

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2023

N° 4837

THÈSE POUR LE

**DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2023

Par Manon PIEDELOUP

Née le 27 janvier 1997 à Villeneuve d'Ascq – France

ENQUETE SUR LES REPRESENTATIONS SOCIALES DES SOINS  
DENTAIRES PAR LES PATIENTS ARRIVANT EN PREMIERE CONSULTATION  
DANS LE SERVICE D'ODONTOLOGIE DU CHU DE LILLE

**JURY**

Président : Madame le Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Amélie de BROUCKER

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	M-D SAVINA
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des services d'appui UFR3S :	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	N. RICHARD
Responsable de la Scolarité :	G. DUPONT

## **PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE**

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BOITELLE	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
<b>C. DELFOSSE</b>	<b>Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S</b> Odontologie Pédiatrique
<b>E. DEVEAUX</b>	<b>Responsable du Département de Dentisterie</b> <b>Restauratrice Endodontie</b>

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. BEDEZ	Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
<b>F. BOSCHIN</b>	Responsable du Département de <b>Parodontologie</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable du Département de <b>Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale</b>
X. COUTEL	Biologie Orale
A. De BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
<b>L. NAWROCKI</b>	Responsable du Département de <b>Chirurgie Orale</b> Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
<b>C. OLEJNIK</b>	Responsable du Département de <b>Biologie Orale</b>
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable du Département des <b>Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux</b>
<b>T. TRENTESAUX</b>	Responsable du Département <b>d'Odontologie Pédiatrique</b>
J. VANDOMME	Prothèses

### ***Règlementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

**Remerciements :**

*Aux membres du jury,*

## **Madame la Professeure Caroline DELFOSSE**

### **Professeure des Universités – Praticien Hospitalier**

*Section Développement, Croissance et Prévention  
Département Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Études Approfondies Génie Biologie & Médical – option Biomatériaux  
Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »  
(Strasbourg I)

Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins  
dentaires »

Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en science de la santé »

Formation Certifiante en Éducation Thérapeutique du Patient

Doyen du Département « faculté d'Odontologie » de l'UFR3S – Lille

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse, je  
vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet.*

*Je tenais à vous exprimer ma plus profonde gratitude pour la qualité de  
l'ensemble de vos enseignements, universitaires et hospitaliers, durant toute la  
durée de mes études.*

**Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier**

*Section de Réhabilitation Orale*

*Département Sciences Anatomiques*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Master Recherche Biologie Santé – Spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable du Département des Sciences Anatomiques

Chargée de mission PASS – LAS

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. J'ai pu apprécier la qualité de votre enseignement lors des vacances d'urgence durant mon externat et d'autant plus lors de ma dernière année. Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez appris, cela m'a permis d'arriver plus sereine lors de mes débuts au cabinet.*

*Vous avez accepté de porter avec moi cette étude qualitative, qui a été une première pour nous deux. Je vous remercie pour votre écoute, votre réactivité et votre investissement lors de ces derniers mois.*

*Je vous prie de trouver dans ce travail le témoignage de mes sincères remerciements, ainsi que mon profond respect.*

## **Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT**

### **Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier**

*Section Développement, Croissance et Prévention*

*Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie  
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Chargée de mission Pédagogique

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Éthique,  
Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé  
Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier  
(Toulouse III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes  
d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique –  
Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie des sciences de la santé – Université  
de Rouen-Normandie

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul  
Sabatier (Toulouse III)

*Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury.  
Je vous remercie de m'avoir guidé dans la rédaction de cette étude, vos  
conseils m'ont été d'une grande aide.  
Vos enseignements dans le domaine de l'éthique m'ont beaucoup apporté, et  
vous m'avez fait découvrir l'univers et la rigueur de la recherche.  
Soyez assurée de ma profonde gratitude.*

**Madame le Docteur Amélie de BROUCKER**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier**

*Section de Réhabilitation Orale*

*Département Sciences Anatomiques*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille 2

Chargé de mission Vie de campus et relations étudiants

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.  
Je vous remercie pour vos enseignements lors des vacances d'urgence durant  
mon externat, vos conseils m'ont été d'une grande aide.  
Un grand merci également pour votre aide lors de la réalisation de mes  
entretiens dans le service de première consultation.  
Pour votre bienveillance et votre sympathie, je vous témoigne toute ma  
reconnaissance.*

*A mes proches,*

## **Table des matières :**

1.	Introduction.....	13
1.1.	Mise en contexte .....	13
1.2.	La construction d'une représentation sociale .....	14
1.3.	Objectifs de l'étude .....	16
2.	Matériels et Méthodes .....	16
2.1.	Type d'étude.....	16
2.2.	Démarches réglementaires.....	16
2.2.1.	Aspects administratifs .....	17
2.2.2.	Population d'étude, lieu et critères d'inclusion.....	17
2.3.	Déroulement de l'étude .....	17
2.3.1.	Étude préliminaire .....	17
2.3.2.	Recueil des données.....	18
3.	Résultats.....	18
3.1.	Analyse descriptive du panel d'individus .....	18
3.1.1.	Analyse des données sociodémographiques .....	18
3.1.2.	Analyse des antécédents et habitudes bucco-dentaires .....	19
3.2.	Représentations sociales des soins dentaires des participants .....	20
3.2.1.	La douleur .....	20
3.2.2.	La peur et l'appréhension .....	21
3.2.3.	Le coût.....	23
3.2.4.	Le dentiste.....	24
3.2.5.	L'aspect social .....	25
3.2.6.	Une amélioration de la pratique et des patients rassurés.....	26
3.2.7.	Synthèse .....	27
4.	Discussion .....	28
4.1.	Intérêts et limites de l'étude .....	28
4.1.1.	Intérêts .....	28
4.1.2.	Limites et biais de l'étude .....	28
4.1.2.1.	Limites méthodologiques.....	28
4.1.2.2.	Les biais liés à une étude par entretien .....	29
4.2.	Discussion des résultats .....	29
4.2.1.	La peur de la douleur .....	29
4.2.1.1.	L'histoire et la société.....	29
4.2.1.2.	L'expérience personnelle et l'entourage.....	30
4.2.1.3.	Le cercle vicieux de l'anxiété .....	30
4.2.2.	Les biais cognitifs .....	31
4.2.2.1.	Les biais mnésiques .....	32

4.2.2.2. Les biais de jugement.....	32
4.2.2.3. Les biais de raisonnement .....	33
4.3. Perspectives.....	33
5. Conclusion.....	34

## 1. Introduction

### 1.1. Mise en contexte

En tant que chirurgien-dentiste, nous avons à notre disposition toutes les connaissances nécessaires pour prévenir, soigner et entretenir la santé orale de nos patients. Nos techniques ne cessent de s'améliorer et nos connaissances ne font que s'accroître. Chaque technique, chaque matériau et chaque outil à notre disposition est spécialement conçu et testé pour améliorer notre prise en charge. La dentisterie est devenue plus précise, moins douloureuse et moins invasive.

Malgré cela, nous nous retrouvons dans certains cas face à une incompréhension voire une méfiance de la part de nos patients. Quel praticien n'a jamais entendu dans son cabinet : « je vous préviens je n'aime pas les dentistes mais ce n'est pas contre vous » ou encore « je préfère vous prévenir j'ai la phobie du dentiste » ? Ce genre de remarques est fréquent dans les salles de soins.

Un autre phénomène que nous avons encore du mal à chiffrer est le renoncement aux soins. Les études existantes ne sont pas toutes d'accord entre elles mais on situe entre 4% (1) et plus de 50% (2) la part de français ayant déjà renoncé à se faire soigner. Les causes citées sont diverses.

Alors comment expliquer cette ambivalence entre les progrès constants de la dentisterie et un taux de renoncement aux soins qui ne diminue pas ?

Une enquête sur le renoncement aux soins a été réalisée pour le congrès de l'ADF (Association Dentaire Française) en 2017 (Figure 1).

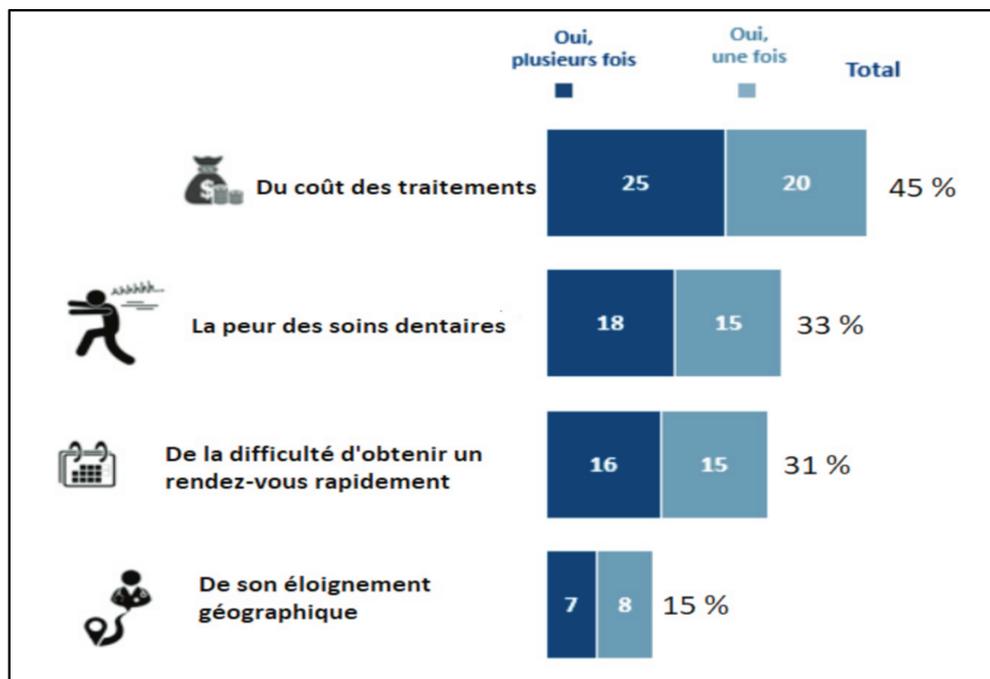


Figure 1 : Enquête ADF 2017, Avez-vous déjà renoncé aux soins ? Pourquoi ? réalisée par le site MonDocteur (3).

Étudier notre sujet par le prisme de ses représentations sociales pourrait nous donner des clés pour comprendre ce phénomène.

Christian Guimelli dans son ouvrage « La pensée sociale » de 1999, nous donne une définition intéressante de ce que sont les représentations sociales.

Selon lui, elles seraient une modalité particulière de la connaissance, qu'on peut qualifier de « connaissance de sens commun ». Elles recouvrent l'ensemble des croyances, connaissances et opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné.

Plus simplement, on peut aussi parler de « théories naïves » dans le sens où elles s'opposent à celles de l'expert ou du scientifique (4).

L'étude des représentations sociales est essentielle dans le domaine des sciences humaines. Ne pas prendre en compte cet aspect de la relation soignant-soigné c'est risquer de se heurter à des échecs de soin. En effet un message, même validé par la communauté scientifique, peut ne pas trouver écho dans la population générale car ses représentations sont trop différentes d'un groupe à l'autre.

## 1.2. La construction d'une représentation sociale

Avant d'étudier les représentations sociales d'une population, il nous faut comprendre comment elles se construisent.

Une représentation sociale se forme si elle est partagée collectivement par un groupe social, lequel partage des caractéristiques communes.

Nous pouvons considérer que notre population est réunie par une même volonté de se faire soigner, elle forme donc un groupe social.

Une représentation sociale se réfère toujours à un objet social, lequel renvoie à un concept. L'objet social de l'étude que nous nous proposons de faire est donc le soin dentaire.

Les participants que nous interrogerons livreront leur opinion des soins dentaires. Cette opinion est très personnelle et moins stable qu'une représentation, mais on peut considérer que si une même opinion est partagée par tous ou une partie des membres du groupe, elle devient une représentation ancrée pour ce groupe (Figure 2). C'est en cela qu'une représentation est sociale.

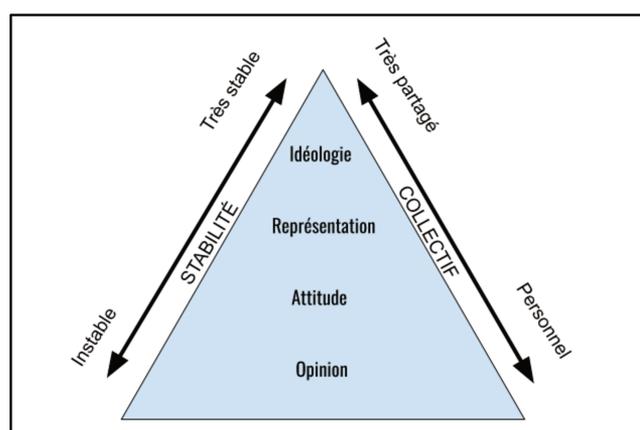


Figure 2 : Schéma de la pensée sociale, par le site La Sociothèque (5).

La représentation sociale d'un sujet se compose de trois dimensions différentes :

- L'information est l'ensemble des connaissances de l'individu sur ce sujet
- L'attitude donne la prise de position de l'individu sur ce sujet. Sera-t-il pour, contre ou neutre ?
- Le champ est la hiérarchisation que fait l'individu des informations dont il dispose, c'est la façon dont il organise ses connaissances, en en priorisant certaines et en en laissant d'autres de côté.

Elle s'élabore via deux processus : l'objectivation et l'ancrage.

L'objectivation se fragmente en 3 étapes, le but est de rendre concret ce qui est abstrait :

- La construction sélective et la décontextualisation : l'individu sélectionne les éléments de la réalité qui l'intéresse selon ses valeurs et croyances.
- La schématisation structurante consiste à organiser ces éléments en créant un noyau figuratif, comme un résumé de quelques mots qui décrivent pour lui l'objet social.
- La naturalisation est la transformation de l'abstrait en images dans le cerveau de l'individu, lequel l'aidera à faire des raccourcis.

La dernière étape de la conception d'une représentation est l'ancrage. L'individu s'approprie le sujet et intègre des nouvelles informations pour y faire référence dans ses discussions.

Pour illustrer ses différents concepts et processus, voici un schéma de ma propre représentation de la danse classique (Figure 3).

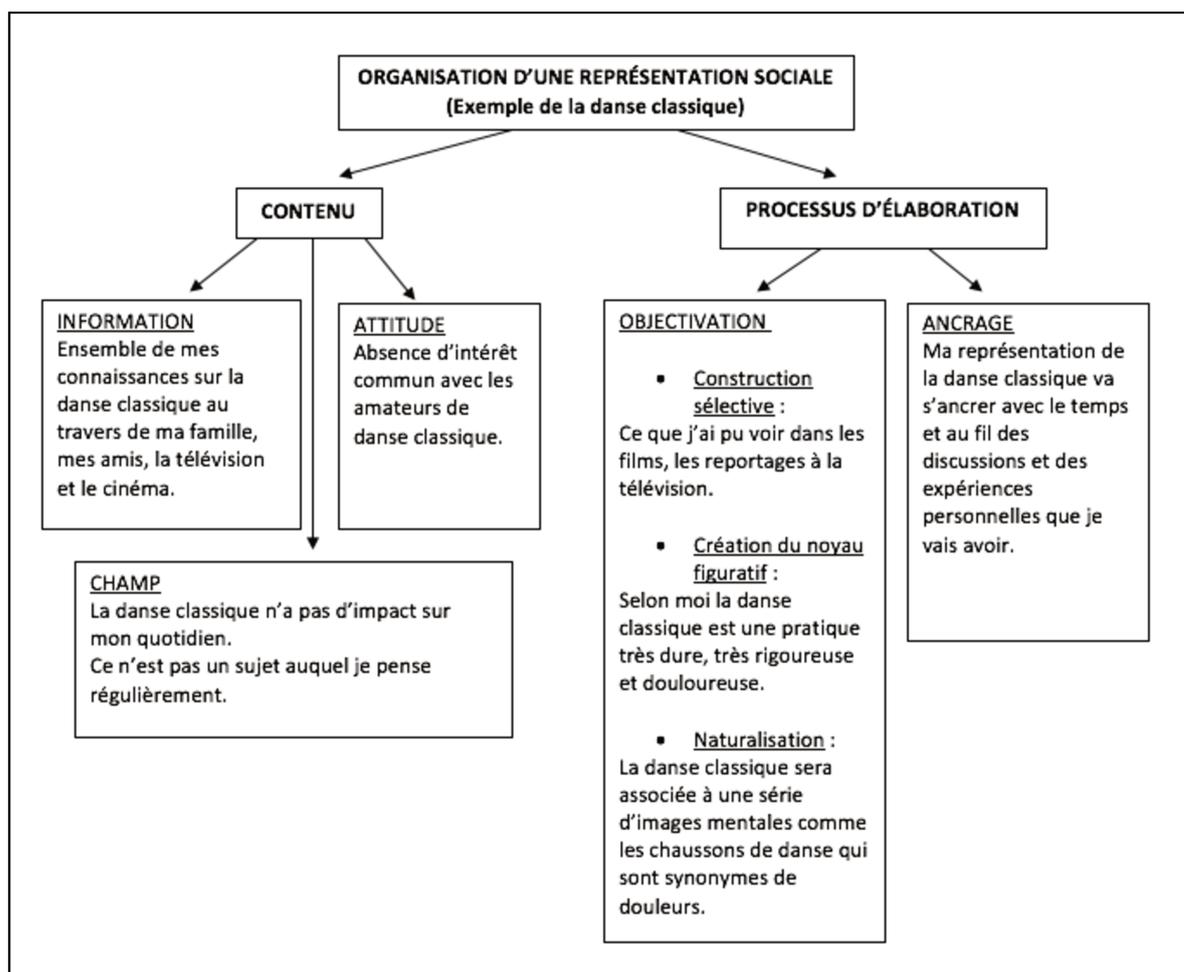


Figure 3 : illustration personnelle de l'organisation d'une représentation sociale.

Selon Abric, une représentation sociale se structure en deux noyaux, le central et le périphérique, comme un atome.

Le noyau central est commun à tous les individus du groupe et très ancré, il constitue la base commune de la mémoire collective et est composé de très peu d'éléments.

Le noyau périphérique est plus flexible et intègre des expériences quotidiennes et du vécu à la représentation. Il apporte une hétérogénéité dans le contenu de la représentation en fonction des membres du groupe, c'est lui qui permet à la représentation de s'adapter en fonction du contexte et des évolutions.

L'étude d'une représentation nécessite un double repérage : celui de son contenu puis celui de sa structure d'après Abric (6).

### 1.3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'avoir une meilleure compréhension des représentations sociales des soins dentaires dans la population.

Les objectifs secondaires de cette étude préliminaire étaient d'extraire des thématiques et des grands axes de recherche pour de futures études dans ce domaine, et par la suite trouver des solutions pour lutter contre le renoncement aux soins.

## 2. Matériels et Méthodes

### 2.1. Type d'étude

Pour réaliser ce travail nous avons fait le choix d'une étude de recherche qualitative par entretiens semi-directifs individuels.

L'étude qualitative est la méthode de recueil de données la plus souvent utilisée en sciences sociales, le but étant de comprendre des phénomènes sociaux en étudiant les expériences et les points de vue des participants (7). Les personnes interrogées vont livrer leur propre conception de la réalité face à un sujet donné.

En ce qui concerne l'entretien semi-directif, c'est l'une des méthodes de production de données qualitatives les plus fréquemment utilisées. Ce type d'entretien permet de centrer le discours autour de thèmes définis préalablement par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien. L'entretien semi-directif met en lumière des représentations profondément ancrées dans l'esprit des personnes, qui ne peuvent rarement s'exprimer dans un questionnaire (8).

### 2.2. Démarches réglementaires

Cette étude fait partie de la recherche non interventionnelle n'impliquant pas la personne humaine. Elle n'entre pas dans la catégorie de la recherche clinique, mais s'apparente à une recherche en sciences humaines et sociales.

### 2.2.1. Aspects administratifs

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) en tant que recherche n'impliquant pas la personne humaine (disponible en Annexe 1).

Chaque participant a été informé de l'étude par une lettre d'information, leur expliquant l'objectif de l'étude, le déroulement de l'entretien et le traitement des données. Cette lettre était suivie d'une demande de consentement au recueil et à l'exploitation des données (Annexe 2).

### 2.2.2. Population d'étude, lieu et critères d'inclusion

La population cible visée par l'étude était l'ensemble des patients arrivant en première consultation dans le service d'odontologie du CHU de Lille, qu'ils aient ou non déjà bénéficié de soins dans le service.

En ce qui concerne le nombre de personnes interrogées, nous nous sommes fixé un panel d'individus d'une quinzaine de personnes.

Selon Dworkin (2012), la majorité des auteurs suggèrent des échantillons de 5 à 50 personnes, le critère le plus important étant la saturation de données (9). Une étude qualitative cherche avant tout à extraire des thématiques plutôt qu'une réelle représentativité statistique.

Les critères d'inclusion à cette étude sont les suivants :

- Être majeur
- Parler français
- Ne pas être professionnel de santé
- Avoir le plus vécu en France au cours de sa vie

## 2.3. Déroulement de l'étude

### 2.3.1. Étude préliminaire

Il est à noter qu'en amont de la déclaration à la CNIL, une phase de tests pilotes a été réalisée auprès de personnes proches de l'investigateur mais ne faisant pas partie du milieu de la santé, 4 tests ont ainsi été réalisés en décembre 2022.

Le but de cette démarche était de tester le guide d'entretien en conditions réelles. Grâce à cette démarche, les questions ont pu être reformulées pour permettre une meilleure compréhension par le sujet interrogé et une plus grande ouverture du dialogue. Cela nous a également permis d'établir une durée approximative des entretiens (entre 5 minutes pour le plus court et 20 minutes pour le plus long).

### 2.3.2. Recueil des données

Les entretiens étaient privés et ont été réalisés dans une salle fermée, à la fin de la consultation dans le service.

Après recueil de leur consentement par signature, l'échange était enregistré par dictaphone puis retranscrit informatiquement et stocké sur une base de données sécurisée (NextCloud de l'Université), uniquement accessible par les coordinateurs de la recherche (Dr Savignat Mathilde et Piedadelp Manon).

Chaque échange a été réalisé en suivant un guide d'entretien (disponible en Annexe 3) permettant de structurer le discours mais laissant à la personne interrogée le soin d'organiser son propos. Les questions étaient ouvertes, comme le veut un entretien semi-directif, mais l'interrogateur pouvait recentrer le discours ou approfondir certains thèmes selon la discussion.

## 3. Résultats

### 3.1. Analyse descriptive du panel d'individus

Pour cette étude plusieurs informations ont été recueillies afin de caractériser notre population. Les données collectées comprenaient le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le pays dans lequel l'individu a le plus vécu ainsi que la zone d'habitation.

Des questions concernant les habitudes en santé orale ont été ajoutées pour mieux cerner les participants telles que la fréquence de consultation chez le dentiste, l'existence ou non de soins antérieurs et la date approximative du dernier soin le cas échéant.

Notre échantillon comporte 14 individus, dont 1 qui a été exclu après recueil de données car ne respectant pas les critères d'inclusion (personne ayant exercé le métier d'assistante dentaire dans le passé), soit 13 participants respectant les conditions d'inclusion.

#### 3.1.1. Analyse des données sociodémographiques

Sur les 13 individus, 8 étaient des hommes et 5 des femmes. L'âge des patients variaient de 30 à 85 ans, avec une moyenne de 56 ans.

Tous les participants ont vécu principalement en France, avec 10 d'entre eux vivant en zone urbaine et les 3 autres en zone rurale.

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, 9 de nos participants étaient sans emploi (5 retraités, 3 en situation d'invalidité de travail et 1 mère au foyer) et 4 d'entre eux étaient employés.

	<b>EFFECTIF</b>	<b>FREQUENCE</b>
<b>SEXE</b>		
<b>HOMME</b>	8	61.5%
<b>FEMME</b>	5	38.5%
<b>AGE</b>		
<b>MOINS DE 50 ANS</b>	4	30.8%
<b>ENTRE 50 ET 65 ANS</b>	6	46.1%
<b>PLUS DE 65 ANS</b>	3	23.1%
<b>ZONE D'HABITATION</b>		
<b>ZONE URBAINE</b>	10	76.9%
<b>ZONE RURALE</b>	3	23.1%
<b>CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE</b>		
<b>EMPLOYES</b>	4	30.8%
<b>SANS EMPLOI</b>	9	69.2%

*Tableau 1 : Tableau récapitulatif des données sociodémographiques des participants*

### 3.1.2. Analyse des antécédents et habitudes bucco-dentaires

Concernant les habitudes en santé orale, les questions se sont centrées autour de 3 axes :

- Avez-vous déjà bénéficié de soins dentaires ?
- Estimez-vous consulter un dentiste de manière régulière ?
- A quand remonte le dernier soin bucco-dentaire ?

	<b>EFFECTIF</b>	<b>FREQUENCE</b>
<b>EXISTENCE D'ANTECEDENTS DE SOINS DENTAIRE</b>		
<b>OUI</b>	13	100%
<b>FREQUENCE DE CONSULTATION</b>		
<b>CONSULTE REGULIEREMENT</b>	6	46.2%
<b>NE CONSULTE PAS REGULIEREMENT</b>	7	53.8%
<b>ANCIENNETE DES DERNIERS SOINS</b>		
<b>RECENT</b>	6	46.2%
<b>ANCIEN</b>	7	53.8%

*Tableau 2 : Tableau récapitulatif des antécédents et habitudes bucco-dentaires des participants*

La totalité des participants avaient déjà subi des soins dentaires.

Sur les 13 participants, 6 d'entre eux estimaient consulter régulièrement contre 7 qui estimaient ne pas être régulier.

En ce qui concerne la date des derniers soins dentaires, nous avons estimé ancien un dernier soin remontant à plus de 3 ans, mais pour certains ce dernier pouvait remonter à plus de 15 ans.

### 3.2. Représentations sociales des soins dentaires des participants

Il a été demandé à chaque participant de citer 5 mots-clés se rapportant selon lui aux soins dentaires, d'expliquer le choix de chaque mot et de les hiérarchiser.

Il est à noter que tous les participants n'ont pas réussi à donner 5 mots, l'entretien a dans ces cas-là été plus court, le but étant de refléter la perception de la personne et non l'obliger à énoncer une liste de mots auxquels elle ne pense pas réellement.

Cette phase de recueil nous a permis d'extraire différents thèmes.

#### 3.2.1. La douleur

*« Quand on arrive en rendez-vous, on pense tout de suite à la douleur ».*

*« Avoir mal aux dents c'est la pire douleur qui existe ».*

Le terme de douleur est celui qui a été le plus souvent cité, 9 fois sur un total de 13 entretiens.

*« En général on associe toujours les soins dentaires à la douleur ».*

L'utilisation du « on » est redondant dans les entretiens. La quasi-totalité des participants utilise naturellement la 3<sup>e</sup> personne plutôt que le « je ».

L'un des participants commence même son entretien en disant :

→ *« Les gens appréhendent d'aller chez le dentiste par rapport à la douleur, il y a même des gens qui ne sont jamais allés chez le dentiste car ils ont peur »*

A la question « pourquoi selon vous ? », il répond :

→ *« Je ne sais pas, sûrement par rapport à ce qu'ils ont entendu dire », et il rajoute par la suite « la première question qu'on nous pose quand on sort du rendez-vous c'est est-ce que tu as eu mal ? ».*

A ces patients ayant évoqué la douleur, la question qui a suivi était « qu'est-ce qui fait mal ? ».

L'anesthésie est revenue chez 4 patients.

→ Selon un participant, *« quand on nous endort ou même quand on voit la seringue on n'est pas à l'aise »*, ce serait donc un mélange entre la sensation de l'anesthésie et la vision de la seringue, une autre patiente évoque aussi *« le mauvais goût dans la bouche »*.

- Un troisième nous dira la même chose mais ajoutera « *après quand la piqûre est faite on ne sent plus rien mais au moment de piquer ça fait mal* ».
- « *Quand l'anesthésie se dissipe il y a aussi la douleur des piqûres qui arrive, c'est systématique chez moi* ».

L'utilisation des rotatifs a aussi été évoquée à 2 reprises.

- « *La roulette c'est très désagréable* ».
- « *Le pire c'est quand le dentiste utilise la fraise pour percer le dessous de la dent, ça finit par toucher le nerf et là ça fait très mal* ».

Un patient nous parle également du détartrage qui pour lui est synonyme de douleur.

- « *On part dans tous les coins de la bouche et je saigne à chaque fois ça fait mal, on a l'impression qu'on rentre à l'intérieur du corps (nous mime le mouvement de l'insert) c'est très désagréable* ».

Il reste un argument à considérer, c'est que certains patients viennent en consultation seulement quand ils ont mal.

- « *Je ne soigne mes dents que quand j'ai mal* ».

Ces derniers associent donc la douleur due à leurs problèmes dentaires aux soins qui en découlent.

- « *J'associe forcément les soins à la douleur car je viens seulement quand j'ai mal* ».

Pour d'autres, cette association semble plus inconsciente et ils relient la douleur directement aux soins et à la personne du dentiste.

- « *Avoir mal aux dents c'est la pire douleur qui existe, je n'ai jamais aimé le dentiste et beaucoup de monde ne l'aime pas* ».

### 3.2.2. La peur et l'appréhension

La peur et l'appréhension sont deux émotions distinctes, la peur étant un sentiment plus fort, mais relevant du même champ lexical.

Certains patients les ont bien différenciés tandis que d'autres les ont utilisés en tant que synonymes.

Par exemple un patient nous explique :

- « *J'appréhende de tomber sur un mauvais praticien, quelqu'un qui ne se met pas à mon niveau, qui ne m'explique pas bien et que je ne comprenne pas ce que j'ai. Et en bouche j'ai peur de ne pas savoir ce qu'il est en train de faire et avec quoi car les instruments me font peur. J'avoue que depuis que je travaille dans la maintenance biomédicale j'ai moins peur car je connais un peu plus le matériel et à quoi il sert,*

*mais je pense que pour les personnes pas habituées au monde médical, ça doit faire peur ».*

Ces mots ont été cités par 9 participants de notre panel.

Ce qui est revenu le plus souvent c'est la peur de la douleur, les deux mots sont très souvent corrélés (7 patients sur les 9).

Plus haut nous avons cité cette patiente : *« en général on associe toujours les soins dentaires à la douleur »* et à la question *« pourquoi ? »*, elle nous explique : *« parce que tout le monde a peur d'aller chez le dentiste à cause de la douleur ».*

En particulier la peur de la douleur *« si ça ne dort pas ».*

→ *« Ça me stresse parce que on ne sait pas si l'anesthésie va fonctionner ».*

→ *« J'ai peur qu'elle commence à travailler avant que ça dorme vraiment, qu'elle aille trop vite ».*

Mais aussi peur de la douleur au moment de l'anesthésie.

→ *« J'ai surtout peur de la fameuse piqûre, généralement par 3 pour une dent. Je sais qu'il existe une pâte maintenant pour pré-endormir mais tous les dentistes ne le font pas donc j'appréhende toujours ».*

→ *« J'ai très peur de la piqûre car une fois j'avais un abcès et le dentiste a piqué directement dans l'abcès pour endormir alors que normalement on ne doit pas piquer directement dedans on me l'a déjà dit, on doit donner des médicaments avant, donc j'ai eu très mal et je ne suis plus retourné chez cette personne ».*

Le détartrage est une source d'anxiété pour l'une de nos participantes :

→ *« J'ai les dents qui bougent donc j'ai très peur du détartrage, ça fait mal et j'ai peur qu'elles partent ».*

Un autre évoque les extractions :

→ *« Se faire arracher une dent ce n'est pas la même peur que si on devait juste me faire un soin. Je sais qu'il y a l'anesthésie mais rien que le terme arracher est très anxiogène ».*

Dans certains cas, le mot choisi au départ n'était pas la peur ou l'appréhension mais il revenait dans l'explication.

→ *« On ne sait pas sur qui ou quoi on va tomber, quel sera le diagnostic et le plan de traitement donc ça fait peur » (par rapport au mot inconnu).*

→ *« Je dirais l'état des dents, on a peur de connaître l'état des dents, surtout en vieillissant ».*

Cette peur du diagnostic comme expliquée avant est revenue plusieurs fois.

→ « *Selon moi, la question que tout le monde se pose forcément est : qu'est-ce qu'il va me dire ? Est-ce que ma bouche est abimée ? Est-ce que j'ai un problème ? J'appréhende aussi le moment de la radio car on voit tout dessus, même ce qui est caché donc qu'est-ce qui va en ressortir ? Je sais que tout se soigne mais c'est vraiment le moment du diagnostic que je redoute. »*

A la question « comment expliquer cette peur ? », l'argument de l'expérience personnelle est revenu à plusieurs reprises.

→ « *Je ne sais pas pourquoi j'ai peur du dentiste comme ça, je pense que c'est quand j'étais petite. Quand on allait chez le dentiste, il nous enlevait des dents à chaque fois et juste après j'allais à mon cours de piano avec du sang dans la bouche et je pense que c'est resté » et plus tard « encore maintenant j'appréhende le goût et la vue du sang, heureusement que maintenant il y a les petits aspirateurs, avant on devait cracher et on voyait tout. »*

→ « *Moi je suis phobique car quand j'étais petite un dentiste m'a torturé. »*

→ La patiente qui nous expliquait plus haut que « *tout le monde a peur d'aller chez le dentiste à cause de la douleur* » nous dit « *je ne sais pas si tout le monde a eu une expérience négative mais en ce qui me concerne je l'ai eue donc à chaque fois j'ai peur, c'est vraiment resté en mémoire. »*

### 3.2.3. Le coût

Six patients sur treize ont rapidement évoqué le coût des soins, élevé selon eux.

→ « *Tout n'est pas pris en charge par les mutuelles. Je veux savoir ce que j'ai, bien sûr, mais je sais que je n'aurai pas forcément les moyens pour résoudre ces problèmes, surtout dans le contexte actuel. »*

→ « *Ça coûte cher, les gens qui n'ont pas les moyens ne vont pas chez le dentiste, sauf s'ils ont une mutuelle ».* Elle nous précise plus loin « *les soins spécialisés sont très chers et pas remboursés. »*

→ « *Ça a toujours été un frein pour moi, ça m'est déjà arrivé de préférer ne pas consulter car je savais que je ne pourrais pas avancer les soins. A l'hôpital comme ici ça va mais dans les cabinets de ville parfois c'est exorbitant. »*

→ « *J'ai fait une radio panoramique pas longtemps avant de venir ici et je suis allée voir mon médecin car aucun dentiste ne voulait me prendre car j'ai des problèmes de santé, elle m'a dit qu'il était sûrement possible de faire quelque chose mais elle m'a demandé si j'étais prête à mettre le prix d'un appartement pour mes dents,*

*moi je veux juste des dents pour manger, je ne veux pas que mon fils paye tout pour moi » (patiente de 85 ans).*

Pour l'un des patients le discours est un peu différent :

→ *« C'est vrai que les soins dentaires sont onéreux je ne peux pas dire le contraire, mais je pense qu'il y a toujours moyen de s'arranger pour avoir des aides, avec les mutuelles ou en mettant de l'argent de côté si on peut vu les circonstances actuelles ce n'est pas évident, mais il faut savoir faire des choix dans sa vie. »*

#### 3.2.4. Le dentiste

Même si le sujet abordé était bien l'étude des représentations sociales des soins dentaires, il a parfois été difficile d'empêcher le discours de dévier vers la personne du dentiste, ce thème est donc revenu sept fois sous différentes formes.

La confiance semble être quelque chose de redondant dans le discours des patients. Une expérience négative peut définitivement mettre un terme à la confiance qui s'était construite.

→ *« La confiance c'est important. Je ne vais plus dans les cabinets de ville parce que je suis tombé sur un boucher qui m'a fait très mal. Pourtant le premier rendez-vous s'était bien passé mais après celui-là c'était terminé. Des gens m'ont conseillé un dentiste pas loin de chez moi mais je ne veux pas y aller ça m'a suffi. »*

Il parle ensuite d'un reportage qu'il a vu à la télévision sur un dentiste qui était très réputé mais qui a fini au tribunal à cause de dizaines de patients.

→ *« Quand on va chez le dentiste on écoute le bouche-à-oreille avant. Vous n'iriez pas forcément chez quelqu'un dont vous n'avez jamais entendu parler » et par la suite « oui j'ai déjà arrêté de voir un dentiste car j'avais perdu confiance. »*

→ *« La sympathie du dentiste est très importante pour moi, c'est ce que j'attends d'un dentiste en tant que personne phobique, ne pas montrer qu'il est fatigué, qu'il en a marre, car tout ça, ça se voit. »*

→ *« J'avoue avoir perdu confiance avec tous les refus de prise en charge que j'ai eus récemment, ils se sont tous renvoyé la balle, ils manquent d'humanité. J'ai 85 ans, j'ai fait un AVC il y a peu, j'ai vu 3 praticiens qui ne m'ont jamais rappelée. »*

→ *« On ne sait pas ce qu'il a fait ou ce qu'il va faire, parfois on vient pour un petit truc et on repart avec un gros problème, on n'a pas toujours confiance. »*

→ *« Je ne vais plus dans les cabinets de ville, ça ne me plait pas, ils vont trop vite, ils ne prennent pas le temps. »*

On remarque aussi un élément important c'est la différence de responsabilité entre les patients, quand certains vont être acteurs de leur santé, d'autres vont être plutôt passifs dans leur prise en charge.

- « *C'est mon médecin de famille qui me dit quand je dois consulter, comme les autres spécialistes en soi, le cardio, le pneumo donc quand j'ai mal je vais le voir et c'est lui qui me dit, il y a un abcès il faut aller voir le dentiste. »*
- « *La surveillance c'est important, comme pour tout il faut surveiller son corps, son cœur... les dents c'est pareil. Moi je fais beaucoup de tartre donc j'y vais deux fois par an. »*
- « *Après un rendez-vous chez le dentiste on est plus motivé sur l'hygiène et les conseils, on est très motivé en sortant. »*  
A la question « seulement en sortant ? », il répond : « *j'avoue qu'après on reprend rapidement nos vieilles habitudes quand même. »*
- « *Les dents c'est quelque chose de global, si ça ne va pas, on n'arrive pas à manger et ça entraîne plein de répercussions. Donc soigner ses dents c'est soigner son corps. Peu importe l'esthétique à la limite, le plus important c'est la fonction, c'est pour ça que je consulte tous les ans. »*

Un des participants nous donne son explication à cela, il déplore un manque de communication concernant la santé bucco-dentaire.

- « *Je sais qu'il y a des spots publicitaires à la télé sur les dentifrices par exemple, mais à part ça je trouve qu'il y a un manque de communication sur pourquoi prendre soin de ses dents et comment donc forcément ça ne nous aide pas. Par exemple on entend beaucoup de choses sur les dépistages de cancer mais pas sur les dents. »*  
A la question : « essayez-vous de vous documenter par vous-même ? », il répondra : « *non pas particulièrement »*.

### 3.2.5. L'aspect social

L'esthétique et l'aspect social du sourire a été cité par quatre participants.

- « *Avoir un beau sourire c'est important, ne pas avoir un sourire avec des dents jaunes pleines de tartre. C'est l'autre qui nous voit quand on sourit donc l'hygiène c'est important aussi pour les autres. »*
- « *Je dirais blancheur parce que j'ai envie de conserver la blancheur de mes dents, pas forcément pour moi, je m'en fiche un peu, c'est surtout pour ma femme, c'est elle qui me voit tous les jours. »*
- « *Pourquoi je consulte aujourd'hui ? Ce n'est pas pour des douleurs mais c'est surtout qu'à un moment il faut s'en occuper. L'esthétique*

*c'est important, pas seulement pour moi mais pour les autres, ma femme, mes enfants, au travail, c'est une marque de respect. »*

→ *« J'ai honte quand je vais chez le dentiste, parce qu'avoir de mauvaises dents ça veut dire avoir une mauvaise hygiène donc j'ai honte aujourd'hui. »*

### 3.2.6. Une amélioration de la pratique et des patients rassurés

Quatre de nos participants ont décrit une amélioration de la prise en charge et de la pratique de la dentisterie.

→ *« Il y a eu beaucoup de changements depuis les années 70, ça paraît plus facile maintenant, le matériel est plus sophistiqué et les praticiens plus spécialisés. »*

→ *« Maintenant j'ai quand même beaucoup moins peur, je sais qu'il y a le petit aspirateur pour m'aider si j'ai un mauvais goût dans la bouche, avant il n'y en avait pas. »*

→ *« Je trouve que l'hygiène de la bouche est devenue quelque chose de plus important maintenant avec l'utilisation des brossettes par exemple. Enfin je pense aussi que c'est parce qu'on est mieux informé. »*

Sur les treize participants, quatre nous ont expliqué être apaisé et soulagé en sortant de soins.

→ *« Je dirais apaisement car je suis rassuré en sortant, le stress redescend. »*

→ *« C'est un confort pour moi les soins dentaires, ne plus avoir mal après avoir souffert c'est un vrai confort. »*

→ *« Je suis content en sortant, soulagé que ce soit fait, satisfait. »*

→ *« C'est une vraie joie pour moi de pouvoir aller mieux. Le fait qu'on m'explique précisément ce qu'on va faire, j'ai l'impression de déjà ressentir un changement, c'est motivant. Je suis content de tomber sur quelqu'un de confiance. »*

### 3.2.7. Synthèse

Pour imager nos résultats nous avons réalisé un nuage des mots ayant été initialement choisis par les participants, que nous avons ensuite découpé en thématiques pour la présentation des résultats.

La taille d'un mot est proportionnelle au nombre de fois où il a été cité.

De plus, un code couleur a été mis en place :

- Rouge pour les thématiques négatives
- Vert pour le positif
- Bleu pour les thèmes neutres

La couleur des mots a été choisie non pas par rapport à la définition même du mot mais par rapport à la façon dont les patients les ont utilisés.

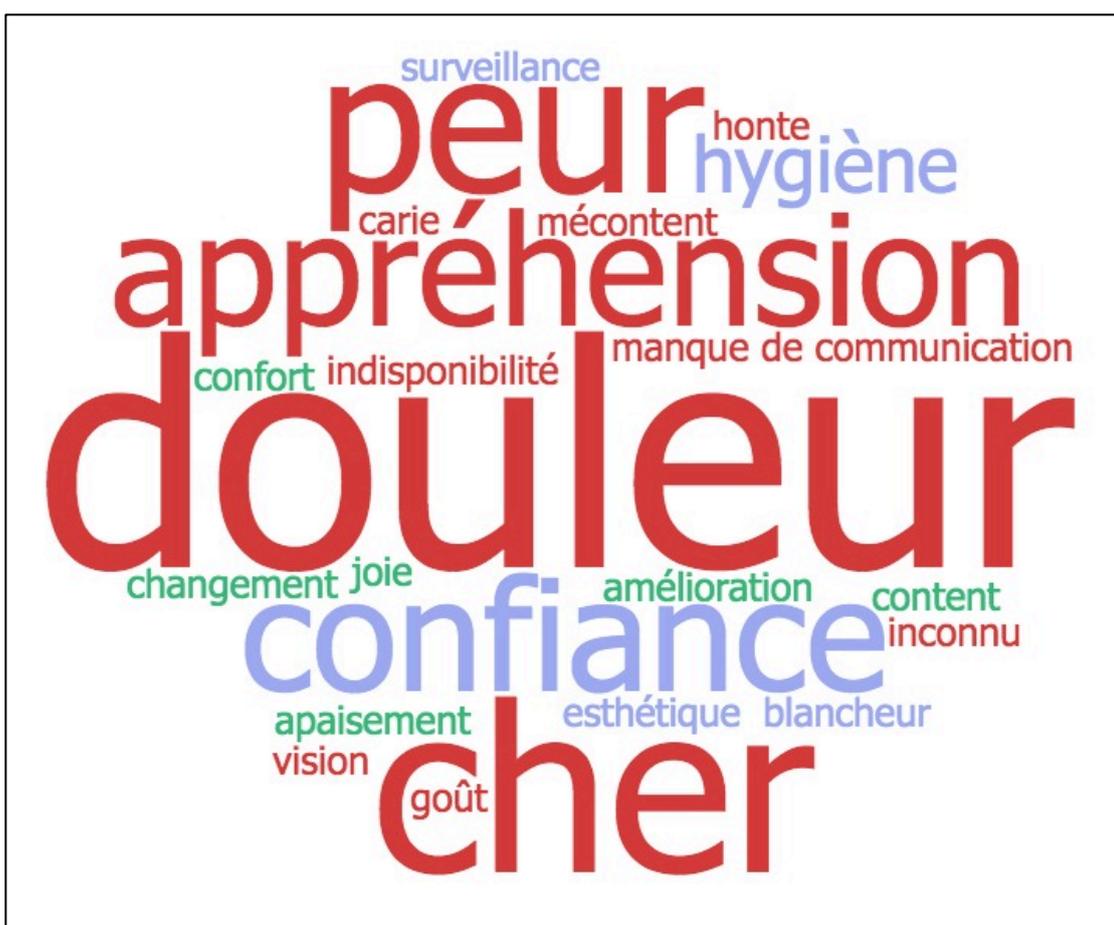


Figure 4 : Schéma de synthèse des termes évoqués par les participants, sous forme de nuage de mots (via le site [nuagedemots.com](http://nuagedemots.com)).

## 4. Discussion

### 4.1. Intérêts et limites de l'étude

#### 4.1.1. Intérêts

Cette étude a permis d'extraire des axes à approfondir dans la compréhension de la façon dont les patients se représentent les soins dentaires. C'est une étude préliminaire exploratoire interrogeant les non-experts, ce qui nous permet d'avoir une vision plus proche de la réalité des patients et donc de se mettre à leur place.

Le thème du dentiste et de ses représentations dans la société a déjà été exploré de nombreuses fois dans la littérature (10) (11)(12), tout comme la perception de la santé orale en général (13) ou encore la perception de la douleur dentaire (14) (15) mais les soins dentaires sont beaucoup plus rarement étudiés.

#### 4.1.2. Limites et biais de l'étude

##### 4.1.2.1. Limites méthodologiques

En premier lieu, la taille du panel d'individus constitue une limite. Bien qu'un échantillon restreint comme celui-ci soit suffisant pour une étude préliminaire visant à la compréhension d'un phénomène, 13 participants ne nous permettent pas d'être représentatif d'une population.

Nous pouvons également relever qu'une majorité d'hommes a été incluse dans cette étude (60% d'hommes contre 40% de femmes). Pour avoir une meilleure représentativité, il aurait été idéal d'atteindre un point d'équilibre entre les deux.

De plus nous ne pouvons pas conclure que la population étudiée, les patients du service odontologie du CHU de Lille, soit représentative de la population générale.

En second lieu, le fait d'avoir réalisé les entretiens juste après la consultation des patients dans le service a pu biaiser certaines réponses et certains comportements, même s'il est difficile de dire si cela était plutôt dans un sens positif ou négatif.

Le fait que les patients aient déjà passé un long moment dans le CHU avant et pendant leur rendez-vous a pu les décourager à un entretien long et ils ont peut-être écourté leurs réponses pour partir plus vite.

Ou encore la finalité de la consultation, qu'elle soit positive ou négative, a pu influencer l'humeur des participants lors de l'entretien qui a suivi, et orienter leur discours dans un sens ou dans l'autre.

#### 4.1.2.2. Les biais liés à une étude par entretien

Il existe un biais déclaratif lors de toute étude qualitative. Les résultats de l'étude reposent sur la sincérité des participants, ces derniers sont susceptibles de mentir ou déformer la réalité, que cela soit conscient ou inconscient. Cela peut donc fausser les résultats de l'enquête (16).

Dans le cadre d'une étude par entretien, l'investigateur lui-même peut induire des biais et diminuer la qualité de la représentativité de la réalité.

Le sociologue américain Neuman a mis en évidence plusieurs biais qui peuvent apparaître lors d'une étude par entretien.

Des erreurs non intentionnelles peuvent par exemple être commises, comme la reformulation d'une question, la mauvaise compréhension d'une réponse ou la prise en compte d'une réponse non pertinente.

Les influences de l'investigateur peuvent également biaiser les réponses du participant tel que le ton de sa voix, son attitude, ses réactions aux réponses ou ses commentaires hors de l'entretien (17).

#### 4.2. Discussion des résultats

Cette étude a permis d'extraire plusieurs axes à approfondir pour comprendre les différentes représentations des soins dentaires.

Pour interpréter nos résultats nous avons fait le choix de nous appuyer sur des mécanismes de la sociologie et de la pensée sociale.

##### 4.2.1. La peur de la douleur

« Qui craint de souffrir, il souffre déjà ce qu'il craint », d'après Montaigne.

La peur est une thématique qui est souvent revenue dans les entretiens, la plupart du temps associée à la douleur. La peur d'avoir mal semble atteindre une grande majorité des individus.

Pour comprendre d'où vient cette peur il est utile de comprendre d'où proviennent les connaissances des individus sur l'expérience du soin.

##### 4.2.1.1. L'histoire et la société

Dès le moyen-âge le dentiste est perçu comme un « arracheur de dents », un charlatan qui se donnait en spectacle pour un peu d'argent. Avec le temps et malgré les progrès dans la discipline, notamment les techniques d'anesthésie, le patient a toujours un rapport avec la douleur qui provient des représentations historiques.

Cette représentation dans l'histoire est encore bien présente de nos jours, que ce soit dans nos expressions verbales (« mentir comme un arracheur de dents » par exemple ou encore le terme de « boucher ») ou alors dans les milieux artistiques.

En effet le dentiste et le soin dentaire sont représentés dans la plupart des domaines artistiques, au cinéma, à la télévision ou encore dans la peinture, et il est rare que cette représentation soit élogieuse.

#### 4.2.1.2. L'expérience personnelle et l'entourage

Bien sûr chaque patient va se faire sa propre image du soin. Cela passe par son propre vécu, qui n'est pas toujours positif.

Même si les techniques de soin ont beaucoup évolué, de nombreux patients parlent de « l'ancienne génération » de praticiens qui n'avaient, d'après leurs dires, ni les instruments actuels ni la même relation avec les patients. Et même si ces derniers ont conscience des progrès ils n'en restent pas moins anxieux et méfiants.

De plus ce n'est pas uniquement une question générationnelle mais aussi une question d'individu. Chaque praticien, peu importe son expérience, va avoir une prise en charge différente, et celle-ci peut ne pas convenir à tous les patients.

Au-delà de l'expérience personnelle d'un patient, son entourage est un facteur important qui peut influencer sur sa représentation. Il est très fréquent de voir arriver au cabinet des enfants n'ayant jamais consulté mais déjà très effrayés car les parents ou grands-parents ont l'habitude de leur faire peur avec des phrases comme « si tu manges trop de bonbons on va t'arracher toutes tes dents » ou « si tu n'es pas sage je t'emmène chez le dentiste ». Ce genre de phrases reste ancré dans la mémoire et peut créer des angoisses même chez les adultes. L'un de nos participants nous a d'ailleurs expliqué devenir anxieux au cabinet quand on parle d'« arracher une dent » car le mot lui fait peur, il est plus à l'aise quand on parle d'« extraire » une dent.

#### 4.2.1.3. Le cercle vicieux de l'anxiété

Cette peur, quelle qu'en soit l'origine, peut avoir de lourdes conséquences. Certains patients évitent les soins pour ne pas se confronter à leurs peurs, entraînant donc une détérioration de la cavité buccale et souvent une perte de l'estime de soi. Cela vient renforcer l'anxiété et crée un vrai cercle vicieux dont il est difficile de sortir (Figure 5).

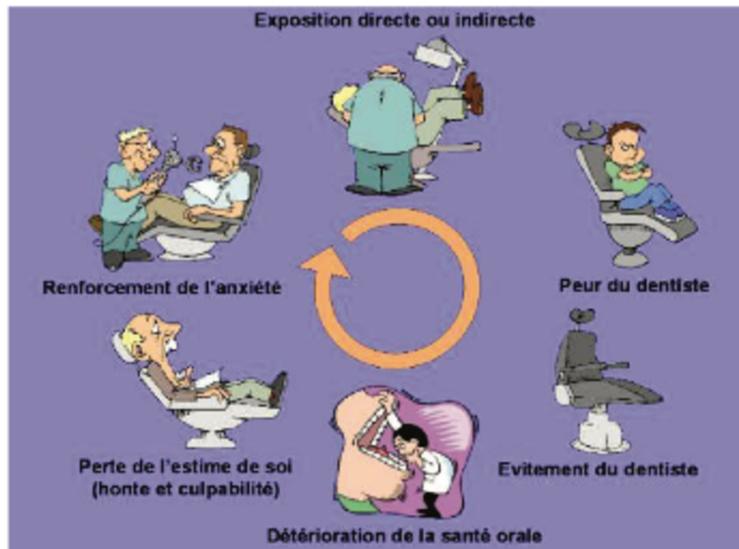


Figure 5 : Le cercle vicieux de l'anxiété durant les soins dentaires (18).

Il faut tout de même faire attention à l'utilisation du mot « phobie » que l'on a tendance à utiliser à outrance. Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, seule 5 à 10% de la population souffre réellement de phobie dentaire (19). En effet, la peur et la phobie sont deux choses différentes. Là où de nombreux patients se disent phobiques, il faudrait plutôt utiliser le terme de peur ou angoisse. La phobie est considérée comme une peur irrationnelle et incontrôlable.

Pour revenir sur l'étude, l'une des participantes s'est d'emblée décrite comme phobique depuis toute petite mais est-ce une réelle phobie au sens propre ? Pouvoir quantifier cette peur pourrait être intéressant pour une meilleure prise en charge.

#### 4.2.2. Les biais cognitifs

Les biais cognitifs ne sont pas réellement considérés comme des biais à notre étude mais permettent d'expliquer certaines réactions et certains arguments des participants.

On pourrait caractériser les « biais cognitif » comme « l'ensemble de distorsions, aberrations et autres erreurs de jugement qui semblent caractériser le fonctionnement du sujet social » (4) ou plus simplement comme un schéma de pensée faussement logique qui permet à la personne de prendre une décision rapidement ou de porter un jugement.

On distingue deux « vitesses de la pensée », l'une incontrôlable et automatique qui fait appel à des souvenirs et des émotions et l'autre qui se structure plus lentement et fait suite à un effort mental (20).

Les biais cognitifs sont de nos jours perçus de manière plutôt négative mais autrefois ces biais étaient très utiles en cas de situations dangereuses ou pour s'adapter à des changements.

De nos jours, on trouve plus de 250 biais cognitifs référencés, que l'on peut classer en différentes catégories. Les exemples suivants peuvent être mis en parallèle avec notre sujet mais n'ont pas vocation à être exhaustifs.

Ces biais pourraient être une explication possible à l'existence d'une si grande différence entre les faits scientifiques, ce qui est prouvé et validé par les experts, et ce qui est admis dans la population générale.

#### 4.2.2.1. Les biais mnésiques

Ils vont concerner la façon dont un individu va mémoriser plus facilement certains éléments que d'autres.

Par exemple le biais de négativité explique que des événements de nature plus négative vont avoir un impact psychologique plus fort sur le sujet que des événements neutres ou positifs, même s'ils sont de même intensité.

Ce biais peut être imagé dans cette étude par la hiérarchisation des mots-clés donnés par les participants. Dans la grande majorité des cas, les premiers mots donnés, ceux qui sont donc considérés comme plus importants par les participants, sont quasi systématiquement des termes négatifs : douleur, peur, mécontent, appréhension. La plupart d'entre eux relève tout de même des aspects positifs mais ces derniers arrivent toujours après le négatif, qui est plus marqué dans les esprits.

Nous pouvons également citer le biais de récence qui explique qu'un individu va avoir une tendance à mieux se souvenir des dernières informations auxquelles il a été confronté. L'une de nos participantes évoque une perte de confiance en la profession de dentiste car elle a été récemment confrontée à plusieurs refus de soin inexpliqués.

#### 4.2.2.2. Les biais de jugement

Ils traduisent la capacité biaisée qu'a un individu à juger et évaluer la valeur d'une personne ou d'une situation.

Le biais d'ancrage explique la forte influence que va laisser une première impression sur une personne ou une situation.

Plusieurs participants ont avoué avoir arrêté de consulter un praticien après un seul rendez-vous car ils n'avaient pas confiance.

Notre participante se disant phobique l'est devenue, d'après elle, à cause d'une seule séance qui s'est mal passée dans son enfance.

Le biais de confirmation est la tendance à valider son opinion grâce aux arguments qui la valident et à rejeter les éléments qui la contredisent. L'individu fait le tri des informations en fonction de ce qui l'avantage.

L'un des participants refuse désormais d'aller dans des cabinets de ville, ne va qu'à l'hôpital depuis une unique expérience négative. Durant son entretien il explique que ses proches lui ont conseillé un dentiste en particulier qui d'après eux pourrait lui convenir puis il cite un reportage qu'il a vu racontant le procès d'un dentiste apparemment réputé mais dont plusieurs patients ont porté plainte.

Cela signifie donc qu'il a deux sources d'informations différentes : l'une validant son propos, l'autre le réfutant. Il a choisi de conforter son choix via une information vue dans la presse plutôt que croire ses proches.

L'effet Dunning-Kruger ou effet de surconfiance entre dans cette catégorie de biais de jugement. C'est la tendance qui pousse un individu à surestimer ses connaissances dans un domaine qu'il ne maîtrise pas alors qu'à l'inverse un individu compétent dans un domaine va avoir tendance à sous-estimer ses connaissances. Cet effet est très fréquent dans le domaine de la santé.

Pour illustrer ce propos l'une des participantes à l'étude nous explique que le dentiste ne doit pas anesthésier dans un abcès car on lui a dit. Cet argument est pris comme acquis par la patiente qui ne retournera plus chez ce praticien.

Cet effet peut être parfois justifié par la pression à l'inférence (4). Dans notre société actuelle, nous sommes en permanence sollicités à prendre position sur tout, même sur des sujets que nous ne maîtrisons pas, il faut donc rendre stables des idées et opinions qui sont incertaines.

Il est possible que certains participants aient façonné leurs propos directement en nous parlant, sans jamais y avoir réfléchi par le passé. Il est donc difficile de prendre toutes les informations données comme reflétant réellement l'opinion d'une personne.

Le biais d'attribution consiste à ce qu'un sujet recherche le plus souvent une explication à des événements qui vont survenir dans son propre environnement. Le psychologue américain Heider note chez les individus une nette préférence à attribuer les causes des événements à des personnes plutôt qu'à la situation en elle-même.

Cela fait échos aux propos de plusieurs de nos participants dont ce patient qui expliquait : « *avoir mal aux dents c'est la pire douleur qui existe, je n'ai jamais aimé le dentiste et beaucoup de monde ne l'aime pas* ». Il attribue ici ses douleurs dentaires directement au dentiste.

#### 4.2.2.3. Les biais de raisonnement

Le biais de raisonnement le plus observé dans cette étude est le biais de représentativité qui consiste à considérer certaines choses comme représentatives d'une population.

Cette propension qu'ont les participants à utiliser la troisième personne pour expliquer leurs propres représentations des soins est caractéristique de ce biais. L'utilisation du « on » a été répétée à de nombreuses reprises, tout comme « les gens », comme une manière de généraliser leur propos à toute la population.

#### 4.3. Perspectives

La plupart des patients étaient étonnés qu'on leur demande d'argumenter leurs choix de mots, comme si c'était une évidence, que tout le monde pensait de la même manière. Ces mots sont si ancrés dans les représentations que certains avaient du mal à mettre des arguments pour expliquer leurs choix. Cela est arrivé fréquemment avec les thèmes de la douleur et du côté onéreux des soins dentaires.

Si l'on se réfère à la théorie du noyau central d'Abric, il est fort possible, sans pouvoir l'affirmer pour le moment, que ces thèmes fassent partie du noyau central des représentations des soins dentaires.

Nos résultats ont donc permis d'extraire un certain nombre de thématiques, qui forment une partie du contenu de ces représentations, sans pouvoir structurer ses thèmes, et sans pouvoir affirmer qu'il n'en existe pas d'autres.

Il serait intéressant de mettre en place d'autres études, de type quantitatif notamment pour quantifier et hiérarchiser ces grands axes.

De même, mettre en place des études de ce type dans d'autres populations d'étude comme les patients des cabinets libéraux ou encore pouvoir interroger les personnes qui ne consultent plus de dentistes. Il serait également possible de faire des études de comparaison des différentes populations. L'objectif étant d'être le plus représentatif possible de la population générale.

## 5. Conclusion

Bien que le travail sur l'étude des représentations sociales des soins dentaires ne soit pas terminé, il est possible de mettre en place dès à présent des ajustements dans nos pratiques.

D'une part la communication semble essentielle pour les patients. Un patient attend du soignant qu'il se mette à son niveau, qu'il s'exprime avec des termes qu'il comprend et qu'il prenne le temps. Une mauvaise communication peut à elle seule entraîner la peur, le manque de confiance et donc l'évitement des soins. On a moins peur d'une chose que l'on comprend.

Prenons comme exemple cette peur rapportée par plusieurs participants d'avoir mal après l'anesthésie. Ils craignent que l'anesthésiant n'ait pas eu le temps de faire effet quand le praticien commence le soin. Le seul fait de communiquer sur le fait que l'effet du produit est quasiment instantané avec le patient peut réduire son anxiété.

Nous savons que certaines procédures sont parfois douloureuses, comme le temps de l'anesthésie d'une dent inflammatoire, ou dans certains cas en post-opératoire lors d'extractions compliquées. Il faut en discuter en amont avec le patient pour l'informer sur cette douleur et lui prescrire et conseiller des antalgiques. Ne pas communiquer sur cela pourrait entraîner une méfiance et une anxiété.

En ce sens, depuis une vingtaine d'années des programmes de formation ont été mis en place dans les universités. Ces programmes visent à préparer les étudiants à la relation soignant-soigné qui ne peut être apprise dans les livres. Ces ateliers servent à mettre en scène des situations auxquelles les étudiants ont pu ou pourraient être confrontés et à ouvrir la discussion sur l'expérience et les émotions qui s'en dégagent (21).

Enfin, le renoncement aux soins est un sujet compliqué et très actuel. Depuis 2018, des cellules de lutte contre le renoncement aux soins ont été développées sur l'ensemble du territoire français. Leur but est d'identifier les personnes en situation de renoncement et de leur proposer des solutions personnalisées (22). L'idée est de rendre les patients acteurs de leur santé.

Si nous prenons l'exemple de notre étude, il existe une nette différence entre les patients actifs dans leur prise en charge, qui consultent régulièrement, et les patients passifs qui attendent des professionnels de santé qu'on leur dise quoi faire.

De même pour la recherche d'informations, selon l'un des participants il existe un manque de communication concernant la santé bucco-dentaire mais lui-même ne se rend pas acteur dans cette quête d'information car il n'essaye pas de les trouver par ses propres moyens sur les différents supports à sa disposition, notamment avec internet.

Nous pouvons donc noter que les structures publiques mettent en œuvre des solutions pour réduire cette distance entre les professionnels de santé et les patients. Mais cela ne sera pas significatif tant que chaque praticien ne prendra pas en compte l'aspect humain de la relation soignant-soigné. Le patient voit ce qu'il comprend et ce qu'il comprend ce n'est pas uniquement l'acte technique mais aussi si la personne a fait preuve de compréhension et de patience face à sa situation.

## Références bibliographiques:

1. Sabine Chaupain-Guillot, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Economie et Statistique* n°469-470. INSEE. 2014.
2. Pourquoi 59 % des Français ont-ils déjà dû renoncer à des soins ? | Les Echos [Internet]. [cité 7 août 2023]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/thema/sante-accompagnement/pourquoi-59-des-francais-ont-ils-deja-du-renoncer-a-des-soins-1148978>.
3. MonDocteur. Les Français et la peur du dentiste : mythe ou réalité ? 2017 [cité 25 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.theragora.fr/communiqués/CP-MonDocteur-Dentiste.pdf>.
4. Guimelli C. *La pensée sociale*. PUF. 1999. (Que sais-je ? vol. 3453).
5. La Sociothèque. Google Docs. 2020 [cité 25 nov 2023]. Les représentations sociales. Disponible sur : [https://docs.google.com/document/d/15bNfHtjAU7a1TgZQ8fAP\\_rjFMbd29dP9f5KQ5UyUhyU/edit?usp=drive\\_open&oid=114630278151904411937&usp=embed\\_facebook](https://docs.google.com/document/d/15bNfHtjAU7a1TgZQ8fAP_rjFMbd29dP9f5KQ5UyUhyU/edit?usp=drive_open&oid=114630278151904411937&usp=embed_facebook).
6. Abric JC. La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In: *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Érès; 2005. p. 59-80.
7. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995 ;311(6996):42-5.
8. Blanchet A, Gotman A. *L'Enquête et ses méthodes. L'entretien*. Paris, Armand Colin. Paris; 2007.
9. Dworkin SL. Sample Size Policy for Qualitative Studies Using In-Depth Interviews. *Arch Sex Behav*. 2012 ;41(6):1319-20.
10. Slaoui Hasnaoui J, Bendelha A, Rahmani EM, Chala S, Benfdil F. Perception du « bon » médecin dentiste : enquête auprès des patients marocains. *Actual Odonto-Stomatol*. 2015;(273) :5.
11. Raynaud P. *La vision du dentiste dans la littérature de jeunesse* [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire]. Université de Brest ; 2013.
12. Mano MC. *La relation de soin à l'épreuve des représentations sociales : enjeux éthiques en orthopédie dento-faciale hospitalière* [Thèse de doctorat d'éthique médicale]. Sorbonne Paris ; 2015.
13. Benigeri M, Brodeur JM, Olivier M, Bedos C. Connaissances et perceptions des adolescents face à la santé dentaire. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2002;93(1):54-8.

14. Bedos C, Brodeur JM, Levine A, Richard L, Boucheron L, Mereus W. Perception of Dental Illness Among Persons Receiving Public Assistance in Montreal. *Am J Public Health*. 2005;95(8):1340-4.
15. Bollore O, Ourrad A, Andrianisaina P, Terbeche M, Laidi C, Yekhlief W, et al. Evaluation de la douleur et de l'anxiété lors de soins dentaires chez les patients hospitalisés en psychiatrie: Evaluating pain and anxiety under dental care in psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2020 ;65:273-7.
16. Lexique des Etudes et Recherche en Marketing - Biais de déclaration [Internet]. [Cité 21 août 2023]. Disponible sur : <https://www.soft-concept.com/surveymag/definition-fr/definition-biais-declaration.html>
17. Neuman W. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Vol. 30, Teaching Sociology. 2000.
18. Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health* 2007 712. 2007 ;
19. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson. 1980.
20. Kahneman D, Clarinard R. *Système 1, système 2 : les deux vitesses de la pensée*. Paris : Flammarion ; 2012.
21. Benahmed M, Bobet R, Clit R, Fleiter B, Lecourt É, Lévy G, et al. La « scène dentaire » dans des groupes de formation de dentistes. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 2002 ;39(2) :51-68.
22. Carriau P, Reynaud C, Robert-Tissot C. *Lutte contre le renoncement aux soins : un dispositif généralisé à l'ensemble de territoire métropolitain*. 2018.

## Annexe 1 : Déclaration de la CNIL



**DIRECTION GENERALE**  
**DEPARTEMENT DES RESSOURCES NUMERIQUES**

**N/Réf : DEC22-117**

*BOUZIDI Anthony*  
*Délégué à la protection des données*

*CALMELET Louise*  
*Adjointe au Délégué à la protection des données*

*Secrétariat Direction des Ressources Numérique*  
*Tél. 03.20.44.44.26*  
*Fax : 03.20.44.58.59*

### **Attestation de déclaration d'un traitement informatique**

Je soussigné, Monsieur BOUZIDI Anthony, en qualité de Délégué à la Protection des Données du GHT Lille Métropole Flandre intérieure atteste que le fichier de traitement ayant pour finalité : **sujet de thèse**, mis en œuvre en **2022**, a bien été déclaré par MATHILDE SAVIGNAT.

La déclaration est intégrée dans le registre de déclaration normale du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille.

Attestation réalisée pour valoir ce que de droit.

Fait à LILLE, le **23/02/2023**



**Délégué à la protection des données**

**BOUZIDI Anthony**  
03.20.44.41.00

Centre Hospitalier Universitaire de Lille  
2 avenue Oscar Lambret – 59037 Lille Cedex  
www.chu-lille.fr



*Toute correspondance devra être adressée à :*  
CHRU de Lille  
Département Ressources Numériques  
ex Clinique Fontan - 2<sup>ème</sup> étage – rue du Professeur Laguesse  
59037 LILLE Cedex



### NOTE D'INFORMATION D'UNE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

#### « Enquête sur les représentations sociales des soins dentaires par les patients arrivant en première consultation dans le service d'odontologie du CHU de Lille »

CHU de Lille – Service d'Odontologie – Dr Mathilde Savignat

*Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.*

#### **I. Le but de la recherche**

Cette recherche vise à comprendre la manière dont les patients qui se présentent en première consultation dans le service d'odontologie du CHU de Lille se représentent les soins dentaires. Cette enquête fait suite à un travail bibliographique préliminaire.

Cette étude est conduite dans le cadre du travail de thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire de Manon Piedeloup, ancienne étudiante au sein du service d'odontologie du CHU de Lille, sous la direction du Docteur Mathilde Savignat, Maître de conférences des Universités et Praticien Hospitalier au sein de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille et dans le Service d'Odontologie.

#### **II. Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?**

Vous êtes sollicité en raison de votre consultation entre le 20/02/2023 et le 31/03/2023. Cette recherche ne prendra en compte que ce qu'il se dira lors de l'entretien et ne prendra pas en compte ce qu'il se passera durant votre consultation dentaire ni les informations présentes dans votre dossier médical du service d'odontologie du CHU.

Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le pays dans lequel vous avez le plus vécu, la zone d'habitation, si vous avez déjà subi des soins dentaires, le cas échéant à quelle fréquence et à quand remonte le dernier.

Cet entretien se fera dans une salle isolée au sein du service, sans aucun lien avec les professionnels de santé qui vous prendront en charge pour votre rendez-vous.

#### **III. Confidentialité des données**

Les données médicales recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées par le CHU de Lille, représenté par son représentant légal en exercice, en tant que responsable de traitement sur le fondement de l'intérêt public. Les données vous concernant seront anonymes, il ne sera pas possible de faire le lien avec votre dossier.



La base de donnée ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant la durée légale autorisée.

Vos données pourront également être réutilisées par le CHU de Lille dans le cadre de futures études. Vous pouvez également être informé des projets d'études ultérieures à partir de cette base de données et faire valoir votre droit d'opposition à la participation à ces études à l'adresse suivante : [www.chu-lille.fr/rgpd-recherche](http://www.chu-lille.fr/rgpd-recherche). Vous pouvez vous opposer à la réutilisation de vos données à tout moment.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du Groupement Hospitalier Territorial Lille Métropole Flandres Intérieur à l'adresse suivante : [dpo@chu-lille.fr](mailto:dpo@chu-lille.fr).

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

#### **IV. Acceptation et interruption de votre participation**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Dans le cas où vous répondriez par la positive, vous disposez de la possibilité d'interrompre votre participation à tout moment sans aucun préjudice et sans engager votre responsabilité. Cela n'affectera évidemment pas votre prise en charge.

#### **V. Comment cette recherche est-elle encadrée ?**

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen ° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Fait à :..... Le :.....

**Signature du responsable de la recherche:**

**CADRE RESERVE A L'EXPRESSION DE L'OPPOSITION**

**NOM/Prénom du patient :** .....

**Je m'oppose à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette recherche « Enquête sur les représentations sociales des soins dentaires par les patients arrivant en première consultation dans le service d'odontologie du CHU de Lille »**

**Je m'oppose à la réutilisation de mes données dans le cadre de futures recherche**

**Signature (précédée de la mention « lu et approuvé » :**

**CONSENTEMENT A L'ENREGISTREMENT DE LA VOIX**

J'accepte que ma voix soit enregistrée via un magnétophone ainsi qu'un dictaphone lors des séances de vocal feedback prévu dans le cadre de cette recherche. Il est entendu que cet enregistrement ne pourra être exploité qu'à la seule fin de ce projet de recherche, qu'il n'a pas pour objet d'être communiqué à un autre destinataire que le CHU de Lille promoteur de cette étude et qu'il sera supprimé 24h après l'entretien.

<p>Fait à ....., le.....</p> <p>Signature du participant :</p>	<p>Fait à ....., le.....</p> <p>Signature de l'investigateur:</p>
--	---

*Le présent formulaire est réalisé en trois exemplaires, dont un est remis à l'intéressé, un est conservé par l'investigateur ; le dernier par le promoteur en toute confidentialité, conformément à la loi.*

NOTE D'INFORMATION – Recherche RNPIH 17022020

NOTE D'INFORMATION – Recherche RNPIH 17022020

### Annexe 3 : Guide d'entretien

<b>Enquête sur les représentations sociales du soin dentaire chez les patients arrivant en première consultation dans le service odontologie Caumartin du CHR de Lille</b>	
Renseignements généraux sur le répondant	<p>Ces informations de nature administrative seront recueillies à la fin de l'entretien de manière à ne pas altérer le climat relationnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexe</li> <li>- Age</li> <li>- Catégorie socio-professionnelle</li> <li>- Pays dans lequel vous avez le plus vécu</li> <li>- Vivez-vous en zone rurale ou urbaine ?</li> <li>- Avez-vous déjà subi des soins dentaires ?</li> <li>- Consultez-vous un dentiste régulièrement ?</li> <li>- A quand remonte le dernier soin dentaire ?</li> </ul>
Contexte	<p>Grille d'entretien auprès de patients arrivant en première consultation dans le service odontologie du CHR de Lille pour faire suite à une étude bibliographique sur les représentations sociales du soin dentaire.</p>
Objectifs	<p>Les questions suivantes visent à recueillir les éléments qui, après analyse, permettront de mieux comprendre comment les patients venant dans le service se représentent les soins dentaires.</p>
Informations transmises par l'enquêteur avant le début de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation du cadre institutionnel de l'étude</li> <li>- Présentation générale du sujet d'étude, sans précision sur le cadre théorique, la question de recherche ou l'hypothèse adoptée</li> <li>- Rappel du respect de l'anonymat</li> <li>- Demande d'autorisation d'enregistrement après explications sur le traitement des données</li> </ul>
Thématiques abordées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous citer 5 mots ou groupes de mots qui se rapportent selon vous aux soins dentaires ?</li> <li>- Pouvez-vous expliquer pourquoi vous avez choisi ses termes ?</li> <li>- Pouvez-vous hiérarchiser vos mots par ordre d'importance selon vous ?</li> </ul>

Enquête sur les représentations sociales des soins dentaires par les patients arrivant en première consultation dans le service d'Odontologie du CHU de Lille / **Manon PIEDELOUP**. - p. 43 : ill. 5 ; réf. 22.

**Domaines** : Sciences sociales

**Mots clés Libres** : soins dentaires, représentations sociales, étude qualitative

### **Résumé de la thèse**

La science a fait de grandes avancées en matière de santé orale au cours des dernières décennies. Les soins bucco-dentaires sont moins invasifs et moins douloureux. Malgré cela le taux de renoncement aux soins par les patients ne diminue pas et il persiste toujours une méfiance vis-à-vis de ce domaine. Nous avons cherché à comprendre ce phénomène en étudiant la façon dont les soins dentaires sont perçus dans la société.

Notre étude vise à explorer les représentations sociales des soins dentaires par les patients arrivant en première consultation dans le service d'Odontologie du CHU de Lille.

Il s'agit d'une étude préliminaire, qualitative et exploratoire réalisée au CHU de Lille, au sein du service de première consultation. Treize patients ont été inclus, et les entretiens avec ces derniers étaient privés, et se déroulaient à la fin de leur consultation dans le service. Ils ont préalablement lu et signé une note d'information expliquant les objectifs de recherche, les méthodes de recueil d'information ainsi que l'encadrement de celle-ci.

Une vingtaine de mots-clés a pu être extraite de ces entretiens. On note une plus grande proportion de mots négatifs que de positifs en ce qui concerne les soins dentaires. Deux termes reviennent en majorité : la peur et la douleur. Nous pouvons trouver une explication à ces termes en comprenant d'où proviennent les connaissances des individus sur l'expérience du soin : l'histoire, la société, l'entourage ou encore l'expérience personnelle.

Pour nous aider à expliquer ces résultats, nous avons fait appel à des mécanismes de la sociologie et de la pensée sociale.

Cette étude nous a permis non pas d'avoir une vision exhaustive des représentations sociales des soins dentaires mais d'extraire des axes à approfondir dans de potentielles futures études.

### **JURY** :

**Président :** **Madame le Professeure Caroline DELFOSSE**

**Assesseurs :** **Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT**  
**Madame le Docteur Amélie de BROUCKER**  
**Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT**