuses. (81)

Pour les cabinets dentaires en général, la juridiction de l'Union Européenne semble claire au sujet de l'interdiction publicitaire des cabinets médicaux, pour laquelle elle est défavorable. Ainsi en mai 2017, la cour de justice de l'Union-Européenne établit clairement dans le communiqué de presse n° 45/17 :

« Qu'une interdiction générale et absolue de toute publicité dépasse ce qui est nécessaire pour réaliser les objectifs poursuivis. Ces derniers pourraient être atteints au moyen de mesures moins restrictives encadrant, le cas échéant de manière étroite, les formes et les modalités que peuvent valablement revêtir les outils de communication utilisés par les dentistes » (82)

Les centres dentaires sont des structures difficilement appréhensibles. Nous retiendrons que sur le plan juridique, la clémence qui leur est accordée révèle un modèle dans lequel les restrictions publicitaires semblent s'appliquer avec deux poids, deux mesures.

3.3.5 Réseaux sociaux et internet

Nous constatons que d'autres pays européens se sont ouverts à la publicité concernant les chirurgiens-dentistes, et ceux-ci conservent pourtant un code de déontologie et une éthique. L'ouverture à la publicité ne se solde pas invariablement de la décadence morale. Distinguons les appréhensions des faits. A titre personnel, nous estimons que présenter le plus professionnellement possible en termes d'image et refléter la diversité des pratiques grâce au marketing des cabinets en ligne, est une direction souhaitable. Ainsi, relaxer les réglementations sur les sites-web est un premier pas vers une image du dentiste sur internet plus créative, plus vivante et plus variée plutôt qu'un format standardisé, peu interactif et froid en termes d'expérience

utilisateur, comme l'a été l'interaction patient-praticien sur internet jusqu'aux récentes réformes. (44)

Aujourd'hui, c'est sur les réseaux sociaux que se pose la question de la communication du praticien. Si un dentiste veut s'adresser à ses patients pour se présenter, pourquoi ne pourrait-il compter que sur ses échanges sur son site-web pour engager le contact et entretenir la communication ? Cette situation, n'est-elle pas en décalage conséquent avec notre époque ? Il ne s'agit pas de passer du rien au tout comme au Royaume-Uni où jusqu'à la moitié des dentistes ont une page Facebook pour leur cabinet, (83) mais de proposer aux dentistes plus de possibilités. De nombreuses belles pages de dentistes existent dans d'autres pays sur les réseaux sociaux. On peut y voir que le dentiste et son équipe échangent avec les patients, présentent leur métier et rendent leur patients heureux avec leurs contenus. Nous pensons que ces pratiques démystifient et rapprochent le praticien de sa patientèle. On peut très bien s'imaginer un processus par étapes avec des pages d'indexation en premier lieu sans interactions possibles.

Nous comprenons la difficulté de trouver un consensus et comprenons les craintes de possibles « cabinets sur Facebook » ou interventions filmées visionnables par qui le veuille. Nous entendons également la nécessité d'un encadrement pour un tel processus, mais la réalité des réseaux sociaux et du marché internet devrait être pleinement considérée et, nous en sommes convaincus, repensée pour les dentistes. Concernant la présentation en général, la production de contenus vidéo, la promotion de produits efficaces et novateurs, de certains traitements, la présentation de praticiens et de cabinets, l'intervention en tant que spécialistes sur des plateformes et les contenus éducatifs associés à l'art dentaire, nous pensons que des « dentistes bloggeurs » permettraient de créer ce dialogue sur la toile qui vient à manquer pour rétablir les faits et éclairer les patients.

De nombreuses implications juridiques demeurent concernant la diffusion de tels contenus en termes de marque, de code de déontologie et d'image que l'on confère au dentiste. L'inaction ne peut être une solution, pas plus que des réformes juridiques de surface, comme cela a été le cas jusqu'à fin 2020. Or à ce jour, nous disposons d'un encadrement juridique permettant de créer et diffuser des vidéos explicatives pour le patient tout en respectant les recommandations de l'ordre. (72)

Grâce à une volonté d'améliorer concrètement son image et en s'associant à des professionnels (photographes, vidéastes etc.) le dentiste pourra affirmer, construire et défendre son image sur internet. En participant à son image, il évitera ainsi de l'offrir presque aveuglément à l'emprise des commentaires sur les réseaux de patients, médias, publicités et autres vecteurs de déformation. Rappelons la puissance marketing de la vidéo en 2021 : le site DigiDocteur prétend qu'une vidéo entraîne 53 fois plus de visibilité par rapport à un site sans vidéos. (84) Créer et partager des vidéos explicatives nous place dans notre temps, tout en faisant de la publicité « smart » : transmettre des informations pédagogiques pour démystifier, cette fois sur les réseaux.

Nous estimons que la communication des dentistes sur les réseaux sociaux avec des interactions encadrées ne se fera de fait qu'après consolidation de la position juridique concernant communication et publicité numérique. Une autorisation publicitaire de façade ne peut constituer une solution pérenne. Il est difficile de faire changer les mœurs quant à la présence sur les réseaux sociaux, certes, mais il est nécessaire de réinvestir la sphère de l'image que nous ne pouvons laisser entièrement à la merci d'entités commerciales désireuses de ventes ou de chiffres. Il revient au chirurgien-dentiste de prendre en main la responsabilité de sa propre image, à commencer par celle sur internet et les réseaux sociaux.



Figure 30, « Guérir les caries sans plombages », un dentiste québécois conseille sur Youtube

3.4 Pistes de communication

3.4.1 Avancées technologiques

Au-delà de sa fonction de soignant des organes dentaires et de la cavité buccale, le dentiste s'est efforcé d'innover et d'améliorer sa pratique tout au long de son évolution. Abordons à présent, les inventions et concepts actuels, dont le dentiste d'aujourd'hui fait usage. Il dispose en effet de nos jours d'un véritable arsenal technique et technologique dont les fabricants et distributeurs s'efforcent de nous vanter les mérites. Les patients n'ont cependant pas le même degré de connaissance de nos moyens alors même que certains dispositifs médicaux ont apporté un degré d'innovation sans précédent en termes d'ergonomie et de design au sens large.

Ainsi, des systèmes tels *anaeject* permettant une anesthésie locale périosseuse plus contrôlée que l'anesthésie périapicale habituelle. Le fabricant promet une réduction de la sensation de douleur ressentie par le patient. Toutefois, cela reste à prouver. Un effet bien réel quant à lui, est le changement de perception dû à une forme inhabituelle pour le patient et sans aiguille visible. Ce genre d'innovations peut-être extrêmement soulageant pour le patient, car l'objet de l'angoisse (la seringue) prend une autre forme pour devenir moderne et électronique, soit différente, donc potentiellement moins anxiogène.

Les systèmes de conception fabrication assistée par ordinateur (CFAO) au cabinet comme le *CEREC* de *Sirona*, sont une véritable révolution. L'usinage au cabinet écourte le nombre de rendez-vous et la CFAO permet de rendre intelligible au patient les différentes étapes du processus de fabrication des couronnes dentaires. Les outils numériques de visualisation, permettent au patient de voir et comprendre quels travaux et quelles pièces vont être fabriquées, sur écran et en 3D. Cet outil démystifie les représentations que les patients peuvent se faire en présentant le processus de réalisation prothétique de manière concrète et accessible. Cela rapproche le praticien du patient et confère au dentiste une image à la pointe de la technologie, intégrant la dentisterie dans la sphère numérique.

L'aligneur orthodontique invisible est un autre produit pragmatique qui a marqué les esprits à jamais. C'est un outil de taille pour son domaine d'indications. Grâce à lui, de jeunes enfants, adolescents ou même adultes, peuvent profiter d'un traitement

orthodontique sans l'inconfort et la souffrance psychosociale qui peut résulter du port d'appareils d'orthodontie plus classiques comme le dispositif multi-attaches. En raison de possibles moqueries, combien de patients, enfants ou adultes ont dû renoncer à des traitements orthodontiques ne pouvant résolument pas se projeter de porter un tel appareillage 1 à 2 ans ? La gouttière transparente a répondu dès 1997 avec brio à l'aspect relativement disgracieux des traitements orthodontiques classiques. Elle propose la transparence à la place de l'appareillage, supprimant la problématique esthétique. Depuis que l'iconique fabricant *Align Technologies* (fondé en 1997) a vu ses brevets d'appareils *Invisalign* tomber dans le domaine public, ce traitement est devenu plus accessible et il est proposé par divers prestataires. L'aspect du patient sous traitement orthodontique change radicalement, et difficile de se sentir victime d'un « dentiste tortionnaire » avec la légèreté, l'ingéniosité et la beauté d'un tel appareil, si l'on peut l'appeler ainsi !

Le praticien bénéficie de retombées de telles innovations technologiques. En-effet, le patient lui attribue souvent directement ces dispositifs et assimile le praticien à leur découverte. Quand le praticien pose des gouttières invisibles, pour le patient, cela vaut plus que le nom ou l'identité de la marque du produit. Cela relève du domaine de compétences de son dentiste et ainsi, de son image. Quand un praticien se prend le temps d'expliquer les étapes d'un traitement CFAO sur écran et répond aux questions de son patient, c'est là encore, l'image du dentiste qui change radicalement grâce à l'ergonomie et aux fonctions du produit. Si un bon produit répond à une problématique, ici les concepts sont allés au-delà de la résolution et proposent une vision différente du traitement. Ils changent le paradigme dentaire et mettent indéniablement en valeur le chirurgien-dentiste aux yeux du patient qui le percevra comme un « dentiste moderne ». Si chirurgie-dentaire moderne se veut mieux comprendre le patient, les produits devraient en faire autant.

3.4.2 Odontologie légale

Le dentiste peut être amené à mettre son savoir et ses gestes à disposition de la société, dans le cadre d'activités non soignantes et plus méconnues du grand public. Autant le médecin brille dans l'environnement diagnostique de biologie médicale, l'odontologie légale nous apparait comme le pendant dentaire aux activités de laboratoire médical. Cette spécialité dentaire renferme une fonction sociétale qui étend le champ d'action du dentiste. Ses applications sont d'une grande utilité pour

l'identification de corps de victimes, même quand celui-ci a été fortement détruit. Ainsi, l'odontologie légale permet d'identifier des personnes dans des situations peu favorables telles l'identification de victimes d'incendie ou l'identification lors de catastrophes de masse.

Les soins dentaires réalisés servent à identifier des personnes grâce à un phodontogramme. Examen associant des photographies post-mortem des faces occlusales maxillaires mandibulaires et un texte descriptif détaillant l'état de chaque dent. Trois photographies du maxillaire et de la mandibule viennent le compléter en vues antérieures et latérales droite et gauche, ainsi que de deux vues droite et gauche des arcades en occlusion. Le phodontogramme atteste d'une intégralité de l'examen dentaire et facilite l'exploitation de ces données. L'aspect photographique permet, contrairement à un odontogramme classique, de confirmer des observations cliniques, éviter des oublis, constater des malpositions etc. (85)

Il est possible de le comparer à des banques de données de patient existantes. Ce sont donc ces soins « malaimés » des patients qui permettent de rendre justice, retrouver des victimes ou encore permettre aux familles et proches de faire leur deuil.

Cette discipline mériterait davantage de mise en lumière tant son domaine d'exercice est différent de celui de la dentisterie classique et son apport à la société, précieux. La présentation de l'odontologie légale au grand public est délicate mais il est concevable de présenter ce métier habilement en évitant une image macabre. Ceci renforcerait au contraire l'image d'implication du dentiste dans la société, sa bienveillance et son expertise.

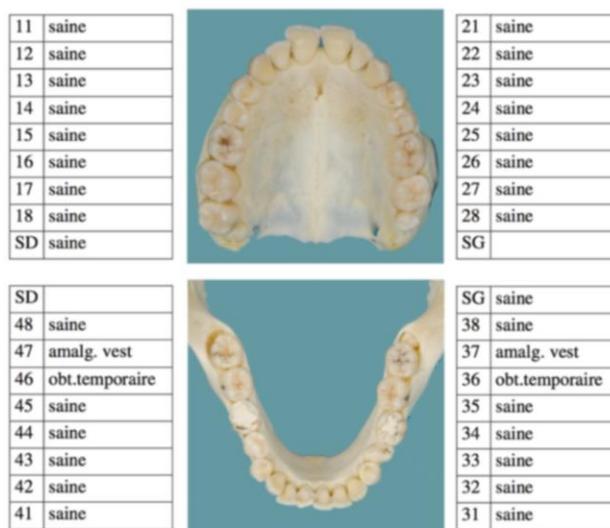


Figure 31, Phodontogramme pour banque de données

3.4.3 Chirurgie orale

Cette discipline possède une importance toute particulière dans les représentations du dentiste. En-effet, dans la réalité du métier, le respect strict des protocoles opératoires, les avancées techniques et celles des standards en matière d'asepsie, ont fait des salles opératoires des lieux où la gestion du risque infectieux du patient est mise au premier plan. Nous nous retrouvons à l'opposé du dentiste ambulancier opérant des avulsions sur la place publique avec son protocole de prestidigitation, pourtant les opérations chirurgicales demeurent relativement anxiogènes pour les patients. (86)

Dans le cas d'interventions plus lourdes comme une résection mandibulaire, difficile pour un patient de ne pas appréhender. La chirurgie peut raviver les craintes d'un dentiste incompetent et sadique. Le praticien est celui qui avulse les dents et creuse l'os, donc qui aux yeux du patient, détruit.

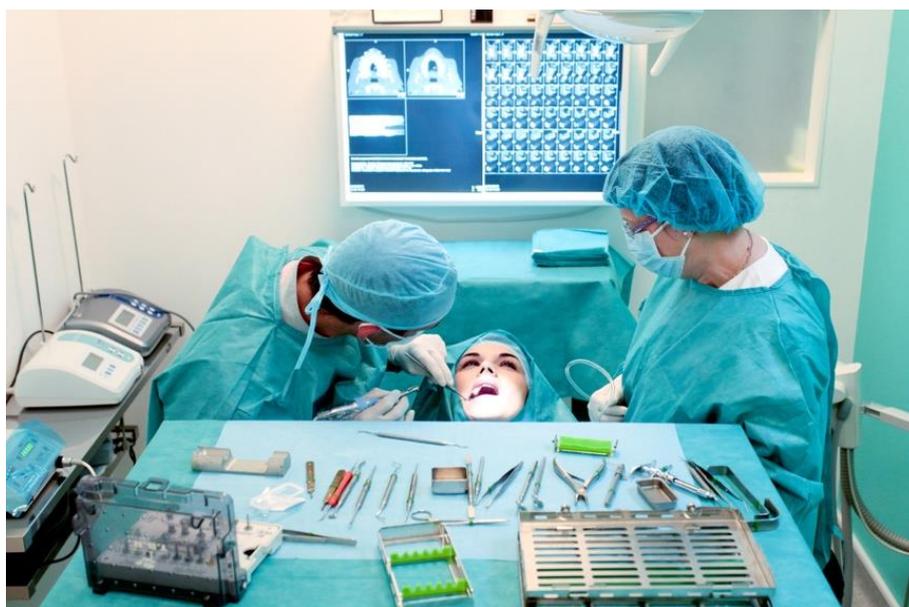


Figure 32, Plateau technique et champ opératoire durant une chirurgie implantaire

Dans la figure 30 ci-dessus, on observe un plateau chirurgical pour une implantation. L'opérateur est en pleine action, l'assistante observe le patient avec bienveillance. Il règne une ambiance de travail sérieuse. Cette image représente une intervention en réel en pleine action. Ce n'est pas une image publicitaire. Elle comporte les éléments l'instrumentation, de technique, de l'expertise et de modernité (soulignée par les coupes TDM visibles à l'écran). Cette scène présente pourtant une image compétente et rassurante, alors que de nombreux instruments sont visibles et que nous nous

trouvons en pleine opération. Pour changer d'image, non seulement le type de communication du praticien doit changer, mais également son contenu. Ainsi, à l'instar de cette photographie on pourrait présenter l'activité du chirurgien-dentiste de manière plus directe, sans hésiter à publier et rendre accessible des extraits d'opérations de près en vidéo, de manière visuellement attrayante et pédagogique : un gros plan du site opératoire de quelques secondes évoqué dans un scénario à effet rassurant et professionnel ferait des miracles. Le patient pourrait ainsi aborder l'objet de son angoisse avant même de consulter au cabinet. Si le dentiste d'antan cachait, le dentiste actuel devrait tout faire pour montrer qu'il n'a rien à cacher. Aussi, se pencher sur la création d'un cadre légal pour la publication de vidéos dentaires nous semblerait être un bon point de départ.

3.4.4 Les soins en ligne

La prise en charge du patient est une relation synallactique qui suit tout un design particulier, étudié et codifié. « Le design est un processus intellectuel créatif, pluridisciplinaire et humaniste, dont le but est de traiter et d'apporter des solutions aux problématiques de tous les jours, petites et grandes, liées aux enjeux économiques, sociaux et environnementaux. ». (87)

A notre époque, une partie des designers (les développeurs) créent des applications et sites web. Ceux-ci constituent un cheminement bien particulier que les utilisateurs vont parcourir dans une application, sur une page de vente, une offre d'abonnement etc. Aujourd'hui, les développeurs ont pris une importance telle que le terme « designer » signifie développeur web et non plus décorateur intérieur, créateur de mode ou graphiste. Comme leur nom l'indique, les développeurs ont non seulement développé mais aussi repoussé les limites du numérique, nous apportant simplicité, fluidité et efficacité dans notre expérience utilisateur. Cette capacité technique soulève des questions en termes de prise en charge médicale numérique ou « téléconsultation ». Divers sites proposent déjà, et en toute légalité, la prescription en ligne après téléconsultation auprès d'un professionnel de santé d'un certain nombre de médicaments. Parmi ceux-ci, on retrouve des médicaments contre les troubles d'érection, des tests de dépistage ou des traitements pour l'asthme. Ces sites-web qui portent des noms comme Zavamed, AzFrance ou Charles.co contrôlent l'expérience patient sur toute la ligne : de la mise en relation avec un spécialiste attitré, à la transmission de la prescription jusqu'à la livraison à domicile du patient ou à un point

de livraison. Le patient évite de se déplacer à la pharmacie, mais les confrères consultant sur ce genre de plateformes semblent réduits à des diagnostiqueurs de certaines maladies spécifiques, des exécutants médicaux délivreurs de prescription.

Sont également apparues des plateformes sur lesquelles les concepts d'expérience utilisateur et cheminement du patient se sont rejoints. Les arretmaladie.fr ou autres docteursecu.fr proposaient des arrêts maladies en ligne, consultation du médecin en visioconférence, dès 25 € (arretmaladie.fr).

Immatriculée en Allemagne, la plateforme dont l'accroche - « Arrêt maladie sans se déplacer, 100 % valide, remboursable, rapide et sécurisé » - est sans équivoque, proposait aux patients français « trop malades pour travailler », de téléconsulter un médecin de la plateforme, lequel, pouvait délivrer en ligne, « un arrêt maladie de quelques jours (3 max) pour des pathologies simples et courantes : coup de froid, stress, douleurs menstruelles, gastro-entérite, etc. ». (88)

La CPAM les ayant attaqués en justice le 7 novembre 2020, le tribunal de Paris a ordonné la fermeture définitive des deux sites web délivreurs d'arrêt-maladie en novembre 2020, leur reprochant notamment des consultations « superficielles », des prescriptions « complaisantes », des médecins soumis à un impératif de rentabilité et un stockage de données « auprès d'hébergeurs non certifiés ». (89) Une telle refonte (re-design) ne devrait pas être exclue en tant que tel : bien gérée, une plateforme codifiée permettrait de réellement désengorger des cabinets. Le projet de ces deux sites et leur usage détourné relevaient du grotesque, mais il nous interroge sur l'activité en ligne du chirurgien-dentiste en tant que concept. Ceci fait encore plus sens dans une période dite de crise sanitaire durant laquelle les passages inutiles de patients dans les cabinets doivent être réduits au maximum.



Figure 33, *Le risque du praticien-exécutant*

Les mesures liées au COVID ont forcé à une utilisation massive de la téléconsultation, soit consulter son dentiste au téléphone ou au mieux en visioconférence. Pour faciliter les échanges, certaines régions ont développé des interfaces comme Les pays de la Loire et leur projet de télémédecine grande envergure nommé « e-santé » (90), mais sur le plan national, on constate une absence de plateforme dédiée de visiophonie, ergonomique et intégrable aux logiciels de gestion de patients. La télémédecine étant officiellement remboursée depuis le 15 septembre 2018 (91) au même titre que les consultations classiques, les plateformes se démultiplient. Aussi, le logiciel de gestion Julie vante les mérites de la téléconsultation et certains de leurs arguments sont tenables : accès facilité pour patients à mobilité réduite, évaluation rapide de l'état d'urgence d'une situation buccale pour désengorger le cabinet et éviter de « fausses urgences » et aussi la possibilité de relations en dehors du temps des soins pour aborder le plan de traitement. (92)

La télémédecine a déjà donné naissance au terme de télédentisterie, et on peut raisonnablement s'attendre à voir apparaître une myriade de plateformes de consultations dentaires en ligne pour lesquelles un encadrement par les autorités compétentes s'impose. La téléconsultation étant une activité relativement récente en chirurgie-dentaire, il nous semble difficile d'établir sa qualité. Nous citerons comme exemple « Qare », une plateforme créée par des médecins et regroupant plus de 30

spécialités. Elle propose bien évidemment aussi des consultations en chirurgie dentaire et en orthodontie. Sur le plan légal, la pratique dentaire à distance nécessite encore un contrat de télémedecine bucco-dentaire, donc une mise en pratique administrativement plus contraignante que les consultations à distance en médecine. (93)

Dans cette mouvance vers la consultation en ligne, le dentiste se doit de défendre ses positions en tant que représentant des valeurs de l'art dentaire. Il ne faudrait pas que des entités commerciales transforment notre activité en lui insufflant le poison de la rentabilité à-tout-va. Rappelons que nous ne conseillons pas des clients, mais que nous soignons des patients. Il conviendrait de déterminer des protocoles et des limites claires de l'activité de dentisterie en ligne, télédentisterie qui devrait à notre sens - à l'exception des urgences - ne pas être considéré au même plan que la consultation au cabinet et au mieux détenir le statut de complément de consultation.



The image shows a screenshot of a website landing page. At the top, the main heading reads "La téléconsultation avec un dentiste sur Qare" in a large, bold, dark font. Below this, a smaller line of text states "Contenu validé par la Direction médicale de Qare." The central part of the page features a white box with a light blue border. Inside this box, on the left, is the sub-heading "Demandez conseil à un dentiste en ligne" in bold. Below it, the text says "Posez vos questions à un dentiste en téléconsultation :" followed by two bullet points: "– conseils d'hygiène bucco-dentaire" and "– 1er diagnostic et orientation". A prominent teal button with the white text "Prendre RDV" is positioned below the text. On the right side of the white box is a photograph of a woman with dark hair tied back, sitting cross-legged on a green chair and looking at a laptop computer. The background of the photo shows a blurred interior, likely a dental office.

Figure 34, Page d'accueil du site de consultations en ligne Qare, 08.2021

3.4.5 Image expectative du dentiste

Abordons finalement l'image à venir, celle que nous ne connaissons pas encore et dont nous apercevons les abords. En ce sens, les technologies novatrices offrent des applications concrètes nous permettant de nous interroger sur la tournure que notre image professionnelle pourrait prendre.

Une étude de l'Université de Zhejiang (Chine) présente ses découvertes en biomimétisme de l'émail en 2016. Le composé utilisé, dénommé CPIC-TEA, est constitué de clusters d'ions calcium, soit un agrégat baignant dans une solution de tryéthylamine et d'éthanol. (94) Les auteurs suggèrent que ce composé reproduise fidèlement l'ultrastructure de l'émail et présenterait un mode de croissance et un réseau tridimensionnel identique (95). Les expériences in-vitro ont fait suite à des essais sur 3èmes molaires extraites puis exposées à des solutions acides. Dans ce cas, le composé CPIC-TEA semble également « reconstruire » l'émail, c'est-à-dire reproduire une couche parfaitement homogène indissociable de l'émail. (95) Le directeur de ces recherches, le Pr. Tang de l'Université de Zhejiang (Chine) considère qu'il est encore trop tôt pour des essais sur cavités in vivo, que cela sera possible dans un futur proche. Dans ce cas, le dentiste muterait pour être perçu comme praticien bio-technologiste, reconstituant toujours plus infinitésimalement, jusqu'à remplacer des structures moléculaires. Il nous reste à espérer que dans les années à venir, le contre-angle ne soit à terme pas remplacé par une seringue de tissus de synthèse.

Dans le même registre, relevons la création en 2018, d'une puce de 2x2mm collée sur la dent et permettant la captation et l'émission de données intraorales. (96) Ce concept de dent émettrice, amène une dimension de biologie médicale avec son lot de constantes intrabuccales (qualité de la salive, pH, acidité, nutriments, alimentation) et interroge quant à la sécurité de leur transmission et la protection des données personnelles. Ce type de dispositif pourrait augmenter le spectre de prévention du dentiste, ses capacités diagnostiques et accroître son rôle dans la santé générale du patient.

Prenons tout de même garde d'une intrusion trop symbiotique entre corps et électronique, soit dans notre cas entre dent et puce électronique. Ainsi en 2002, James Auger et Jimmy Loizeau, designers spéculatifs présentent un projet de puce insérée dans l'endodonte pour téléphoner. Le son serait entendu par vibrations dans la cavité buccale. Ce projet a profité d'un engouement médiatique national aux Etats-Unis. Les 2 artistes ont alors lancé une enquête sur CNN rassemblant plus de 50.000 participants. (97) Cette étude révéla que 14 % d'entre eux accepteraient qu'on leur implante un téléphone dans la dent. Un chiffre qui laisse d'autant plus perplexe que l'enquête date de 2002, soit avant l'explosion des mobiles, d'internet et des technologies en découlant. C'est précisément ce risque que doit contrôler le

scientifique et praticien que représente dentiste : une dérive vers un trop ou tout-numérique de la profession et des pratiques que nous emploierons. Concevons un instant un « dentiste du futur » consultant derrière son écran, diagnostiquant seulement avec son aide numérique et cliquant sur des touches pour actionner les robots qui fraisent, somme toute une pratique où les seules interactions avec le patient seraient l'accueil et l'au revoir. Le dentiste conscient de l'existence de son image et de sa nature se projette dans le futur. Il doit ainsi prévoir et prendre des mesures pour fixer les limites de sa pratique dans l'avenir et s'assurer de préserver son droit de regard sur l'activité de chirurgie dentaire en termes de bonnes pratiques, de morale et de déontologie.

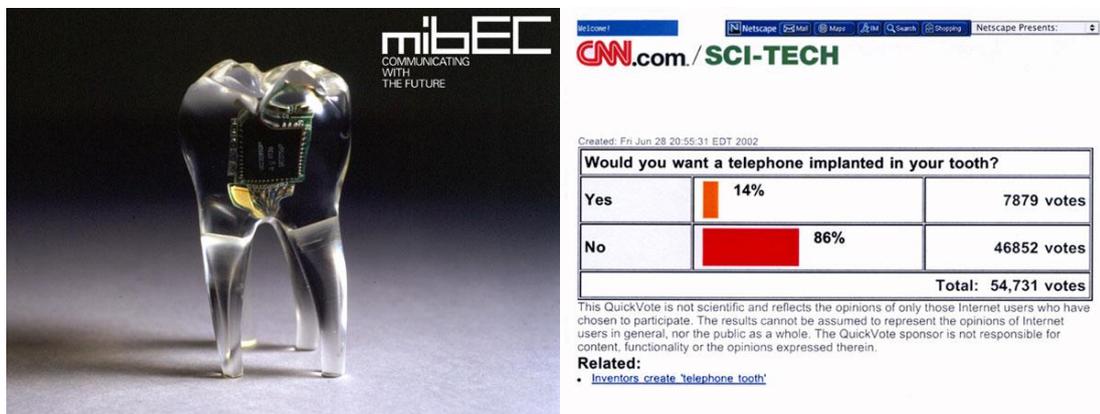


Figure 35, Design spéculatif : puce téléphonique endodontique et enquête sur son acceptation, 2002

4 IMAGE DU DENTISTE A L'ETRANGER

4.1 Abord

Dans ce chapitre, nos propos n'ont pas pour but de comparer les pratiques entre les pays. Nous souhaitons mettre en lumière des spécificités, dispositions légales ou usages caractéristiques de la chirurgie-dentaire dans les pays étudiés pour succinctement présenter notre perception de l'image du dentiste dans ces pays.

4.2 Les pays européens

4.2.1 Les Pays-Bas

Nous souhaitons partager une constatation des plus anecdotiques concernant la présentation de vitrine des cabinets aux Pays-Bas. Les Néerlandais semblent réellement être ouverts d'esprit, et ceci se ressent jusque dans l'architecture intérieure des cabinets. Il faut savoir qu'aux Pays-Bas, les rideaux sont rares. La plupart des habitants n'en ont pas ou les laissent ouverts, même si leur appartement est au rez-de-chaussée, pignon sur rue. Un passant peut librement jeter un coup d'œil dans un salon ou une cuisine, fièrement, et cela ne semble aucunement gêner ses occupants. (98)

« L'explication la plus courante est issue de la tradition protestante du calvinisme, selon laquelle les honnêtes citoyens n'ont rien à cacher » (...) « Fermer les rideaux pourrait laisser penser le contraire. » (98)

Lors d'un voyage à Rotterdam, nous avons constaté que la majorité des cabinets dentaires sont au rez-de-chaussée, et leurs vitrines donnent directement sur la voie publique. Le cabinet est ainsi au contact imminent des passants. Les vitrines des cabinets suivent la même trame visuelle que les habitations. Le passant peut se trouver face à une vitrine grande ouverte, qui donne directement dans la salle de soins. Une bande translucide habilement placée protège le patient des regards indiscrets, mais on peut apercevoir les instruments sur la tablette et les jambes des soignants. Cette entrée directe dans le vif du sujet peut paraître brutale, mais une telle disposition permet de désacraliser les actes de soins. Ce concept « ouvert » est une bonne réponse du design néerlandais face à une classique « salle d'attente angoissante » où le patient attend, stressé, que la porte s'ouvre. Les salles d'attente peuvent également

donner sur la rue à travers de grandes baies vitrées. Les passants peuvent y voir les patients attendre et peut-être mieux se projeter pour prendre rendez-vous. Somme toute, un design qui invite le passant à devenir le prochain patient.



Figure 36, Films anti-regard translucides sur vitrine et vue de la salle de soins

4.2.2 Suède

Les pays Scandinaves sont des pionniers en matière de prévention dentaire, la Suède tout particulièrement. Dans les années 90, une synthèse d'études publiées de 1997 à 2002 poussent la Suède et l'Allemagne à la recommandation de renoncer dès que possible à l'utilisation des restaurations à l'amalgame (99). Puis dès 1999 (99), la Suède a contourné l'impossibilité d'interdire les amalgames dentaires en les déremboursant. En 2008, elle bannit toute utilisation de produits contenant du mercure. (100)

Le débat de la toxicité ou de l'esthétique de l'amalgame n'est pas le propos, mais nous constatons que la dentisterie suédoise s'inscrit dans une démarche de réflexion médicale plus globale du patient et des populations par extension. Les mesures préventives et recommandations suédoises ont, in fine, rayonné à travers l'Europe.

Pour le chirurgien-dentiste français, cet exemple rappelle sa position, son rôle et ses responsabilités comme acteur de la santé générale, mais également sa propre valeur et son appréciation à sa juste image : celle d'un professionnel de santé à part entière.

4.2.3 Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les soins et consultations en ligne ainsi que la vente de médicaments sont un acquis. Les cabinets dentaires peuvent se présenter sur les réseaux sociaux en mettant en avant toutes leurs prestations. Sont autorisés, entre autres, la prise de rendez-vous, le partage de cas cliniques sur leur présence sur les réseaux et divers échanges avec la patientèle. L'étude de Nilesh Parma et al, 2018, rassemblant 588 patients et 532 chirurgiens-dentistes concerne la présence sur les réseaux-sociaux de cabinets dentaires et la perception de ces « cabinets virtuels » par les patients. Même si beaucoup de patients et dentistes emploient les réseaux sociaux, peu d'études s'intéressent aux attitudes et attentes face à ceux-ci, concernant les interactions professionnelles avec leurs patients. Les auteurs affirment que ces formes de communication récentes peuvent amener de nouveaux patients aux cabinets et apporter une valeur ajoutée substantielle pour les praticiens et patients.

De manière générale, 36 % des patients ont recherché leur dentiste sur les réseaux pour prendre rendez-vous, 51 % des patients étaient d'accord sur le fait qu'un cabinet moderne doit avoir une présence sur les réseaux sociaux et 28 % étaient « tout à fait d'accord ». (83) En ce qui concerne les facteurs influençant le choix du cabinet, la recommandation par une amie ou une proche prévaut (91 %), loin devant une présence sur les réseaux (14,2 %). Pour les praticiens, 55 % d'entre eux avaient une présence de leur cabinet dentaire sur les réseaux. 83 % des dentistes interrogés pensent que le marketing social media est plus efficace que le marketing traditionnel. (83)

Le rôle des réseaux-sociaux est encore flou pour la dentisterie au Royaume-Uni, mais il en découle, d'après les auteurs, une grande opportunité d'accroître et améliorer les interactions patient-praticien et l'engagement des patients. Malgré un cadre légal favorable, les praticiens britanniques sont encore assez réticents quant à une interaction forte sur les réseaux avec leur praticien ou la page de leur cabinet. Ainsi, sur ces « cabinets version réseaux sociaux » les patients recherchent essentiellement

les qualifications de leur praticien et des avis de patients et 44 % des patients pensent qu'établir une relation d'amitié avec leur praticien n'est pas souhaitable. (83)

Pour conclure, cette étude indique que l'activité de soins en ligne s'est développée à un tel point qu'une partie substantielle des praticiens britanniques dispose à présent d'une présence de leur cabinet sur les réseaux sociaux.

Sur un plan plus anecdotique, relevons la présence sur Facebook d'une confrère expatriée au Royaume-Uni, présentant des selfies de patients sur le fauteuil ou n'hésitant pas à prendre des photos en faisant des grimaces avec une amie qu'elle soigne, n'omettant pas de préciser à sa patientèle qu'il s'agit d'un « selfie retrouvaille entre copines ». Après nous être rendus sur quelques pages de cabinets, nous constatons que la législation britannique autorise non seulement la présentation de cabinet sur les réseaux sociaux, des actions promotionnelles du type « -20 % ce mois sur les blanchiments », des photos publiques des patients et même des photos n'ayant aucun lien avec la dentisterie et qui, à notre sens, ne devraient uniquement figurer sur les profils privés de praticiens. Cette approche ultra-libérale semble dénaturer l'image du dentiste. Elle rapproche le dentiste du patient et le met à même niveau. Mais un certain « nous aussi, nous faisons les pitres sur Facebook » ne nous rend-il pas moins crédible et moins professionnel ?

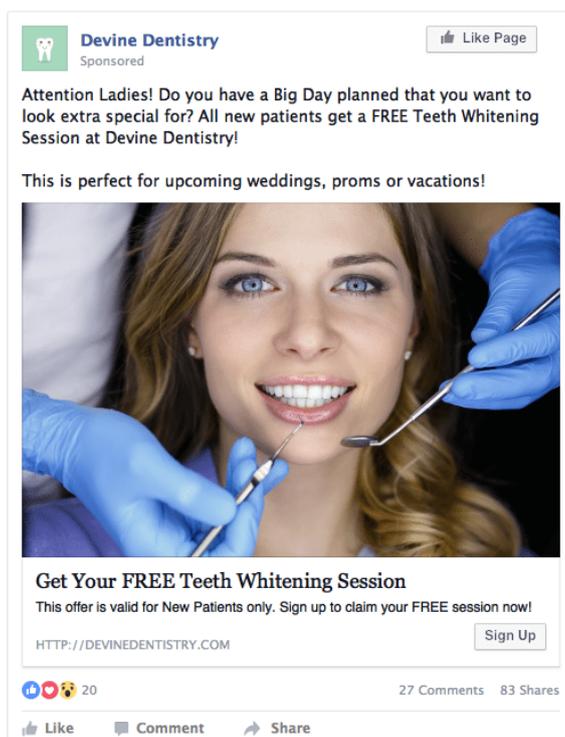


Figure 37, Post Facebook clés en main pour dentistes (agence de consulting)

4.2.4 Allemagne

En Allemagne, des systèmes de fidélisation du patient ont fleuri. La sécurité sociale utilise depuis 1989 un système de suivi appelé « Bonusheft » : une carte tamponnée par le dentiste à chaque rendez-vous de contrôle et détartrage. Si le patient manque une séance de contrôle (tous les 6 mois), on lui dérembourse légèrement ses prestations et ce de façon croissante jusqu'il honore ses rendez-vous de contrôle. Comme c'est le dentiste qui « valide » les séances, il est perçu à la fois comme instance de coercition et de soins. Cette approche discutable et quelque peu radicale contraint pourtant le patient souvent orienté sur les frais à améliorer l'observance de ses rendez-vous au cabinet.

La réglementation allemande est nettement plus laxiste en termes d'image et de publicité, nous souhaitons ainsi à présent partager une vidéo d'entreprise d'un cabinet d'orthodontie de Freiburg. Grâce à un marketing redoutablement efficace, cette publicité bouscule les valeurs classiques de la publicité dentaire que nous avons évoquées, à savoir confiance, expertise et sérieux. Dans ce spot publicitaire, on aperçoit un dentiste dans un très long couloir bordé de box de soins. L'atmosphère est minimaliste et raffinée. La mise en scène se déroule dans les locaux du cabinet en question. Une voix off rassure le spectateur et vante les mérites du cabinet alors qu'apparaît un dentiste farfelu, sautillant, fonçant dans le couloir sur son fauteuil à roulettes puis dansant dans le box de soins, gobelet à salive sur la tête sous un éclairage type boîte de nuit. La chute survient quand le personnage se retrouve à l'accueil et tombe nez à nez avec le vrai dentiste qui vient d'entrer au cabinet. Celui-ci lui demande de se ressaisir, l'atmosphère change totalement, la folie est dissolue. Le personnage fou n'était en fait que l'homme de ménage et le dentiste ne manque pas de lui faire remarquer qu'il devrait mieux passer la lingette. Celui-ci s'exécute aussitôt. Le spot de 50 secondes se finit sur le slogan « votre sourire au cœur de la ville ».

La vidéo a eu un franc succès sur YouTube, originalité oblige. Par la suite, ce même spot a été diffusé dans un cinéma à proximité du cabinet. Il était précédé d'une introduction où on entendait un tintamarre de bruits de chantier et de marteau-piqueur. A l'écran était affiché « Si c'est parfois bruyant ici au cinéma, c'est nous les dentistes, quelques mètres plus loin. Désolé, on travaille pour votre santé ! » Là encore, les codes sont totalement brisés puisque le réalisateur présente les « sons effrayants du dentiste », pour les tourner à l'ironie. L'immersion était forte, en grand format et bien

introduite, comme si les dentistes travaillaient tellement fort qu'on entend le bruit jusqu'au cinéma. Il nous paraît incongru que pour raisons réglementaires, de telles productions sont réalisées en Allemagne et non pas au pays des frères Lumière.



Figure 38, Captures d'un clip publicitaire vidéo (cabinet orthodontique), 2016

4.3 Les pays non-européens

4.3.1 Etats-Unis

Dans le pays du commerce et du « Think big », ce « penser grand » prévaut pour la présence publicitaire au sein du monde dentaire. L'iconographie publicitaire positionne le chirurgien-dentiste comme un praticien, un expert technique, un chef d'entreprise, mais également un spécialiste à l'écoute de ses patients. Le dentiste américain semble être un homme d'affaire avisé qui, dans un climat concurrentiel et de prestation de services médicaux sensu-stricto, affiche ses prix et établit des stratégies d'acquisition de patients, de commercialisation de son cabinet et de ses services.

Le modèle de dentisterie à l'américaine, dans son cadre légal, d'assurance et publicitaire, présente un certain nombre de pratiques qui seraient difficilement recevables en France. A titre d'exemple, les demandes de crédit à son dentiste sont monnaie courante pour les patients. Certains patients vont même emprunter à la

banque pour de la dentisterie haut de gamme. Ainsi, dans le documentaire « Le business du sourire », on nous présente une jeune femme qui emprunte une grande somme à la banque pour faire réaliser 2 facettes incisives supérieures dans un cabinet de haut standing. Les facettes sont son investissement pour lancer sa carrière de mannequinat. La dentisterie y est conçue comme une activité dont la pratique commerciale fait partie intégrante. (76) On retrouve, dans le même registre, un article publié dans un journal d'affaires américain décrivant le succès d'un dentiste de Seattle qui, parti de rien en 1998, s'est constitué un cabinet dont le revenu brut s'établissait à 1,5 million de dollars à la fin de la troisième année d'existence du cabinet. Le dentiste en question attribuait la croissance phénoménale de sa clientèle et la rétention de ses anciens patients à sa stratégie de marketing : offrir les traitements de blanchiment à tous ses patients. (101)



Figure 39, *Template publicitaire pour cabinet dentaire en ligne*

D'après une lecture francisée de la pratique, les limites entre chirurgien-dentiste et commercial seraient floues. Si dans leur activité, les dentistes états-uniens nous semblent hyper-commerciaux, ils sont tout comme nous, influencés par les représentants dentaires et autres fabricants de matériel. Nous pensons que ceux-ci sont un miroir déformant de notre profession dentaire. En-effet, les deux professions concernent le monde dentaire, mais les objectifs des représentants se comptent en nombres et les nôtres ne se comptent pas. Les valeurs compétitives de l'industrie peuvent nous conférer cette image du « dentiste expert » que nous avons présentée, expertise qui peut aller jusqu'à l'absurde - en voici un exemple caricatural. Dans le film le Boss (The Man) de 2005, Eugène Levy, est invité d'honneur au congrès annuel

de l'association des représentants dentaires américains. Devant une foule de collègues exaltés, voici le discours qu'il tient :

« Dans l'univers extraordinaire du matériel dentaire, nous sommes à la pointe de la technologie depuis de très nombreuses années. Mais aujourd'hui plus que jamais, pensez aux prothèses en porcelaine, pensez à tous ces implants qui détrônent les affreux appareils dentaires ainsi que les bridges qu'arboraient nos patients. Pensez à l'utilisation du peroxyde de carbamate qui, combiné aux ultraviolets, facilite le blanchiment des dents et cela en une demi-heure et en une seule visite ! (Applaudissements). Mes amis, nous prévoyons une nouvelle année d'excellence dans ce domaine et nous sommes tous réunis ici pour fournir – un matériel de haute qualité à des professionnels qui réclament le top du top ». (102)

Nous estimons que la compréhension profonde des modèles de pratiques, commerciaux et publicitaires aux Etats-Unis dans toute sa richesse et diversité de concepts offre l'avantage d'analyser un système déjà en place. Que les pratiques et concepts soient acceptables ou totalement à proscrire, ces éléments permettent aux autorités compétentes d'aiguiller la profession en connaissance de cause, au sein de ce processus de libéralisation publicitaire et commerciale de la chirurgie-dentaire qui s'opère en France depuis une dizaine d'années.

4.3.2 Chine

« Ne laissez pas les germes s'installer » est un petit slogan discret que l'on retrouve sur la campagne visuelle publicitaire 2012 de Maxam, représentant littéralement des dents à l'état de ruines. Les publicitaires nous délivrent ici un message pragmatique : « Voulez-vous que vos dents ressemblent à ces ruines ? ». Au-delà de l'intention de choquer, ce chef d'œuvre de la création publicitaire révèle au patient qu'au sein d'une dent peut se trouver tout un édifice. La dent étant elle-même symbole et source d'angoisses, cette illustration publicitaire offre une vue imprenable sur la structure interne de la dent, source de douleurs et de bien des maux.

Cette production commerciale apporte une valeur pédagogique remarquable. La puissance de cette image, son effet positif sur la perception de la fragilité de la dent et la prise de conscience qui en découle sont incontestables. Cette présentation de

désamorce et propose une approche de la dent attrayante, artistique et en phase avec une nature du chirurgien-dentiste habituellement peu intelligible : « le dentiste artisan du minuscule ».

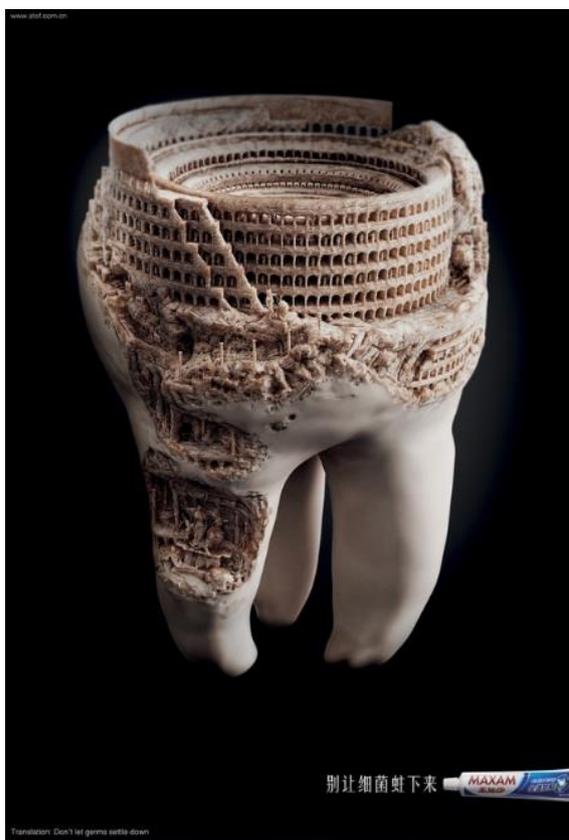


Figure 40, Image publicitaire pour dentifrice, Maxam, 2012

4.3.3 Canada

Il existe au Canada, un système d'affiliation de primes pour les soins dentaires. Ainsi dans « Les problèmes éthiques posés par les récompenses remises aux patients », 2006, le Dr. B. Schwartz constate dans un entretien avec la Canadian Dental Association,

« Bon nombre de dentistes se sont lancés dans le marketing (...) interne pour retenir les patients actuels et les encourager à faire leur promotion auprès de leurs amis et des membres de leur famille. Les patients reçoivent non seulement des primes sous formes de réduction pour des nombres de séances passées, mais également des primes sous forme de montants crédités, quand des amis ou proches recommandés se font soigner au cabinet. » (101)

Cette approche ultra-mercantile de la dentisterie choque tant le « carnet de fidélité » peut rappeler la « carte de fidélité » d'un kebab ou autre sandwicherie. Ne semble-t-elle pas en dissonance complète avec nos valeurs professionnelles ?

4.4 Observation

Les exemples des différents pays sont intentionnellement figuratifs. Il s'agissait pour nous de signifier la grande marge de manœuvre dont nous disposons en France encore à ce jour pour anticiper les nouvelles formes d'exercice et de communication à venir. De grands changements en termes de marketing (prix, fidélisation), de publicité ou du cadre réglementaire ne peuvent de fait, se faire qu'au détriment des considérations éthiques de notre profession et de son image : c'est un exercice de funambule. Les autorités compétentes sont ainsi appelées à évaluer si un certain marketing du dentiste et son cabinet est à aborder comme fondamentalement opposé aux valeurs de notre code de déontologie ou permettre, avec tact et mesure, aux chirurgiens-dentistes de se présenter et de communiquer avec les moyens et implications de notre époque.

5 CONCLUSIONS

Dès l'avènement de la dentisterie, le proto-dentiste fort de sa mixture de plantes et de bitume ne pouvait garantir des soins indolores, alors que son but était bien l'apaisement du patient. L'opérant (ou praticien) aura été perçu comme apportant la douleur, car ses actes la produisaient ou l'exacerbaient. Ce rapport initial, représente l'image originelle du dentiste, un opérant à qui on doit faire confiance, mais qu'ont craint. La peur de la douleur crée une image négative de l'opérateur qui ne souhaite pourtant que la soulager.

Les charlatans auront, quant à eux, marqué les esprits en empêchant la confiance de s'établir entre patient et praticien. Une situation ingrate pour une image qui aura longtemps été très défavorable. La douleur et la peur associée sont des vecteurs de déformation d'une image largement négative, perdurera jusqu'au XIXème siècle avec l'avènement de l'anesthésie et ne fera que s'estomper depuis. Jusqu'à nos jours, certains patients anticipent des soins qu'ils pensent être douloureux. C'est la triade angoisse-douleur-confiance observée lors des soins au Pôle de Médecine et chirurgie bucco-dentaire de Strasbourg qui a été à l'origine de notre réflexion.

Parmi les limites de notre étude, nous concédons une absence de présentation du dentiste dans son contexte et ses interactions professionnelles (prothésistes, médecins). Notre démarche comporte également un biais d'objectivité car certaines de nos conclusions sont des interprétations personnelles. Il nous semblait toutefois pertinent d'étudier à quels facteurs d'influence et à quels canaux d'informations le dentiste est exposé. Nous avons tenté de dépeindre l'image du dentiste avec un regard naïf, porté sur toutes les perceptions, significations, facettes et transitions. Cette démarche nous a menés à la thématique de l'amélioration de l'image. C'est avec ce regard neutre, décryptant les signifiants, que nous nous sommes engagés dans un processus d'auto-perception, nous rappelant nos interactions avec les patients. La perception propre du dentiste nous semble capitale pour l'avenir de la chirurgie-dentaire, dans un monde où la communication, les technologies et les attentes des patients ne cessent de se mouvoir.

En effet aujourd'hui, l'image du Chirurgien-Dentiste est déconstruite de toutes parts et transformée par la numérisation de la fabrication de restaurations

prothétiques, par les centres dentaires, une législation plus souple concernant la communication et un recours accru à téléodontologie imposée par les événements épidémiologiques actuels, pour ne citer que ces exemples. Cette présence vidéographique du dentiste le rend plus accessible et forçant le praticien à se présenter en vidéo peut constituer un formidable canal de communication éducatif sur d'autres plateformes. Aussi, dans un monde où il y a plus de smartphones en circulation que de brosses à dents, un repositionnement dans l'ère du temps nous semble de rigueur.

Face à des plateformes qui pourraient considérer le patient comme un prospect et l'attirer sur leurs fauteuils via leurs pages web rassurantes et raffinées, la question du type de dentisterie proposée se pose, tout comme celle de l'image des cabinets classiques face à l'arsenal commercial déployé par les centres dentaires pour asseoir et faire briller la leur. La communication publicitaire devrait être étudiée globalement par notre corps de métier pour éviter un éventuel favoritisme de certaines formes d'exercice et parfaire la relation patient-praticien. En-effet, l'interaction virtuelle représentera demain le premier contact du nouveau patient avec un cabinet, tous modes d'exercices confondus. La législation a changé durant l'écriture de ce document, notamment depuis l'application du décret du code de la santé publique concernant la publicité des chirurgiens-dentistes, mais un décret dont les recommandations ordinales agissent comme une barrière à sa mise en œuvre ne consiste en rien de plus qu'un acte de marketing. La publicité de la liberté publicitaire ayant été faite, franchissons le pas vers sa réalité.

Les changements civilisationnels technologiques que nous traversons influent sur la conception et la perception de la santé publique. Aussi, une refonte (réflexion sur l'image et la communication) n'est pas seulement nécessaire, mais déjà à l'œuvre et l'assouplissement des réglementations de communication du chirurgien-dentiste nous le confirment. En France, si la tendance devait nous mener à une présence réseaux sociaux à la britannique, gardons à l'esprit que liker un cabinet et aimer son dentiste ne sont pas concomitants. Pour un patient, la confiance, le professionnalisme et ainsi l'absence d'angoisses restera notre capital le plus précieux pour un premier rendez-vous. Face à une tendance d'uberisation de la profession, face à une vision de dentiste actionnant à distance un robot pour soigner le patient, face à des diagnostics posés par une intelligence artificielle, c'est l'être humain que le chirurgien-dentiste devra veiller à maintenir au premier plan dans la relation patient-praticien.

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : BERRAI Marc

Titre de la thèse : Communication et perception de l'image du chirurgien-dentiste

Directeur de thèse : Professeur Youssef HAIKEL

VU

Strasbourg, le :

Le Président du Jury,

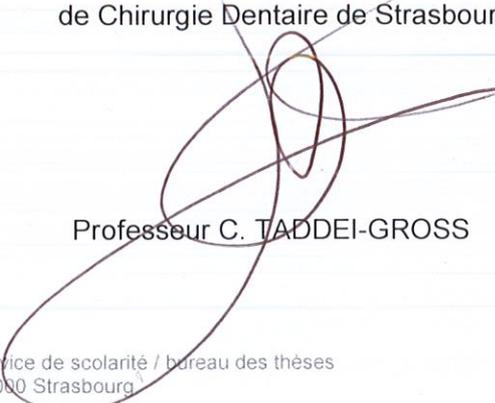

Professeur Y. HAIKEL

VU

Strasbourg, le :

28 FEV. 2022

Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,


Professeur C. TADDEI-GROSS

Références bibliographiques

1. Isambert F-A. Moscovici Serge, La psychanalyse, son image et son public. *Rev Fr Sociol* [Internet]. 1961 [cité 4 janv 2020];2(4):328-30. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1961_num_2_4_5992
2. Jodelet D. *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1989. 398 p.
3. Oxilia G, Fiorillo F, Boschin F, Boaretto E, Apicella SA, Matteucci C, et al. The dawn of dentistry in the late upper Paleolithic: An early case of pathological intervention at Riparo Fredian. *Am J Phys Anthropol*. 2017;163(3):446-61.
4. Trioulaire A. *Sainte Apolline: sainte patronne des dentistes et de ceux qui ont mal aux dents*. Paris: l'Harmattan; 2014. 167 p.
5. Lamendin H. *De l'art dentaire à d'autres arts*. Paris: Harmattan; 2008. 142 p. Disponible sur: <https://www.zm-online.de/news/gesellschaft/vom-zahnbrecher-zum-dr-med-dent/>
6. Adler CJ, Dobney K, Weyrich LS, Kaidonis J, Walker AW, Haak W, et al. Sequencing ancient calcified dental plaque shows changes in oral microbiota with dietary shifts of the Neolithic and Industrial revolutions. *Nat Genet*. avr 2013;45(4):450-5, 455e1.
7. Vom « Zahnbrecher » zum « Dr. med. dent » [Internet]. *zm-online*. [cité 7 janv 2020].
8. Vidal F. Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours [Internet]. ANCD. 2007 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://academiedentaire.fr/2007/06/12/regards-sur-lhistoire-de-lart-dentaire-de-lepoque-romaine-a-nos-jours/>
9. Baron A, Baron P. *L'art dentaire à travers la peinture*. *www.acr-edition.com*; 1986. 268 p.
10. Fauchard P. *Le chirurgien dentiste t 1 ed 1746*. Hachette Livre-Bnf; 2012. 533 p.
11. Binet J-P. *L'acte chirurgical*. Odile Jacob; 1990. 306 p.
12. *Histoire de l'anesthésie - Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes* [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article49>
13. Valcarcel J. *Histoire de l'odontologie* [Internet]. Université Montpellier 1; [cité 28 août 2021]. Disponible sur: <http://unsof.cerimes.fr/media/ressources-unsof/media/cours-montpellier/sante-publique/histoire-odontologie.pdf>
14. Birebent J. *Du colloque singulier aux nouvelles relations: origines et évolutions de la relation médecin-malade*. 2002. 324 p.
15. Pirnay P. *L'éthique en médecine bucco-dentaire*. 2012. 240 p.
16. Migliardi G. *Les obligations du chirurgien-dentiste dans le contrat de soins*. Arch HAL. :67.
17. Article L4121-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038888201/
18. Vassal J-P. *Code de déontologie des chirurgiens-dentistes : Commenté*. 2e édition. Paris: SNPMD; 2010. 168 p.
19. *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.
20. *Code de la santé publique - Article L1110-1*. Code de la santé publique.
21. *Code de la santé publique - Article L1110-2*. Code de la santé publique.
22. Batifoulier P, Domin J-P, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Rev Francaise Socio-Econ*. 15 avr 2008;n° 1(1):27-46.
23. *Code de la santé publique - Article L1111-7*. Code de la santé publique.
24. Durand G, Jean M, Baertschi B, Berthiau D, Bizouarn P, Dabouis G, et al. *L'autonomie à l'épreuve du soin*. Nantes: Editions Nouvelles Cécile Defaut; 2015. 211 p.

25. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations* [Internet]. 11 oct 2012 [cité 1 avr 2020];n°39(3):13-25. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-innovations-2012-3-page-13.htm>
26. Les cabinets de Louis-Maurice Champagne et Louis Cheurlin. L'antiseptie, le mobilier et l'éclairage électrique - SFHAD [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/cabinet-dentaire/histoire-de-lamenagement-operatoire-du-cabinet-dentaire/>
27. Bourcereau C. Influence de l'apparence vestimentaire et du sexe d'une personne sur le jugement et le comportement d'autrui, [Mémoire] UCO Angers; 1994.
28. Schacher M, Haïkel Y, Berger S, Schacher L, Adolphe DC. Improvement of dentist gowns – new constraints and new risks. *Int J Cloth Sci Technol* [Internet]. 12 juin 2009 [cité 8 janv 2020];21(4):180-92. Disponible sur: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09556220910959963/full/html>
29. Bassee M. La tenue vestimentaire du chirurgien-dentiste [Thèse de doctorat]. [sous la direction de Descamp F.]: Lille; 2016.
30. Le Goaster L. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mesures et précautions essentielles lors des soins bucco-dentaires en cabinet de ville. HAS. mars 2020;24.
31. Fischer L, Sincan P, Fischer B, Cossu-Ferra V, Athiel C, Vey V, et al. L'habit du chirurgien en salle d'opération : 100 ans d'histoire. *Hist Sci Médicales* No 32. 1998;353-64.
32. Lhez P. De la robe de bure à la tunique pantalon: étude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière. Paris: InterEditions; 1995. 182 p.
33. Science-et-vie.com. D'où vient le vert des blouses des chirurgiens ? - Science & Vie [Internet]. 2018 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/d-ou-vient-le-vert-des-blouses-des-chirurgiens-46169>
34. Pastoureau M, Simonnet D. Le petit livre des couleurs. Paris: Panama : Diffusion, Interforum; 2005. 107 p.
35. Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative. ONDPS. In 2007 [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=383883>
36. La lettre ouverte d'Alain Amzalag à François Hollande [Internet]. Dentalespace. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.dentalespace.com/praticien/blog/lettre-ouverte-alain-amzalag-a-francois-hollande/>
37. France [Internet]. Reuters Institute for the Study of Journalism. [cité 28 août 2021]. Disponible sur: <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/digital-news-report/2021/france>
38. Mergey F. Le prix du sourire. Le doc du dimanche. 52 min. 2012.
39. Procès du « dentiste de l'horreur » : « Les gens ne m'intéressaient pas » - Le Point [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/justice/proces-du-dentiste-de-l-horreur-les-gens-ne-m-interessaient-pas-08-03-2016-2024018_2386.php
40. Cohen J. Defining Identification: A Theoretical Look at the Identification of Audiences With Media Characters. *Mass Commun Soc.* 1 août 2001;4(3):245-64.
41. Wollheim R. Freud: A collection of critical essays. 1st Edition. Garden City, N.Y: Anchor Books; 1974. 416 p.
42. Decety J, Chaminade T. When the self represents the other: a new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Conscious Cogn.* déc 2003;12(4):577-96.
43. Levy O. Etude de l'évolution de l'image du chirurgien-dentiste au cinéma [Thèse de doctorat]. Strasbourg. Sous la direction de Bonah C.; 2013.
44. Décret n° 2020-1658 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et relatif à leur communication professionnelle. 2020-1658 déc 22, 2020.
45. L'Ordre publie sa nouvelle charte sur la communication [Internet]. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/lordre-publie-sa-nouvelle-charte-sur-la-communication/>

46. De nouvelles réactions chaleureuses dans Facebook et Messenger | Journal du Geek [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.journaldugeek.com/2020/04/19/de-nouvelles-reactions-chaleureuses-dans-facebook-et-messenger/>
47. Slate.fr. Les réseaux sociaux nous poussent à exprimer davantage notre colère et notre méchanceté [Internet]. Slate.fr. 2021 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/214446/reseaux-sociaux-poussent-exprimer-colere-mechancete-indignation-twitter-recompense-radicalisation>
48. Cialdini RB. Influence et manipulation. Paris: Pocket; 2014. 408 p.
49. Cosnier J, Grosjean M, Lacoste M, éditeurs. Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins. Bron : Lyon: ARCI ; Presses universitaires de Lyon; 1993. 227 p. (Collection Ethologie et psychologie des communications).
50. DOCTEUR : Etymologie de DOCTEUR [Internet]. [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/docteur>
51. École de médecine de Salerne. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89cole_de_m%C3%A9decine_de_Salerne&oldid=168322188
52. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent [Internet]. 10 mars 2016 [cité 9 mai 2020];8:35-50. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790493/>
53. Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires [Internet]. IFOP. [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-leur-dentiste-et-laces-aux-soins-bucco-dentaires/>
54. Armfield J, Stewart J, Spencer A. The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. BMC Oral Health. 1 févr 2007;7:1.
55. Heidari E, Andiappan M, Banerjee A, Newton JT. The oral health of individuals with dental phobia: a multivariate analysis of the Adult Dental Health Survey, 2009. Br Dent J. 21 avr 2017;222(8):595-604.
56. Heidari E. De l'anxiété à la stomatophobie, quand la peur du dentiste devient incontrôlable [Internet]. The Conversation. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <http://theconversation.com/de-lanxiete-a-la-stomatophobie-quand-la-peur-du-dentiste-devient-incontrolable-117874>
57. Colloca L., Finniss D. (2012). Nocebo effects, patient-clinician communication, and therapeutic outcomes. JAMA 307, 567–568. 10.1001/jama.2012.115 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
58. Witte FW. Panique en montagne. SSO. 2016;126(6):14-6.
59. Dentist who rode hoverboard while extracting patient's tooth on trial - Dental Tribune International [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.dental-tribune.com/news/dentist-who-rode-hoverboard-while-extracting-patients-tooth-on-trial/>
60. Alaska dentist, Seth Lookhart, who extracted a patient's tooth on a hoverboard sentenced to 12 years in jail - CNN [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://edition.cnn.com/2020/09/17/us/alaska-dentist-hoverboard-sentencing-trnd/index.html>
61. Comprendre le rôle de la communication au cabinet [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2015 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/comprendre-le-role-de-la-communication-au-cabinet/>
62. Conception architecturale générale d'un cabinet dentaire [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2011 [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/conception-architecturale-generale-dun-cabinet-dentaire/>
63. Les clés d'une communication efficace [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2013 [cité 27 août 2021]. Disponible sur:

<https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/communication/les-cles-d-une-communication-efficace/>

64. Gatto F, et al. Apprendre à éduquer le patient. Actual Doss En Santé Publique. mars 1999;(n° 26):70-4.
65. Tenenbaum A, Margat A, Naudin D, Azogui-Lévy S. Éducation thérapeutique du patient : à propos d'un séminaire de formation en santé publique des internes en médecine bucco-dentaire. ROS. 2018;47(2).
66. World Health Organization. Regional Office for Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d' un groupe de travail de l' OMS [Internet]. Copenhague: OMS. Bureau régional de l' Europe; 1998 [cité 20 sept 2021]. Report No.: EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.2. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107997>
67. Chapple I, Hill K. Getting the message across to periodontitis patients: the role of personalised biofeedback. Int Dent J. 2008;58:294-306.
68. Freeman R. The psychology of dental patient care. 10. Strategies for motivating the non-compliant patient. Br Dent J. 25 sept 1999;187(6):294-306.
69. Identité visuelle - Définition du glossaire [Internet]. <https://www.e-marketing.fr/>. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Identite-visuelle-238216.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button
70. Article R4127-215 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913015/2007-01-31
71. Gras F. Communication et déontologie des professions de santé. LEGICOM. 1996;N° 11(1):13-20.
72. Recommandations ordinales - publicite-recommandations-ordinales-06052021.pdf [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/wp-content/uploads/2021/05/publicite-recommandations-ordinales-06052021.pdf>
73. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
74. Informations et Conseils - ASD - Agir pour la Santé Dentaire | Think Tank Santé Economie [Internet]. ASD. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://agirsd.fr/informations-et-conseils/>
75. Locret V. Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins. IGAS. [Internet]. 2016 [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article690>
76. De Saint Angel E. Dents : le business du sourire. 2013.
77. Comparaison entre les centres dentaires et les cabinets libéraux [Internet]. AOnews le magazine dentaire qui nous rassemble. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <http://www.aonews-lemag.fr/ao-28-comparaison-centres-dentaires-cabinets-liberaux-sept-2019/>
78. Daniel C, Paris P. L'association Dentexia, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions. IGAS. [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article546>
79. Scandale Dentexia : cinq ans après, le calvaire sans fin des « sans-dents » [Internet]. L'Humanité. 2021 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.humanite.fr/scandale-dentexia-cinq-ans-apres-le-calvaire-sans-fin-des-sans-dents-703111>
80. Article L6323-1-9 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494907

81. Les centres de santé dentaire sans cesse en question... – L'Information Dentaire [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/les-centres-de-sante-dentaire-sans-cesse-en-question/>
82. Vanderborcht ML. Cour de justice de l'Union européenne COMMUNIQUE DE PRESSE n° 45/17 - Arrêt dans l'affaire C-339/15. 4 mai 2017;
83. Parmar N, Dong L, Eisingerich AB. Connecting With Your Dentist on Facebook: Patients' and Dentists' Attitudes Towards Social Media Usage in Dentistry. *J Med Internet Res*. 29 juin 2018;20(6):e10109.
84. La vidéo médicale, 1ere source d'information pour les patients [Internet]. Digidocteur. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://digidocteur.com/fonctionnalites/videos-explicatives-medicales/consommation-video/>
85. Georget C, Conigliaro A. Article original : La place de la photographie dans le rapport d'expertise en identification odontologique. Une nouvelle approche : le phodontogramme. *Droit Médecine Bucco-Dent*. 2012;2(3-4):145-8.
86. Cui Q-Y, Chen S-Y, Fu S, Zhang C-B, Li M. [Survey and analysis of tooth extraction anxiety of dental patients]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi Huaxi Kouqiang Yixue Zazhi West China J Stomatol*. 1 juin 2018;36(3):314-8.
87. AFD | Design, designers : définitions [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <http://www.alliance-francaise-des-designers.org/definition-du-design.html>
88. Arrêtmaladie.fr : le site web qui délivre des arrêts maladie à la demande (ou presque) ! [Internet]. Previsissima. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.previsissima.fr/actualite/arretmaladie-fr-le-site-web-qui-delivre-des-arrets-maladie-a-la-demande-ou-presque.html>
89. Arrêts maladie faciles : le Tribunal judiciaire de Paris ordonne la fermeture de deux sites Internet - L'Équipe - Lamy Lexel [Internet]. [cité 28 août 2021]. Disponible sur: <https://www.lamy-lexel.com/actualites/detail/arrets-maladie-faciles-le-tribunal-judiciaire-de-paris-ordonne-la-fermeture-de-deux-sites-internet>
90. GCS e-santé Pays de la Loire [Internet]. Portail. 2021 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://www.esante-paysdelaloire.fr/>
91. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de la téléconsultation : accompagner les professionnels dans leur pratique [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2869705/en/prise-en-charge-de-la-teleconsultation-accompagner-les-professionnels-dans-leur-pratique
92. La télémédecine est désormais remboursée en France... Des opportunités d'évolutions dans la pratique du chirurgien-dentiste ? [Internet]. Julie Solutions. 2018 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.julie.fr/article_telemedecine_remboursee/
93. La télémédecine [Internet]. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://ordre-chirurgiens-dentistes.fr/pour-le-chirurgien-dentiste/la-telemedecine/>
94. Shao C, Jin B, Mu Z, Lu H, Zhao Y, Wu Z, et al. Repair of tooth enamel by a biomimetic mineralization frontier ensuring epitaxial growth. *Sci Adv*. 30 août 2019;5(8):eaaw9569.
95. A novel way to repair tooth enamel [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.zju.edu.cn/english/2019/0903/c19573a1616188/page.htm>
96. Tseng P, Napier B, Garbarini L, Kaplan DL, Omenetto FG. Functional, RF-Trilayer Sensors for Tooth-Mounted, Wireless Monitoring of the Oral Cavity and Food Consumption. *Adv Mater Deerfield Beach Fla*. mai 2018;30(18):e1703257.
97. Auger Loizeau: Audio Tooth Implant [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <http://www.auger-loizeau.com/projects/toothimplant>
98. Mœurs. Pourquoi les Néerlandais vivent sans rideaux ? [Internet]. Courrier international. 2020 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.courrierinternational.com/article/moeurs-pourquoi-les-neerlandais-vivent-sans-rideaux>

99. El Khayati S, El Yamani A. La dentisterie holistique au service de la santé globale. *Pan Afr Med J.* 6 juin 2018;30:102.
100. Amalgames dentaires contenant du mercure [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-6-2008-6715_FR.html
100. Schwartz B. Les problèmes éthiques posés par les récompenses remises aux patients. *JADC.* Septembre 2006;7(7) [Internet]. [cité 27 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-7/631.html>
102. Mayfield L, Jackson SL, Levy E. *Le Boss (The Man)*. New Line Cinema en coproduction. 83 min; 2005.