

Université de Montréal

L'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire à l'Université de Montréal:

Une analyse qualitative et modélisation théorique

Par

Katrina Kontaxis

Département de santé buccale, Faculté de médecine dentaire

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de M.Sc.

en Sciences buccodentaires

Octobre 2020

© Katrina Kontaxis, 2020

Université de Montréal

Département de Santé buccale, Faculté de médecine dentaire

Ce mémoire intitulé

L'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire à l'Université de Montréal:

Une analyse qualitative et modélisation théorique

Présenté par

Katrina Kontaxis

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Félix Girard

Président-rapporteur

Shahrokh Esfandiari

Directeur de recherche

Duy-Dat Vu

Membre du jury

Résumé

Introduction : La justice sociale, l'empathie et la responsabilité sociale sont des thèmes émergents en médecine dentaire. Plusieurs facultés de médecine dentaire ont commencé à incorporer ces concepts dans leur curriculum, mais nos connaissances sur l'efficacité de ces initiatives sont limitées. L'objectif de cette étude était de comprendre comment les étudiants et enseignants perçoivent l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire au premier cycle.

Méthodes : Nous avons effectué une recherche qualitative en utilisant des entretiens semi-dirigés avec des étudiants, professeurs et cliniciens de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal. Nous avons recruté 18 participants en utilisant un échantillonnage déterministe jusqu'à saturation. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement. Elles ont ensuite été codées avec le logiciel QDA Miner 5.0 (Provalis 2016). Une analyse thématique a été entreprise pour dégager les thèmes émergents en utilisant une méthodologie qualitative.

Résultats : Cinq thèmes ont émergé des résultats. Certains étudiants étaient plus enclins à s'intéresser à la justice sociale et à participer aux activités communautaires facultatives. L'enseignement actuel comporte des lacunes incluant un manque d'exposition à certains plans de traitements alternatifs. Certaines barrières à l'enseignement ont été identifiées, le plus important étant un manque de temps dans le curriculum. L'enseignement souhaité de la justice sociale inclurait une prise de conscience accrue et une participation active des étudiants, une prise de responsabilité pour motiver l'action et produire un changement. L'application de la justice sociale en médecine dentaire se traduit par des soins accessibles et adaptés au patient.

Conclusion : Les résultats de cette étude fournissent des pistes de réflexion pour le développement d'un curriculum de justice sociale qui pourra être évalué et validé, dans le but de former des dentistes socialement compétents qui prodigueront des soins axés sur le patient.

Mots-clés : justice sociale, enseignement, dentisterie, éducation axée sur les compétences, compétence professionnelle, compétence culturelle, enseignement dentaire, équité en santé, disparités en santé, relation dentiste-patient.

Abstract

Introduction : Social justice, empathy and social responsibility are emerging themes in dentistry. Many dental faculties have started incorporating these concepts in their curriculum, but our knowledge of the effectiveness of these initiatives is limited. The objective of this study was to understand how students and educators perceive social justice education in the undergraduate dentistry program.

Methods : We performed qualitative research using semi-structured interviews with students, professors and clinical faculty at the Université de Montréal dental school. We recruited 18 participants using purposeful sampling until saturation. The interviews were recorded and transcribed integrally. They were coded using QDA Miner 5.0 (Provalis 2016). Thematic analysis was undertaken to elucidate emerging themes using qualitative methodology.

Results : Five themes emerged from the results. Certain students were more inclined to be interested in social justice and participate in voluntary community-based activities. There were gaps in current teaching methods including a lack of exposure to certain alternative treatment plans. Some barriers to teaching were identified, the most important being a lack of time. Desired teaching of social justice would include increased awareness and active student participation, and taking responsibility to motivate action to produce social change. The application of social justice in dentistry involves accessible and adapted care for patients.

Conclusion : The results of this study provide insight for the development of a social justice education curriculum in dentistry that can be evaluated and validated in order to form socially competent dentists who can provide patient-centered care to the community.

Keywords : social justice, education, dentistry, competency-based education, professional competence, cultural competency, dental education, health equity, healthcare disparities, dentist-patient relations.

Table des matières

Résumé	5
Abstract.....	7
Table des matières	9
Liste des tableaux.....	15
Liste des figures.....	17
Liste des sigles et abréviations.....	19
Remerciements	23
Avant-propos	25
Chapitre 1 – Problématique de recherche	27
Inégalités en santé: le rôle du dentiste	27
Les déterminants sociaux de la santé bucco-dentaire	27
La responsabilité sociale des dentistes.....	28
Le dentiste socialement compétent: une opportunité d'apprentissage	31
Posture des étudiants en médecine dentaire.....	31
Perspective.....	32
Question de recherche	32
Objectifs de recherche.....	32
Chapitre 2 – Cadre conceptuel	35
Concepts et définitions.....	35
Justice sociale	35
Égalité et équité.....	35
Diversité	36

Professionalisme.....	36
L'enseignement de la justice sociale	36
Pyramide de Miller	36
Oppression	37
Cycles de socialisation et de libération.....	39
Praxis de Freire	42
Principes pédagogiques	42
Modèles d'enseignement	43
Le contexte québécois	45
Soins dentaires couverts par le régime public.....	45
Valeurs socioculturelles et politiques.....	46
Perception des populations défavorisées.....	48
L'application de la justice sociale dans la société	48
La justice distributive.....	48
Contexte de soins dentaires.....	49
Chapitre 3 – La recension des écrits.....	51
Les dentistes et les populations vulnérables.....	51
L'offre de services.....	51
Facteurs qui influencent les choix de pratique	52
Caractéristiques individuelles	52
Expériences et contexte.....	52
Enseignement.....	53
Le curriculum de justice sociale en médecine dentaire	54
Compétences à acquérir	54

Approches pédagogiques actuelles.....	56
Chapitre 4 – Méthodologie.....	59
Posture épistémologique et type d'étude.....	59
Échantillonnage.....	59
Procédure d'échantillonnage.....	59
Recrutement.....	60
Description des participants.....	60
Description du milieu de recherche.....	63
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	63
Triangulation.....	63
Collecte des données.....	64
Questionnaire sociodémographique.....	64
Entrevues semi-dirigées.....	64
Traitement des données.....	64
Transcription des entrevues.....	64
Codage, codage inverse et contre-codage interne.....	64
Catégorisation.....	65
Analyse des données.....	65
Génération de thèmes et interprétation.....	65
Synthèse intracas et intercas.....	65
Analyses quantitatives.....	66
Critères de scientificité.....	66
Objectivité.....	66
Biais de sélection.....	66

Validité interne.....	67
Validité externe	67
Fidélité	67
Application	68
Considérations éthiques	68
Rôle du chercheur	68
Confidentialité et anonymat	69
Autonomie et liberté	69
Risques et bénéfiques	69
Consentement libre et éclairé.....	70
Approbation éthique	70
Financement	70
Échéancier	70
Chapitre 5 – Résultats.....	71
Thèmes émergents.....	71
Thème 1 : Caractéristiques des étudiants	71
Conscience sociale.....	71
Valeurs intrinsèques	71
Expérience de vie.....	72
Thème 2 : Enseignement actuel.....	72
Caractère implicite de l’enseignement.....	72
Enseignement théorique.....	72
Enseignement clinique.....	73
Évaluations	73

Points forts	74
Lacunes observées	75
Thème 3 : Barrières à l'enseignement.....	76
Manque de temps dans le curriculum	76
Réceptivité/intérêt	76
Mise en œuvre.....	76
Formation et disponibilité des enseignants.....	77
Contraintes financières	77
Thème 4 : Enseignement souhaité.....	78
Caractéristiques générales.....	78
Enseignement théorique.....	79
Enseignement clinique.....	80
Évaluations	80
Thème 5 : Application de la justice sociale	81
Soins accessibles.....	81
Soins adaptés.....	81
Égalité et absence de discrimination.....	81
Impact du contexte socioculturel et économique	82
Résultat d'une conscience sociale collective accrue	83
Chapitre 6 – Discussion.....	85
Analyse.....	85
Thème 1 : Caractéristiques des étudiants	85
Thème 2 : Enseignement actuel.....	86
Thème 3 : Barrières à l'enseignement.....	87

Thème 4 : Enseignement souhaité.....	88
Thème 5 : Application de la justice sociale.....	89
Création d'un modèle explicatif.....	91
Enseignement de la justice sociale.....	91
Formation de dentistes socialement compétents	92
Retour sur les objectifs	93
Limitations.....	94
Retombées pour la recherche, la pratique et la formation.....	94
Perspectives futures	95
Conclusion.....	97
Références bibliographiques	99
Annexes	107
Annexe 1 : Approbation éthique.....	109
Annexe 2 : Formulaire de consentement	111
Annexe 3 : Questionnaire sociodémographique	115
Annexe 4 : Outil de collecte de données.....	116
Annexe 5 : Affiche de recrutement.....	119
Annexe 6 : Courriel de recrutement.....	120

Liste des tableaux

Tableau 1. – Échéancier.....	70
Tableau 2. – Barrières à l’enseignement et solutions proposées.....	92
Tableau 3. – Méthodes d’enseignement.....	92

Liste des figures

Figure 1. –	Influences sur les disparités de santé bucco-dentaire.....	30
Figure 2. –	Pyramide de Miller.....	37
Figure 3. –	Cercles d’oppression.....	38
Figure 4. –	Matrice tridimensionnelle d’oppression.....	38
Figure 5. –	Caractéristiques de l’oppression.....	39
Figure 6. –	Cycle de socialisation.....	40
Figure 7. –	Cycle de libération.....	41
Figure 8. –	Praxis de Freire.....	42
Figure 9. –	Piliers centraux de la pédagogie de l’enseignement de la justice sociale.....	44
Figure 10. –	Les cinq composantes essentielles de l’enseignement de la justice sociale.....	45
Figure 1. –	Description des participants.....	60
Figure 2. –	Sexe des participants.....	61
Figure 3. –	Distribution d’âge des participants.....	61
Figure 4. –	Plus haut niveau de scolarité des participants.....	62
Figure 5. –	Origine ethnique des participants.....	62
Figure 6. –	Index de similarité : Coefficient de Jaccard.....	85
Figure 7. –	Carte thermique des codes selon le rôle à la FMD.....	86
Figure 8. –	Index de similarité : Enseignement actuel.....	87
Figure 9. –	Carte thermique : Barrières à l’enseignement.....	88
Figure 10. –	Fréquence des codes : Enseignement souhaité.....	88
Figure 11. –	Nuage de mots : Caractéristiques de l’enseignement idéal de la justice sociale..	89
Figure 12. –	Index de similarité : Termes associés à la justice sociale.....	90
Figure 13. –	Distribution des codes (% des cas) : Impact socio-économique.....	90
Figure 14. –	Modèle explication : La justice sociale en médecine dentaire.....	93

Liste des sigles et abréviations

AFDC : Association des facultés dentaires du Canada

CÉRC : Comité d'éthique de la recherche clinique

DMD : Doctorat en médecine dentaire

EJS : Enseignement de la justice sociale

FMD : Faculté de médecine dentaire

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

*Ce mémoire est dédié à tous les dentistes du passé, du présent et du futur qui cherchent à faire
une différence pour une société plus juste et équitable.*

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, Dr Shahrokh Esfandiari, pour sa disponibilité, son aide précieuse et ses conseils judicieux. Je remercie Mme Hélène Labrecque pour son aide dans les démarches administratives et l'organisation nécessaire à la complétion de ce projet. J'aimerais remercier également Mme Lynn Désinat pour son temps et pour avoir répondu à mes questions et M. Michel Sanchez pour son soutien informatique. Je souhaite aussi exprimer ma reconnaissance envers les étudiants, professeurs et cliniciens qui ont participé à mon étude, ainsi que les professeurs de l'Université de Montréal qui m'ont fourni les outils nécessaires pour réussir.

Un immense merci à mes parents, ma sœur et ma grand-mère pour leur soutien inconditionnel qui m'a motivé à réaliser mes rêves et à compléter cette maîtrise. Merci à mes amis Dorothy et Ken pour leurs conseils et leur soutien moral et intellectuel lors de la rédaction de ce mémoire. Enfin, j'aimerais remercier Emerson pour sa bonne humeur et son encouragement tout au long de ce projet.

Avant-propos

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est réunie à Alma-Ata (maintenant connu sous le nom d'Almaty au Kazakhstan) pour discuter de la nécessité d'agir au niveau international afin d'assurer la santé de tous (OMS, 1978). La déclaration produite affirme que la santé est un droit fondamental de l'être humain. L'Organisation a reconnu les inégalités qui existent à travers le monde, non seulement entre les pays plus ou moins développés, mais à l'intérieur d'un même pays où des inégalités politiques, sociales ou économiques existent. La déclaration stipule que les gouvernements ont une responsabilité importante d'assurer la santé de leur population, malgré ces inégalités. L'objectif était de « donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive» (OMS, 1978) pour ainsi assurer la justice sociale.

La santé bucco-dentaire a un impact important sur la santé globale des individus et fait partie intégrante de la santé globale. La bouche, et les structures adjacentes sont des sites où peuvent se développer des pathologies ayant des conséquences graves qui s'étendent de la douleur, à l'infection, et même jusqu'à la mort (Jin et al., 2016). De plus, la santé bucco-dentaire est primordiale à la qualité de vie d'un individu, en assurant les fonctions de mastication pour une alimentation adéquate ainsi que de la parole. Au Québec, les soins bucco-dentaires ne sont majoritairement pas assurés par le système public. L'accès aux soins de qualité à un coût raisonnable est donc la responsabilité collective de la profession de la médecine dentaire. Nous croyons qu'il est d'une importance fondamentale que ces notions soient enseignées au cours de la formation de dentiste.

L'intention de ce projet est donc d'évaluer en profondeur les facteurs qui influencent la formation d'un dentiste socialement compétent, qui sera en mesure de fournir des soins à la population dans la visée de la justice sociale. En tant que professeure, cette maîtrise s'inscrit dans mon cheminement académique et mon objectif personnel de participer à la formation des étudiants qui représenteront le futur de la médecine dentaire au Québec. Elle reflète mon désir de

poursuivre mes réflexions sur la pratique de la médecine dentaire et l'accès aux soins pour les populations plus vulnérables, dans l'esprit d'un futur plus équitable pour tous.

Chapitre 1 – Problématique de recherche

Inégalités en santé: le rôle du dentiste

Les déterminants sociaux de la santé bucco-dentaire

La médecine dentaire a longuement été perçue comme un service de santé accessible seulement aux plus privilégiés de la société (Dharamsi & MacEntee, 2002). Au Québec, les soins dentaires ne sont pas assurés par le système public, avec l'exception de certains soins de base qui sont couverts pour les jeunes de moins de 10 ans et les prestataires d'aide financière gouvernementale. Or, plusieurs études démontrent que les conséquences néfastes découlant de la perte de dents ou des maladies buccodentaires sont plus sévères chez les populations à faible revenu (Barnard, 1993; Stephens & Fowler Graham, 1990; Todd & Lader, 1991). Un quart de la population nord-américaine ne visite le dentiste que lorsqu'ils ont de la douleur (Stephens & Fowler Graham, 1990). L'absence de prévention peut mener à des problèmes bucco-dentaires graves, et des traitements plus complexes et dispendieux. Il est donc d'autant plus important d'assurer l'accès aux soins, particulièrement aux populations plus vulnérables.

Il est bien connu que ceux qui bénéficient d'un statut socio-économique plus privilégié sont en meilleure santé que leurs homologues des classes sociales défavorisées (Watt, 2007). Cette tendance est aussi reflétée dans un gradient social influençant la santé bucco-dentaire. Une étude australienne a démontré une corrélation linéaire inverse entre le statut socio-économique et deux indicateurs de santé, soit le Oral Health Impact Profile (OHIP-14) et les dents manquantes (Sanders, Spencer, & Slade, 2006). De plus, la négligence personnelle n'était pas un facteur qui expliquait ces résultats. Jusqu'à présent, le modèle de prévention en médecine dentaire était basé sur la stratification des risques chez la population visée (Watt, 2007). L'emphase était placée sur les comportements individuels et le mode de vie des individus. Cette stratégie seule n'a pas été efficace pour diminuer les écarts de santé et les inégalités entre les différentes populations. Par exemple, nous savons que le tabagisme est un facteur qui peut prédisposer à certaines maladies. Historiquement, la communauté scientifique s'est concentrée sur la cause elle-même

et ses effets néfastes, sans nécessairement prendre en considération les facteurs sociaux, économiques et culturels qui mènent à cette cause. L'importance des facteurs socio-économiques et du système de santé en général a donc souvent été sous-estimée ou négligée (Jarvis & Wardle, 2006). Cette tendance à blâmer la « victime », c'est-à-dire l'individu qui présente avec des problèmes de santé, mène à des politiques de santé inefficaces (Bunton, Murphy, & Bennett, 1991). Nous voyons maintenant une transition du paradigme qui vise à mettre l'emphase sur les déterminants sociaux de la santé pour diminuer les inégalités qui existent.

En 2006, l'OMS a créé la Commission de déterminants sociaux de la santé. Ce groupe de recherche a analysé la littérature disponible et a émis des recommandations dans l'optique d'améliorer la santé des populations les plus vulnérables. Trois principes d'action ont émergé (OMS, 2008) :

- Améliorer les conditions de vie quotidienne
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources
- Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action

Ces stratégies, qui visent les structures et politiques sociales, peuvent aussi être appliquées en matière de promotion de la santé bucco-dentaire. Premièrement, le maintien d'une bouche saine et sans douleur permet d'assurer les fonctions de mastication et de parole, et ainsi de permettre à l'individu de bien vivre et bien vieillir dans la société. Deuxièmement, la profession dentaire, en collaboration avec les gouvernements, peut agir pour minimiser les inégalités et optimiser l'accès aux soins pour tous. Finalement, la mise en place de systèmes et procédures n'est pas possible sans effectuer une analyse en profondeur de la situation actuelle, afin de trouver des solutions qui peuvent être implémentées et ensuite évaluées à leur tour. En effet, dans leur rapport publié en 2010, l'OMS confirme l'importance des programmes de santé publique pour la promotion et l'amélioration de la santé bucco-dentaire des populations plus démunies (Blas & Kurup, 2010).

La responsabilité sociale des dentistes

En tant que professionnels de la santé, les dentistes ont la responsabilité d'agir pour améliorer la santé du public. Le contrat social en soins de la santé implique que le professionnel place les intérêts du patient au-dessus des siens (Project, 2002). Malgré les différences politiques, légales et sociales entre les différentes communautés, l'implication professionnelle du dentiste doit tenir

compte trois principes fondamentaux: le bien-être du patient, l'autonomie du patient, et la justice sociale (Project, 2002). En 2002, un groupe d'experts internationaux a publié une charte des médecins (*physicians' charter*) qui englobe plusieurs principes auxquels les médecins devraient s'adhérer pour assurer le bien-être et l'équité pour tous leurs patients. Parmi les responsabilités professionnelles citées, on retrouve un engagement à améliorer l'accès aux soins et à une juste distribution des ressources. L'objectif est de diminuer les barrières et d'assurer des soins équitables et sans discrimination. Une telle charte n'existe pas spécifiquement en dentisterie, mais les valeurs de base sont les mêmes. Les dentistes devraient collectivement travailler pour diminuer les barrières aux soins et assurer des services équitables pour tous.

Le professionnalisme en médecine dentaire est ancré dans un contrat entre les dentistes et la société. Le statut de professionnel est conféré à ceux qui, par leur profession, ont un rôle de « leader » dans la communauté. Un professionnel se distingue par son niveau de connaissance, ses habiletés particulières, la confiance qui lui est témoignée par la société, et son engagement à servir le public (Beemsterboer, 2006). Malgré cela, le professionnalisme est une qualité que nous jugeons nécessaire chez un dentiste, mais sa définition demeure ambiguë. Historiquement, les dentistes ont évolué de barbiers qui pratiquaient la chirurgie, à des professionnels de la santé faisant partie de la communauté médicale (Trathen & Gallagher, 2009). Les racines entrepreneuriales de la dentisterie demeurent dans la culture d'aujourd'hui. L'opinion publique des dentistes a aussi évolué et a malheureusement souffert à travers les années (Beemsterboer, 2006; Trathen & Gallagher, 2009). La population a de moins en moins de confiance et voit souvent les dentistes comme étant des membres privilégiés de la société qui sont détachés des réalités vécues par la population.

La médecine dentaire diffère des autres professions de la santé qui sont prises en charge par le gouvernement. En plus des valeurs de promotion de la santé, l'acte de soigner et d'assurer la santé des patients, les dentistes doivent développer un esprit entrepreneurial pour assurer le fonctionnement de leur cabinet. Cette dichotomie peut parfois créer un conflit entre la volonté de pouvoir offrir des services à tous, et les responsabilités et obligations d'un gestionnaire d'entreprise. Il est donc important de sensibiliser les futurs dentistes à cette réalité, et leur donner les outils pour la confronter.

Dans un modèle proposé par Patrick et collègues (Patrick et al., 2006) les facteurs qui influencent les disparités entre la santé bucco-dentaire de différentes populations commencent au niveau macro (incluant l'environnement naturel, les facteurs macrosociaux, les inégalités et l'organisation et la livraison des services), passent par des facteurs communautaires (environnement physique, environnement social, environnement culturel et accès aux soins), des facteurs interpersonnels (facteurs de stress, intégration sociale et support, transmission des infections), des facteurs individuels (processus biologiques, comportements de santé, type et utilisation des services, psychologie individuelle) pour aboutir à la santé et le bien-être et la qualité de vie de l'individu.

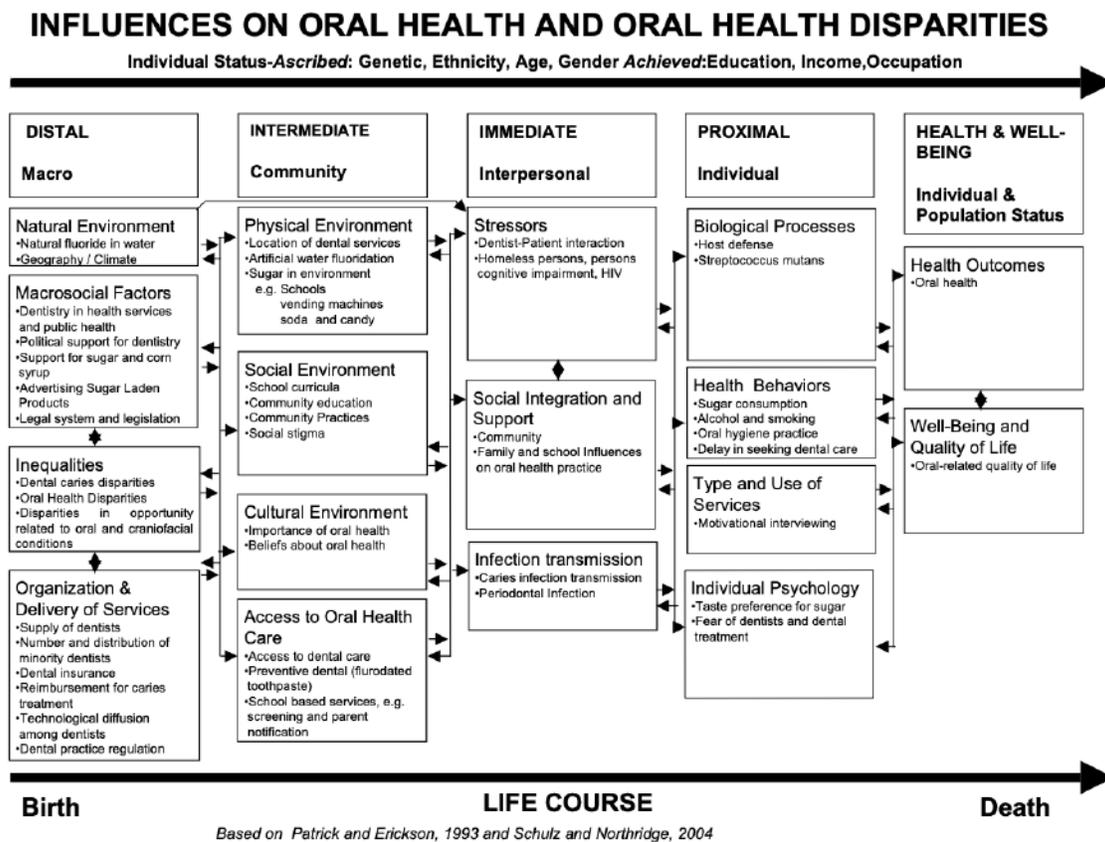


Figure 1. – Influences sur les disparités de santé bucco-dentaire (Patrick et al., 2006)

Les dentistes sont idéalement placés pour agir aux niveaux macro et communautaire, notamment en ce qui a trait à l'offre de services en santé publique, l'accès aux soins, l'éducation communautaire et la sensibilisation culturelle. De plus, une collaboration des professionnels

dentaires avec les instances gouvernementales est primordiale pour la mise en place de politiques environnementales et de l'organisation des services. Il est donc important pour les étudiants en médecine dentaire de développer ces connaissances et ces valeurs pendant leur formation pour être mieux équipés pour affronter le défi et propulser des changements en tant que professionnels.

Le dentiste socialement compétent: une opportunité d'apprentissage

Posture des étudiants en médecine dentaire

Les attitudes d'un individu envers les populations vulnérables peuvent varier selon leur expérience de vie et leur valeurs familiales et culturelles. L'empathie, l'altruisme et le professionnalisme sont des caractéristiques recherchées chez un dentiste, mais qui ne sont pas toujours innées. Les compétences d'un professionnel incluent le développement d'une relation avec le patient, la prise de décisions éthiques et la capacité de réflexion critique (Zijlstra-Shaw, Robinson, & Roberts, 2012). Les facultés de médecine dentaire du Canada et d'autres pays développés ont vu une transition générale vers l'inclusion des sujets reliés aux sciences humaines dans leur curriculum, mais nos connaissances sur ces initiatives sont limitées. Les expériences des étudiants face à l'enseignement de ces concepts varient énormément, et l'efficacité de cet enseignement n'a pas encore été étudiée.

Le professionnalisme est perçu comme une compétence de deuxième ordre, c'est-à-dire que la compétence est démontrée par d'autres actions (Zijlstra-Shaw et al., 2012). Un dentiste en formation doit démontrer son professionnalisme par ses décisions et ses actions. Récemment, il y a eu une hausse de conscience par rapport à des conduites sociales inappropriées par les étudiants dans le domaine de la santé, incluant les étudiants en médecine dentaire. Par conséquent, la justice sociale, incluant l'empathie et la responsabilité sociale, est un thème émergent en médecine dentaire (Backhouse et al., 2015). Ces incidents soulignent le besoin urgent de réexaminer le curriculum dentaire du premier cycle et évaluer si et comment les questions de justice sociale sont abordées.

Perspective

Dans un article publié en 2006, Graham et. al. suggèrent trois phases où nous pouvons optimiser le professionnalisme en ce qui a trait au service à la communauté : avant les études en médecine dentaire, pendant les études en médecine dentaire, et après les études en médecine dentaire (Graham, 2006). Nous avons choisi d'étudier plus spécifiquement les interventions qui seraient efficaces pendant le cours de médecine dentaire au premier cycle.

Plusieurs facultés de médecine aux États-Unis ont modifié leur curriculum pour inclure des cours portant sur la justice sociale (Bedos, Apelian, & Vergnes, 2018). Les titres et formats varient, mais l'objectif commun est de sensibiliser les étudiants aux déterminants sociaux de la santé. Au Canada, il y a des activités variées de l'intégration de la justice sociale au sein des facultés dentaires. Par exemple, les facultés de médecine dentaire et de l'éducation de l'Université McGill ont intégré des cours de justice sociale à la deuxième et troisième année du curriculum du premier cycle. Un tel cours n'existe pas encore à l'Université de Montréal. Néanmoins, il y a toujours un besoin de comprendre les barrières et les facilitateurs à l'incorporation de l'enseignement de la justice sociale pour former des dentistes socialement compétents (Noushi, Enriquez, & Esfandiari, 2020). Une conscience accrue des concepts de privilège, d'oppression, et d'empathie peut améliorer notre compréhension de l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire (Frechette & Williams, 2016; Hobdell et al., 2002; Nash, 2010).

Question de recherche

Ceci nous amène à nous poser la question suivante : Quelle est la perception des professeurs, cliniciens, et étudiants de médecine dentaire de l'Université de Montréal concernant l'incorporation de l'enseignement de la justice sociale dans le curriculum du premier cycle?

Objectifs de recherche

L'objectif de cette étude est donc de comprendre comment les étudiants et professeurs de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal envisagent l'enseignement de la justice sociale dans leur curriculum. De plus, nous voulons examiner comment le programme de

médecine dentaire peut former des dentistes socialement compétents en incorporant la justice sociale dans le curriculum.

Chapitre 2 – Cadre conceptuel

Concepts et définitions

Pour mieux comprendre le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit cette étude, il est important d'abord de comprendre les termes fondamentaux à cet ouvrage. La justice sociale est le concept central de cette étude. L'égalité et la diversité sont des termes utilisés lors des entretiens avec les participants et qui sont intimement reliés au concept de justice sociale. Le professionnalisme est le cadre plus large dans lequel les compétences reliées à la justice sociale s'expriment. Il est à noter que dans cet ouvrage, le masculin est utilisé pour alléger le texte, et ce, sans préjudice pour la forme féminine.

Justice sociale

« La justice sociale inclut une vision de la société où la distribution des ressources est équitable et tous les membres sont physiquement et psychologiquement en sécurité. [Elle se réfère] à une société où les individus sont à la fois autodéterminants (capables de développer leur pleine capacité) et interdépendants (capables d'interagir avec les autres de façon démocratique). La justice sociale implique des acteurs sociaux qui ont le sens de leur propre autorité ainsi qu'un sens de responsabilité sociale envers et avec les autres et la société en entier » (Adams, Bell, & Griffin, 2007). La justice sociale est basée sur l'égalité pour tous, sans discrimination quelconque.

Égalité et équité

L'égalité se réfère à une « absence de toute discrimination entre les êtres humains, sur le plan de leurs droits. » (Larousse, 2020) Dans le contexte de la médecine dentaire, ceci implique qu'aucun patient n'a moins de droits qu'un autre, malgré la diversité qui existe dans la société. Selon l'OMS, l'équité est « l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques » (OMS). Ces termes sont souvent utilisés de façon interchangeable, mais il est important de reconnaître que l'équité tient compte du contexte de départ de l'individu.

Diversité

La diversité est un « ensemble des personnes qui diffèrent les unes des autres par leur origine géographique, socioculturelle ou religieuse, leur âge, leur sexe, leur orientation sexuelle, etc., et qui constituent la communauté nationale à laquelle elles appartiennent. » (Larousse, 2020) Cette diversité est présente à différents degrés dans toutes les communautés et est à la base du concept de compétence culturelle.

Professionalisme

La définition du professionnalisme est plutôt complexe. À son plus simple, le professionnalisme peut se caractériser comme étant « une démonstration de qualités intellectuelles, techniques et morales élevées, en service aux patients et à la communauté » (Masella, 2007). À cette définition s'ajoutent les concepts d'intégrité, de compassion, d'altruisme, d'amélioration continue, d'excellence et de partenariat avec l'équipe globale de santé (Physicians, 2005; Trathen & Gallagher, 2009). Dans la littérature, d'autres éléments souvent associés au professionnalisme incluent l'autonomie, la compassion, l'honnêteté et l'intégrité, l'éthique, le raisonnement moral, le respect, et la responsabilité sociale (Zijlstra-Shaw et al., 2012).

L'enseignement de la justice sociale

Pyramide de Miller

L'objectif de l'enseignement et du curriculum en médecine dentaire est le développement de compétences chez les étudiants. En 1990, le psychologue George Miller a décrit un cadre théorique pour expliquer les différents niveaux de compétence (Miller, 1990). À la base de la pyramide se retrouve le savoir. Ceci signifie que l'étudiant connaît la théorie. Ensuite, on retrouve le savoir comment. Ici, l'étudiant démontre qu'il sait comment appliquer ce qu'il a appris. Le prochain niveau est la démonstration. L'étudiant démontre alors qu'il est capable d'appliquer le concept. Finalement, l'étudiant fait, c'est-à-dire qu'il exécute la tâche. Les deux niveaux inférieurs représentent des connaissances. Les deux niveaux supérieurs représentent des comportements. Le but de l'enseignement est d'emmener l'étudiant au-delà des connaissances jusqu'à l'action. Dans le contexte de l'enseignement de la justice sociale, cette pyramide illustre l'objectif de non

seulement montrer aux étudiants que l'oppression et l'injustice existent, mais de les guider vers un niveau de compétence où ils freinent cette injustice par leurs actions.

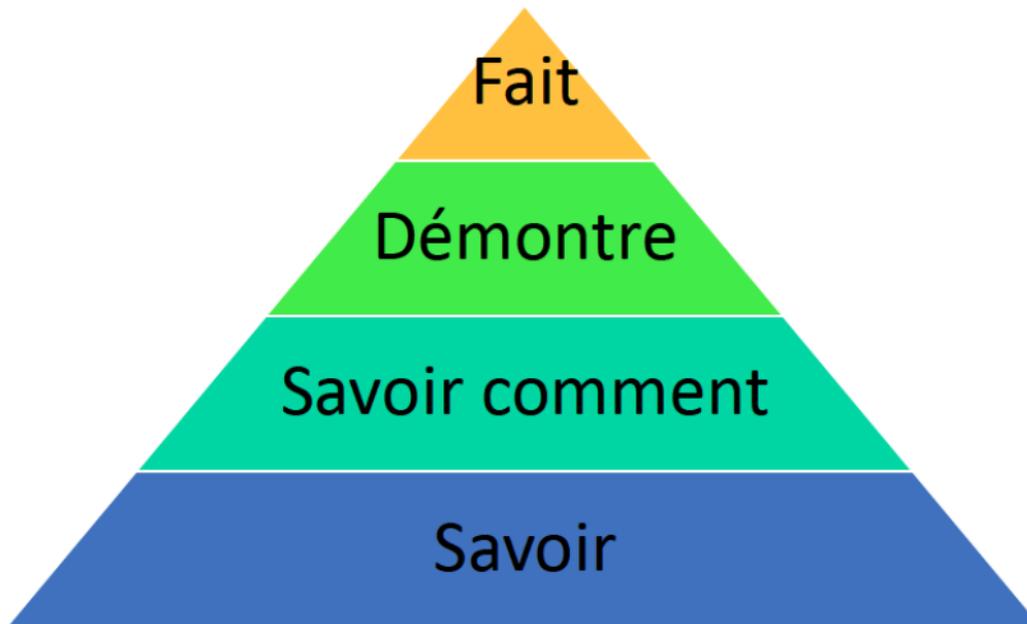


Figure 2. – Pyramide de Miller

Oppression

Le terme oppression est utilisé pour illustrer les effets des inégalités et les injustices sociales. Pour éliminer les injustices, il est primordial de comprendre les complexités et les mécanismes de l'oppression. L'oppression est un phénomène qui s'observe au niveau personnel, culturel et structurel (Thompson & Campling, 2003). Au niveau personnel, l'individu peut démontrer des attitudes, croyances ou comportements, conscients ou inconscients, qui contribuent à l'oppression. Au niveau culturel, cette oppression se manifeste par des stéréotypes et croyances populaires. Du point de vue structurel, les systèmes sociaux en place qui privilégient une certaine partie de la population résultent en l'oppression d'une autre.

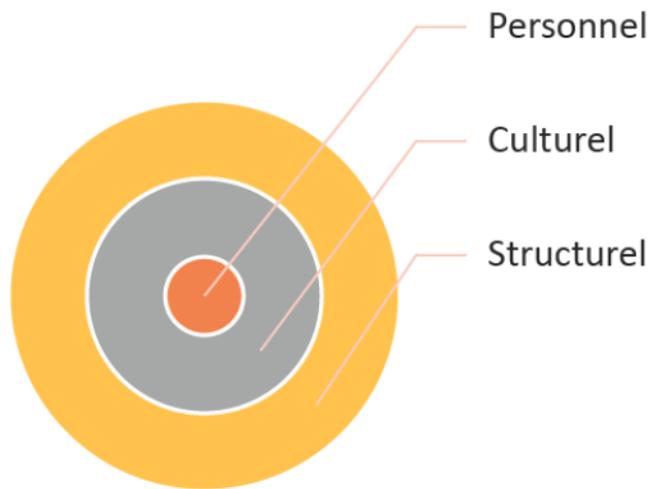


Figure 3. – Cercles d'oppression
(Adapté de Thompson, 2017)

Ce concept peut être poussé encore plus loin et intégré avec d'autres facteurs. L'oppression peut être consciente ou inconsciente et peut se manifester par des attitudes et des comportements. La relation de ces différentes dimensions peut être illustrée par une matrice tridimensionnelle décrite par Hardiman et. al. (Hardiman, Jackson, & Griffin, 2007)

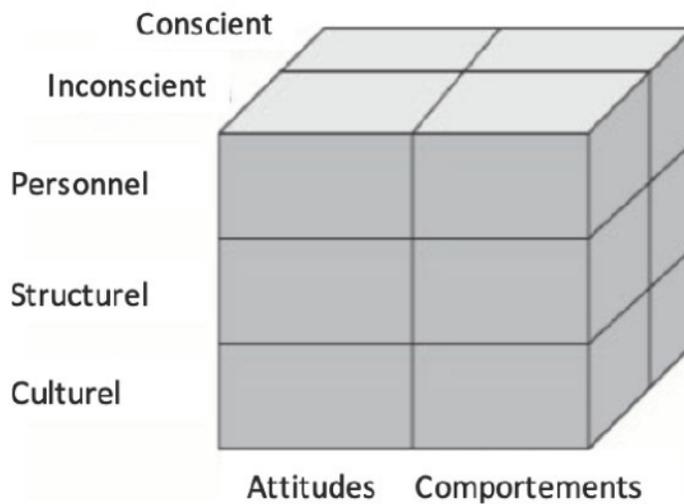


Figure 4. – Matrice tridimensionnelle d'oppression
(Adapté de Hardiman, 2007)

Les effets de l'oppression sont aussi complexes et interreliés. La relation entre les différentes caractéristiques de l'oppression contribue à former un filet qui soutient le système. Les conséquences affectent non seulement les populations désavantagées, mais aussi ceux qui bénéficient de privilège. Les personnes qui profitent d'un statut plus élevé paient un prix moral et social lorsqu'ils témoignent de l'oppression des autres (Adams et al., 2007).

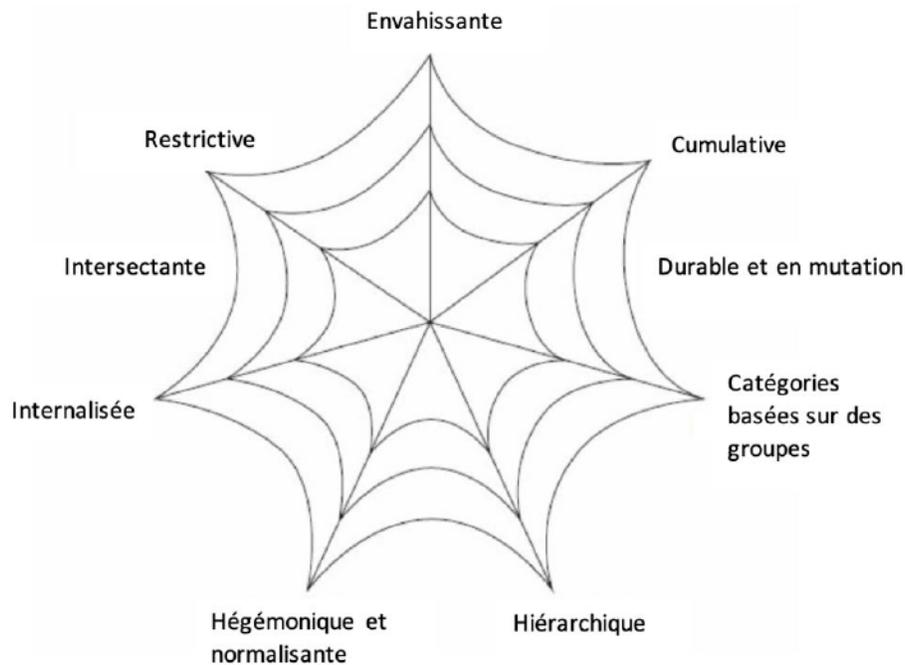


Figure 5. – Caractéristiques de l'oppression
(Adapté de Adams, 2007)

Cycles de socialisation et de libération

La socialisation est un phénomène par lequel certaines croyances et comportements deviennent « normaux ». Ces « normes » deviennent une partie de la culture collective et par conséquent, elles sont rarement questionnées et perpétuent ainsi un cycle d'oppression. Un modèle proposé par Harro illustre la complexité de ce phénomène dans notre société et les différents acteurs impliqués, incluant nos familles, l'école, les institutions religieuses, et les médias (Harro, 2000b).

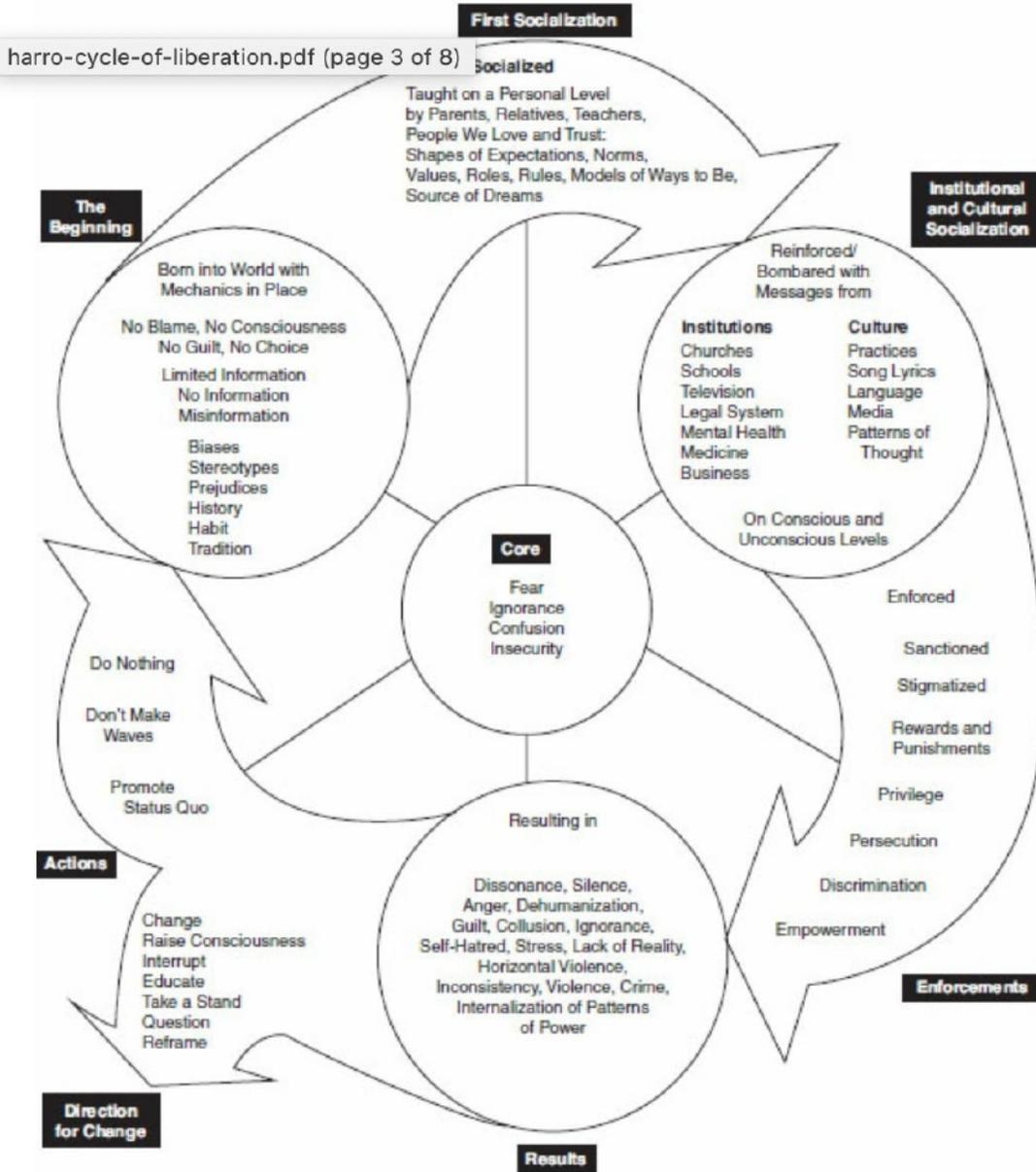


Figure 6. – Cycle de socialisation (Harro, 2000)

En contraste, Harro a aussi développé le modèle du cycle de libération. Ce modèle illustre comment ces « normes » que nous sommes conditionnées à accepter peuvent être appelées à changer (Harro, 2000a).

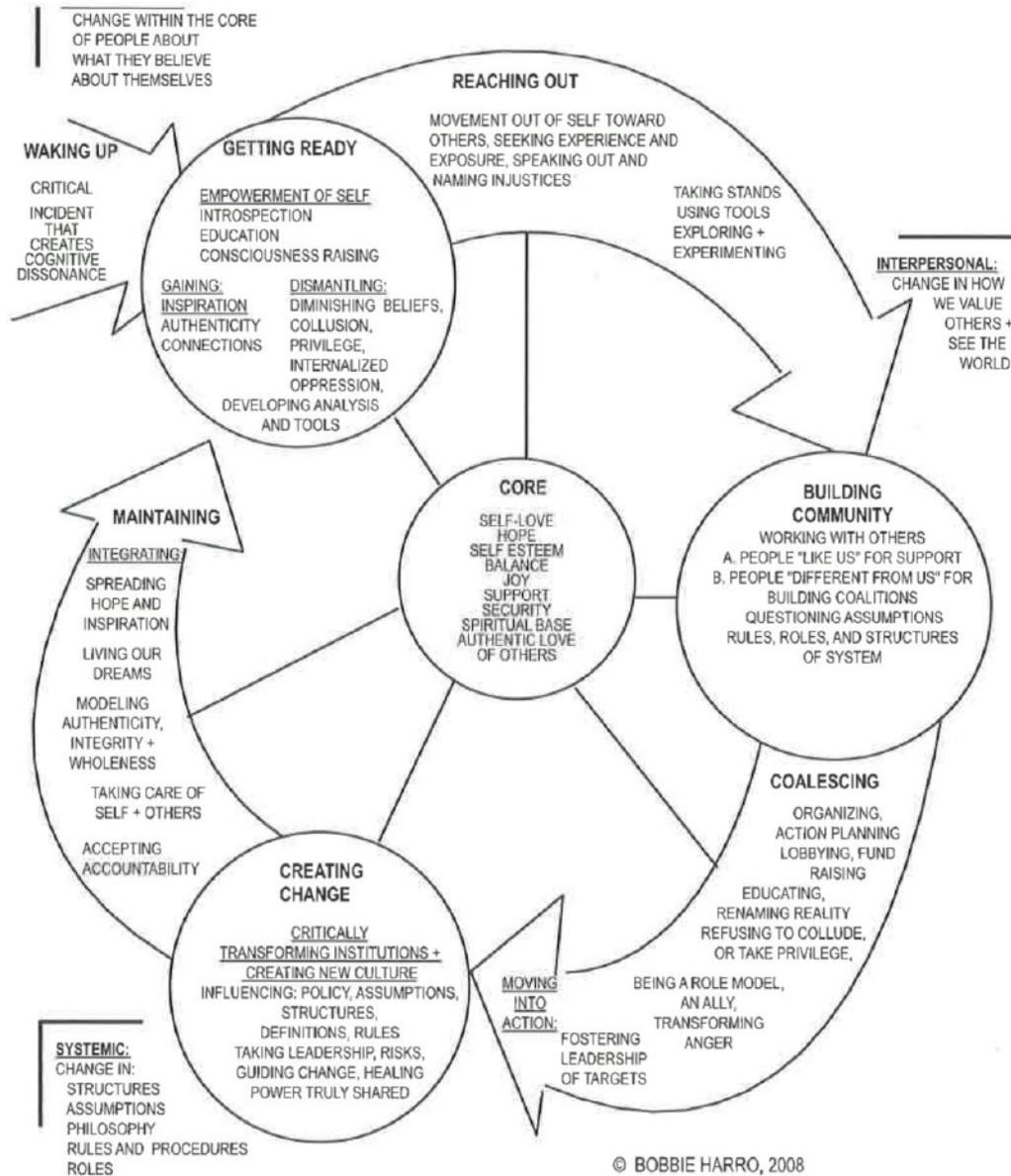


Figure 7. – Cycle de libération
(Harro, 2000)

En prenant conscience de sa position dans le système, un individu peut alors se reconnaître et acquérir les compétences et les connaissances qui lui permettront de résister aux « normes » apprises et briser le cycle de socialisation au niveau individuel (Adams et al., 2007).

Praxis de Freire

En 1970, Freire a publié son livre « *Pedagogy of the Oppressed* ». Dans cet ouvrage, il décrit des processus pédagogiques pour intégrer des concepts d'apprentissage pour encourager la réflexion et la motivation à créer un changement. La praxis de Freire se réfère au processus par lequel la réflexion mène à la théorie qui mène à l'action. Ceci crée un cycle qui favorise le changement. La pédagogie de Freire repose sur le dialogue entre les participants pour allumer une prise de conscience (Freire, 2018).

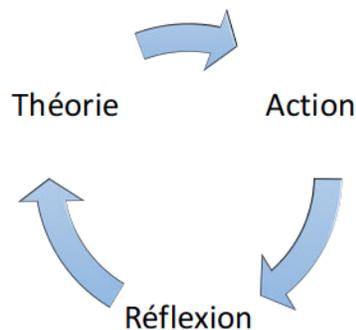


Figure 8. – Praxis de Freire

Principes pédagogiques

L'enseignement de la justice sociale amène les participants à une ouverture d'esprit et les expose à différentes perspectives pour les soutenir dans un processus d'apprentissage qui est personnellement et intellectuellement stimulant (Adams et al., 2007). Leurs réactions peuvent être émotives et inattendues puisque leurs perspectives et croyances sont souvent contestées. Il est donc important de créer un environnement sécuritaire et sans jugement, dans lequel les participants peuvent réfléchir et apprendre. Selon Adams, il existe 6 principes qui dirigent l'enseignement de la justice sociale (Adams et al., 2007):

- Principe 1 : Créer et maintenir un environnement d'apprentissage inclusif, basé sur des normes claires et acceptées par la communauté pédagogique.
- Principe 2 : Aider les participants à reconnaître leur propre position au sein de systèmes d'inégalité pour comprendre comment l'oppression agit à différents niveaux.

- Principe 3 : Anticiper, reconnaître et balancer les composantes émotives et cognitives de l’enseignement de la justice sociale.
- Principe 4 : Se baser sur les connaissances et expériences des participants et la dynamique entre les groupes pour illustrer et discuter de la justice sociale.
- Principe 5 : Encourager l’engagement actif et la collaboration entre participants.
- Principe 6 : Favoriser et évaluer la conscience personnelle, l’acquisition de connaissances et habiletés et la planification de processus qui créent un changement.

Ces principes ne s’opèrent pas en séquence, mais plutôt de façon simultanée. L’objectif est de créer une communauté d’enseignement qui favorise le développement de compréhension, d’empathie et de collaboration.

Modèles d’enseignement

Il existe plusieurs modèles d’enseignement de la justice sociale. Ces modèles tiennent compte des contextes d’enseignement, des réalités des étudiants et des outils fournis par l’enseignant ou le facilitateur. Un premier modèle proposé implique cinq piliers qui supportent la pédagogie de l’enseignement de la justice sociale (Hahn Tapper, 2013). Premièrement, on reconnaît les principes d’identité, et le cycle réflexion/action de Freire. Ensuite, la théorie d’identité sociale nous dit qu’en encourageant l’interaction entre individus qui s’identifient différemment, cela renforce les relations d’entraide et de respect mutuel. Une façon de favoriser ce concept est de créer des opportunités de coopération entre différents groupes pour permettre la reconnaissance des leurs similitudes plutôt que leurs différences (Hahn Tapper, 2013). Un troisième pilier est l’intersectionnalité. Ce terme se réfère au concept que l’oppression d’un groupe est liée à l’oppression dans la globalité (Hahn Tapper, 2013). Il s’agit de reconnaître que l’injustice envers un groupe menace la justice pour tous. L’approche d’enseignement privilégiée dans ce modèle est l’éducation expérientielle. Ce terme se réfère aux activités immersives comme les témoignages, l’exposition à différents milieux et les activités interactives. Finalement, Hahn Tapper soutient qu’un programme d’enseignement de la justice sociale doit mener à la sensibilisation des étudiants et la prise de conscience de leur rôle dans la structure de la société

(Hahn Tapper, 2013). En internalisant une partie de la responsabilité, l'étudiant devient alors autonome, motivé et capable de passer à l'action pour changer la société pour le mieux.

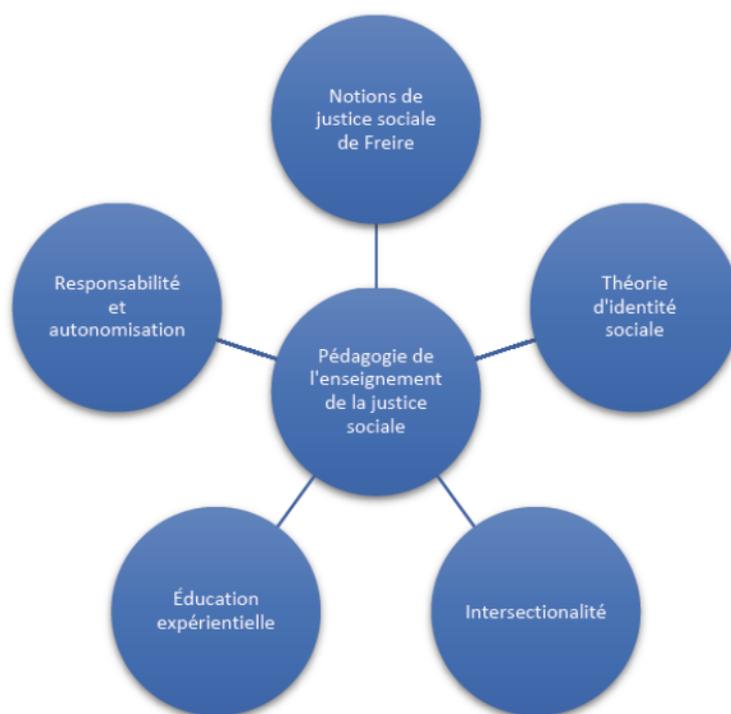


Figure 9. – Piliers centraux de la pédagogie de l'enseignement de la justice sociale
(Adapté de Tapper, 2013)

Une autre théorie proposée par Hackman se base sur cinq composantes fondamentales pour l'enseignement de la justice sociale (Hackman, 2005). Dans ce modèle, l'enseignant doit bien maîtriser le contenu de son cours et baser son enseignement sur des faits. Ensuite, le rôle de l'enseignant est de donner à l'étudiant les outils pour une analyse critique des systèmes d'oppression. Cette analyse critique permet aussi une réflexion personnelle. Finalement, les étudiants acquièrent les outils pour passer à l'action et influencer un changement social. Ces quatre composantes sont exprimées différemment selon le contexte du groupe dans lequel il est enseigné. L'expérience personnelle de chacun influence les discussions et la façon d'enseigner, et favorise ainsi un enseignement centré sur l'étudiant (Hackman, 2005).



Figure 10. – Les cinq composantes essentielles de l’enseignement de la justice sociale
(Adapté de Hackman, 2005)

Le contexte québécois

Soins dentaires couverts par le régime public

Au Québec, certains services dentaires sont payés par la Régie de l’assurance maladie du Québec. Les seuls services qui sont couverts pour tous sont les services de chirurgie buccale en milieu hospitalier pour des raisons de traumatisme ou de maladie (*La couverture des services dentaires*, 2017). Par contre, les coûts reliés aux extractions ne sont pas inclus dans ces services, à l’exception des enfants de moins de 10 ans et des prestataires d’aide sociale.

Pour les enfants de moins de 10 ans, un examen annuel, les examens d’urgence, les radiographies, l’anesthésie locale ou générale, les amalgames postérieurs et les restaurations esthétiques pour les dents antérieures, les couronnes préfabriquées, l’endodontie et les extractions sont couverts. Par contre, les services préventifs comme le nettoyage, détartrage, application de fluor et scellement de puits et fissures sont pas couverts (*La couverture des services dentaires*, 2017).

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes à leur charge ont droit aux mêmes services que les enfants de moins de 10 ans, ainsi qu'un nettoyage (à partir de 12 ans), l'application de fluor (de 12 à 15 ans), le détartrage (à partir de 16 ans), une prothèse supérieure et inférieure aux 8 ans et leur réparation ou remplacement dans certaines conditions, mais les prothèses partielles amovibles avec armature en métal sont exclues (*La couverture des services dentaires*, 2017). Il est à noter qu'il existe un délai de carence de 1 an pour être éligible à recevoir ces services.

Certaines personnes bénéficient d'assurances privées qui peuvent couvrir une partie des frais pour les soins dentaires. Par contre, le coût de ces assurances est élevé et donc ceux qui n'ont pas les moyens financiers de payer les cotisations sont exclus (Msefer-Laroussi, 2007).

La majorité de la population doit donc défrayer les coûts des soins dentaires, qui sont de plus en plus élevés, de leurs propres poches. En 2016, les ménages québécois ont dépensé 529\$ en moyenne pour des soins buccodentaires (Hurteau, 2018). Ceci représente une hausse de 19.2% par rapport à 2010. Les soins dentaires sont donc majoritairement du secteur privé et soumis par ce fait aux pressions économiques du marché, plaçant les dentistes dans une situation de dualité entre leur devoir professionnel de soigner et l'obligation financière de gérer une entreprise.

Valeurs socioculturelles et politiques

La culture d'une société a une influence sur leurs valeurs et leurs priorités. Au Canada, les valeurs défendues par la population sont l'équité, la compassion, la dignité et le respect (Msefer-Laroussi, 2007). La couverture de certains soins par le système public reflète ces valeurs.

Malgré cela, la valeur que les Québécois accordent à la santé bucco-dentaire est variable. Selon une étude qualitative auprès de dentistes représentants des organisations professionnelles, des facultés dentaires, des représentants des ministères et des représentants politiques, les problèmes dentaires ne sont pas considérés comme une maladie, mais plutôt comme un problème esthétique (Msefer-Laroussi, 2007). La perte de dents est aussi considérée comme « normale » par plusieurs, surtout des générations plus âgées. Une faible valeur accordée à l'hygiène bucco-dentaire était aussi associée avec une culture de pauvreté financière, notamment au niveau de la population francophone québécoise (Msefer-Laroussi, 2007). Les participants

avaient aussi une image négative du dentiste et le voyaient comme quelqu'un qui fait peur, qui arrache des dents et qui est riche (Msefer-Laroussi, 2007). Les dentistes avaient beaucoup moins de reconnaissance que les médecins, malgré que les deux ont un rôle important à jouer pour assurer la santé de la population. Les soins dentaires étaient perçus comme étant très coûteux et inaccessibles. Les facteurs historiques et culturels propres au Québec sont donc à l'origine de l'exclusion des soins dentaires du régime public.

Le gouvernement québécois attribue donc très peu de ressources à la santé buccodentaire. Le programme public est très limité et n'atteint qu'une minorité de la population. Il existe des mécanismes de coordination entre les soins primaires et les dentistes en cabinet privé, mais ceux-ci demeurent informels (Harnagea, Couturier, Lamothe, & Emami, 2019). Selon une enquête menée dans en 1998-1999, 76% des femmes et 73% des hommes consultent le dentiste de façon préventive (Bedos, 2000). Par contre, il existe de profondes inégalités selon l'état financier des gens. En effet, les personnes plus riches suivaient un régime préventif chez le dentiste, tandis que les personnes plus pauvres attendaient d'avoir des symptômes. Il est intéressant de noter qu'en milieu rural, l'intégration des soins dentaires est meilleure. Une étude qualitative plus récente effectuée en milieu rural a révélé que les participants associaient la santé bucco-dentaire avec la santé générale, mais reconnaissaient un problème d'accès aux soins (Emami, Wootton, Galarneau, & Bedos, 2014). Ces participants rapportaient aussi qu'ils attendaient souvent d'avoir mal avant de consulter le dentiste.

Dans son travail d'analyse sociohistorique de la couverture des soins dentaires au Québec, Msefer-Laroussi note qu'un manque d'intérêt de la population générale est la raison pour laquelle les partis politiques ne s'intéressent pas au sujet d'accès aux soins dentaires et qu'il y a un manque de pressions de la part des professionnels dentaires et de sensibilisation auprès de la population sur les enjeux reliés à la santé bucco-dentaire (Msefer-Laroussi, 2007). Ce manque d'intérêt politique contribue aussi à la pauvre couverture publique et l'absence de changement du régime malgré les évidences scientifiques croissantes démontrant l'importance de l'accès aux soins et de la santé bucco-dentaire pour la santé globale.

Perception des populations défavorisées

Il existe malheureusement des stéréotypes négatifs associés avec les personnes qui bénéficient de l'aide sociale. La perception de ces patients est souvent qu'ils manquent leurs rendez-vous, ne coopèrent pas au traitement et consultent uniquement de façon urgente lorsqu'ils sont en douleur (Lévesque & Bedos, 2011). Certains déplorent aussi le manque de reconnaissance chez ces patients et ont parfois l'impression qu'ils « profitent du système » (Dharamsi, Pratt, & MacEntee, 2007; Pegon-Machat, Tubert-Jeannin, Loignon, Landry, & Bedos, 2009). Le faible remboursement public est parfois insuffisant pour couvrir coûts fixes d'une pratique dentaire, et les rendez-vous manqués représentent une perte financière pour le cabinet, ce qui influence aussi la perception négative des dentistes envers les patients bénéficiaires (Lévesque & Bedos, 2011). Les dentistes ont souvent soit une approche moraliste ou humaniste face aux personnes en situation de pauvreté (Loignon et al., 2010). L'approche humaniste serait à privilégier et implique de comprendre le contexte social du patient, prendre le temps et faire preuve d'empathie, éviter des attitudes moralistes, surmonter les distances sociales et favoriser le contact direct avec les patients (Loignon et al., 2010).

L'application de la justice sociale dans la société

La justice distributive

Les ressources d'une société sont distribuées parmi ses membres de différentes façons. Les principes de justice distributive fournissent un guide moral qui inspire les structures politiques qui déterminent l'allocation des ressources et les opportunités dans une société (Lamont, 2017). Plusieurs théories ont été décrites pour expliquer comment répartir les ressources de façon juste. Parmi ces théories se retrouvent l'égalitarisme stricte, la théorie de Rawls, l'utilitarisme et le libéralisme.

L'égalitarisme dans sa forme la plus simple se réfère à la distribution égale des ressources parmi chaque membre de la société (Lamont, 2017). Chaque personne reçoit les mêmes biens et services. Cette théorie ne tient pas compte des désirs ou des besoins de chaque individu. Ainsi, certains reçoivent plus que ce dont ils ont besoin ou bien des ressources qu'ils ne veulent pas. On

ne tient également pas compte du facteur temporel, c'est-à-dire de l'évolution de la « richesse » d'un individu dans le temps.

Dans son ouvrage « A Theory of Justice » en 1971, Rawls décrit le « principe de différence ». Il propose une théorie de la justice où chaque individu a le droit aux mêmes droits et libertés, et que les inégalités sociales et économiques doivent être rattachées à des positions accessibles à tous dans des conditions égales et bénéficier les membres de la société les moins avantagés (Rawls, 1971). Des critiques communes de cette théorie sont qu'elle ne permet pas de maximiser les avantages et qu'elle empiète sur la liberté des individus.

Une autre théorie proposée est l'utilitarisme. Dans cette théorie, la distribution des ressources devrait se faire de façon à avantager le plus de personnes (Lamont, 2017). Ici, la maximisation du bien-être de la société est la priorité. L'envers de la médaille est que cette théorie ne tient pas compte des différences entre les individus, et que certaines personnes seront nécessairement désavantagées.

Finalement, la théorie libertaire stipule que chacun est responsable de leur propre justice (Lamont, 2017). Le libetarisme repose fortement sur le principe d'autonomie et de liberté de choix. C'est-à-dire, le gouvernement ne devrait pas agir pour distribuer les ressources, mais plutôt chaque individu devrait acquérir ses propres biens ou services.

Contexte de soins dentaires

Lorsqu'on considère la distribution des ressources en soins dentaires, il faut tenir compte de l'impact de l'accès aux soins sur la qualité de vie. Les maladies buccodentaires comme la carie et la maladie parodontale n'affectent pas seulement la santé des individus, mais peut mener à la perte de dents, ce qui a un effet sur leur nutrition, leur bien-être général, la perception des autres dans la société et même la capacité de se trouver un emploi et contribuer à l'économie (Dharamsi & MacEntee, 2002).

Différentes sociétés choisissent comment intégrer les soins dentaires dans la distribution de l'accès aux soins. Au niveau gouvernemental, les coûts associés aux soins dentaires représentent un obstacle majeur aux soins universels (Dharamsi & MacEntee, 2002).

Dans une perspective libertarienne, chaque individu serait responsable de ses propres soins. D'un point de vue organisationnel, ce modèle supporte un système à plusieurs niveaux où ceux qui peuvent se le permettre auraient accès aux soins électifs (Dharamsi & MacEntee, 2002). D'autre part, chaque individu serait libre de négliger sa santé s'il le désire. Ce système favoriserait les plus riches, et les plus pauvres de la société, qui ont souvent le plus de besoins, seraient désavantagés.

Une approche égalitaire, au contraire, impliquerait que tous auraient un accès égal aux ressources. Un tel système requerrait énormément de ressources humaines (dentistes, hygiénistes, etc.) et financières. En 2019, le Canada a dépensé 11.6% de son produit intérieur brut sur la santé, et ce, avec très peu de soins dentaires couverts pour la population générale. Les services dentaires représentent 6.4% des dépenses reliées à la santé (CIHI, 2019).

Un système basé dans l'utilitarisme viserait à maximiser le bien-être collectif et à avantager le plus de personnes. Par contre, comme dans l'approche libertarienne, un sous-groupe de la population serait nécessairement désavantagé et malheureusement, ce sous-groupe représenterait les individus avec le plus de besoins. De plus, la notion du rapport coût-efficacité semble représenter un conflit éthique pour plusieurs dentistes (Bryant, MacEntee, & Browne, 1995). En effet, le traitement le moins dispendieux n'est pas nécessairement le traitement idéal pour le patient.

L'approche qui favoriserait ceux qui ont le plus de besoins serait inspirée de Rawls. Un tel système reconnaîtrait ceux qui sont dans le besoin et distribuerait les ressources de façon à les avantager. Cette approche implique un contrat social où les membres sont en accord pour redistribuer les ressources pour augmenter l'accès aux moins privilégiés. Avec les coûts associés à la dentisterie qui augmentent, réduisant d'autant plus l'accès aux soins, ce modèle serait à privilégier dans l'intérêt de la responsabilité sociale (Dharamsi & MacEntee, 2002).

Il n'y a pas de consensus sur ce qui constitue des soins de base en médecine dentaire (Dharamsi & MacEntee, 2002). En théorie, l'augmentation d'accès aux soins préventifs pour tous diminuerait les besoins en soins curatifs et permettrait une distribution plus égalitaire pour tous en diminuant les coûts.

Chapitre 3 – La recension des écrits

Les dentistes et les populations vulnérables

L'offre de services

Au Canada, une étude de marché a révélé que la majorité des dentistes prodiguent des soins à des tarifs réduits pour certaines populations vulnérables et que près la moitié des dentistes canadiens sont impliqués dans des activités communautaires de bénévolat (Canadian Dental Association, 2017). En date du 30 octobre 2018, il y avait 5350 dentistes au Québec (ODQ, 2020). En 2017-2018, la majorité soit 4432 dentistes ont participé au régime public. Actuellement, seulement 26 dentistes travaillent en santé dentaire publique (S. Morneau, communication personnelle, 2020). Aux États-Unis, seulement 39% des dentistes participent au programme « Medicaid » pour offrir leurs services aux bénéficiaires d'aide sociale (ADA, 2016).

Les endroits moins bien desservis par les dentistes incluent les régions où les habitants ont un statut socio-économique plus faible, plus de populations sous-représentées, et moins de densité de population (Voinea-Griffin & Solomon, 2016). Au Canada, 17.3% de la population évite de visiter le dentiste pour des raisons financières (Canadian Academy of Health Sciences, 2014). Selon un sondage auprès des dentistes québécois en 2006, 52% reçoivent occasionnellement ou régulièrement des personnes handicapées, 41% reçoivent régulièrement des immigrants, 25% traitent des patients âgés en institution, 24% traitent des patients en perte d'autonomie, et 20% reçoivent des personnes atteintes du VIH (Lussier & Benigeri, 2008).

L'intérêt des dentistes pour la santé publique est faible. Au Canada, sur environ 21000 dentistes, seulement 22 ont une spécialité reconnue en santé publique (RCDC, 2019). Dans un sondage de 410 étudiants et diplômés récents aux États-Unis, aucun répondant ne voulait se spécialiser en santé publique (Dhima, Petropoulos, Han, Kinnunen, & Wright, 2012). Aux États-Unis, il existe un programme fédéral de prêts et bourses aux étudiants en médecine dentaire, avec un retour de service obligatoire dans des communautés défavorisées. Selon une enquête auprès de 404 dentistes participant à ce programme, moins de la moitié (46%) ont continué à travailler chez des

populations dans le besoin. Ceux qui ont continué à servir ces populations étaient plus souvent Afro-Américains, avaient un salaire plus élevé lors de leur retour de service et avaient une prédisposition plus altruiste avant leur entrée dans le programme (Mofidi, Konrad, Porterfield, Niska, & Wells, 2002).

Facteurs qui influencent les choix de pratique

Caractéristiques individuelles

Plusieurs études révèlent que les caractéristiques individuelles des étudiants influencent leur intérêt à servir le public. Par exemple, une étude aux États-Unis a démontré que les étudiants afro-américains étaient plus motivés à devenir dentistes pour servir le public que leurs collègues caucasiens (Butters & Winter, 2002). La race ou l'ethnicité, le sexe, l'âge, le revenu des parents et la conscience sociale ont été corrélés avec l'intention de servir des communautés vulnérables (Davidson et al., 2007). Selon un sondage effectué en 2007, les caractéristiques individuelles des étudiants étaient l'élément prédictif le plus significatif d'altruisme chez les étudiants en médecine dentaire (Carreon, Davidson, Andersen, & Nakazono, 2011). Dans cette étude, les étudiants provenant de milieux socio-économiques plus faibles démontraient plus d'altruisme que leurs collègues. Le sexe, la race et l'ethnicité des étudiants étaient aussi corrélés avec leur niveau d'altruisme. Les réponses à quatre questions mesurant l'altruisme chez les étudiants ont été utilisées pour l'analyse. Dans une étude antérieure, ces quatre mêmes items constituaient ce que les auteurs ont appelé la conscience sociale. Les auteurs ont aussi trouvé une association significative entre les attitudes altruistes chez les étudiants et leur intention de servir des populations vulnérables ainsi qu'une attitude positive envers les cliniques externes communautaires.

Expériences et contexte

Une autre étude basée sur un sondage d'étudiants dans leur dernière année d'étude entre 2015 et 2017 a conclu que l'intention des étudiants de traiter les populations vulnérables n'était non seulement associée à leurs caractéristiques individuelles, mais à leurs expériences cliniques, non-cliniques, leur interaction avec les enseignants, la recherche, et leur expérience organisationnelle durant leurs études (Alrajiq, Edelstein, Millery, Byington, & Leu, 2020). En effet, 51% des

étudiants avaient l'intention de traiter les patients bénéficiaires de l'aide sociale, 25% voulaient travailler en milieu rural, et 45% voulaient travailler dans une clinique de santé communautaire. De plus, les étudiants indiquent qu'il ont l'intention de servir les populations vulnérables surtout en début de carrière (Alraiq et al., 2020). Leur intention était positivement corrélée avec leurs expériences communautaires non-cliniques comme la formation sur la diversité, des ateliers, des expériences interprofessionnelles et une exposition élective à des organismes communautaires qui servent des populations vulnérables. À l'inverse, dans cette étude, les expériences cliniques avaient une corrélation négative avec l'intention des étudiants de traiter des populations défavorisées. D'autre part, les étudiants avec de l'expérience en milieu rural étaient plus enclins de vouloir pratiquer dans cet environnement (Shannon, Price, & Jackson, 2016). D'autres facteurs contextuels identifiés comme ayant un impact sur l'intention de servir des populations vulnérables sont les étudiants dans des régions avec une plus grande proportion de minorités, plus de cliniques communautaires (*Federally Qualified Health Centers*) et les endroits où un programme visant à augmenter l'accès aux soins existe (Davidson et al., 2007).

Enseignement

Une revue de littérature a révélé que tous les programmes dentaires en Amérique du Nord ont un certain programme d'enseignement communautaire (Alraiq et al., 2020). Par contre, plus de recherche est requise pour évaluer l'efficacité de ces programmes. Bien que certaines études démontrent un effet positif de ces programmes, d'autres démontrent qu'ils ne changent pas les attitudes des étudiants (Volvovsky, Vodopyanov, & Inglehart, 2014). Même s'ils sont exposés à des cliniques communautaires pendant leurs études, une grande proportion de dentistes ne traite pas les populations vulnérables après leur graduation (McQuistan, Kuthy, Qian, Riniker-Pins, & Heller, 2010). Dans une étude américaine, 67.4% des étudiants et 38% des dentistes gradués ont indiqué que leur curriculum les a bien préparés à traiter des patients de différents statuts socio-économiques (Smith, Ester, & Inglehart, 2006). Cette même étude a démontré que plus les étudiants se sentaient bien préparés par leur curriculum, plus ils avaient l'intention de traiter des patients dans le besoin. Par contre, d'autres études démontrent un déclin de la perception des étudiants en médecine dentaire envers les populations défavorisées à travers leur parcours étudiant (Habibian, Seirawan, & Mulligan, 2011; Major, McQuistan, & Qian, 2016). Les étudiants

démontrent aussi une tendance à devenir moins altruistes pendant leurs études (Coulter, Wilkes, & Der-Martirosian, 2007).

Le curriculum de justice sociale en médecine dentaire

Compétences à acquérir

L'enseignement de la médecine dentaire est de plus en plus axé sur les besoins des patients (Field & Jeffcoat, 1995). Ceci signifie que les décisions et les plans de traitements devraient répondre aux besoins individuels des patients, et tenir compte de leurs circonstances sociales, personnelles et économiques. Plusieurs universités ont adopté un modèle d'enseignement axé sur les soins centrés sur le patient (Eriksen, Bergdahl, & Bergdahl, 2008). En 2016, l'association des facultés dentaires canadiennes (AFDC) a publié son document détaillant les cinq compétences à acquérir pour un dentiste qui est diplômé d'un programme de médecine dentaire canadien. Ces compétences sont : les soins centrés sur le patient, le professionnalisme, la communication et la collaboration, la gestion de la pratique et de l'information, et la promotion de la santé. Le concept de justice sociale se retrouve dans la cinquième compétence, soit la promotion de la santé. En effet pour atteindre la compétence 5.1 « travailler avec les patients pour adresser les déterminants sociaux de la santé qui les affectent », les étudiants sont appelés à pouvoir « décrire les problèmes éthiques et professionnels inhérents à la défense de la santé, incluant l'altruisme, la justice sociale, l'autonomie, l'intégrité et l'idéalisme. » (AFDC, 2016)

L'application de la justice sociale a traditionnellement été associée au développement du sens de professionnalisme chez les étudiants. Il a été suggéré que les étudiants peuvent enrichir leur sens de service au public avant, pendant et après leurs études en médecine dentaire (Beemsterboer, 2006; Graham, 2006). Par exemple, puisqu'idéalement les facultés dentaires recruteraient des individus qui ont déjà une prédisposition altruiste, la considération du travail communautaire dans les critères d'admission pourrait jouer un rôle important (Beemsterboer, 2006; Graham, 2006). Il a aussi été suggéré que les étudiants pourraient garder un journal détaillant leur expérience professionnelle avec leurs réflexions de ce qu'ils ont appris. Cette méthode pourrait servir à surveiller le progrès de chaque étudiant (Beemsterboer, 2006). Pendant le curriculum

dentaire, la sensibilisation aux injustices qui existent dans la société, des discussions sur le contrat sociétaire qui existe entre les dentistes et la population, l'exposition à des populations diverses à travers des stages et des cours à option ont tous été identifiés comme importants dans le développement du sens de professionnalisme chez les étudiants (Beemsterboer, 2006). De plus, l'évaluation clinique des étudiants basée sur leur approche avec le patient serait importante à considérer (Beemsterboer, 2006; Graham, 2006). Une fois diplômés, les futurs dentistes peuvent développer leur sens de la justice sociale en traitant des populations défavorisées et en communiquant avec eux pour améliorer la relation des dentistes avec le public (Beemsterboer, 2006). De plus, des cours de formation continue pourraient contribuer à stimuler les dentistes à traiter des populations dans le besoin (Graham, 2006).

Il n'est pas clair si le professionnalisme est inné ou acquis (Trathen & Gallagher, 2009). Une étude effectuée au Royaume-Uni comparant les facteurs motivant le choix de carrière de 80 étudiants en médecine et 80 étudiants en médecine dentaire suggère que les étudiants en médecine dentaire étaient plus motivés par la rémunération et la nature de la profession tandis que les étudiants en médecine semblaient plus motivés par l'altruisme (Crossley & Mubarik, 2002). Une étude qualitative auprès de 35 étudiants en médecine dentaire à Londres a aussi conclu que le choix de carrière des étudiants en médecine dentaire était influencé par les avantages financiers de la profession (Gallagher, Clarke, & Wilson, 2008).

Un sondage auprès des étudiants dans leur dernière année d'études en médecine dentaire aux États-Unis a révélé que 92.1% des étudiants se sentaient préparés ou bien préparés à prodiguer des soins bucco-dentaires à des groupes de races, ethnies et cultures différentes (Wanchek, Cook, & Valachovic, 2018). Par contre, selon une étude qualitative auprès d'étudiants graduant de leur programme de dentisterie en Nouvelle-Zélande, les dentistes devraient être responsables pour les patients qui se présentent pour recevoir leurs soins, mais il n'y a pas d'obligation professionnelle d'aider à diminuer les inégalités en travaillant avec des populations défavorisées (Chen, Foster Page, McMillan, Lyons, & Gibson, 2016). Ceci souligne le manque d'un sens de responsabilité envers la société des étudiants en médecine dentaire.

Approches pédagogiques actuelles

Les approches utilisées pour enseigner la justice sociale ainsi que leur fréquence et l'importance qui leur est accordée varient d'une institution à une autre. L'enseignement théorique de la justice sociale est souvent incorporé aux cours de santé publique, d'éthique, de dentisterie communautaire ou d'approches populationnelles (Graham, 2006). Une revue de littérature a révélé que la réflexion personnelle, visant à stimuler la pensée critique, était la méthode d'enseignement la plus fréquemment utilisée (Furlini et al., 2018). Des discussions en petits groupes sont souvent utilisées pour explorer les enjeux reliés à la justice sociale (Graham, 2006). Des vidéos, témoignages, et des mises en situation sont aussi des techniques acceptées (Furlini et al., 2018). L'enseignement de la médecine dentaire basée dans la communauté (*community-based dental education*) joue un rôle important dans le développement des compétences sociales des étudiants et leur exposition aux différentes populations (Noushi et al., 2020). La durée des stages en milieu communautaire était variable (Furlini et al., 2018). La variabilité des techniques utilisées constitue un obstacle à la comparaison de différentes méthodes d'enseignement et leur efficacité (Furlini et al., 2018). De plus, il n'existe pas de consensus ou de mesure objective pour évaluer la préparation des étudiants à traiter des populations désavantagées (Furlini et al., 2018).

En Californie, une initiative a été entreprise pour tenter d'augmenter la proportion d'étudiants représentant des minorités en médecine dentaire, améliorer l'enseignement didactique et clinique en soins pour les populations vulnérables, et créer un programme d'enseignement clinique communautaire pour donner aux étudiants 60 jours d'expérience dans un environnement de soins (Carreon et al., 2011). Ce programme a réussi à augmenter la proportion d'étudiants minoritaires et mieux préparer les étudiants à servir les populations vulnérables.

En 2018, une revue exploratoire a été effectuée pour déterminer l'impact de l'enseignement dentaire communautaire sur la préparation des étudiants à traiter les populations desservies (Furlini et al., 2018). Trente-deux études ont été identifiées et analysées avec des méthodes qualitatives et quantitatives. Les études tombaient dans trois grandes catégories : la performance étudiante, les approches pédagogiques et l'évaluation, et les perceptions de l'enseignement dentaire communautaire. Plusieurs lacunes ont été identifiées dans l'état actuel des connaissances, soulignant le besoin de continuer la recherche dans ce domaine.

En 2020, une deuxième étude exploratoire a été publiée, celle-ci plus spécifique à l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire (Noushi et al., 2020). Ce projet visait à déterminer quelles approches ont été rapportées dans la littérature pour incorporer l'enseignement de la justice sociale dans un curriculum de premier cycle de médecine dentaire. Soixante-treize études ont été identifiées et analysées. Les résultats et l'analyse soulignent l'importance de modèles d'enseignement variés, de l'environnement académique dentaire, de mettre l'emphase sur la compétence culturelle, d'aborder l'éthique dentaire et la responsabilité sociale. Trois lacunes majeures ont été identifiées. Premièrement, un manque de discussion du contrat social entre les dentistes et la société. Deuxièmement, la justice sociale n'était pas explicitement mentionnée dans les curricula. Troisièmement, il n'existe aucun outil standardisé pour mesurer l'enseignement de ces sujets. Cette revue de littérature soutient la présence d'un manque de recherche et de connaissances concernant l'enseignement de la justice sociale.

La présente étude vise à acquérir des connaissances pour combler le manque de connaissances qui existe dans la littérature. Plus spécifiquement, nous cherchons à connaître la perception des étudiants, ainsi que celle des enseignants, sur l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire. En identifiant les éléments qui faciliteraient cet enseignement ainsi que les barrières qui empêcheraient l'acquisition de cette compétence, nous espérons créer un modèle pédagogique spécifique à la médecine dentaire, cohérent avec les modèles actuels d'enseignement de la justice sociale, pour former des professionnels de la santé dentaire qui sont socialement compétents et aptes à fournir des soins nécessaires et adaptés à la société.

Chapitre 4 – Méthodologie

Posture épistémologique et type d'étude

Le domaine de l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire est peu étudié. Nous voulions donc conceptualiser ce phénomène pour comprendre les enjeux spécifiques reliés à l'expérience vécue par les dentistes et futurs dentistes dans le contexte québécois. Le choix d'utiliser une méthodologie qualitative était basé sur le désir d'acquérir des connaissances sur un phénomène complexe et peu étudié, dans un contexte spécifique à la médecine dentaire au Québec. Cette phase qualitative descriptive aide à la compréhension de la valeur que les éducateurs académiques et cliniques, et les étudiants en médecine dentaire associent à l'enseignement de la justice sociale et comment l'intégrer dans le curriculum dentaire. De plus, nous avons sollicité ce qu'ils considèrent comme étant des qualités importantes pour développer des dentistes socialement compétents. Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi l'approche de la théorisation ancrée (Paillé, 1994). Ce devis cherche à expliquer un phénomène en se basant sur les données acquises sur le terrain, pour ensuite en induire une théorie. Les données sont codées et analysées pour faire émerger des catégories et des concepts qui sont mis en relation et intégrés pour induire un modèle. Ce modèle est peaufiné pour devenir une théorie, ancrée dans la réalité du contexte, pour expliquer le phénomène en question. Nous avons suivi les six étapes de la méthode d'analyse par théorisation ancrée : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation (Méliani, 2013).

Échantillonnage

Procédure d'échantillonnage

Nous avons tenu des entrevues individuelles avec les participants en utilisant une méthodologie d'échantillonnage dirigé (Patton & Patton, 1990) jusqu'à saturation. Nous recherchions une diversité de nos participants pour assurer la variabilité des paramètres du phénomène que nous voulions étudier (Miles & Huberman, 2003). L'échantillon a été divisé de façon égale entre les étudiants, professeurs et cliniciens, jusqu'à la saturation des données. En accord avec des études

antérieures utilisant une méthodologie qualitative descriptive (Mills, Frost, Kay, & Moles, 2015; Raja et al., 2015), un échantillon de douze à quinze personnes était suffisant pour atteindre le niveau de saturation. En effet, la saturation a été atteinte à la 18^e entrevue.

Recrutement

Le recrutement des participants s'est fait par le biais d'affiches exposées à différents endroits de la FMD à l'Université de Montréal ainsi que par courriels envoyés à l'ensemble des membres de la FMD.

Description des participants

Les participants recherchés étaient des membres de la FMD, âgés de plus de 18 ans, francophones, et ayant passé au moins 4 mois à la faculté. Les participants étaient donc des étudiants, professeurs, et cliniciens. Parmi les participants, 7 étaient des étudiants, 7 étaient des cliniciens, et 4 étaient des professeurs.

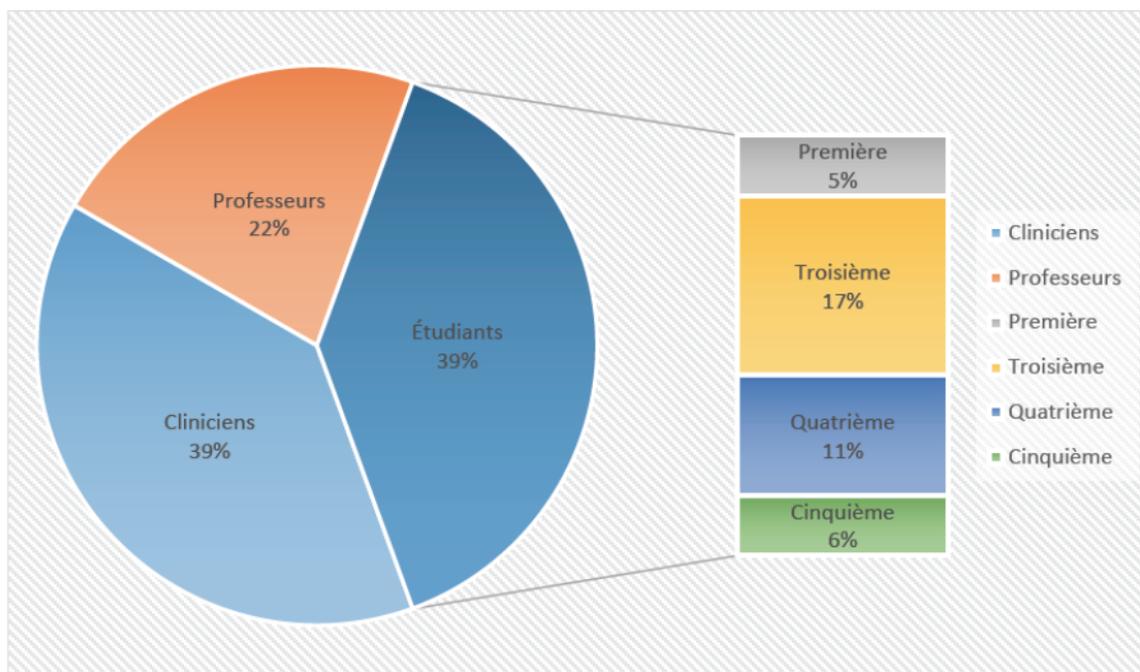


Figure 1. – Description des participants

Il y avait 11 femmes (61%) et 7 hommes (39%) qui ont participé à l'étude.

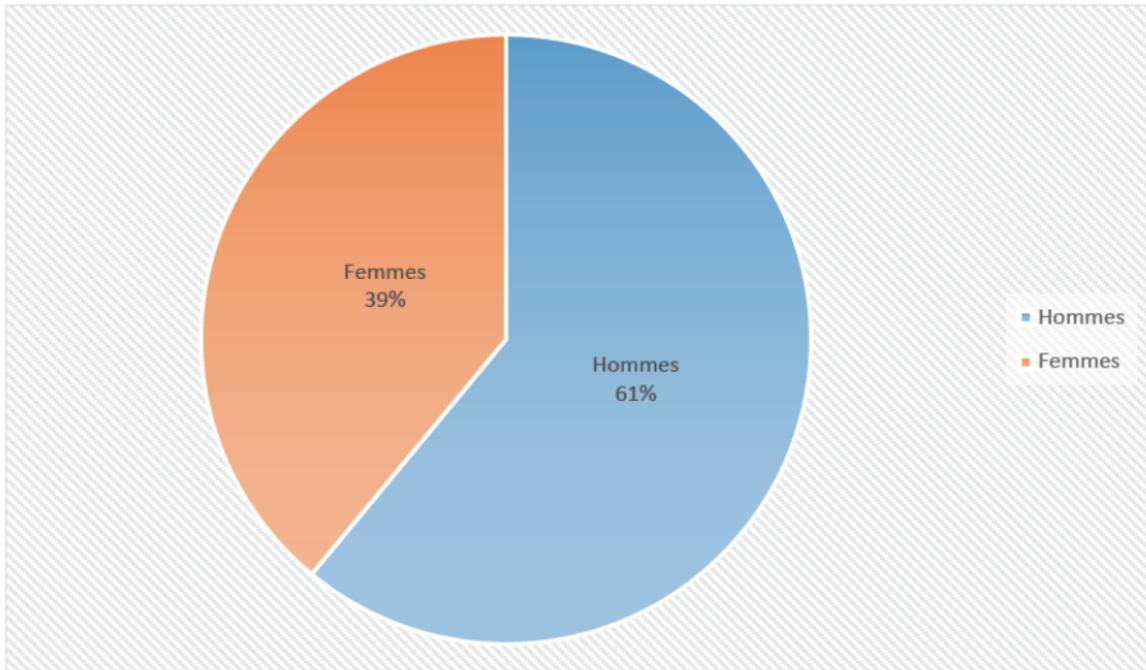


Figure 2. – Sexe des participants

Quatre participants avaient entre 18 et 25 ans, 7 avaient entre 26 et 35 ans, 2 avaient entre 36 et 45 ans, 4 avaient entre 46 et 55 ans, et un avait entre 55 et 65 ans.

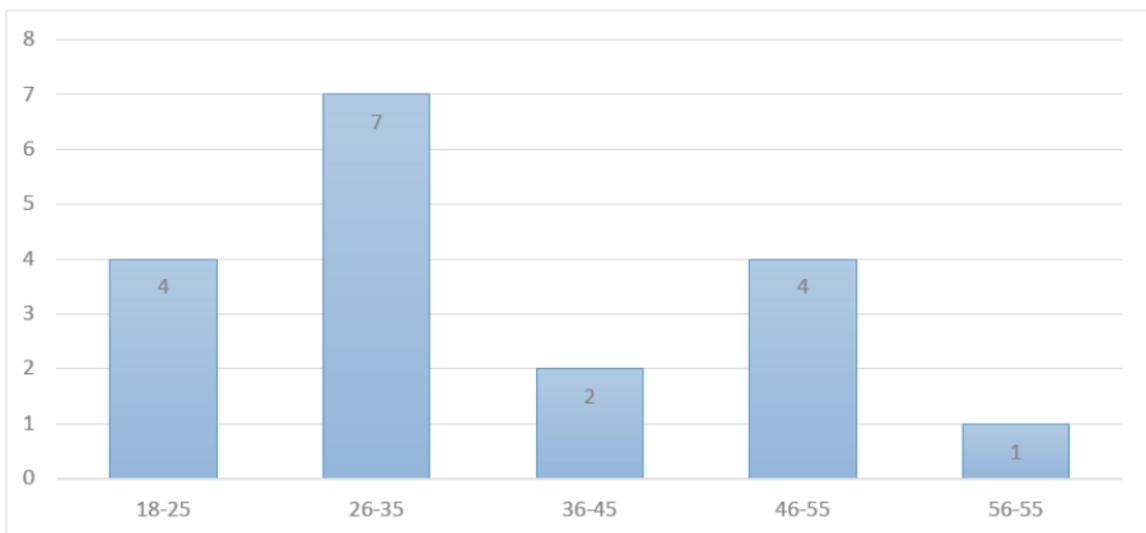


Figure 3. – Distribution d'âge des participants

Le plus haut niveau de scolarité de 4 participants était un diplôme d'études collégiales. Sept participants avaient un DMD, 5 avaient un DMD et un maîtrise. Un participant avait un baccalauréat et un participant avait une maîtrise, mais pas encore de DMD.

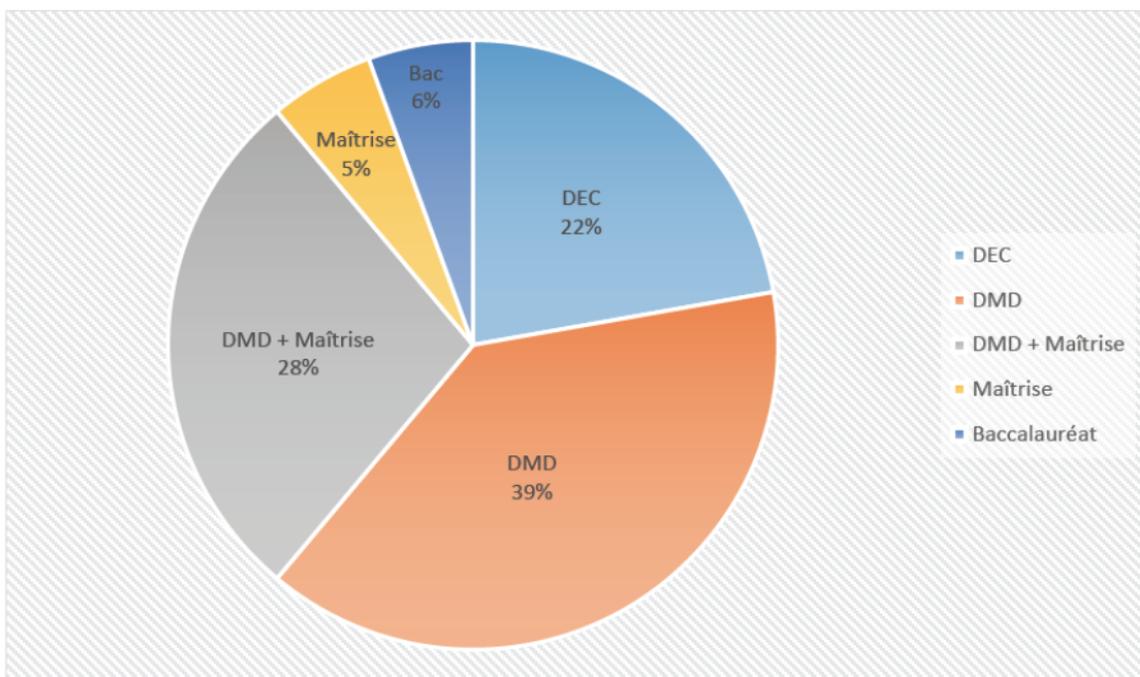


Figure 4. – Plus haut niveau de scolarité des participants

Huit participants se sont identifiés comme canadiens, 4 participants se sont identifiés comme canadiens d'une origine ethnique différente, 4 se sont identifiés comme étant d'une origine ethnique autre que canadienne et 2 n'ont pas répondu à cette question.

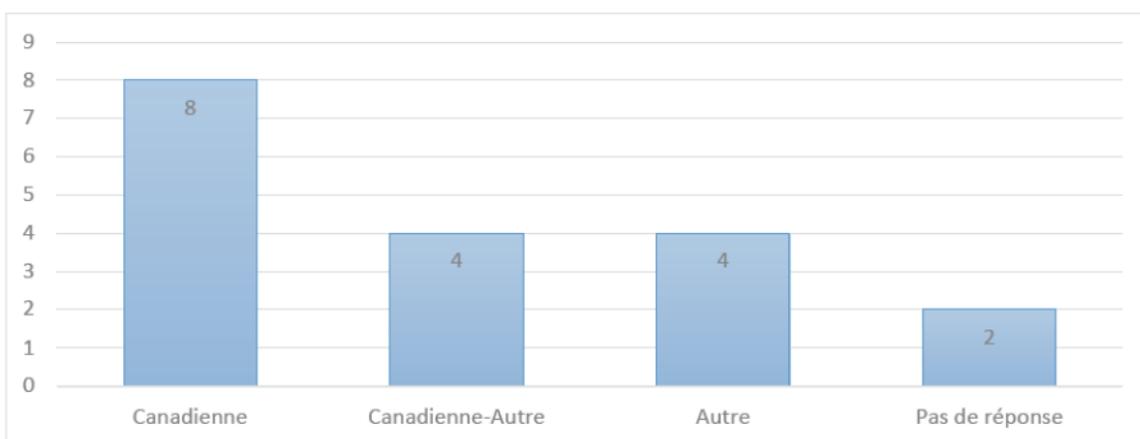


Figure 5. – Origine ethnique des participants

Description du milieu de recherche

Le terrain de recherche était la FMD de l'Université de Montréal. Le programme d'études en médecine dentaire est un programme universitaire de premier cycle d'une durée de cinq ans et qui comporte 219 crédits. La première année comporte surtout des cours théoriques avec des séances d'observation et d'assistance clinique. En deuxième année, les étudiants commencent leurs séances précliniques et cliniques en continuant leur formation théorique. En troisième année, ils continuent leur apprentissage théorique, préclinique, et clinique. En quatrième et cinquième année, les heures cliniques augmentent et les étudiants poursuivent leurs cours théoriques plus avancés. Durant leur parcours académique, ils ont l'occasion de participer à plusieurs stages externes, incluant des stages dans des milieux défavorisés. Certains stages sont obligatoires et d'autres sont facultatifs. Plusieurs étudiants participent aussi à des activités parascolaires.

Les séances cliniques à l'Université de Montréal sont supervisées par des cliniciens. Ces cliniciens pratiquent aussi en cabinet privé et participent à l'enseignement des étudiants une ou plusieurs fois par semaine.

La faculté de médecine dentaire emploie près de cinquante professeurs et chercheurs. Les professeurs peuvent avoir un poste à temps partiel ou à temps plein. La tâche de professeur inclut l'enseignement des étudiants, la recherche, le rayonnement, et la participation aux activités de l'institution universitaire.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient: (a) âgés de 18 ans ou plus; (b) francophones; (c) membres de la faculté de médecine dentaire depuis au moins 4 mois. Les critères d'exclusion étaient: (a) membres de la faculté de médecine dentaire depuis moins de 4 mois.

Triangulation

Nous avons utilisé une triangulation des sources en incluant les étudiants, professeurs et cliniciens comme participants à l'étude. Les expériences vécues étant différentes selon la position

dans la faculté de médecine dentaire, ceci nous a permis de dresser un portrait plus complet de l'enseignement de la justice sociale à la faculté.

Collecte des données

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique a été distribué à tous les participants de l'étude. Ce questionnaire visait à obtenir des informations sur l'âge, le sexe, la position dans la FMD (étudiant, professeur, clinicien), et l'origine ethnique des participants.

Entrevues semi-dirigées

Après l'obtention de leur consentement libre et éclairé, les participants étaient invités à participer à une entrevue semi-dirigée. Un outil de collecte de données a été développé au préalable, pour diriger l'entrevue et faire ressortir les éléments nécessaires pour répondre à la question de recherche. Les participants étaient libres de développer leurs idées et encouragés à participer activement à la discussion. Les entrevues étaient enregistrées sur un ordinateur protégé par mot de passe. Les entrevues ont duré environ 20 minutes à une heure, et étaient tenues dans un endroit qui convenait aux participants.

Traitement des données

Transcription des entrevues

Les entrevues enregistrées ont été transcrites intégralement à l'aide du logiciel NVivo Transcription (QSR International 2020). Pour éviter des erreurs de transcription, chaque texte a été révisé et validé par la chercheuse principale pour assurer l'intégrité avec l'enregistrement.

Codage, codage inverse et contre-codage interne

Les textes ont ensuite été téléchargés dans le logiciel QDA Miner 5.0 (Provalis 2016) pour permettre un codage numérique. Nous avons procédé à la lecture et la relecture du corpus de données et avons pris des notes et rédigé des mémos descriptifs. Ces notes et mémos ont servi à créer une grille de codage et ont été développés selon les thèmes émergents. Une codification

ouverte a alors été entreprise. Des codes ont été assignés aux différents passages de texte. La grille a été modifiée au fur et à mesure que les textes ont été lus et relus. Un codage inverse a été effectué pour vérifier la grille et la cohérence des unités de sens. Finalement, un contre-codage d'un échantillon aléatoire de 10% du corpus (Lombard, Snyder-Duch, & Bracken, 2010) a été effectué par une deuxième personne externe au projet de recherche. Un accord intercodeur de 80% est généralement souhaité (Miles & Huberman, 2003). Dans notre cas, un accord intercodeur de 91% a été observé.

Catégorisation

Des catégories ont ensuite été définies en regroupant des codes se rapportant à des thèmes semblables. Ces catégories représentaient un phénomène particulier observé dans le corpus de données. Cette étape a été primordiale afin de définir les éléments essentiels de notre cadre conceptuel et commencer à mettre en relation les différents concepts.

Analyse des données

Génération de thèmes et interprétation

L'immersion dans les données est un des fondements de l'analyse qualitative (Miles & Huberman, 2003). Cette immersion s'est continuée au long des étapes de codage et de catégorisation. À l'aide de notes et mémos, les thèmes émergents ont alors pu être mis en relation et intégrés. Nous avons établi des liens entre les différents thèmes et placé ces concepts dans le contexte particulier de la médecine dentaire au Québec. Ce travail d'abstraction nous a permis de développer plusieurs modèles pour expliquer la relation entre les éléments. Ces modèles ont été révisés et intégrés pour finalement arriver à notre théorisation ancrée dans nos données.

Synthèse intracas et intercas

Pour poursuivre notre synthèse des données, nous avons utilisé des analyses de fréquence pour dégager les codes que ressortaient le plus souvent de notre corpus de données. Ensuite, nous avons effectué une analyse par variables pour déterminer si les attitudes face à la justice sociale variaient selon les données sociodémographiques. Finalement, nous avons procédé à une analyse

des co-occurrences pour déterminer si certains thèmes étaient reliés de façon plus intime que d'autres.

Analyses quantitatives

Certaines questions de notre entrevue semi-dirigée ont incité les participants à répondre par l'affirmative ou la négative. Ces réponses nous ont permis de dégager certaines données quantitatives, qui ont été analysées de façon descriptive à l'aide du logiciel Microsoft Excel (2016).

Critères de scientificité

Il existe plusieurs façons d'assurer la scientificité d'une recherche qualitative (Creswell, Hanson, Clark Plano, & Morales, 2007; Drapeau, 2004; Santiago-Delefosse, Bruchez, Gavin, & Stephen, 2015). Nous avons utilisé les critères d'objectivité, de validité interne, de validité externe, de fidélité et d'application (Drapeau, 2004).

Objectivité

En recherche qualitative, l'objectivité complète est difficile à obtenir, par le fait même que le chercheur est immergé dans le terrain et participe activement à la collecte des données et aux entretiens avec les participants. Pour augmenter l'objectivité de cette étude, un contre-codage ainsi qu'un codage inverse ont été effectués. Le chercheur doit être conscient des sources potentielles de biais. Dans notre recherche, nous sommes conscients de l'existence d'un biais de sélection.

Biais de sélection

La participation à notre étude était volontaire. Les participants ont été sollicités par l'entremise d'affiches et de courriels invitant les participants à partager leurs expériences concernant l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire. La justice sociale étant un sujet auquel les gens accordent un taux d'importance différent selon leurs valeurs et leurs expériences, il est possible que ceux qui ont accepté de participer à notre étude soient déjà prédisposés à avoir une conscience sociale plus développée. Cette constatation nous amène à réfléchir sur la validité interne et externe de nos résultats qui seront discutés dans les prochaines sections.

Validité interne

La validité interne se réfère à la crédibilité des données, c'est-à-dire la vérification que les observations sont représentatives de la réalité (Drapeau, 2004). Un moyen d'augmenter la validité interne d'une étude est par la triangulation. Nous avons recruté des participants étudiants, professeurs, et cliniciens. Ceci nous a permis d'étudier le phénomène de l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire de différents points de vue. La convergence de ces points de vue est plus représentative de la réalité d'un seul groupe de personnes. Nous avons aussi effectué une validation auprès de certains participants, pour nous assurer que notre interprétation correspondait bien à la réalité vécue. Finalement, nous avons comparé nos résultats avec des études semblables pour confirmer la validité référentielle (Pourtois & Desmet, 2007).

Validité externe

La validité externe se réfère à la capacité de généraliser ou transférer les observations d'une étude dans d'autres contextes (Drapeau, 2004). En général, ce phénomène est plus fort en recherche quantitative, et est assuré par une représentativité de l'échantillon de la population étudiée. La recherche qualitative, par définition, implique l'étude de phénomènes spécifiques à un contexte ou un terrain particulier. L'échantillon est complet lorsque la saturation est atteinte, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de nouvelles informations qui ressortent des observations. Nous avons atteint une saturation à un n de 18. Pour assurer la validité externe de notre étude, nous avons décrit la population (étudiants, professeurs et cliniciens), le milieu (FMD de l'Université de Montréal), et le contexte plus global (contexte des soins dentaires privés au Québec) en détail (Boudreau & Arseneault, 1994). Ceci facilite la comparaison éventuelle avec d'autres groupes.

Fidélité

La fiabilité en recherche qualitative est la capacité d'une procédure à livrer les mêmes résultats (Drapeau, 2004). Cette fiabilité peut être influencée par plusieurs facteurs, incluant le moment dans le temps où la recherche a été effectuée, et des variations entre les individus. La description détaillée du protocole de recherche aide à augmenter la fiabilité. Nous avons aussi mis à la disposition des lecteurs notre questionnaire ouvert qui sert d'outil de collecte de données.

Finalement, dans notre analyse, nous avons pris porté une attention particulière au contexte spécifique de nos sujets pour dresser un portrait de l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire à l'Université de Montréal.

Application

La recherche qualitative implique une étude en profondeur d'un phénomène particulier (Drapeau, 2004). Il est habituellement plus difficile d'appliquer les conclusions plus largement, de façon plus générale. Pour réussir à atteindre une population plus étendue, cette étude sera publiée dans un journal scientifique pour la rendre accessible à d'autres chercheurs qui seraient intéressés à étudier le phénomène dans leur contexte. De plus, les résultats de cette recherche serviront à l'élaboration d'un questionnaire avec des mesures quantitatives qui pourra être distribué plus largement et servira à étudier le phénomène de l'enseignement de la justice sociale dans un contexte plus étendu.

Considérations éthiques

Rôle du chercheur

Cette étude a été menée selon les principes de la déclaration d'Helsinki (2013). La chercheuse principale avait le rôle de recruter les participants et de les informer des détails du projet, incluant les risques et bénéfices de leur participation. Elle a aussi distribué le questionnaire sociodémographique et le formulaire de consentement libre et éclairé avant l'entretien semi-dirigé. Les participants pouvaient poser des questions à la chercheuse en tout temps et pouvaient arrêter leur participation sans conséquence à n'importe quel moment. La chercheuse principale était aussi responsable de tenir et enregistrer les entrevues, transcrire et vérifier la transcription, traiter et analyser les données, et produire les résultats. Finalement, la chercheuse principale a rédigé un article scientifique ainsi que le présent mémoire. Bien que la chercheuse principale enseigne aux étudiants en médecine dentaire, la matière enseignée est distincte du sujet abordé dans la cette recherche. De plus, ce lien avec les étudiants n'altère aucunement leur liberté de consentement à accepter ou non l'entrevue.

Confidentialité et anonymat

Les participants étaient avisés verbalement et par écrit que leur participation était confidentielle et qu'ils ne pourraient pas être identifiés dans les analyses et les publications associées. Toutes les mesures possibles ont été entreprises pour protéger la confidentialité des participants. L'enregistrement audio des participants était fait de façon numérique. Tous les enregistrements étaient transcrits par la chercheuse principale et ont été classés selon des codes numériques au lieu des noms des participants sur un ordinateur protégé par mot de passe. Le matériel d'entrevue était codé et sauvegardé directement sans les noms des participants pour qu'ils ne puissent pas être identifiés. Toutes les données identifiables étaient gardées sur les serveurs de l'Université de Montréal, qui sont protégés par un mot de passe et seulement accessibles par Dre Kontaxis et Dr Esfandiari. Les données ont ensuite été transférées au serveur sécurisé du Dr Esfandiari et seront détruites après 7 ans. Tout matériel imprimé, incluant les formulaires de consentement, a été gardé dans un classeur barré dans un local sécurisé qui était accessible seulement aux chercheurs. Les résultats de l'étude seront publiés dans des journaux scientifiques et présentés à des conférences scientifiques. Nous pourrions citer les participants dans ces publications ou présentations, mais les lecteurs ne pourront pas identifier les participants ni identifier les personnes qu'ils mentionnent dans leurs entrevues. Tous les noms ont été effacés, et toute information qui permettra l'identification des individus a été supprimée. Un représentant du comité éthique de l'Université de Montréal, ou une personne désignée par ce comité, pourrait avoir accès aux données pour vérifier la conduite éthique de l'étude.

Autonomie et liberté

Les participants étaient informés que leur décision de participer à l'étude était complètement volontaire et qu'ils pouvaient refuser de répondre aux questions en tout temps. Ils ont aussi été libres de se quitter l'étude en tout temps, sans conséquence.

Risques et bénéfices

Il y avait peu de risques associés avec la participation à l'étude. Les participants pourraient ressentir un inconfort en discutant de certains sujets qui pourraient être sensibles. Ils étaient libres d'arrêter l'entrevue en tout temps et de ne pas répondre à une ou plusieurs questions s'ils

le désireraient. Il n’y avait aucun bénéfice direct aux participants, mais ils étaient informés que leur participation aiderait à mieux comprendre l’enseignement de la justice sociale en médecine dentaire et éventuellement l’améliorer. Aucune compensation n’a été donnée aux participants.

Consentement libre et éclairé

Le formulaire de consentement prenait en considération l’autonomie, la bienfaisance, et le respect des participants. Le consentement écrit était fourni aux participants par courriel avant l’entrevue. Ils ont eu le temps de le lire, de poser des questions et de le signer. Le consentement a pu être retiré par le participant en tout temps avant, pendant, ou après l’entrevue.

Approbation éthique

L’approbation éthique du CÉRC de l’Université de Montréal a été obtenue avant le début de la collecte de données (Certificat #CERC-19-075-D).

Financement

Ce projet de recherche n’était pas financé. Nous n’avons aucun conflit d’intérêts à rapporter.

Échéancier

Le tableau suivant résume l’échéancier de l’élaboration de ce projet de maîtrise.

	2019											2020									
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	
Plan d’étude	■																				
Revue de littérature		■	■	■	■																
Approbation éthique						■	■														
Recrutement								■	■	■	■	■	■								
Collecte de données											■	■	■	■	■						
Analyse												■	■	■	■	■					
Rédaction													■	■	■	■	■	■			
Dépôt initial																			■		
Dépôt final																				■	

Tableau 1. – Échéancier

Chapitre 5 – Résultats

Thèmes émergents

Thème 1 : Caractéristiques des étudiants

Conscience sociale

L'importance accordée à la justice sociale varie entre les individus. Généralement, les étudiants démontrent une ouverture d'esprit et une volonté de servir leur communauté. La conscience sociale est vue comme quelque chose d'interne à l'individu.

« Je pense que les étudiants en général, surtout dans les domaines de la santé, on a quand même une conscience sociale qui est développée à la base quand on rentre dans ces programmes-là. »

(Participant 12)

« La conscience sociale c'est quelque chose qui varie d'une personne à l'autre à un niveau plus personnel. » (Participant 11)

« Je pense que les jeunes générations sont vraiment motivées à s'engager à ce niveau-là. »

(Participant 18)

Valeurs intrinsèques

Les valeurs individuelles des étudiants influencent leur attitude envers la justice sociale.

« Il y a des gens pour qui c'est une question de personnalité, il y a des gens qui sont ouverts, qui sont curieux et qui sont ouverts à apprendre plus. Il y en a d'autres qui ne veulent pas trop savoir. »

(Participant 2)

« Pour moi, depuis avant même la médecine dentaire, j'avais toujours le concept que j'allais aider les gens. » (Participant 1)

Expérience de vie

Malgré une diversité culturelle présente dans les cohortes d'étudiants, il existe une perception que les étudiants en médecine dentaire proviennent de milieux relativement aisés.

« C'est que les étudiants en médecine dentaire viennent généralement de familles, de milieux assez favorisés, puis plusieurs d'entre eux peuvent ne pas avoir été exposés à cette réalité-là dans leur vie quotidienne. » (Participant 7)

« J'imagine que la vaste majorité c'est des gens qui ont évolué dans des milieux favorisés avec un bel encadrement, les cohortes étudiantes ne représentent pas la diversité qu'on retrouve dans la société alors il faut un peu les exposer à ça. » (Participant 14)

Thème 2 : Enseignement actuel

Caractère implicite de l'enseignement

Le caractère implicite ou indirect de l'enseignement de la justice sociale a été évoqué par la majorité des participants (15/18). Les étudiants rapportaient avoir brièvement discuté du sujet dans le cadre d'autres cours. Les professeurs et cliniciens mentionnaient que la justice sociale était un concept sous-entendu dans leur enseignement.

« C'est survolé. Mais je ne pense pas que c'est [...] un concept qui est abordé de façon claire. »
(Participant 6)

« Ce n'est pas présenté comme tel, c'est sous-entendu. » (Participant 11)

« Indirectement, on le voit de façon implicite. » (Participant 10)

Enseignement théorique

Actuellement à l'Université, il n'existe pas de cours spécifique portant sur la justice sociale. Certaines notions liées à la justice sociale comme l'accessibilité aux soins sont discutées dans le cadre d'autres cours comme les cours d'éthique, de philosophie, de droit et d'approches populationnelles. Les participants n'avaient pas reçu de définition claire de ce qu'est la justice sociale.

« On n'a pas nécessairement de cours qui va définir exactement c'est quoi la justice sociale. »
(Participant 12)

Enseignement clinique

Au niveau clinique, le concept de la justice sociale semble être un peu plus concret lorsque l'opportunité se présente.

« Oui, j'en fais part à mes étudiants quand j'ai l'occasion pour leur faire prendre conscience que c'est important. » (Participant 11)

« Je le fais intuitivement devant le patient, et après ça je peux prendre l'étudiant à part et dire – regarde ce que j'ai fait dans telle situation. » (Participant 6)

« Quand on parle de traitement, je me recentre toujours sur le patient, et d'expliquer [à l'étudiant] que des fois malgré ce qu'ils me proposent, ce n'est peut-être pas ce que le patient désire. J'essaie toujours de recentrer sur les besoins, que la personne ait les mêmes chances que tout le monde. »
(Participant 16)

Évaluations

Au niveau théorique, il ne semble pas y avoir une évaluation formelle de l'enseignement de la justice sociale. En clinique, il n'existe pas de critère spécifique d'évaluation de l'application de la justice sociale. L'évaluation de ce concept varie selon le clinicien. Lorsqu'il est évalué, il est intégré au critère d'évaluation « professionnalisme ». Ainsi, si un professeur ou un clinicien remarque une attitude juste et professionnelle de la part d'un étudiant envers un patient, il lui en fera part dans son évaluation.

« Dans nos critères [...] c'est le comportement professionnel. Oui, un peu oui, ça rentre un peu là-dedans effectivement. Quelqu'un qui n'a pas écouté le patient [...] ou si la communication de semble pas respectueuse, s'il y a des jugements face à l'habillement ou l'apparence... »
(Participant 16)

Points forts

Les points forts du programme actuel qui ont été évoqués sont l'exposition des étudiants à des populations diverses et l'absence de discrimination au niveau de l'enseignement.

Les traitements dentaires à l'Université sont généralement moins dispendieux qu'en bureau privé. Ainsi, les étudiants sont exposés à une grande variété de patients provenant de milieux socio-économiques différents. Étant dans une ville métropolitaine, les patients de l'Université de Montréal proviennent aussi de différentes cultures. En plus des patients vus à l'Université, certains étudiants s'impliquent dans des stages communautaires volontairement et ont donc aussi une exposition à des populations vulnérables, avec des réalités différentes, incluant ceux qui sont médicalement compromis.

« Les étudiants sont exposés à différents milieux de travail, vont des travaux avec des patients de différentes conditions et qui viennent de différentes catégories sociodémographiques. Alors ça force un peu à penser à des gens de différents backgrounds ayant différentes difficultés. »
(Participant 14)

« Je trouve que c'était quand même bien de justement faire [ces stages] parce qu'on a beau voir des cours sur les principes d'égalité, de justice sociale, de traiter tout le monde de la même manière, de pas porter de préjugés, mais quand t'es vraiment dans le milieu et que tu vois vraiment comme des gens qui sont dans le besoin, et tu les traites et ils sont vraiment contents parce qu'ils n'ont pas nécessairement les moyens, c'est là vraiment que tu prends conscience de tout. » (Participant 12)

Plusieurs participants ont aussi évoqué la notion d'égalité et d'absence de discrimination dans l'enseignement des étudiants.

« Ils mettent l'emphase pour que [...] peu importe le sexe de l'étudiant, qu'il y ait vraiment une égalité au niveau de l'enseignement. » (Participant 11)

« C'est sûr qu'à la faculté, je dirais que tous les étudiants sont traités de manière égale. »
(Participant 2)

Lacunes observées

Parmi les points qui pourraient être améliorés se retrouvent le caractère volontaire de certains stages, le manque d'exposition aux plans de traitement alternatifs et certaines expériences de discrimination observées par les étudiants ou les cliniciens.

Plusieurs stages en milieu communautaire sont facultatifs. Il existe aussi un organisme étudiant qui vise à promouvoir la santé buccodentaire aux populations vulnérables au niveau local et international. Les étudiants qui y participent le font également de façon volontaire. Ainsi, l'exposition à différentes populations est variable selon l'étudiant. Il a été suggéré que ces stages devraient faire partie du curriculum.

« Je trouve que dépendamment de la voie de pratique [que les étudiants] vont décider, ça se peut qu'ils ne soient jamais mis en présence de populations plus vulnérables, de gens excessivement pauvres, de personnes aux prises avec des problèmes de drogue, des gens qui sont dans la rue. J'ai l'impression que s'ils l'étaient plus, ils pourraient faire le choix aussi dans leur pratique d'aller aider ces gens-là, mais là j'ai l'impression qu'ils ne le voient pas. » (Participant 15)

En ce qui a trait aux patients vus à la clinique de l'Université, il y avait le sentiment de ne pas avoir beaucoup d'exposition à des plans de traitements alternatifs ou autres que l'idéal. Ceci se reflète par une difficulté pour certains, lorsqu'ils commencent la pratique privée, à proposer des plans de traitements alternatifs à leurs patients.

« Moi, je vois les étudiants – il manque une dent, on va mettre un implant – c'est beau, mais il y a gens qui n'ont pas les moyens » (Participant 8)

Finalement, malgré un sentiment général des valeurs de justice sociale à la faculté, certains ont rapporté des expériences négatives observées dans la perception de certains étudiants ou cliniciens par rapport à des patients de milieux socio-économiques défavorisés.

Thème 3 : Barrières à l'enseignement

Manque de temps dans le curriculum

Tant au niveau clinique que théorie, le manque de temps dans le curriculum a été identifié comme une barrière importante à l'enseignement de la justice sociale.

« On passe beaucoup de temps sur d'autres choses, les traitements, l'emphase sur les techniques et tout ça, mais [la justice sociale] c'est survolé, mais sans plus. » (Participant 6)

« Je ne pense pas qu'on l'enseigne parce que le temps est trop restreint pour X raisons, on ne l'enseigne pas. » (Participant 13)

Réceptivité/intérêt

Les opinions étaient partagées sur si les étudiants seraient réceptifs à l'enseignement de la justice sociale. Plusieurs participants ont exprimé que selon leurs observations, les étudiants seraient ouverts et intéressés à ce sujet. D'autres ont remarqué que certains étudiants n'ont pas d'intérêt à apprendre et à s'impliquer dans la justice sociale.

« D'après moi, les étudiants, un grand nombre d'étudiants seraient particulièrement ouverts à cette discussion-là. » (Participant 7)

« Je ne pense pas que la majorité des étudiants c'est à ça qu'ils pensaient quand ils sont rentrés en médecine dentaire. Ce n'est pas entièrement associé à la médecine dentaire d'habitude. Ils se voient peut-être dans un beau bureau, et c'est correct aussi, c'est tout un volet de la pratique, mais il faudrait trouver un moyen de piquer l'intérêt, d'aller susciter l'intérêt chez les plus réticents. » (Participant 15)

Mise en œuvre

Certaines difficultés ont été évoquées quant à l'application de l'enseignement. Par exemple, certains considèrent que c'est un sujet difficile à aborder, surtout chez une population considérée assez privilégiée.

« Je pense que la volonté est là, mais c'est plus la mise en application qui n'est peut-être pas aussi simple et facile. » (Participant 1)

« Je dirais plus que c'est sensible comme sujet. C'est ça que je trouve difficile, c'est qu'il faut quand même expliquer des choses qui sont la réalité dans la vie, mais c'est sensible comme sujet et tout le monde a un avis différent. C'est quand même personnel comme sujet. » (Participant 2)

Formation et disponibilité des enseignants

L'Université engage des enseignants qui proviennent de plusieurs générations et de contextes différents. Puisque la justice sociale n'est pas traditionnellement enseignée en médecine dentaire, le vécu des enseignants peut varier considérablement. Ainsi, une barrière à l'enseignement serait de former les enseignants pour que les mêmes valeurs soient véhiculées à travers la faculté.

« J'imagine que les professionnels qui nous enseignent devraient avoir les mêmes valeurs et la même mentalité par rapport à ça, ce qui ferait en sorte que tout le monde serait sur la même page. » (Participant 3)

Pour maximiser l'exposition des étudiants aux populations vulnérables, des séances cliniques à l'extérieur de l'Université seraient nécessaires. Ceci pourrait poser une problématique quant à la disponibilité des cliniciens qui auraient à se déplacer.

« Le seul problème, c'est de trouver des cliniciens qui vont aller jusque-là et superviser. »
(Participant 1)

Contraintes financières

Les soins dentaires sont coûteux, et le roulement d'une clinique dentaire implique plusieurs coûts fixes, des équipements hautement spécialisés et beaucoup de ressources humaines. Pour offrir une accessibilité aux soins à tous, certains de ces coûts doivent être pris en charge par d'autres entités. Ceci représente donc une barrière potentielle à la mise en place de cliniques spécialisées pour exposer les étudiants aux populations vulnérables.

« [...] peut-être certaines réticences de la direction pour des raisons monétaires. Ouvrir une clinique pour les gens dans la rue ça coûte beaucoup d'argent, il faut aller chercher les subventions. » (Participant 15)

« À quel point est-ce qu'on peut aider les gens sans oublier les besoins de la faculté, les besoins de la clinique [...], qui sont de pouvoir travailler parce que si on ne fait pas rentrer l'argent, on ne peut pas continuer [en tant que] clinique dentaire. » (Participant 1)

Thème 4 : Enseignement souhaité

Caractéristiques générales

Les éléments jugés nécessaires à l'enseignement de la justice sociale étaient une prise de conscience par les étudiants, l'introduction du sujet tôt dans le curriculum, un enseignement intégré à plusieurs cours et soutenu au long du programme.

La sensibilisation des étudiants aux inégalités existantes dans la société a été identifiée comme une étape importante pour la formation de dentistes qui serviront leur communauté de façon juste et équitable.

« Je pense que l'enseignement idéal, [...], c'est de conscientiser les étudiants qui peut-être n'ont pas été exposés à ça dans leur vie » (Participant 8)

Plusieurs participants ont suggéré l'intégration des stages communautaires tôt dans le curriculum, pour permettre une sensibilisation aux populations vulnérables dès le début du parcours académique.

« Par exemple, en première, deuxième année, quand on fait des stages d'observation clinique à la faculté, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui auraient aimé ça faire une ou deux journées d'observation dans différents stages communautaires. » (Participant 12)

Une autre caractéristique désirée de l'enseignement de la justice sociale est l'intégration du sujet dans plusieurs cours. Par exemple, lorsque les étudiants apprennent certaines pathologies, ou les plans de traitement en restauration, il serait souhaitable de relier le concept de justice sociale et comment l'appliquer dans différentes circonstances.

« J'aurais aimé voir plus d'exemples de ça dans les cours. » (Participant 9)

Finalement, pour renforcer les notions apprises, l'enseignement idéal de la justice sociale serait soutenu tout au long du curriculum.

« Je pense que c'est essentiel que ce soit enseigné régulièrement ou redit régulièrement, pas seulement dans les premiers niveaux, mais même surtout à la fin. » (Participant 16)

Enseignement théorique

Pour un enseignement théorique idéal, une première étape serait d'assurer une formation adéquate et uniforme des professeurs et cliniciens.

« Les cliniciens devraient être mieux formés pour pouvoir à leur tour former les étudiants. » (Participant 7)

Ensuite, les méthodes d'enseignement suggérées incluent des mises en situation/présentation de cas cliniques, des capsules vidéos, des témoignages de patients, des modules en ligne et des discussions ouvertes. L'engagement actif de l'étudiant semblait être un facteur souhaitable dans les techniques d'enseignement.

« Je crois qu'on comprend un petit peu plus les choses quand on a des cas cliniques ou des mises en situation, avec des vidéos. » (Participant 10)

« Une ressource en ligne, comme des capsules vidéo qu'on pourrait revoir pour nous rafraîchir la mémoire sur c'est quoi les valeurs de justice sociale, quelque chose qu'on peut revisiter à plusieurs reprises, même en prenant des décisions cliniques. » (Participant 9)

« C'est sûr que des témoignages pourraient être quelque chose de bien, des témoignages de gens de différents milieux. » (Participant 12)

« On pourrait avoir des mises en situation au niveau du web, au niveau de l'interaction entre les gens pour leur faire réaliser que c'est important d'avoir un certain objectif de bien-être des autres. » (Participant 14)

« C'est d'en parler de façon plus ouverte et de non juger. » (Participant 8)

Un cours didactique purement théorique ne semble pas être une méthode qui motive les étudiants, ni les enseignants.

« On peut être très, très, très théorique, mais on ne marquera rien en faisant ça. » (Participant 8)

Enseignement clinique

Au niveau clinique, le développement de programme pour augmenter l'exposition à différentes populations serait souhaitable. Ceci semble permettre aux étudiants d'intégrer les notions apprises.

« Peut-être leur inciter à faire des projets qui vont les exposer à une diversité de personnes et à leurs conditions, à leurs difficultés. » (Participant 4)

« De s'assurer que vraiment ils connaissent des milieux qui sont plus vulnérables, les encourager aussi à voir différents milieux parce qu'il y a des personnes vulnérables, il y en a de toutes sortes et il y en a dans différents milieux. » (Participant 17)

« Je penserais à des stages dans différents milieux [...], où les étudiants vont rencontrer différents patients, rencontrer différents intervenants de la santé et discuter avec ces gens-là, puis on espère, apprendre de ces échanges-là, apprendre à apprécier différentes problématiques qu'on peut retrouver dans la société. » (Participant 14)

Évaluations

Les opinions sur les évaluations étaient divisées. Du point de vue étudiant, une emphase sur l'évaluation théorique semblait les démotiver à s'immerger dans le sujet. Au niveau des enseignants, il a été suggéré de mettre l'emphase sur l'évaluation de l'application de la justice sociale en clinique.

« Moins on est évalués là-dessus, moins c'est stressant, plus on va s'en rappeler et avoir le temps de vraiment réfléchir aux concepts et puis les digérer. » (Participant 9)

« Je pense qu'il aurait lieu d'adapter l'évaluation des étudiants dans certains contextes de stage pour que les évaluations soient moins axées sur la technique, mais plus sur l'interaction sociale ou l'interaction communautaire. » (Participant 7)

Thème 5 : Application de la justice sociale

Soins accessibles

Lorsqu'on explore comment appliquer la justice sociale dans le domaine dentaire, le concept d'accès aux soins est souvent évoqué.

« Quand je pense à la justice sociale en médecine dentaire, je pense peut-être à l'accès aux soins. »
(Participant 15)

« C'est le droit à tout le monde d'avoir accès à quelque chose, soit un soin ou autre, selon son besoin, de façon équitable pour tout le monde. » (Participant 6)

Soins adaptés

L'application de la justice sociale implique également de prodiguer des soins qui sont adaptés au contexte individuel de la personne.

« S'adapter selon les différentes populations, puis d'offrir le meilleur selon les besoins et les moyens de chacun. » (Participant 5)

« Il faut s'adapter en fonction de chaque personne et des besoins de chaque personne. »
(Participant 1)

« En tant que professionnel, je pense que c'est une richesse de pouvoir gérer des patients qui n'ont pas nécessairement la même mentalité que nous. » (Participant 3)

Égalité et absence de discrimination

L'égalité et l'absence de discrimination étaient aussi des facteurs importants dans l'application de la justice sociale.

« La justice sociale sur un terme général c'est que tout le monde doit être traité de façon égale et peu importe les circonstances. Et puis ça ne doit pas être basé sur le niveau socio-économique ou de race ou quoi que ce soit. Il faut que tout le monde soit sur un même point d'égalité. »
(Participant 11)

« La justice sociale [...] c'est de s'assurer qu'on a des mesures qui sont justes pour tous les citoyens, peu importe leur niveau d'éducation, leur revenu. Donc c'est que les mêmes règles, les mêmes offres en termes de santé publique ou d'éducation soient les mêmes pour tous les gens d'un secteur donné. » (Participant 8)

Impact du contexte socioculturel et économique

Les soins dentaires étant du domaine privé, les contraintes financières ont été identifiées comme étant la barrière la plus importante à l'accès aux soins adaptés.

« La médecine dentaire ça coûte des sous, donc ça crée quand même une barrière pour certaines personnes pour les traitements. » (Participant 1)

Les différences culturelles et l'importance accordée à la santé buccodentaire ont aussi été évoquées comme ayant un impact sur les soins sollicités par la population.

« On veut réparer tes dents, [mais il y a des gens] qui ne priorisent pas ça, qui n'ont pas les moyens. » (Participant 8)

Finalement, l'exclusion de la bouche du reste du corps humain en matière de santé du point de vue gouvernemental pose un problème au niveau de l'accessibilité à certains soins, notamment en reconstruction après un trauma ou un cancer.

« Je pense que c'est difficile de tout avoir, de tout obtenir dans cette société, en fait, ce qui est important en médecine dentaire [...], ou les domaines qui relèvent de la médecine, mais qui ont été écartés d'une certaine façon. On n'est pas du tout dans une même approche, prise en charge par le gouvernement. » (Participant 13)

« [À l'hôpital], ils voyaient l'implant dentaire comme toujours esthétique. Oui, des fois c'est esthétique mais si tu perds une dent, c'est un organe. Si tu as un abcès dentaire, c'est infecté, tu restes trois semaines à l'hôpital, il faut comprendre que ça fait partie du corps humain, et on peut faire des miracles avec des implants et à un coût relativement acceptable [pour la société]. »
(Participant 8)

Résultat d'une conscience sociale collective accrue

Ainsi que la conscience sociale est associée plutôt à l'individu, la justice sociale semble découler d'une conscience sociale collective. La justice sociale serait le résultat d'actions provenant d'individus avec une conscience sociale développée.

« La conscience sociale, pour moi, c'est plus quand on est au courant qu'il y a des injustices, [...], on est au courant de ce qui nous entoure socialement, [...], mais la justice sociale en tant que telle c'est un concept actif, comme si on essayait d'intervenir. » (Participant 9)

« On devrait en tant que profession viser la justice sociale, tandis que la conscience sociale c'est quelque chose qui est individuel. Chaque dentiste, idéalement, devrait avoir une certaine conscience sociale, mais la justice sociale c'est quelque chose qu'on doit organiser comme profession. » (Participant 7)

Chapitre 6 – Discussion

Analyse

Thème 1 : Caractéristiques des étudiants

Les étudiants ont à la base une certaine conscience sociale. Les valeurs personnelles et les expériences de vie de la personne ont été identifiées comme des éléments qui contribuent au développement de cette conscience sociale. En effet, l'implication volontaire des étudiants dans des activités de promotion de la justice sociale était associée à une motivation interne de leur part.

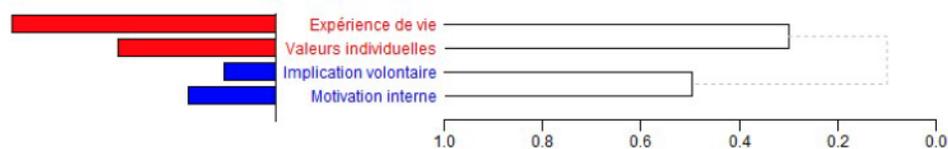


Figure 6. – Index de similarité : Coefficient de Jaccard

Ces résultats suggèrent que l'altruisme serait une caractéristique innée, du moins en partie. L'éducation en bas âge, familiale ou scolaire, pourrait aussi contribuer au développement des valeurs altruistes. En mettant l'accent sur l'implication communautaire lors du processus d'admission, les facultés dentaires pourraient d'emblée recruter une cohorte d'étudiants qui seraient plus enclins à vouloir soigner des populations vulnérables (Beemsterboer, 2006). Par contre, une hypothèse émergente est que l'enseignement lors du curriculum du premier cycle en médecine dentaire pourrait aussi contribuer au développement de la conscience sociale, en dehors des circonstances personnelles de l'individu. En effet, il existe une certaine perception à l'Université de Montréal que les étudiants en médecine dentaire viennent généralement de milieux favorisés. La présente enquête n'a pas spécifiquement exploré les motivations des participants à devenir dentistes, mais d'autres études ont suggéré que les étudiants en médecine dentaire étaient plus motivés par la sécurité financière que l'altruisme associé à la profession (Crossley & Mubarik, 2002; Gallagher et al., 2008). Une emphase sur les motivations des étudiants

à devenir dentistes lors de la phase de recrutement pourrait également contribuer à augmenter la proportion de dentistes intéressés à la justice sociale.

Thème 2 : Enseignement actuel

Le caractère implicite de l'enseignement actuel de la justice sociale a été évoqué de façon constante par les étudiants, cliniciens et professeurs. Au niveau théorique, le sujet a été survolé dans le cadre de plusieurs cours, mais les étudiants n'avaient aucune définition concrète, ni de lignes directrices sur comment appliquer la justice sociale. Au niveau clinique, l'exposition était variable selon le clinicien qui enseignait et selon la motivation individuelle de l'étudiant de s'impliquer dans des stages facultatifs dans des milieux défavorisés. Malgré cela, l'exposition des étudiants à une population diverse à la faculté et l'absence de discrimination dans l'enseignement ont été identifiées comme des points forts de la situation actuelle. Les lacunes observées dans le curriculum incluent le fait que plusieurs stages communautaires sont facultatifs et que les plans de traitement alternatifs qui pourraient être mieux adaptés à certaines populations ne sont pas discutés. Le manque d'exposition à certaines populations dans le curriculum ainsi que le manque de discussion sur des plans de traitements alternatifs ont surtout été discutés par les professeurs et les cliniciens. Le fait que les étudiants ne savent pas encore ce qui manque dans leur enseignement avant d'être exposés à la pratique indépendante pourrait expliquer ce phénomène.

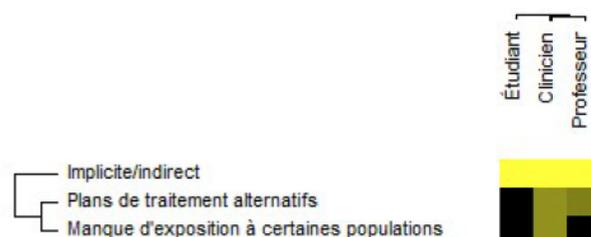


Figure 7. – Carte thermique des codes selon le rôle à la FMD

Les propos des professeurs et des étudiants avaient un index de similarité plus élevé que celui des cliniciens. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les cliniciens sont moins souvent à la FMD que les étudiants et les professeurs et pourraient donc avoir une perspective différente de l'enseignement actuel.

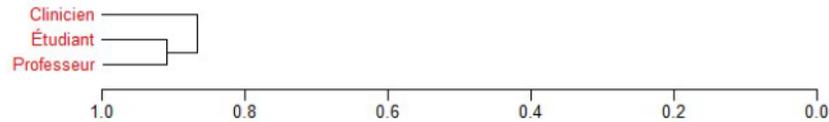


Figure 8. – Index de similarité : Enseignement actuel

L'enseignement actuel à l'Université de Montréal ne semblait pas prioriser la réflexion personnelle. Cet outil d'enseignement est fréquemment utilisé pour aider les étudiants à penser de façon critique et à réfléchir à leur expérience dans la communauté (Furlini et al., 2018). La praxis de Freire nous indique que la réflexion mène à l'action. En intégrant la réflexion à l'enseignement de la justice sociale, les étudiants pourraient plus facilement passer du savoir (être au courant qu'un problème existe) à l'action, c'est-à-dire, à l'application de la justice sociale dans la communauté.

Thème 3 : Barrières à l'enseignement

Parmi les barrières à l'enseignement proposées, on retrouve le manque de temps, l'incertitude face à la réceptivité des étudiants à apprendre, la difficulté de mettre en œuvre un cours, la formation des enseignants et les contraintes financières. Le manque de temps était identifié comme barrière par les étudiants, cliniciens et professeurs. Au niveau de la réceptivité, il n'y avait pas de consensus. Les opinions étaient divisées entre ceux qui croyaient que les étudiants seraient réceptifs et ceux qui avaient des doutes. Ceci pourrait refléter l'influence des valeurs personnelles des étudiants sur la conscience sociale. Plusieurs études soulignent l'importance de l'influence des enseignants sur les étudiants (Noushi et al., 2020). Le fait d'avoir des professeurs et cliniciens qui partagent les valeurs d'altruisme et un sens de justice sociale aurait une influence positive sur la perception des étudiants de ces sujets. Malgré que les émotions fortes parfois provoquées par un sujet sensible comme l'injustice ont été rapportées dans d'autres études (Pilcher, Charles, & Lancaster, 2008), ceci n'a pas été identifié comme une barrière dans notre population. Il est intéressant à noter que dans cette étude, les considérations monétaires n'étaient pas évoquées par les étudiants, mais seulement par les professeurs et cliniciens.

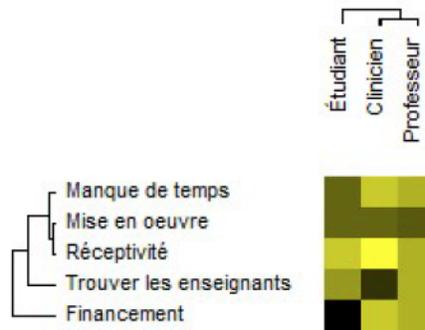


Figure 9. – Carte thermique : Barrières à l’enseignement

Thème 4 : Enseignement souhaité

L’élément le plus souvent mentionné pour un enseignement adéquat de la justice sociale était la prise de conscience par les étudiants. En effet, ce concept a été évoqué dans 89% des entretiens (16/18). Les techniques d’enseignement proposées, en ordre de fréquence, étaient les mises en situation, l’exposition à des populations diverses, des stages, des capsules vidéos, des modules en ligne, des témoignages de patients et intervenants sur le terrain, les discussions ouvertes, et l’engagement actif des étudiants.

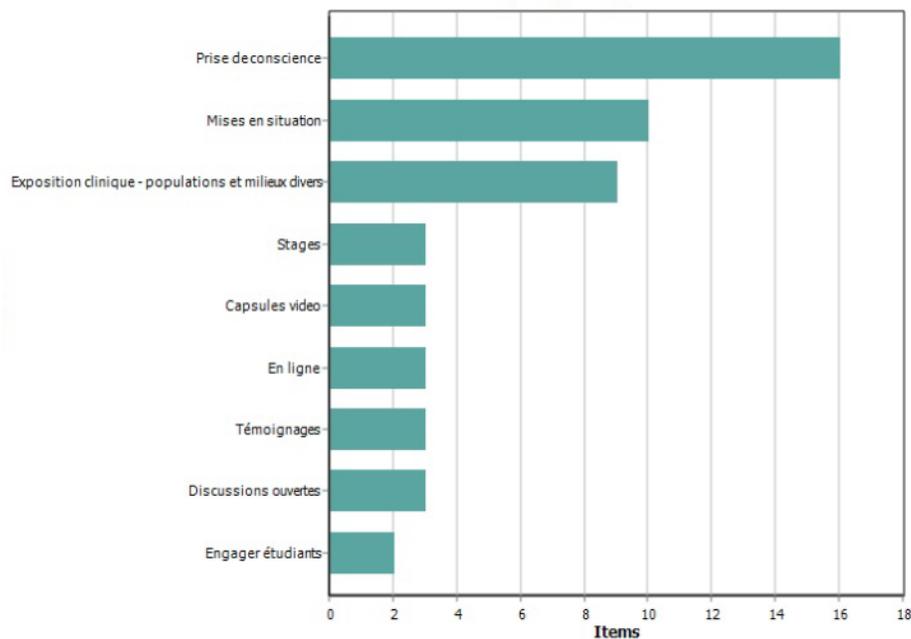


Figure 10. – Fréquence des codes : Enseignement souhaité

L'importance de cette sensibilisation et de la reconnaissance de la position du professionnel dans la relation patient-professionnel a aussi été suggérée par Stone (Stone, 2008). Les mises en situation pour compléter l'enseignement théorique sont aussi supportées dans la littérature (Lévesque & Bedos, 2011). Au-delà de la prise de conscience, une reconnaissance de sa propre position au sein de systèmes d'inégalité et un sens de responsabilité sont requis pour mener au changement (Hackman, 2005; Hahn Tapper, 2013). La réflexion personnelle est primordiale pour atteindre cet objectif.

Les caractéristiques souhaitables de l'enseignement de la justice sociale étaient l'introduction du concept tôt dans le curriculum, l'intégration du sujet dans d'autres cours, et à un moindre degré, un enseignement soutenu au long du curriculum.

Tôt Intégré Soutenu

Figure 11. – Nuage de mots : Caractéristiques de l'enseignement idéal de la justice sociale

Un modèle intéressant serait donc d'introduire la justice sociale de façon théorique, incluant une définition claire, au début du cours de premier cycle. Ensuite, il serait intéressant d'intégrer le concept dans d'autres cours, notamment au niveau de l'approche patient et des plans de traitements et encourager la réflexion personnelle sur la responsabilité du dentiste envers la société. Finalement, l'exposition clinique à des populations diverses pourrait se faire tout au long du curriculum.

Thème 5 : Application de la justice sociale

Le terme « justice sociale » était souvent associé au concept d'accessibilité aux soins et aux soins adaptés aux besoins d'une population particulière. Lorsqu'on parlait de soins qui étaient adaptés, ceci était très souvent associé aux contraintes financières des patients. C'est-à-dire, pour les participants de cette étude, offrir des soins adaptés signifiait offrir des soins abordables pour le patient.

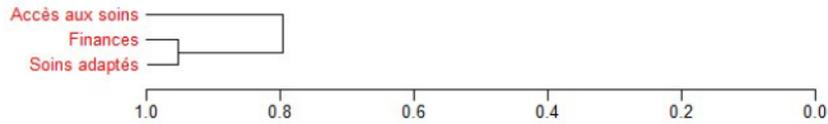


Figure 12. – Index de similarité : Termes associés à la justice sociale

Le principe d'égalité et d'absence de discrimination était évoqué dans 62% des entretiens (12/18). L'objectif ultime de pouvoir appliquer la justice sociale impliquerait donc de pouvoir augmenter l'accès aux soins à la population. L'enseignement de la justice sociale a pour but de sensibiliser les étudiants et encourager une réflexion personnelle pour qu'ils puissent avoir les outils nécessaires pour prodiguer des soins adaptés et accessibles à un plus grand nombre de personnes.

Le contexte socio-économique du Québec avait un impact sur la perception de la justice sociale. Les deux éléments évoqués étaient les considérations financières, c'est-à-dire le fait que les soins dentaires ne sont pas pris en charge par le gouvernement et ne sont pas abordables pour l'ensemble de la population, ainsi que la valeur que la société accorde à la santé bucco-dentaire. Les contraintes économiques étaient plus souvent mentionnées que les valeurs de la société.

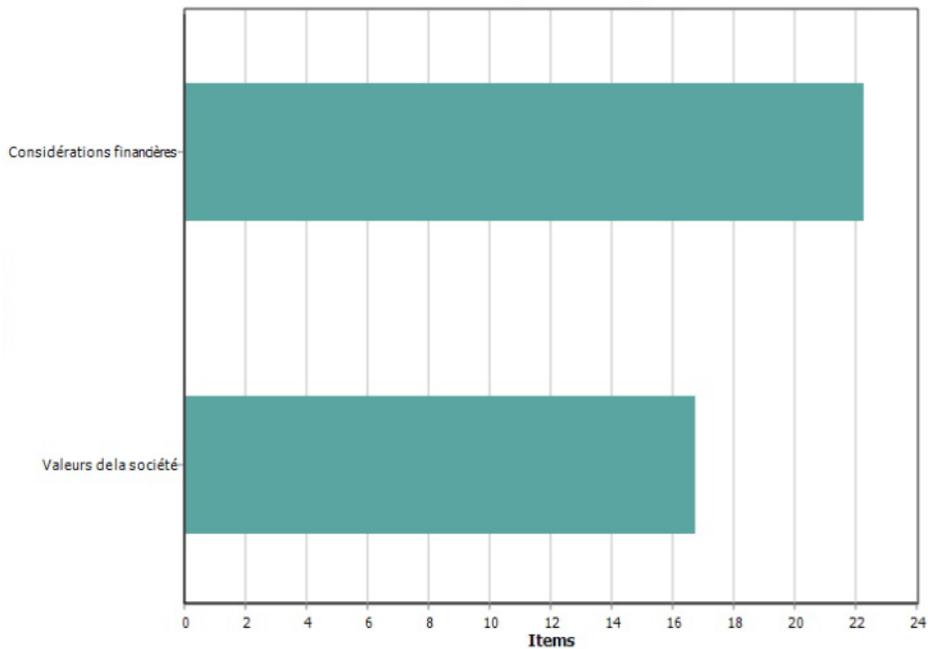


Figure 13. – Distribution des codes (% des cas) : Impact socio-économique

Les valeurs socioculturelles québécoises où les dents sont traditionnellement perçues comme étant du domaine esthétique et non médical et le dentiste comme un entrepreneur et non un soignant, pourraient expliquer l'exclusion de la majeure partie des soins dentaires du régime public.

Le rôle de l'enseignement serait donc aussi de former des dentistes mieux sensibilisés aux enjeux politiques et culturels et qui seraient donc plus aptes à être actifs au niveau gouvernemental pour promouvoir des changements organisationnels (Lévesque & Bedos, 2011).

Création d'un modèle explicatif

Enseignement de la justice sociale

Plusieurs éléments ont été identifiés comme étant souhaitables pour un enseignement efficace de la justice sociale. Le tableau 2 résume les barrières identifiées et des solutions potentielles proposées.

Barrière	Solution(s)proposée(s)
Manque de temps	Intégration dans plusieurs cours du curriculum Introduction tôt dans le curriculum et renforcement soutenu
Réceptivité/Intérêt	Stages obligatoires Exposition à différentes populations Sensibilisation
Mise en œuvre	Sensibilisation Méthodes d'enseignement adaptées
Formation des enseignants	Formation continue Capsules en ligne Standardisation Récompenser adéquatement
Considérations financières	Soutien gouvernemental Subventions Donations

Tableau 2. – Barrières à l’enseignement et solutions proposées

Pour mieux engager les étudiants, plusieurs techniques ont été suggérées. Le tableau 3 résume ces méthodes.

Théorique	Clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Définitions et attentes claires • Mises en situation • Cas cliniques • Exploration de plans de traitement alternatifs • Capsules vidéo • Témoignages • Modules en ligne • Discussions ouvertes • Engagement actif des étudiants 	<ul style="list-style-type: none"> • Stages obligatoires • Exposition à différentes populations

Tableau 3. – Méthodes d’enseignement

Pour intégrer ces notions et permettre le passage d’un état de connaissances à un état d’action, il est d’une importance primordiale que le curriculum encourage la réflexion personnelle, la responsabilisation et permette le développement de la conscience sociale de l’étudiant pour propulser l’action qui se manifesterà dans la société.

Formation de dentistes socialement compétents

Les caractéristiques individuelles des étudiants, ainsi que leurs expériences de vie influencent leurs attitudes envers les populations défavorisées ainsi que leurs attitudes altruistes (Alraiq et al., 2020; Carreon et al., 2011; Davidson et al., 2007; Holtzman & Seirawan, 2009). L’influence des activités d’enseignement a aussi été suggérée, mais l’efficacité de ces méthodes n’a pas encore été validée. Nous soutenons que l’enseignement joue un rôle important et vient d’ajouter aux valeurs individuelles et l’expérience de vie d’un étudiant pour développer sa conscience sociale.

Un dentiste socialement compétent est plus apte à agir au niveau de la société en prodiguant des soins adaptés, accessibles et sans discrimination. La relation professionnelle patient-dentiste, avec le soutien du gouvernement et une sensibilisation accrue de la population à l'importance de la santé bucco-dentaire seraient essentiels à une justice sociale accrue dans la société.

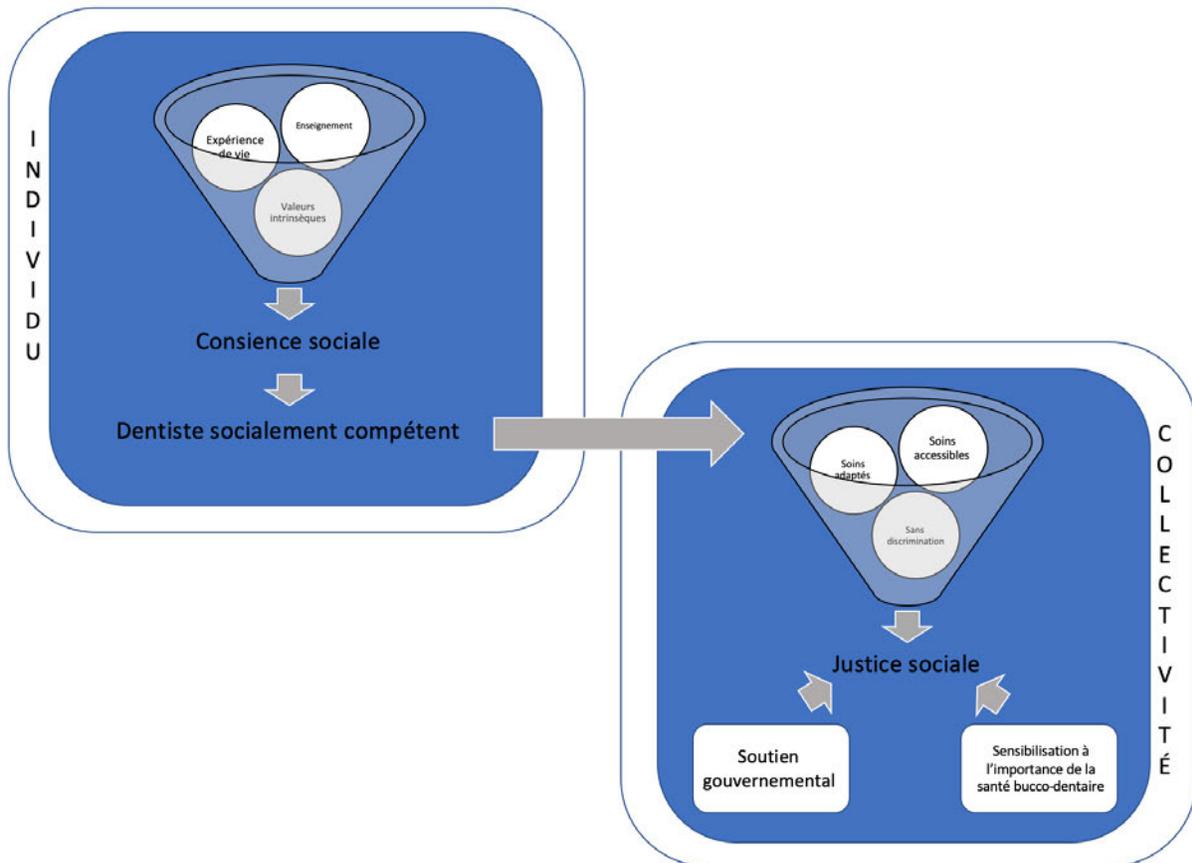


Figure 14. – Modèle explication : La justice sociale en médecine dentaire

Retour sur les objectifs

L'objectif de cette étude était de comprendre comment les étudiants et professeurs de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal envisagent l'enseignement de la justice sociale dans leur curriculum. Nos résultats suggèrent que malgré une certaine exposition théorique et clinique, il existe des lacunes, notamment au niveau du caractère implicite de l'enseignement, le statut facultatif des stages en milieu communautaire, et du manque d'évaluation spécifiquement lié à l'évaluation des compétences reliées à la justice sociale. De plus, nous voulions examiner

comment le programme de médecine dentaire peut former des dentistes socialement compétents en incorporant la justice sociale dans le curriculum. Pour solidifier les notions apprises et aider les étudiants à être en mesure d'appliquer la justice sociale dans la société une fois diplômés, une emphase sur la réflexion personnelle et une prise de responsabilité pour propulser l'action seraient souhaitables.

Limitations

Une limitation importante de cette étude est que le recrutement de participants était sur une base volontaire. Ainsi, il est possible que les participants étaient déjà prédisposés à être intéressés par le sujet de la justice sociale et une conscience sociale plus développée. Par contre, plusieurs de leurs propos concernaient leur observations des autres ainsi que leurs propres opinions.

Retombées pour la recherche, la pratique et la formation

Cette étude avait pour but de nous fournir des connaissances sur l'incorporation de l'enseignement de la justice sociale dans le curriculum dentaire de l'UdeM et son rôle dans la formation de dentistes socialement compétents. Nous anticipons que la formation de dentistes socialement compétents aidera dans l'approvisionnement des soins centrés sur la personne et supportera des expériences cliniques positives pour les patients et pour la communauté. Les résultats de cette étude aideront les instructeurs académiques et cliniques à comprendre comment l'enseignement de la justice sociale peut être intégré à un curriculum dentaire. Ces connaissances seront aussi bénéfiques aux développeurs des curricula, les décideurs politiques, et les étudiants en médecine dentaire avec l'objectif ultime de former des dentistes socialement compétents.

Les informations recueillies dans ce projet serviront à développer des outils contre-validés pour évaluer l'enseignement de la justice sociale. Ces instruments seront transférables à d'autres facultés de médecine dentaire dans un contexte similaire à celui du programme de DMD de l'UdeM. Ainsi, les autres facultés pourront aussi évaluer l'impact de l'enseignement de la justice sociale sur la formation de dentistes socialement compétents.

Perspectives futures

La médecine dentaire a longtemps été perçue comme une entité à part des autres disciplines de la santé. Les notions abordées dans cette étude sont aussi reflétées dans d'autres spécialités de la médecine (Stone, 2008). Dans le futur, il serait intéressant de comparer et d'intégrer ces concepts pour favoriser l'interdisciplinarité et l'entraide entre les différents professionnels de la santé. Ceci contribuerait aussi à replacer la bouche et la santé bucco-dentaire comme faisant partie de la santé globale aux yeux du public. De plus, une emphase accrue sur la promotion de la santé buccodentaire auprès de la population contribuerait à changer l'opinion publique des dentistes.

La dualité entre le double statut du dentiste : soignant et entrepreneur, a souvent été évoqué lors des entretiens. Il serait intéressant de voir si un changement au niveau gouvernemental pour augmenter l'accès aux soins aurait un impact sur le conflit éthique souvent vécu par les dentistes.

Finalement, au-delà de l'enseignement, les valeurs individuelles et l'expérience de vie des étudiants ont tout de même un impact sur le développement de leur conscience sociale. Plusieurs facultés de médecine dentaire ont commencé à utiliser des outils comme le CASPer (Altus Assessments) pour évaluer des caractéristique non-académiques de candidats potentiels. Il serait également pertinent de voir si les étudiants identifiés comme ayant ces caractéristiques seraient aussi plus réceptifs à l'enseignement de la justice sociale lors de leur curriculum.

Conclusion

En tant que professionnels, les dentistes ont un contrat avec la société pour prodiguer des soins justes et équitables. Plusieurs facteurs influencent les tendances altruistes des dentistes, incluant leurs caractéristiques individuelles et leurs expériences. L'enseignement au premier cycle en médecine dentaire a un rôle important à jouer dans la formation de dentistes socialement compétents. Bien que la majorité des programmes dentaires offrent un certain programme d'enseignement de la justice sociale, ce programme n'est pas uniforme, son efficacité n'est pas bien connue et il existe des lacunes importantes identifiées par les étudiants et enseignants dans notre étude. Spécifiquement, le caractère volontaire des stages communautaires et le manque d'exposition aux plans de traitements alternatifs qui tiennent compte des facteurs socioculturels, économiques et personnels des patients sont des aspects qui pourraient être améliorés.

L'enseignement souhaité de la justice sociale inclurait une prise de conscience par les étudiants, une variété de méthodes d'enseignement qui impliquent une participation active des étudiants comme des mises en situation, des discussions ouvertes et une réflexion personnelle pour les aider à reconnaître leur position dans le système d'injustices, favoriser une prise de responsabilité, et inciter l'action pour réduire ces injustices dans la société. Cet enseignement devrait se faire tôt dans le parcours académique, être intégré à plusieurs niveaux du curriculum et soutenu tout au long du programme.

Il existe peu de barrières à ce type d'enseignement et les solutions sont pratiques et envisageables. Une amélioration de l'enseignement de la justice sociale favoriserait le développement de la conscience sociale chez les étudiants et aiderait à la formation de dentistes socialement compétents. Cette étude nous a fourni des informations pertinentes au développement d'un curriculum d'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire. Une fois ces programmes développés, il restera à valider leur efficacité.

Nous espérons qu'une sensibilisation accrue des dentistes aux injustices sociales contribuera à réintégrer la médecine dentaire aux autres professions de la santé et favoriser l'interdisciplinarité, à aider à réconcilier les volets de soignant et d'entrepreneur de la carrière de dentiste, et à former

dentistes qui prodiguent des soins centrés sur le patient et réduire les injustices sociales en améliorant l'accès aux soins pour tous.

Références bibliographiques

- ADA. (2016). Dentist Participation in Medicaid or CHIP. In H. P. Institute (Ed.).
- Adams, M. E., Bell, L. A. E., & Griffin, P. E. (2007). *Teaching for diversity and social justice*: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Alraiq, H. M., Edelstein, B. L., Millery, M., Byington, E. A., & Leu, C.-S. (2020). Non-clinical Experiences Influence Dental Students' Career Plans to Care for the Underserved. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 31*(2), 682-699.
- Association, C. D. (2017). *The State of Oral Health in Canada*. Retrieved from
- Backhouse, C., McRae, D., & Iyer, N. (2015). *Report of the Task Force on Misogyny, Sexism and Homophobia in Dalhousie University Faculty of Dentistry*: Dalhousie University.
- Barnard, P. D. (1993). *National Oral Health Survey Australia, 1987-88*: Australian Government Publishing Service.
- Bedos, C. (2000). *Demande et utilisation des services dentaires parmi les adultes québécois*. Université de Montreal,
- Bedos, C., Apelian, N., & Vergnes, J. (2018). Time to develop social dentistry. *JDR Clinical & Translational Research, 3*(1), 109-110.
- Beemsterboer, P. L. (2006). Developing an ethic of access to care in dentistry. *Journal of dental education, 70*(11), 1212-1216.
- Blas, E., & Kurup, A. S. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*: World Health Organization.
- Boudreau, C., & Arseneault, A. (1994). La recherche qualitative: une méthodologie différente, des critères de scientificité adaptés. *Revue de l'association pour la recherche qualitative, 10*, 121-137.
- Bryant, S. R., MacEntee, M. I., & Browne, A. (1995). Ethical issues encountered by dentists in the care of institutionalized elders. *Special Care in Dentistry, 15*(2), 79-82.
- Bunton, R., Murphy, S., & Bennett, P. (1991). Theories of behavioural change and their use in health promotion: some neglected areas. *Health Education Research, 6*(2), 153-162.

- Butters, J. M., & Winter, P. A. (2002). Professional motivation and career plan differences between African-American and Caucasian dental students: implications for improving workforce diversity. *Journal of the National Medical Association, 94*(6), 492.
- Carreon, D., Davidson, P., Andersen, R., & Nakazono, T. (2011). Altruism in dental students. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 22*(1), 56-70.
- Chen, V., Foster Page, L., McMillan, J., Lyons, K., & Gibson, B. (2016). Measuring the attitudes of dental students towards social accountability following dental education—qualitative findings. *Medical Teacher, 38*(6), 599-606.
- Coulter, I. D., Wilkes, M., & Der-Martirosian, C. (2007). Altruism revisited: a comparison of medical, law and business students' altruistic attitudes. *Medical Education, 41*(4), 341-345.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The counseling psychologist, 35*(2), 236-264.
- Crossley, M. L., & Mubarik, A. (2002). A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *Br Dent J, 193*(8), 471-473. doi:10.1038/sj.bdj.4801599
- Davidson, P. L., Carreon, D. C., Baumeister, S. E., Nakazono, T. T., Gutierrez, J. J., Afifi, A. A., & Andersen, R. M. (2007). Influence of contextual environment and community-based dental education on practice plans of graduating seniors. *Journal of dental education, 71*(3), 403-418.
- Dentistry, A. o. C. F. o. (2016). *ACFD Educational Framework for the Development of Competency in Dental Programs*. Retrieved from
- Dharamsi, S., & MacEntee, M. I. (2002). Dentistry and distributive justice. *Social Science & Medicine, 55*(2), 323-329.
- Dharamsi, S., Pratt, D. D., & MacEntee, M. I. (2007). How dentists account for social responsibility: economic imperatives and professional obligations. *Journal of dental education, 71*(12), 1583-1592.
- Dhima, M., Petropoulos, V. C., Han, R. K., Kinnunen, T., & Wright, R. F. (2012). Dental students' perceptions of dental specialties and factors influencing specialty and career choices. *Journal of dental education, 76*(5), 562-573.

- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques, 10*(1), 79-86.
- Emami, E., Wootton, J., Galarneau, C., & Bedos, C. (2014). Oral health and access to dental care: a qualitative exploration in rural Quebec. *Canadian Journal of Rural Medicine, 19*(2), 63.
- Eriksen, H., Bergdahl, J., & Bergdahl, M. (2008). A patient-centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice. *European Journal of Dental Education, 12*(3), 170-175.
- Field, M. J., & Jeffcoat, M. K. (1995). Dental education at the crossroads: a report by the Institute of Medicine. *The Journal of the American Dental Association, 126*(2), 191-195.
- Frechette, J. D., & Williams, R. (2016). *Media education for a digital generation*. New York ; London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Freire, P. (2018). *Pedagogy of the oppressed*: Bloomsbury publishing USA.
- Furlini, L., Noushi, N., Castonguay, G., Allison, P., Bedos, C., De Souza, R., . . . Morris, M. (2018). Assessing dental students' readiness to treat populations that are underserved: a scoping review. *Journal of dental education, 82*(5), 483-491.
- Gallagher, J., Clarke, W., & Wilson, N. (2008). Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. *European Journal of Dental Education, 12*(2), 89-98.
- Graham, B. S. (2006). Educating dental students about oral health care access disparities. *Journal of dental education, 70*(11), 1208-1211.
- Habibian, M., Seirawan, H., & Mulligan, R. (2011). Dental students' attitudes toward underserved populations across four years of dental school. *Journal of dental education, 75*(8), 1020-1029.
- Hackman, H. W. (2005). Five essential components for social justice education. *Equity & Excellence in Education, 38*(2), 103-109.
- Hahn Tapper, A. J. (2013). A pedagogy of social justice education: Social identity theory, intersectionality, and empowerment. *Conflict Resolution Quarterly, 30*(4), 411-445.
- Hardiman, R., Jackson, B., & Griffin, P. (2007). Conceptual foundations for social justice education.

- Harnagea, H., Couturier, Y., Lamothe, L., & Emami, E. (2019). L'intégration des services buccodentaires dans les soins primaires au Québec. *Sante Publique*, 31(6), 809-816.
- Harro, B. (2000a). The cycle of liberation. *Readings for diversity and social justice*, 2, 52-58.
- Harro, B. (2000b). The cycle of socialization. *Reading for Diversity and Social Justice*. In Adams et al., ed. New York: Routledge.
- Hobdell, M., Sinkford, J., Alexander, C., Alexander, D., Corbet, E., Douglas, C., . . . Cherrett, H. M. J. E. J. o. D. E. (2002). 5.2 Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. 6, 167-178.
- Holtzman, J. S., & Seirawan, H. (2009). Impact of community-based oral health experiences on dental students' attitudes towards caring for the underserved. *Journal of dental education*, 73(3), 303-310.
- Hurteau, P. (2018). *Le coût des soins dentaires au Québec*. Retrieved from Information, C. I. f. H. (2019). *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2019*. Ottawa, ON: CIHI
- Jarvis, M. J., & Wardle, J. (2006). Social determinants of health.
- Jin, L., Lamster, I., Greenspan, J., Pitts, N., Scully, C., & Warnakulasuriya, S. (2016). Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral diseases*, 22(7), 609-619.
- La couverture des services dentaires*. (2017). Québec Retrieved from <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/depliants/depl-services-dentaires-fr.pdf>
- Lamont, J. (2017). *Distributive justice*: Routledge.
- Larousse. (2020). Égalité. In *Le Dictionnaire Larousse en ligne*.
- Lévesque, M., & Bedos, C. (2011). Valeurs sociales, tensions régulatrices et pratiques professionnelles auprès de populations défavorisées. Application au système de santé bucco-dentaire du Québec. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42(3), 195-204.
- Loignon, C., Allison, P., Landry, A., Richard, L., Brodeur, J.-M., & Bedos, C. (2010). Providing humanistic care: dentists' experiences in deprived areas. *Journal of dental research*, 89(9), 991-995.

- Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Bracken, C. C. (2010). Practical resources for assessing and reporting intercoder reliability in content analysis research projects.
- Lussier, J., & Benigeri, M. (2008). survol des caractéristiques de la clientèle des cabinets dentaires et des traitements offerts par les généralistes en 2005. Résultats du sondage de l'ODQ de 2006–Deuxième partie. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, 45, 21-24.
- Major, N., McQuistan, M. R., & Qian, F. (2016). Changes in Dental Students' Attitudes About Treating Underserved Populations: A Longitudinal Study. *J Dent Educ*, 80(5), 517-525.
- Masella, R. S. (2007). Renewing professionalism in dental education: overcoming the market environment. *Journal of dental education*, 71(2), 205-216.
- McQuistan, M. R., Kuthy, R. A., Qian, F., Riniker-Pins, K. J., & Heller, K. E. (2010). Dentists' treatment of underserved populations following participation in community-based clinical rotations as dental students. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(4), 276-284.
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives*, 15, 435-452.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck Supérieur.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine*, 65(9), S63-67.
- Mills, I., Frost, J., Kay, E., & Moles, D. R. (2015). Person-centred care in dentistry--the patients' perspective. *Br Dent J*, 218(7), 407-412; discussion 413. doi:10.1038/sj.bdj.2015.248
- Mofidi, M., Konrad, T. R., Porterfield, D. S., Niska, R., & Wells, B. (2002). Provision of care to the underserved populations by National Health Service Corps alumni dentists. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(2), 102-108.
- Msefer-Laroussi, S. (2007). Analyse du système de couverture des services dentaires au Québec.
- Nash, D. A. (2010). Ethics, empathy, and the education of dentists. *J Dent Educ*, 74(6), 567-578. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20516296>
- Noushi, N., Enriquez, N., & Esfandiari, S. (2020). A scoping review on social justice education in current undergraduate dental curricula. *Journal of dental education*, 84(5), 593-606.
- ODQ. (2020). Fiche sur la profession de dentiste au Québec. Retrieved from <http://www.odq.qc.ca/Publications/Statistiques/tabid/290/language/fr-CA/Default.aspx>

- OMS. L'équité. Retrieved from <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*(23), 147-181.
- Patrick, D. L., Lee, R. S. Y., Nucci, M., Grembowski, D., Jolles, C. Z., & Milgrom, P. (2006). *Reducing oral health disparities: a focus on social and cultural determinants*. Paper presented at the BMC oral health.
- Patton, M. Q., & Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Pegon-Machat, E., Tubert-Jeannin, S., Loignon, C., Landry, A., & Bedos, C. (2009). Dentists' experience with low-income patients benefiting from a public insurance program. *European journal of oral sciences*, 117(4), 398-406.
- Physicians, W. P. o. t. R. C. o. (2005). Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clinical medicine (London, England)*, 5(6 Suppl 1), S5.
- Pilcher, E. S., Charles, L. T., & Lancaster, C. J. (2008). Development and assessment of a cultural competency curriculum. *Journal of dental education*, 72(9), 1020-1028.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*: Editions Mardaga.
- Project, M. P. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *The Lancet*, 359(9305), 520-522.
- Raja, S., Hasnain, M., Vadakumchery, T., Hamad, J., Shah, R., & Hoersch, M. (2015). Identifying elements of patient-centered care in underserved populations: a qualitative study of patient perspectives. *PLoS One*, 10(5), e0126708. doi:10.1371/journal.pone.0126708
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*: Harvard university press.
- RCDC. (2019). *RCDC Annual Report*. Retrieved from
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2018). Rapport annuel de gestion. In. Québec: Direction des communications de la Régie.
- Sanders, A. E., Spencer, A. J., & Slade, G. D. (2006). Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community dentistry and oral epidemiology*, 34(1), 71-79.

- Santé, O. M. d. I. (2008). Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. *Genève: Organisation Mondiale de la Santé, Commission des Déterminants sociaux de la Santé.*
- Santiago-Delefosse, M., Bruchez, C., Gavin, A., & Stephen, S. L. (2015). Critères de qualité des recherches qualitatives en sciences de la santé. À propos d'une analyse comparative de huit grilles de critères de qualité en psychiatrie/psychologie et en médecine. *L'Évolution Psychiatrique, 80(2)*, 375-399.
- Sciences, C. A. o. H. (2014). *Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada*: CAHS, Canadian Academy of Health Sciences= ACSS, Académie canadienne des
- Shannon, C. K., Price, S. S., & Jackson, J. (2016). Predicting rural practice and service to indigent patients: survey of dental students before and after rural community rotations. *Journal of dental education, 80(10)*, 1180-1187.
- Smith, C. S., Ester, T. V., & Inglehart, M. R. (2006). Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behavior. *Journal of dental education, 70(4)*, 398-408.
- Stephens, T., & Fowler Graham, D. (1990). *Canada's health promotion survey*. Retrieved from
- Stone, J. R. (2008). Healthcare inequality, cross-cultural training, and bioethics: principles and applications. *Camb Q Healthc Ethics, 17(2)*, 216-226. doi:10.1017/s0963180108080249
- Thompson, N., & Campling, J. (2003). Discrimination and oppression. In *Promoting Equality* (pp. 81-113): Springer.
- Todd, J. E., & Lader, D. (1991). *Adult Dental Health 1988: United Kingdom*: HM Stationery Office.
- Trathen, A., & Gallagher, J. (2009). Dental professionalism: definitions and debate. *British dental journal, 206(5)*, 249-253.
- Voinea-Griffin, A., & Solomon, E. S. (2016). Dentist shortage: an analysis of dentists, practices, and populations in the underserved areas. *Journal of Public Health Dentistry, 76(4)*, 314-319.
- Volvovsky, M., Vodopyanov, D., & Inglehart, M. R. (2014). Dental students and faculty members' attitudes towards care for underserved patients and community service: do community-based dental education and voluntary service-learning matter? *Journal of dental education, 78(8)*, 1127-1138.

- Wancheck, T., Cook, B. J., & Valachovic, R. W. (2018). Annual ADEA survey of dental school seniors: 2017 graduating class. *Journal of dental education, 82*(5), 524-539.
- Watt, R. G. (2007). From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community dentistry and oral epidemiology, 35*(1), 1-11.
- WorldHealthOrganization. (1978). *Declaration of alma ata*. Paper presented at the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978.
- Zijlstra-Shaw, S., Robinson, P., & Roberts, T. (2012). Assessing professionalism within dental education; the need for a definition. *European Journal of Dental Education, 16*(1), e128-e136.

Annexes

Annexe 1 : Approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche clinique (CERC)

10 septembre 2019

Objet: Approbation éthique – « L'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire »

Mme Katrina Kontaxis,

Le Comité d'éthique de la recherche clinique a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERC tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Nathalie Folch, Présidente
Comité d'éthique de la recherche clinique
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV
Shahrokh Esfandiari, Doyen, Faculté de médecine dentaire

p.j. Certificat #CERC-19-075-D

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-7
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 27395
cerc@umontreal.ca
www.cerc.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche clinique (CERC)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche clinique, selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	L'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire
Étudiante requérante	Katrina Kontaxis, candidate à la maîtrise, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal
Sous la direction de:	Shahrokh Esfandiari, Doyen, Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.



Nathalie Folch, Présidente
Comité d'éthique de la recherche clinique
Université de Montréal

10 septembre 2019
Date de délivrance

1er octobre 2020
Date de fin de validité

1er octobre 2020
Date du prochain suivi

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse divique
3333, Queen Mary
Local 220-7
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 27395
cerc@umontreal.ca
www.cerc.umontreal.ca

Annexe 2 : Formulaire de consentement



Faculté de médecine dentaire

Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche :	L'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire
Chercheur responsable du projet et directeur de recherche :	Shahrokh Esfandiari Doyen Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal Téléphone : 514-343-6005 Courriel : shahrokh.esfandiari@umontreal.ca
Étudiant-chercheur :	Katrina Kontaxis Candidate à la maîtrise Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal Téléphone : 514-343-6005 Courriel : katrina.luisa.kontaxis@umontreal.ca

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de l'équipe de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à comprendre comment une faculté de médecine dentaire peut former des dentistes qui sont socialement compétents en incorporant l'enseignement de la justice sociale dans le curriculum de médecine dentaire de l'Université de Montréal. De plus, nous voulons découvrir les barrières et les éléments qui facilitent l'incorporation de l'enseignement de la justice sociale dans le programme du premier cycle. Les résultats de l'analyse des données collectées nous permettront de valider des instruments de sondage que nous administrerons aux étudiants du premier cycle à l'Université de Montréal pour évaluer et mesurer l'impact de l'enseignement de la justice sociale dans leur curriculum.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 15 à 20 participants, hommes et femmes, âgés de 20 à 80 ans.

3. Déroulement du projet de recherche et nature de votre participation

Si vous acceptez de participer à l'étude, nous vous demanderons de participer à une entrevue individuelle conduite par Katrina Kontaxis. L'entrevue durera entre 45 minutes à une heure. L'entrevue sera faite en personne, à une date et heure qui vous conviennent. Elle se tiendra hors de la période des cours ou du travail.

L'entrevue portera sur votre expérience et votre perspective de la formation des dentistes socialement conscients. De plus, nous vous demanderons de nous faire part de votre définition de l'enseignement de la justice sociale et des facteurs que vous croyez pouvoir faciliter ou être une barrière à l'incorporation de l'enseignement de la justice sociale dans un curriculum de médecine dentaire au premier cycle. Un questionnaire sociodémographique vous sera remis à la fin de l'entrevue et vous aurez le temps de le compléter dans l'heure allouée à l'entrevue.

Aux fins de transcription et d'analyse, l'entrevue sera enregistrée sur bande audionumérique avec votre permission. Des notes manuscrites pourraient être prises. Elles ne contiendront aucune information qui pourrait vous identifier.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 10 septembre 2019 par le Comité d'éthique de la recherche clinique.
CERC-19-075-D - Participant majeur - Version du 04 septembre 2019

Page 1 sur 4

4. Avantages et bénéfices associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement (s'il y a lieu), certaines questions ou discussions pourraient vous causer de l'inconfort. Vous pourrez cesser l'entrevue à tout moment. L'étudiant-chercheur vous offrira de poursuivre l'entrevue à un autre moment si vous le désirez. Vous pourrez également refuser de répondre à n'importe quelle question.

6. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche, et ce, par simple avis verbal.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre dossier académique si vous êtes un étudiant ni sur votre dossier d'employé si vous êtes un membre du corps professoral.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le Comité d'éthique de la recherche clinique peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

7. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de l'équipe de recherche de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre vos réponses à l'entrevue. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre sexe et votre âge indiqués dans le questionnaire sociodémographique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Les enregistrements et transcriptions seront gardés sur un serveur sécurisé et détruits à la fin du projet.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'Université de Montréal ou du Comité d'éthique de la recherche clinique. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 10 septembre 2019 par le Comité d'éthique de la recherche clinique.

Consentement.

Titre du projet de recherche : L'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire

1. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date

Annexe 3 : Questionnaire sociodémographique



Questionnaire sociodémographique

Quel âge avez-vous?

- 18-25
- 25-35
- 35-45
- 45-55
- 55-65
- 65-75
- 75+

Quel est votre sexe?

- Masculin
- Féminin
- Non-binaire

Quel est votre rôle à la faculté de médecine dentaire?

- Étudiant
 - 1^{ère} année
 - 2^{ème} année
 - 3^{ème} année
 - 4^{ème} année
 - 5^{ème} année
- Professeur
- Clinicien

Quel est votre plus haut niveau de scolarité?

- D.E.C.
- Baccalauréat
- D.M.D.
- Maîtrise
- Ph.D.

Quelle est votre nationalité/origine ethnique?

Annexe 4 : Outil de collecte de données

Bonjour,

J'aimerais vous remercier d'avoir pris le temps de participer à cette entrevue pour ce projet de recherche qui concerne l'enseignement de la justice sociale au premier cycle en médecine dentaire. Votre contribution nous permettra de mieux comprendre où s'insère la justice sociale dans le cadre du curriculum du premier cycle pour former des dentistes socialement compétents.

- 1) Introduction/histoire personnelle
 - a. Parlez-moi un peu de vous
 - b. Quelle est votre position dans la faculté de médecine dentaire
 - i. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce rôle?
 - c. Êtes-vous dentiste (si ce n'est pas un étudiant)
 - i. Si oui, est-ce que vous pratiquez?
 - ii. Si non, depuis quand avez-vous arrêté de pratiquer?

J'aimerais vous demander des questions concernant quelques termes clés dont nous allons discuter aujourd'hui pour obtenir votre définition de ces termes et si ces définitions ressemblent à celles proposées par votre employeur (ou faculté), le cas échéant.

- 2) Définition du vocabulaire clé
 - a. Pouvez-vous définir la justice sociale s'il-vous plaît?
 - i. Est-ce que c'est la même définition proposée par votre employeur (ou faculté)?
 1. Sinon, quelle est leur définition?
 - ii. Est-ce que cette définition est écrite à quelque part?
 - iii. Est-ce que ce concept vous a été présenté lors de votre curriculum en médecine dentaire?
 1. Si oui, comment?
 2. Si non, pourquoi pas?
 - iv. Est-ce que vous utilisez un autre terme pour communiquer ce concept?
 - v. Croyez-vous que c'est un concept important?
 1. Pourquoi?
 - vi. Voyez-vous une différence entre la justice sociale et la conscience sociale?
 - b. Pouvez-vous définir la diversité s'il-vous plaît?
 - i. Est-ce que c'est la même définition proposée par votre employeur (ou faculté)?
 1. Sinon, quelle est leur définition?
 - ii. Est-ce que cette définition est écrite à quelque part?
 - iii. Est-ce que ce concept vous a été présenté lors de votre curriculum en médecine dentaire?
 1. Si oui, comment?
 2. Si non, pourquoi pas?
 - iv. Est-ce que vous utilisez un autre terme pour communiquer ce concept?

- v. Croyez-vous que c'est un concept important?
 - 1. Pourquoi?
- c. Pouvez-vous définir l'égalité s'il-vous plaît?
 - i. Est-ce que c'est la même définition proposée par votre employeur (ou faculté)?
 - 1. Sinon, quelle est leur définition?
 - ii. Est-ce que cette définition est écrite à quelque part?
 - iii. Est-ce que ce concept vous a été présenté lors de votre curriculum en médecine dentaire?
 - 1. Si oui, comment?
 - 2. Si non, pourquoi pas?
 - iv. Est-ce que vous utilisez un autre terme pour communiquer ce concept?
- d. Pouvez-vous définir la citoyenneté numérique s'il-vous plaît?
 - i. Est-ce que c'est la même définition proposée par votre employeur (ou faculté)?
 - 1. Sinon, quelle est leur définition?
 - ii. Est-ce que cette définition est écrite à quelque part?
 - iii. Est-ce que ce concept vous a été présenté lors de votre curriculum en médecine dentaire?
 - 1. Si oui, comment?
 - 2. Si non, pourquoi pas?
 - iv. Est-ce que vous utilisez un autre terme pour communiquer ce concept?
 - v. Croyez-vous que c'est un concept important?
 - 1. Pourquoi?
 - vi. Pensez-vous que c'est important d'informer, de discuter et d'enseigner aux étudiants comment ils devraient se comporter dans un monde numérique?

Nous allons maintenant explorer ces termes un peu plus dans le contexte du curriculum de médecine dentaire au premier cycle. J'aimerais vous rappeler que toute l'information que vous fournissez demeure confidentielle.

- 3) Termes clés dans le contexte du curriculum au premier cycle :
 - a. Croyez-vous que certains de ces éléments jouent un rôle dans l'enseignement des étudiants, surtout au premier cycle?
 - b. Est-ce que vous enseignez ces concepts dans votre curriculum du premier cycle?
 - i. Si oui, comment?
 - 1. Dans quel contexte?
 - ii. Si non, pourquoi pas?
 - iii. Est-ce que vous évaluez les étudiants basés sur ces concepts?
 - 1. Si oui, comment?
 - 2. Si non, pourquoi pas?
 - c. Qu'est-ce que vous considérez comme des **facilitateurs** à l'enseignement de ces sujets dans le curriculum du premier cycle?

- d. Qu'est-ce que vous considérez comme des **barrières** à l'enseignement de ces sujets dans le curriculum du premier cycle?
- i. Barrières logistiques?
 - ii. Barrières financières?
 - iii. Crédibilité du concept?
 - iv. Moyens d'enseignement?
 - v. Instructeurs qualifiés?
 - vi. La valeur accordée à ces concepts?

Annexe 5 : Affiche de recrutement

COMMUNICATION AUX PARTICIPANTS

Participants recherchés pour un projet de maîtrise

Nous sommes à la recherche d'**étudiants** en médecine dentaire (DMD I-V), **cliniciens** et **professeurs** pour participer à des entrevues individuelles portant sur l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire.

Les participants doivent :

- Être âgés de 18 ans ou plus
- Faire partie de la faculté de médecine dentaire depuis au moins 4 mois

L'entrevue durera entre 45 minutes et une heure

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou pour plus d'informations, s'il-vous-plaît contactez :

Katrina Kontaxis, D.M.D.
katrina.luisa.kontaxis@umontreal.ca

Annexe 6 : Courriel de recrutement

Participants recherchés pour un projet de recherche

Nous sommes à la recherche d'**étudiants** en médecine dentaire (DMD I-V), **cliniciens** et **professeurs** pour participer à des entrevues individuelles portant sur l'enseignement de la justice sociale en médecine dentaire.

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les étudiants et professeurs de la faculté de médecine dentaire envisagent l'enseignement de la justice sociale dans leur curriculum. De plus, nous voulons examiner comment le programme de médecine dentaire peut former des dentistes socialement compétents en incorporant la justice sociale dans le curriculum.

Les participants doivent :

Être âgés de 18 ans ou plus

Faire partie de la faculté de médecine dentaire depuis au moins 4 mois

L'entrevue durera entre 45 minutes à une heure.

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche clinique de l'Université de Montréal.

Si vous êtes intéressés à participer à l'étude ou pour plus d'informations, s'il-vous-plaît contactez :

Katrina Kontaxis, D.M.D.

katrina.luisa.kontaxis@umontreal.ca

Chercheur responsable : Katrina Kontaxis

Faculté de médecine dentaire

Université de Montréal

katrina.luisa.kontaxis@umontreal.ca

Directeur de recherche : Shahrokh Esfandiari

Doyen

Faculté de médecine dentaire

Université de Montréal

shahrokh.esfandiari@umontreal.ca