

L'image de la médecine dentaire

2^e partie: Le médecin-dentiste idéal

Mots-clés: Image professionnelle, amélioration de l'image, image, médecine dentaire

CHRISTOPH A. RAMSEIER¹
CHRISTIAN A. WOLF

¹ Clinique de parodontologie,
Cliniques de médecine dentaire
de l'Université de Berne

Correspondance

D^r méd. dent. Christoph A. Ramseier,
MAS

Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern
Klinik für Parodontologie
Freiburgstrasse 7
CH-3010 Berne

Tél. +41 31 632 2589

E-mail:

christoph.ramseier@zmk.unibe.ch

Traduction:

Jacques Rossier et Thomas Vauthier



Image en haut: En pratique quotidienne, le médecin-dentiste homme ou femme est exposé à de nombreux facteurs environnementaux susceptibles d'influencer l'image globale de la médecine dentaire (WOLF & RAMSEIER 2011).

Résumé La dernière partie de notre publication en deux volets intitulée «L'image de la médecine dentaire» examine les qualités essentielles correspondant à l'image idéale de la médecine dentaire et du médecin-dentiste lui-même: la direction consciencieuse du cabinet, la relation de confiance entre le médecin-dentiste et ses patients, et la manière adéquate de s'y prendre face aux émotions des patients telles que la peur et la souffrance. La

qualité des traitements et l'attitude avenante, honnête et empathique du médecin-dentiste exercent une influence directe sur l'image de la médecine dentaire. Le médecin-dentiste doit donc maintenir une relation équilibrée entre les revenus du cabinet et le bien-être de ses collaborateurs et de ses patients pour faire face adéquatement à ses responsabilités sociales et à ses devoirs en matière de santé.

Introduction

La deuxième partie de notre publication sur le thème de «L'image de la médecine dentaire» traite des facteurs qui influencent l'image professionnelle du médecin-dentiste et de ce que le médecin-dentiste peut faire pour garder cette image ou, le cas échéant, l'améliorer.

Dans la première partie, la connotation négative des expériences généralement douloureuses et non influençables affectant les consultations médico-dentaires depuis des générations a été discutée (WOLF & RAMSEIER 2011). Dans sa vie profession-

nelle, le médecin-dentiste est exposé à de nombreux facteurs environnementaux (fig. 1) susceptibles dans leur globalité d'influencer l'image de la médecine dentaire.

Ce second article examine les caractéristiques idéales de la médecine dentaire et du médecin-dentiste lui-même: la direction consciencieuse du cabinet, la relation de confiance entre le médecin-dentiste et ses patients, et la manière adéquate de s'y prendre face aux émotions des patients telles que la peur et la souffrance.

Comme dans la première partie de cette publication, les dénominations de groupements professionnels comprenant des hommes et des femmes sont formulées au masculin, selon

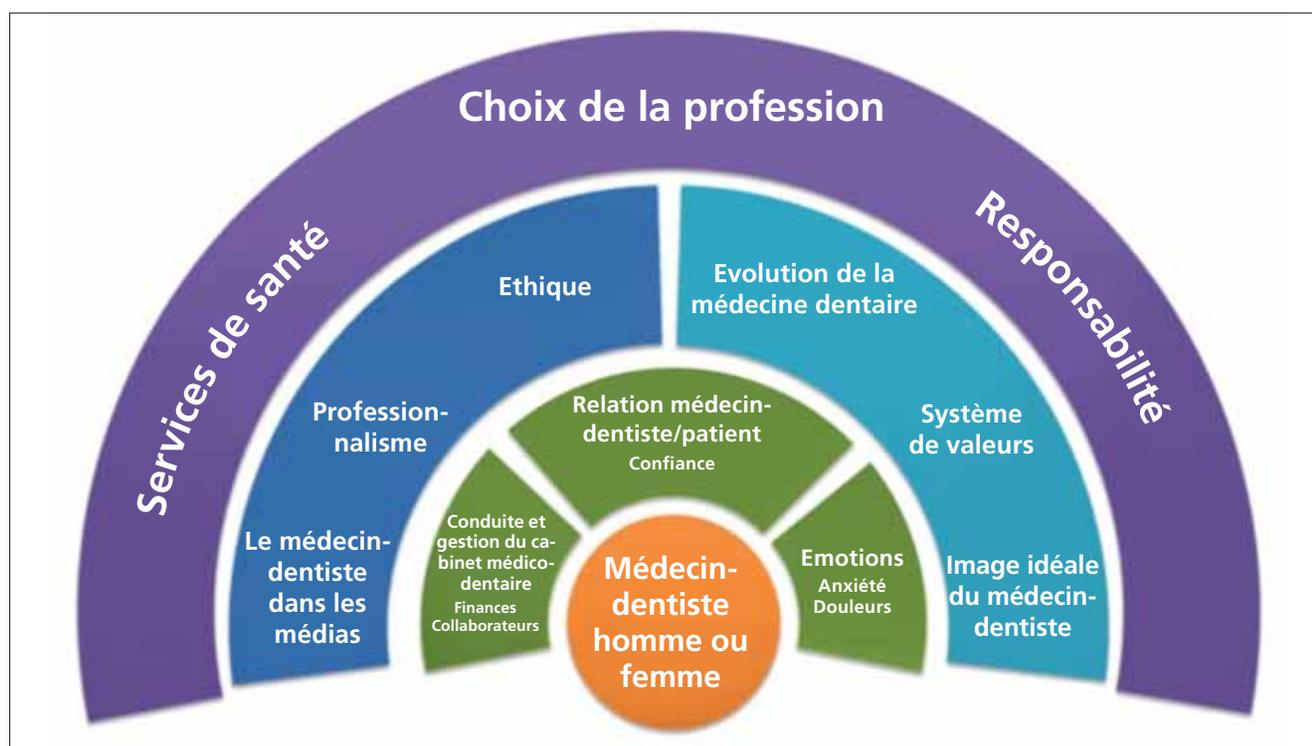


Fig. 1 En pratique quotidienne, le médecin-dentiste homme ou femme est exposé à de nombreux facteurs environnementaux, susceptibles d'influencer l'image globale de la médecine dentaire (WOLF & RAMSEIER 2011).

l'usage. Sauf indication contraire, ces dénominations s'appliquent donc aux deux sexes.

L'image idéale du médecin-dentiste

Dès le début des années 1960, Kriesberg et Treiman ont étudié les caractéristiques les plus importantes qui font un bon médecin-dentiste, à savoir: 1) la qualité des traitements, 2) la personnalité du médecin-dentiste, 3) la capacité de savoir s'y prendre avec les patients (compétences relationnelles), 4) les compétences professionnelles, 5) les traitements aussi indolores que possible, et 6) les honoraires (COHEN 1978). D'autres études ont tenté de savoir ce que les patients apprécient le plus chez le médecin-dentiste. Les compétences interpersonnelles et le professionnalisme ont été mis plus particulièrement en exergue; à cet égard, le médecin-dentiste devrait: 1) respecter les sentiments de ses patients, 2) être avenant, 3) ouvert 4) et honnête (GERBERT ET COLL. 1994; YAMALIK 2005b). Les patients préfèrent les médecins-dentistes qui leur expliquent en détail le traitement et font appel à leur collaboration (RANKIN & HARRIS 1985). Selon ces études, les patients ont plutôt tendance à évaluer la médecine dentaire sur la base de leur expérience personnelle. Par contre, le travail du médecin-dentiste semble moins important, ainsi que le manque de collaborateurs qualifiés ou l'habileté du médecin-dentiste (COHEN 1978). Schumann a montré en ce sens que 85% de la réussite professionnelle est imputable aux qualités humaines, et 15% seulement aux compétences techniques (SCHUMANN 2006). Manifester de l'empathie et se préoccuper du bien-être du patient: ces éléments sont décisifs pour le succès professionnel du médecin-dentiste (CORAH ET COLL. 1988, KORSCH ET COLL. 1971).

Une enquête réalisée aux USA avec 483 médecins-dentistes a recherché les caractéristiques idéales du médecin-dentiste et leur importance respective. Les caractéristiques les plus importantes étaient les suivantes: 1) compétences professionnelles,

2) utilisation des précautions universelles, 3) formation continue, 4) traitements le moins douloureux possible, 5) capacité à rassurer les patients et 6) amabilité avec les patients (tab. I). Dans une deuxième étape, les médecins-dentistes devaient s'autoévaluer, ce qui a conduit à des résultats comparables, sauf que l'autoévaluation des médecins-dentistes était légèrement inférieure à cette image idéale (GERBERT ET COLL. 1994).

Le choix de carrière

En recherchant des données sur l'image de la médecine dentaire dans la littérature, on trouve des informations sur les caractéristiques des personnes qui choisissent cette profession et leurs motivations. Les différents motifs incitant à choisir cette profession sont les suivants: 1) profession intéressante; 2) aider les gens; 3) travailler avec ses propres mains; 4) activité dans le domaine de la santé; 5) emploi stable; 6) profession indépendante; 7) statut élevé; 8) revenus élevés; 9) conseil d'un parent ou d'un ami (STEWART ET COLL. 2004) (tab. II). La profession des parents joue un rôle non négligeable dans le choix de

Tab. I Caractéristiques idéales du médecin-dentiste et leur importance respective (GERBERT ET COLL. 1994)

Caractéristique professionnelle	Importance pour l'image du médecin-dentiste idéal (%)
Compétences professionnelles	86%
Utilisations des mesures de précaution universelles	71%
Formation continue	63%
Traitements les moins douloureux possibles	54%
Capacité à rassurer les patients	47%
Amabilité envers les patients	47%

Tab. II Etudiants en médecine dentaire: motifs relatifs au choix de carrière (STEWART ET COLL. 2004)

Allégation	D'accord	Ne sait pas	Pas d'accord
Je trouve la médecine dentaire intéressante	96,3%	2,5%	1,1%
Je veux aider les gens	93,6%	5%	1,1%
Je veux travailler avec mes mains	93,1%	5,5%	1,4%
Je veux travailler dans le domaine de la santé	78,7%	19%	2,3%
Je veux un emploi stable	76,1%	21,3%	2,1%
Je veux exercer une profession indépendante	67,9%	26,4%	5%
La médecine dentaire a un statut élevé	60,1%	33,7%	5%
Je veux un emploi bien rémunéré	53%	39%	8%
Un ami ou un parent m'a recommandé cette profession	25,2%	39,7%	35,1%

la profession: 45,2% des étudiants en médecine dentaire interrogés ont indiqué avoir été influencés par le conseil d'un parent ou d'un ami médecin ou médecin-dentiste. Lors du choix professionnel, le prestige élevé dont bénéficie l'art dentaire dans la population influence une proportion significativement plus élevée d'étudiants en médecine dentaire (64,2%) par rapport aux étudiantes en ce même domaine (57,7%) (STEWART ET COLL. 2004).

Responsabilité sociale

Le médecin-dentiste a une responsabilité aussi bien éthique que sociale, dans la mesure où son activité professionnelle a pour but de guérir les douleurs buccodentaires de ses patients et de recommander à ses patients les mesures de prévention permettant de favoriser la santé buccodentaire. Toutes les autres interventions sont laissées en principe à la discrétion du médecin-dentiste (DHARAMSI ET COLL. 2007). Comparativement, d'autres groupes professionnels tels que les prêtres, par exemple, doivent accepter tous les paroissiens, et les enseignants tous leurs élèves, quel que soit leur milieu social. Le médecin soigne également les alcooliques, les chômeurs et les personnes démunies. Le médecin-dentiste, par contre, a la possibilité de déterminer en définitive de son propre chef les patients qu'il veut admettre dans le cercle de ses patients (DHARAMSI ET AL. 2007).

L'Etat a accordé certains privilèges à la médecine dentaire, en sorte que les médecins-dentistes puissent déterminer eux-mêmes ce qui est bon et responsable dans le domaine de la médecine dentaire (MAIO 2009). Cela se réalise par le fait que la médecine dentaire assume elle-même l'autorégulation et l'autodétermination quant aux garanties de qualité (O'TOOLE 2006). L'Etat admettant par là-même que le médecin-dentiste utilise ses connaissances et ses compétences pour le bien des patients (DHARAMSI ET AL. 2007). En échange de ces privilèges, le médecin-dentiste a l'obligation morale de promouvoir et de favoriser la santé buccodentaire de toute personne, indépendamment du fait qu'elle soit en mesure de payer ou non le traitement. Toutefois, l'application pratique de ce principe n'est pas clairement déterminée. De plus, il n'existe pas de consensus général quant à la validité même de cette obligation (O'TOOLE 2006).

Gestion et conduite du cabinet

Outre les traitements médico-dentaires administrés aux patients, la gestion du cabinet représente un défi majeur pour tout médecin-dentiste. Il devrait proposer d'une part des traitements adéquats et universellement accessibles, et d'autre part, il est limité par les ressources financières de son cabinet. Il est

à la fois un prestataire de soins et un homme d'affaires, ce qui l'expose à des tensions importantes (DHARAMSI ET COLL. 2007). Dans notre société, selon Christensen, l'aspect commercial de la médecine dentaire serait devenu trop important, et cela en partie au détriment de l'éthique professionnelle (CHRISTENSEN 2002). Dharamsi écrit même que la médecine dentaire est un commerce dans lequel les patients fortunés ont la préférence. Dans les directives de qualité de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO), il a été consigné en 1999 que l'on peut parler de la médecine dentaire comme d'un marché, et que cela est dérangeant, d'une part, mais que cela correspond aussi, d'autre part, à la réalité. Les patients expriment de plus en plus souvent leurs désirs quant aux traitements dont ils souhaitent bénéficier. La mentalité de consommateur aurait depuis longtemps fait son entrée dans la médecine dentaire (cf. SSO 2005: directives de qualité en médecine dentaire). Il existerait ainsi un certain sens éthique dans le choix des traitements, mais la médecine dentaire resterait dominée par les règles du marché. C'est la rentabilité qui dicterait le choix du traitement (DHARAMSI ET COLL. 2007).

Dharamsi suggère souvent aux communautés de santé publique que les médecins-dentistes, en raison de leur responsabilité sociale, devraient réaliser gratuitement les traitements dentaires requis chez les patients démunis. Un participant à l'étude a cependant estimé injuste que les médecins-dentistes soient invités à faire don de leurs prestations de soins, alors qu'aucune autre profession n'est incitée collectivement à le faire. Dharamsi serait également disposé à traiter les personnes indigentes, mais seulement pour une contrepartie, par exemple une réparation automobile, car les patients pauvres devraient toujours avoir à assumer une certaine responsabilité (DHARAMSI ET AL. 2007).

En définitive, le médecin-dentiste doit tenir compte des critères d'économicité et réaliser des bénéfices pour survivre. Pour cette raison, le médecin-dentiste doit aussi investir du temps pour s'occuper des aspects commerciaux de son cabinet (SCHUMANN 2006). Un médecin-dentiste qui fait faillite n'est en principe d'aucune utilité pour la santé dans la société.

Aspect financier

L'aspect financier joue un rôle majeur quant à l'image de la médecine dentaire. En 1972, un sondage d'opinion réalisé en Allemagne avait indiqué qu'un tiers (36%) des personnes interrogées estimaient que les factures des médecins-dentistes étaient trop élevées. 54% les trouvaient appropriées, et 2%, trop basses (*Reputation of the dentist in public opinion. Representative survey on the public image of the dentist 1972*). Selon l'enquête d'opinion réalisée en 1980 par la Société suisse des médecins-dentistes (SSO), 62% des personnes interrogées ont indiqué

que la profession de médecin-dentiste se caractérisait entre autres par des revenus élevés. Même si ce pourcentage n'est aujourd'hui que de 44%, cette caractéristique reste la deuxième du point de vue de la fréquence – après l'intelligence – parmi celles qui sont mises en relation avec la profession de médecin-dentiste (BARRAS ET COLL. 2010).

La profession de médecin-dentiste est aussi considérée comme l'une des professions qui est choisie en raison de ses revenus élevés (DHARAMSI ET COLL. 2007). Des rapports signalant que les revenus des médecins-dentistes étaient plus élevés que ceux des médecins ont fait leur chemin dans les médias, par exemple dans le *Wall Street Journal* ou le *NY Times* (WALDMAN & PERLMAN 2008). Un point-clé est donc d'informer le patient des frais de traitement, et de souligner ainsi que les intérêts commerciaux du médecin-dentiste sont secondaires lorsqu'il s'agit de choisir les mesures thérapeutiques à réaliser (YAMALIK 2005b). De plus, lors de la discussion relative aux variantes thérapeutiques envisageables, la différence doit être clairement faite entre les mesures nécessaires et les interventions électives, afin que le patient se sente libre de choisir les mesures qui lui conviennent le mieux (CHRISTENSEN 2001; CHRISTENSEN 2002).

Cependant, il peut toujours arriver qu'un patient ressente le prix d'un traitement comme trop élevé. Selon Wright, il est alors judicieux de souligner aux yeux du patient la valeur du traitement, plutôt que d'en réduire d'emblée le prix. Le médecin-dentiste atteint cet objectif en expliquant les problèmes médico-dentaires sur la base du status dentaire, de l'état du parodonte, des clichés radiologiques, des modèles, photos cliniques, etc. Il s'agit également de présenter au patient les avantages qu'il peut attendre du traitement proposé. D'autre part, on peut aussi décrire au patient les traitements compatibles avec son budget. Enfin, il est également possible, selon Wright, d'expliquer au patient comment réaliser des économies à l'avenir grâce à des mesures de prévention (WRIGHT 2000).

Médecin-dentiste et patient

La relation médecin-dentiste/patient est constituée de deux éléments principaux: une relation à visée de guérison et une relation de prise en charge (MATAKI 2000). Une relation de guérison: le patient a besoin d'être informé et de comprendre quel traitement est prévu. De son côté, le médecin-dentiste pose le diagnostic, traite le patient et le convainc de l'efficacité de l'intervention. Une relation de prise en charge: le patient veut avoir l'impression que son médecin-dentiste le comprend et le connaît suffisamment. La manière dont le praticien se comporte avec le patient est donc importante. Il doit lui donner l'impression qu'il a le temps de s'occuper de lui, qu'il s'intéresse à lui et se préoccupe de son bien-être. A cet égard, la communication verbale est importante, de même que la communication non verbale. Au travers de ces éléments, le patient se rend compte si le médecin-dentiste s'intéresse à lui ou se distancie, si son comportement est amical ou hostile, et s'il se sent supérieur ou égal à lui (MATAKI 2000).

Comme le patient ne peut pas bien évaluer les aspects techniques du traitement, la perception émotionnelle joue à cet égard un rôle déterminant. Il réagit de manière émotionnelle à l'intervention médicale, car ses connaissances spécifiques en la matière sont restreintes. Comme il se situe en outre dans une relation de dépendance par rapport à son médecin-dentiste, il est livré à son expertise, à ses compétences techniques et à son évaluation médicale. Compte tenu de ces éléments, sa réponse émotionnelle se traduit par de l'incertitude et de l'anxiété par rapport au traitement (MATAKI 2000).

Il n'est donc pas étonnant que le degré de satisfaction du patient soit fortement corrélé avec la perception de la qualité de la relation médecin-dentiste/patient (MATAKI 2000, SPEEDLING & ROSE 1985).

En définitive, la façon dont le patient perçoit le médecin-dentiste influence le consentement à un traitement (CORAH ET COLL. 1985; CORAH ET COLL. 1988; GALE ET COLL. 1984). Même si le médecin-dentiste n'est généralement dépendant d'aucun autre spécialiste, le patient ne doit pas être oublié. Il préfère participer activement au traitement, collecter des informations, exprimer ses réserves et ses préférences relatives au traitement (MATAKI 2000).

En plus de ces qualités positives qui peuvent renforcer la relation médecin-dentiste/patient, cette relation exige aussi de savoir s'y prendre face aux plaintes des patients, de ne pas cacher ses erreurs, mais de les reconnaître et de les communiquer au patient (YAMALIK 2005b). Le bien-être du médecin-dentiste ne doit pas être oublié. Le sentiment d'être respecté en tant que médecin-dentiste et d'exercer une activité prestigieuse sont des conditions importantes pour le bien-être émotionnel dans cette profession (GERBERT ET COLL. 1994; SHUGARS ET COLL. 1991). Si le médecin-dentiste dirige son cabinet de manière efficiente tout en offrant une haute qualité de services, un revenu adéquat lui est également garanti, ce qui lui permettra de mener une vie agréable (CHRISTENSEN 2001).

Confiance

La confiance est caractérisée par des attentes positives, des espoirs, c'est le fruit de l'expérience, du partage des valeurs universelles et de bonnes compétences dans le domaine de la communication. La confiance dépend donc de nos émotions ainsi que de nos perceptions (ROGERS 2002, YAMALIK 2005b). Dans le milieu médical, la confiance est un signe de respect de l'autonomie du patient (YAMALIK 2005b).

La confiance entre le médecin-dentiste et le patient est en quelque sorte l'alpha et l'oméga d'une bonne relation patient-praticien. Elle augmente la qualité des soins, la compliance, la satisfaction du patient, entraîne une motivation efficace du patient et permet d'éviter nombre de conflits. Pour le médecin-dentiste également, une relation de confiance est avantageuse, car elle lui procure une bonne réputation, les patients lui restent fidèles et il éprouve de plus hautes satisfactions dans l'exercice de sa profession (YAMALIK 2005A, YAMALIK 2005b). Les patients ont confiance en leur médecin-dentiste s'ils sont d'avis qu'il est compétent en raison de sa formation, qu'il s'engage pour leur bien-être, pour leur santé buccodentaire, de même que pour leurs droits et leur dignité (YAMALIK 2005b). Il est intéressant de relever que le degré de formation des patients joue un rôle important à cet égard. Selon Ben-Sira, les personnes de faible niveau de formation ressentent le médecin-dentiste comme plus informatif et digne de confiance comparativement aux patients de niveau de formation plus élevé (BEN-SIRA 1980).

Il est également possible de constater une augmentation de la méfiance envers les médecins-dentistes au sein de la population. Le médecin-dentiste est considéré davantage comme un fournisseur de services que comme un prestataire de soins médicaux. La publicité des médecins-dentistes pour leurs propres services est susceptible de renforcer ce phénomène (JOHNSTON 2009). Dans la société actuelle, les gens trouvent toujours plus d'informations sur internet. Il est donc prévisible que ce sera également le cas pour recueillir des informations dans le domaine dentaire. En tant que contre-mesure, Johnston recommande d'expliquer clairement au patient quels traitements sont nécessaires dans son cas. Le patient doit aussi être encouragé

ragé à discuter avec son médecin-dentiste les informations tant valables que douteuses qu'il a trouvées sur internet, par exemple, afin qu'elles puissent être confirmées ou corrigées, le cas échéant (JOHNSTON 2009).

Les émotions

La cavité buccale de l'être humain appartient aux zones intimes du corps, que l'on ne touche généralement pas avec les doigts, comme c'est le cas lors de traitements dentaires; il s'agit plutôt d'une sphère réservée aux contacts corporels intimes, comme le baiser. Il n'est donc pas surprenant que le travail du médecin-dentiste à l'intérieur de la cavité buccale puisse être ressenti comme une intrusion dans la sphère intime, et en conséquence, le patient pourra se sentir mis sous pression émotionnellement. En outre, il est possible que le patient ressente de la honte et de la culpabilité en raison de sa santé buccodentaire insuffisante (OHRN ET AL. 2008). Les émotions associées aux consultations médico-dentaires peuvent survenir déjà pendant l'enfance. Il est important de savoir à cet égard qu'un enfant anxieux ne peut pas faire la différence entre les douleurs provoquées par la maladie et celles provoquées par le médecin-dentiste. Ces douleurs peuvent être en partie réelles, et en partie de nature psychique.

La peur

La peur ou l'anxiété peuvent se manifester avant tout traitement médical ou médico-dentaire (HOAD-REDDICK 2004). La peur des soins médico-dentaires est reflétée par le comportement du patient envers le médecin-dentiste et influence également dans une certaine mesure le succès du traitement (CORAH ET COLL. 1985; GALE ET COLL. 1984). Dès 1972, un sondage d'opinion en Allemagne a montré que 34% seulement des patients n'avaient pas peur des consultations chez le médecin-dentiste. 44% avaient un peu peur, et 22% une peur assez importante. De plus, 20% des personnes interrogées ne se sont pas rendues chez leur médecin-dentiste malgré le fait qu'elles y avaient encore un rendez-vous (*Reputation of the dentist in public opinion. Representative survey on the public image of the dentist 1972*). Dans une enquête plus récente réalisée en 2007, 12% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles n'avaient plus consulté un médecin-dentiste depuis 5 ans ou plus. 1,3% des personnes interrogées ont même indiqué qu'elles n'avaient jamais consulté un médecin-dentiste. Les auteurs ont expliqué ces chiffres par une peur importante des traitements médico-dentaires (THIBODEAU & MENTASTI 2007). La peur ne résulte pas forcément de consultations médico-dentaires antérieures traumatisantes, mais peut aussi apparaître en tant que conséquence d'une attente négative. Celle-ci peut être provoquée et renforcée par des amis, des connaissances ou les médias (THIBODEAU & MENTASTI 2007).

Le médecin-dentiste devrait être en mesure de reconnaître les troubles psychologiques comme l'anxiété dentaire ou la phobie dentaire, afin de rassurer le patient ou de lui proposer de l'adresser à un spécialiste pour une thérapie de l'anxiété (HOAD-REDDICK 2004). Il est possible de diminuer l'anxiété du patient en le responsabilisant, en l'encourageant à poser lui-même des questions, en lui prêtant attention avec une attitude calme et amicale (CORAH ET COLL. 1985; GALE ET COLL. 1984). De manière générale, plus le patient est anxieux, plus le comportement apaisant du médecin-dentiste est important. Le patient doit disposer des informations adéquates concernant son traitement et être convaincu que son médecin-dentiste fera tout ce qui est en son pouvoir pour qu'il se sente le mieux possible (MATAKI 2000). Ces problèmes psychologiques et émotionnels

peuvent aussi avoir des répercussions physiques, car les patients qui en sont atteints présentent plus souvent des problèmes importants liés au bruxisme, ou même des troubles au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire (HOAD-REDDICK 2004).

Douleurs

Comme mentionné dans notre premier article, certains films montrent des patients hurlant de douleur dans un cabinet dentaire (WOLF & RAMSEIER 2011). L'action porte essentiellement sur les douleurs liées au traitement. Dans notre société, les générations précédentes peuvent avoir des souvenirs douloureux de leurs consultations chez le médecin-dentiste. Comme l'a montré une enquête réalisée en Allemagne il y a 40 ans, 31% des patients se rappelaient avoir ressenti des douleurs particulièrement fortes lors d'un traitement dentaire. Dans 10% des cas, ces douleurs avaient même été ressenties lors de la dernière consultation dentaire basse (*Reputation of the dentist in public opinion. Representative survey on the public image of the dentist 1972*). Pride a décrit il y a 20 ans le paradoxe suivant: à cette époque déjà, il était parfaitement possible de réaliser des traitements dentaires quasiment indolores, mais les patients avaient encore peur des douleurs liées aux traitements (PRIDE 1991). Les douleurs n'ont pas seulement des causes «mécaniques», mais peuvent aussi constituer des réactions somatiques à une souffrance psychique (HOAD-REDDICK 2004). De manière générale, trois mécanismes émotionnels peuvent provoquer des douleurs: la tension émotionnelle, la peur et l'hystérie (MOULTON 1955). La compétence permettant de traiter la douleur dans la cavité buccodentaire est considérée comme sacro-sainte par les médecins-dentistes. Le praticien ne peut pas atteindre cet objectif exclusivement par des interventions thérapeutiques, mais aussi en étant réceptif à ce que le patient ressent et en le tranquillisant.

Conclusions

Les médecins-dentistes ont toujours la possibilité de garantir la qualité de leur travail ou, le cas échéant, de l'améliorer. Chaque médecin-dentiste peut y contribuer en participant régulièrement à des cours de formation complémentaire et de perfectionnement, en traitant au mieux chacun de ses patients et en étant attentif à la qualité de la relation médecin-dentiste/patient. Le médecin-dentiste doit également trouver un équilibre entre le chiffre d'affaires de son cabinet et le bien-être de ses collaborateurs et de ses patients, tout en assumant au mieux ses responsabilités sociales et ses devoirs dans le domaine de la santé. Les efforts dirigés en ce sens peuvent se traduire par une amélioration de l'image de la médecine dentaire. Si nous pouvons améliorer l'image de la médecine dentaire dans la vie professionnelle réelle, alors le médecin-dentiste ne sera plus caricaturé dans les médias de divertissement comme un méchant personnage, car cette image ne correspondrait plus à la sensibilité du public.

Remerciements

Nous tenons à remercier cordialement Brigitt Leuenberger, Bibliothèque des Cliniques de médecine dentaire ZMK, Université de Berne, pour son aide précieuse dans la recherche documentaire. De plus, nous tenons à remercier Richard Wolf pour la lecture attentive du manuscrit.

Bibliographie voir texte allemand, page 224.