

Université de Montréal

Transformer les pratiques professionnelles vis-à-vis des personnes prestataires de l'aide sociale: développement participatif et évaluation d'une formation continue en cabinet dentaire

Martine C. Lévesque
École de santé publique de l'Université de Montréal

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Santé publique
option Organisation des soins

Janvier 2016

© Martine C. Lévesque, 2016

Résumé

L'objectif de la présente thèse est de générer des connaissances sur les contributions possibles d'une formation continue à l'évolution des perspectives et pratiques des professionnels de la santé buccodentaire. Prônant une approche centrée sur le patient, la formation vise à sensibiliser les professionnels à la pauvreté et à encourager des pratiques qui se veulent inclusives et qui tiennent compte du contexte social des patients.

L'évaluation de la formation s'inscrit dans le contexte d'une recherche-action participative de développement d'outils éducatifs et de transfert des connaissances sur la pauvreté.

Cette recherche-action aspire à contribuer à la lutte contre les iniquités sociales de santé et d'accès aux soins au Québec; elle reflète une préoccupation pour une plus grande justice sociale ainsi qu'une prise de position pour une santé publique critique fondée sur une « science des solutions » (Potvin, 2013).

Quatre articles scientifiques, ancrés dans une philosophie constructiviste et dans les concepts et principes de l'apprentissage transformationnel (Mezirow, 1991), constituent le cœur de cette thèse. Le premier article présente une revue critique de la littérature portant sur l'enseignement de l'approche de soins centrés sur le patient. Prenant appui sur le concept d'une « épistémologie partagée », des principes éducatifs porteurs d'une transformation de perspective à l'égard de la relation professionnel-patient ont été identifiés et analysés.

Le deuxième article de thèse s'inscrit dans le cadre du développement participatif d'outils de formation sur la pauvreté et illustre le processus de co-construction d'un scénario de court-métrage social réaliste portant sur la pauvreté et l'accès aux soins. L'article décrit et apporte une réflexion, notamment sur la dimension de co-formation entre les différents acteurs des milieux académique, professionnel et citoyen qui ont constitué le collectif *À l'écoute les uns des autres*. Nous y découvrons la force du croisement des savoirs pour générer des prises de conscience sur soi et sur ses préjugés.

Les outils développés par le collectif ont été intégrés à une formation continue axée sur la réflexion critique et l'apprentissage transformationnel, et conçue pour être livrée en cabinet dentaire privé. Les deux derniers articles de thèse présentent les résultats d'une étude de cas instrumentale évaluative centrée sur cette formation continue et visant donc à répondre à l'objectif premier de cette thèse. Le premier consiste en une analyse des transformations de perspectives et d'action au sein d'une équipe de 15 professionnels dentaires ayant participé à la formation continue sur une période de trois mois. L'article décrit, entre autres, une plus grande ouverture, chez certains participants, sur les causes structurelles de la pauvreté et une plus grande sensibilité au vécu au quotidien des personnes prestataires de l'aide sociale. L'article comprend également une exploration des effets paradoxaux dans l'apprentissage, notamment le renforcement, chez certains, de perceptions négatives à l'égard des personnes prestataires de l'aide sociale.

Le quatrième article fait état de barrières idéologiques contraignant la transformation des pratiques professionnelles : 1) l'identification à l'idéologie du marché privé comme véhicule d'organisation des soins; 2) l'attachement au concept d'égalité dans les pratiques, au détriment de l'équité; 3) la prédominance du modèle biomédical, contraignant l'adoption de pratiques centrées sur la personne et 4) la catégorisation sociale des personnes prestataires de l'aide sociale. L'analyse des perceptions, mais aussi de l'expérience vécue de ces barrières démontre comment des facteurs systémiques et sociaux influent sur le rapport entre professionnel dentaire et personne prestataire de l'aide sociale. Les conséquences pour la recherche, l'éducation dentaire, le transfert des connaissances, ainsi que pour la régulation professionnelle et les politiques de santé buccodentaire, sont examinées à partir de cette perspective.

Mots-clés: inégalités sociales de santé buccodentaire, accès aux soins, aide sociale, pauvreté, déterminants sociaux de la santé, pratiques professionnelles, formation continue des professionnels dentaires, approche transformationnelle en éducation, transfert des connaissances, systèmes d'organisation des soins

Abstract

This thesis aims to generate knowledge on how a continuing education course might contribute to the evolution of oral health professionals' perspectives and practices. Promoting patient centered care, the course aims to sensitize professionals to poverty issues and to encourage socially inclusive practices that take into account the social context of patients. The course evaluation is nested within a participatory action research project aimed at developing educational and knowledge transfer tools to sensitize oral health professionals to poverty issues. Our research strives to contribute to the fight against social inequities in health and in access to care in Québec; it is grounded in our intent for greater social justice and reflects our belief in the importance of a critical public health founded on a « science of solutions » (Potvin, 2013).

Four scientific articles, grounded in constructivism and in the concepts and principles of transformative learning theory (Mezirow, 1991), constitute the heart of this thesis. The first presents a critical review of the literature on health professional education for patient-centered care. We focus on the concept of *shared epistemology* as a foundation for patient-centered care and determine and analyse the educational principles allowing for its development in students and practitioners.

Our second article, located within the participatory developmental process, delves into the co-construction of a social realist screenplay portraying poverty and issues of access to dental care. The article examines and reflects on the participatory processes, in particular the co-learning that took place among the partners involved in writing the screenplay and in producing the educational tools on poverty. We discover the potency of shared knowledge among professionals, citizens, educators and academics for enhancing reflection on bias and perspective taking.

The educational tools developed have been integrated into an onsite credited continuing education course on poverty and oral health, privileging critical reflection, founded on

transformative learning theory, and integrating dimensions of person-centered care. The results of an instrumental case study among the 15 members of a dental team having participated in the course constitute the last two articles of the thesis. The first describes and analyzes the new meanings and actions among course participants, emphasizing shifts in thinking about the causes of poverty, about life on welfare, about certain patient behaviors and about the participants themselves. New actions refer to changes made in verbal and non-verbal communication and appointment giving policy. The article also examines unanticipated and paradoxical effects of learning, such as the reinforcement of certain beliefs.

The final thesis article presents the case study results in terms of the participants' experience of their workplace ideologies and how these constitute obstacles or objections to learning or to making practice or policy changes. These ideologies include 1) identification with a for-profit and private market oral health care system; 2) "equal treatment", a belief constraining concern for equity and the recognition of discriminatory practices; 3) a predominantly biomedical orientation to care; and 4) stereotypical categorization of publically insured patients into « deserving » vs. « non-deserving » poor. This knowledge contributes to our understanding of systemic influences on professionals' practices and interactions with patients living on welfare. We discuss implications for research, dental education and knowledge translation, as well as in terms of oral health policy and oral health professional regulation.

Keywords: social inequities in oral health, access to care, social assistance, poverty, social determinants of health, professional practices, continuing education in health, transformative learning theory, knowledge translation, health services research

Table des matières

Résumé _____	i
Abstract _____	iii
Table des matières _____	v
Liste des annexes _____	ix
Liste des tableaux _____	x
Liste des figures _____	xi
Liste des sigles et abréviations _____	xii
Remerciements _____	xiii
Dédicace _____	xv
1. Introduction _____	1
1.1 Problématique _____	2
1.2 Objectif général de la thèse, questions de recherche et fondements philosophiques _____	3
1.3. Contenu de la thèse _____	4
2. Recension des écrits _____	7
2.1. Inégalités sociales de santé buccodentaire dans les pays riches _____	8
2.1.1 Le gradient social de la santé buccodentaire _____	9
2.1.2 Déterminants des inégalités de santé buccodentaire _____	10
2.2 Inégalités sociales d'accès aux systèmes de soins buccodentaires _____	11
2.2.1 L'accès aux soins, une question de ressources financières _____	12
2.2.2 L'accès aux soins, une question d'engagement des professionnels dentaires_	13
2.2.2.1 Participation des professionnels dentaires aux régimes publics de soins_	14
2.2.2.2 Expériences vécues et représentations sociales des professionnels dentaires à l'égard des personnes prestataires de l'aide sociale (PAS) _____	15
2.2.2.3 Pratiques professionnelles dentaires auprès des personnes PAS _____	19
2.2.3 L'accès aux soins, une question de perspectives, de comportements et d'expériences des personnes à faible revenu _____	20
2.2.3.1 Importance de la santé buccodentaire pour les personnes PAS _____	20

2.2.3.2 Comportements de santé et de consultation dentaires des personnes PAS _____	21
2.2.3.3 Difficultés rencontrées dans le rapport avec le système de soins et avec les professionnels dentaires _____	23
2.3 Pauvreté, aide sociale et santé _____	24
2.3.1 Pauvreté et santé générale, un défi quotidien _____	25
2.3.1.1 Le gradient social de santé et ses déterminants sociaux _____	25
2.3.1.2 Impacts de la pauvreté et des déterminants sociaux sur la gestion de la santé au quotidien _____	26
2.3.2 Pauvreté et aide sociale au Québec, éléments théoriques et statistiques _____	28
2.3.2.1 Définitions et perspectives théoriques _____	28
- La pauvreté économique, une approche monétaire _____	28
- L'exclusion sociale _____	29
2.3.3 Données statistiques sur la pauvreté et l'aide sociale au Québec _____	31
- Données statistiques sur la pauvreté _____	31
- Données statistiques sur l'aide sociale _____	32
2.4. La formation des professionnels de la santé buccodentaire en vue de soigner les personnes à faible revenu _____	33
2.4.1 Théories et perspectives sur l'éducation aux adultes _____	34
2.4.1.1. L'andragogie _____	34
2.4.1.2 L'apprentissage transformationnel _____	37
- Concepts et notions centrales _____	37
- Dimension du processus transformationnel _____	39
2.4.1.3 Autres perspectives critiques _____	40
- Typologie de perspectives sur l'enseignement aux adultes _____	40
- Andragogie vs. l'apprentissage transformationnel _____	41
2.4.1.4 Théories en éducation et domaine de l'éducation dentaire _____	42
2.4.2 Formation initiale dans le domaine de la médecine dentaire _____	44
2.4.2.1 Stratégies et contextes d'apprentissage _____	44
-Les activités de réflexion _____	45
-Les stages cliniques _____	45

2.4.2.2 Courants de pensée liés aux modèles de soins	47
- Compétence culturelle	47
- Approche centrée sur le patient	48
- Article 1: <i>Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care</i>	49
2.4.3 Formation continue dans le domaine de la médecine dentaire	75
2.5 Résumé de la recension de la littérature	76
3. Contexte participatif développemental de la recherche	78
3.1 Démarche globale participative	80
3.2 Définition, pertinence, principes et compatibilité de la recherche participative avec le développement et l'innovation sociale	82
3.3 Valeurs et visées du Collectif À l'écoute les uns des autres	84
3.4 Rôles des membres du Collectif À l'écoute les uns des autres	85
3.5 Fonctionnement du Collectif À l'écoute les uns des autres	87
3.5.1 Aspect organisationnels et pratiques	87
3.5.2 Processus sociaux	89
3.6 Outils produits	89
Article 2: <i>Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts</i>	91
4. Méthodologie	123
4.1 Cadre conceptuel	124
4.2 Questions de recherche	127
4.3 Devis d'étude de cas qualitative unique instrumentale	128
4.4 La constitution du cas	129
4.5 Collecte des données	131
4.6 Analyse des données	134
4.7 Stratégies de rigueur scientifique	137
5. Résultats	139
Article 3: <i>Humanizing Oral Health Care through Continuing Education on Social Determinants of Health: Evaluative Case Study of a Canadian</i>	

<i>Private Dental Clinic</i>	140
<i>Article 4: Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health</i>	170
6. Discussion	200
6.1 Contributions et implications et de la recherche	201
6.1.1 Retour sur les résultats et implications pratiques de la recherche	201
6.1.1.1 Les politiques de santé buccodentaire	204
6.1.1.2 L'éducation des professionnels de la santé buccodentaire et le transfert des connaissances en santé	206
-le transfert des connaissances en santé	209
6.1.1.3 La régulation professionnelle	210
6.1.2 Contributions théoriques et pistes de recherche	212
6.2 Limites, apports méthodologiques et défis d'ordre éthique de la recherche	214
6.2.1 Limites de la recherche	214
6.2.2 Apports méthodologiques	215
6.2.3 Défis d'ordre éthique	216
6.3 Liens entre la recherche et le contexte développemental participatif	217
6.3.1 Retombées et originalité du processus participatif	217
6.3.2 Implications pour le domaine du transfert des connaissances	219
6.3.3 Défis et leçons apprises	220
7. Conclusion	222
Bibliographie	226
Annexe 1	II
Annexe 2	XV
Annexe 3	XVII
Annexe 4	XVIII
Annexe 5	XXI
Annexe 6	XXII
Annexe 7	XXVI
Annexe 8	XXX

Liste des annexes

Annexe 1: Contributions et autorisations des co-auteurs des articles de thèse _____	II
Annexe 2 : Offre de formation continue sur la pauvreté _____	XV
Annexe 3: Certificat d’approbation éthique _____	XVII
Annexe 4: Formulaire de consentement _____	XVIII
Annexe 5: Guide d’entrevue individuelle initiale-étape 1 de la formation _____	XXI
Annexe 6: Guide d’entrevue individuelle semi-structurée finale _____	XXII
Annexe 7: Système organisationnel de codage des données _____	XXVI
Annexe 8: Page couverture du Guide d’animation d’un cinéma forum sur la pauvreté et la santé _____	XXX

Liste des tableaux

Tableau I: Présupposés à l'égard de l'apprenant adulte et « implications technologiques » _____	37
Tableau II: Composition du Collectif <i>À l'écoute</i> et rôles et contributions principales des membres _____	86
Tableau III: Étapes de la formation continue et de l'étude de cas, et sources de données associées _____	134

Liste des figures

Figure 1: Collectif À l'écoute les uns des autres _____	79
Figure 2: Démarche de recherche-action participative _____	81
Figure 3: Étapes de la formation continue sur la pauvreté et leur alignement avec les phases d'un processus d'apprentissage transformationnel _____	125
Figure 4: Barrières idéologiques à la transformation des pratiques _____	203

Liste des sigles et abréviations

ACDQ	Association des chirurgiens-dentistes du Québec
ACP	Approche centrée sur le patient
AT	Apprentissage transformationnel
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EA	Etats-Unis
MPC	Mesure du panier de consommation
ODQ	Ordre des dentistes du Québec
OHDQ	Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
PAS	Prestataire de l'aide sociale
PSP	Personne en situation de pauvreté
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAP	Recherche-action participative
SFR	Seuil de faible revenu
TC	Transfert des connaissances

Remerciements

Cet espace et ces mots ne pourront suffire à exprimer la profondeur de ma gratitude envers les personnes qui ont rendu possibles mon parcours doctoral et cette thèse qui est en fait l'œuvre d'un ensemble de villages.

Il y a d'abord celui des « *true believers* », c'est-à-dire les membres du Collectif *À l'écoute les uns des autres*, celui et celles qui ont cru que le projet de développement répondait à un besoin essentiel, et que des aspects souvent invisibles mais parfois bien simples, pouvaient faire la différence dans l'accueil des personnes souffrant d'exclusion. Merci à Guylaine Arbour, Sophie Dupéré, Johanne Côté, Lyse Doré, Anne Charbonneau, Alissa Levine, Cynthia Moreau, Marie-Anne Pelletier, Nathalie Morin, Christine Loignon, Isabelle Laurin, Nancy Wassef, Christophe Bedos, et feu Louise Whitmore, qui m'auront mise au défi et également soutenue du courage de leurs convictions.

Parmi ces personnes, certaines ont participé de près au travail d'analyse et de réflexion critique exigé par la préparation et la rédaction des articles scientifiques de cette thèse: Christophe Bedos, Alissa Levine, Sophie Dupéré. Je reconnais le privilège qui m'a été donné de bénéficier de leur expérience, de l'étendue de leurs connaissances, de leur sens critique, de leur intérêt et de leur soutien intellectuel. De la même façon, je suis reconnaissante envers Richard Hovey pour son précieux apport à mon cheminement intellectuel; j'ai apprécié son ouverture et sa profondeur d'esprit.

Aussi, au cours des années, un nombre important de personnes ont apporté au projet leurs savoirs d'expérience, leur vécu, leurs perspectives et leurs idées. Leur générosité, leurs témoignages et leur confiance m'ont touchée et motivée à poursuivre. Leurs savoirs m'ont également aidée à reconnaître et à mieux tenir compte des limites et failles quant à la représentation de la pauvreté dans la littérature académique et scientifique. Je leur suis redevable, tout comme à l'équipe de Mise au jeu, en particulier Nancy Roberge, qui ont partagé avec moi leur expertise dans le théâtre d'intervention et m'ont ainsi ouverte à des voies nouvelles et porteuses de communication.

Il y a également l'équipe de professionnelles dentaires et leur leader, qui, voulant apprendre et souhaitant contribuer à la recherche d'une étudiante au doctorat, ont maintenu leur engagement dans un processus qui les a surprises et parfois confrontées. Leur participation a été précieuse et je les en remercie sincèrement.

Je soulignerais à nouveau mon appréciation de Christophe Bedos, membre du collectif *À l'écoute* mais également mon directeur de recherche, doué d'une vision et créativité hors pair, pour ses multiples injonctions: « Vas-y! Parle-leur. Va faire un tour. Demande-leur. Vérifie. Assieds-toi avec eux. » Combien il avait raison! Je lui suis reconnaissante de m'avoir amenée à oser, et d'être demeuré disponible, dans la durée, pour échanger, réfléchir, écouter et compatir.

Enfin mais non les moindres, il y a le village des amis et des proches. Ma gratitude s'étend aux amis de la Division de santé publique de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill, et à mon amie et compagne d'étude Marie-Douce. Merci à Rhoda, pour son soutien et sa sagesse. Merci à celles qui ont pu comprendre et accepter ma non-disponibilité prolongée: Alexandra, Annie, Isabelle et Nathalie. Un merci tout spécial à Eric, pour son affection et soutien technique de dernière heure.

Je suis redevable également à ma sœur Lucie Lévesque pour ses précieux conseils à l'égard de l'univers de la publication et de la machine académique, ainsi que pour son intérêt et encouragement; à mes parents, Justin et Marie, pour leur soutien moral, leur grande disponibilité et leurs apports sur les plans familial, organisationnel, intellectuel et matériel, à tout moment. Ils ont rendu cette aventure possible et je leur en suis profondément reconnaissante; enfin, à ma fière et forte Camille, qui a dû apprendre bien trop jeune à demander à sa maman d'enlever son habit d'astronaute, je ne peux imaginer avoir eu meilleure compagne de voyage.

À Camille mon étoile,

1. Introduction

1.1 Problématique de recherche

Dans les pays développés, il est généralement reconnu qu'une position socioéconomique défavorable peut conduire à une détérioration de la santé. Le même constat s'applique à la santé buccodentaire. Qu'il s'agisse de la perception subjective de l'état de santé, de la mesure de l'état carieux, du degré d'édentation ou de la douleur dentaire, l'existence et l'ampleur d'un gradient social, dans les pays développés, sont bien documentées, et ce depuis plusieurs décennies déjà.¹⁻⁸ Ainsi, les canadiens à faible revenu sont, comparativement aux personnes de l'échelon de revenu supérieur, presque deux fois plus susceptibles de présenter un besoin immédiat de traitement buccodentaire.⁶ Au Québec, bien que la santé buccodentaire se soit améliorée depuis les années 1960, les citoyens à faible revenu constituent une large proportion de l'ensemble de ceux qui souffrent d'affections buccodentaires.^{7, 8} Une étude québécoise de 1995⁸ révélait par ailleurs des chiffres accablants relatifs à l'édentation: près de 25% des jeunes adultes (35-44 ans) avec un revenu inférieur à 25 000 \$ avaient déjà perdu toutes leurs dents.

Sans nier l'importance des déterminants sociaux dans ces inégalités de santé buccodentaire, force est de constater que la relation dentiste-patient y joue un rôle non négligeable.⁹⁻¹² Les difficultés dans les rapports thérapeutiques entre professionnels dentaires et prestataires de l'aide sociale (PAS) sont telles, en effet, qu'elles constituent pour ces derniers une énorme barrière d'accès aux soins.⁹⁻¹² Les dentistes, en particulier, comprennent mal le mode de vie des PAS ainsi que leurs comportements de santé. Leur incompréhension de la pauvreté, qui repose notamment sur des stéréotypes concernant l'aide sociale, couplée à leurs frustrations d'ordres économique, biomédical et relationnel, contribuent à exclure des soins dentaires ces populations vulnérables.^{13, 14} Aussi peut-on comprendre que les PAS se sentent souvent stigmatisés au cabinet dentaire et renoncent à consulter autrement qu'en urgence.¹²

L'existence d'une barrière sociale et relationnelle entre professionnels dentaires et personnes en situation de pauvreté ne surprend pas. Bien que plusieurs auteurs en

dentisterie reconnaissent la nécessité de développer chez les futurs dentistes et praticiens les connaissances et les compétences pour soigner les populations vulnérables, les contenus, stratégies et approches d'enseignement à l'égard de la pauvreté demeurent très limités, et même absents dans le cas de la formation continue.¹⁵⁻¹⁹ Or, les stéréotypes négatifs et pratiques d'exclusion des professionnels s'opposent aux valeurs de justice sociale et d'équité d'accès aux soins de santé. Combattre les stéréotypes est une cible d'action pour une santé publique critique fondée sur une « science des solutions ».²⁰

C'est dans ce contexte que le collectif *À l'écoute les uns des autres* (« *À l'écoute* »), réunissant chercheurs en santé publique, professionnels dentaires et personnes en situation de pauvreté, collabora de 2006 à 2012 au développement d'outils de formation et de transfert des connaissances sur la pauvreté. Avec comme objectif le changement dans les perspectives et pratiques des professionnels dentaires, le projet du collectif *À l'écoute* s'inscrivait dans la lutte contre la pauvreté et les iniquités sociales de santé. Notre recherche s'est insérée dans le contexte du travail du collectif *À l'écoute*. Suivant un processus participatif rigoureux, itératif et de longue haleine, nous avons produit une série de capsules audio-visuelles et un film social réaliste sur la pauvreté et la santé. Ces derniers ont constitué les pièces maîtresses d'une formation continue sur la pauvreté que nous avons développée à Montréal, et mise en œuvre dans une clinique dentaire de la ville. Ajoutons que cette formation a été créditée par l'Ordre des dentistes du Québec.

1.2 Objectif général de la thèse, questions de recherche et fondements philosophiques

L'objectif général de cette thèse est de générer des connaissances sur les contributions possibles de la formation continue à l'évolution des perspectives et pratiques des professionnels de la santé buccodentaire. Ainsi, dans le cadre de cette thèse, nous avons réalisé une étude de cas instrumentale sur l'expérience d'apprentissage des membres d'une clinique dentaire privée qui ont reçu la formation. Nous avons abordé deux questions de recherche qui nous paraissaient essentielles: 1) Quelle est la perception et le vécu des

membres de la clinique quant aux effets transformationnels de leur participation à la formation? et 2) Quelles sont les barrières perçues ainsi que les objections soulevées par les participants à l'égard des perspectives et pratiques discutées en cours de formation?

Les fondements philosophiques de cette thèse réfèrent au constructivisme, pour lequel la reconnaissance de la multiplicité des réalités et perspectives est cohérente avec la création d'espaces de dialogue, de réflexion et de négociation.²¹ Inhérent à la recherche et l'obtention de consensus dans les démarches participatives, le constructivisme représente également l'assise épistémologique de la théorie de l'apprentissage transformationnel en éducation (ATE) aux adultes.²² Cette dernière est transversale à cette thèse, trouvant écho tant dans l'orientation privilégiée pour le contenu et les processus d'apprentissage visés par les outils de formation que dans la réflexion sur les processus participatifs ayant mené au développement de ces outils.

1.3 Contenu de la thèse

Faisant suite à ce chapitre introductif, le chapitre 2 présente de manière critique la littérature sur les inégalités sociales de santé buccodentaire; parmi les facteurs explicatifs, nous explicitons diverses facettes de la barrière relationnelle qui confrontent les personnes en situation de pauvreté. Nous abordons également différentes théories de l'apprentissage chez l'adulte, en décrivant et contrastant les fondements, concepts et principes de l'andragogie et de l'apprentissage transformationnel. Les notions exposées permettent d'examiner l'éducation dentaire, notamment en ce qui a trait au développement des compétences relationnelles et de la conscience et responsabilité sociales des étudiants et professionnels. Nous identifions les éléments de la faiblesse des assises théoriques éducationnelles dans le domaine dentaire et soulignons les lacunes en termes de contenus sur la pauvreté et sur les déterminants sociaux de la santé. Nous constatons ainsi également les limites des stratégies et des contextes d'enseignement actuellement privilégiés pour aborder ces derniers. Enfin, nous faisons valoir le potentiel du courant de pensée de l'approche centrée sur le patient (ACP) comme fondement théorique à la relation

professionnel-patient. Nous en révisons l'enseignement dans les professions de santé. Sous la forme d'un premier article de thèse, que nous avons publié en 2013 (voir Annexe I), notre revue critique prend pour point de départ la nécessité d'une épistémologie partagée—d'une co-construction des connaissances—comme fondement à l'actualisation d'une authentique approche centrée sur le patient.²³

Nous consacrons ensuite le chapitre 3 au contexte développemental participatif de cette recherche. Nous y présentons notamment le 2^e article de cette thèse de doctorat (voir Annexe I), qui a été publié en 2014.²⁴ Cet article réflexif porte sur le processus de co-construction du film que nous avons tourné sur la pauvreté et que nous avons utilisé comme outil pour la formation continue que nous avons offerte dans une clinique dentaire montréalaise. Précisons que, désirant combler des lacunes en éducation dentaire et poursuivant des visées transformationnelles à l'égard des pratiques professionnelles, le travail du collectif *À l'écoute* a correspondu à une démarche d'innovation sociale. La diversité des expériences, intérêts et perspectives des membres, qui représentaient respectivement des organismes communautaires, institutions de régulation professionnelle et milieux académiques, a conféré la force mais ajouté à la complexité de l'entreprise développementale.²⁵ Nous avons pu réfléchir sur et souligner certains des apports uniques de la démarche de développement à notre compréhension des processus participatifs.

Le Chapitre 4 décrit la méthodologie que nous avons employée. Imbriquée dans le contexte développemental participatif, cette recherche est ancrée dans les concepts d'évaluation développementale de Patton.²⁵ Elle représente également un moment évaluatif dans le processus de la recherche-action participative, permettant d'alimenter à nouveau la réflexion des membres du collectif *À l'écoute*. Le chapitre 4 explicite d'abord le cadre conceptuel de l'étude de cas, la justification du devis retenu et les caractéristiques de la clinique participante. Assumant un double rôle de formatrice et de chercheure, notre première auteure a recueilli des données (p.ex., entrevues individuelles, discussions de groupe, documents administratifs) à même les activités de formation, et ce sur une période de trois mois. Nous avons également effectué une période d'observation participante au comptoir d'accueil de la clinique et réalisé des entrevues individuelles finales avec chacune

des 15 membres de l'équipe dentaire qui participaient à la formation. Nous appuyant sur la théorie de l'apprentissage transformationnel en éducation aux adultes,²² nous abordions avec les participantes leur perception de changements ou de révisions de leurs perspectives et actions en lien avec les patients PAS. Nous nous intéressons également aux obstacles perçus et objections soulevées face à l'évolution des croyances et pratiques.

Le Chapitre 5 présente les résultats de notre étude de cas. Nos troisième et quatrième articles de thèse (voir Annexe I), publiés en 2015²⁶ et 2016²⁷, abordent les réponses à nos deux questions de recherche. L'analyse interprétative des données nous a permis d'identifier des effets paradoxaux dans le processus d'apprentissage et d'explicitier la teneur expérientielle et contextuelle de barrières idéologiques à l'évolution des représentations et pratiques. Ces derniers résultats nous permettent d'approfondir notre compréhension de causes structurelles d'iniquités d'accès aux soins de santé buccodentaire.

Le Chapitre 6 comporte, dans un premier temps, une discussion des résultats de la recherche et ses implications pratiques pour les politiques de santé buccodentaire, l'éducation dentaire et le travail des organismes de régulation professionnelle. Nous abordons également dans cette section les contributions théoriques principales et les voies d'avenir pour la recherche. En deuxième lieu, nous identifions les limites, apports méthodologiques et défis d'ordre éthique de la recherche. Enfin, nous consacrons une section qui examine et amorce une théorisation sur les liens entre la démarche de recherche proprement dite et le contexte et processus participatifs y ayant donné lieu. Nous constatons la richesse et l'importance d'approches participatives en ce qui a trait au transfert des connaissances axé sur les iniquités sociales de santé.

Nous concluons cette thèse avec le Chapitre 7 où nous revenons sur l'objectif et les deux questions de recherche tout en soulignant les principales contributions empiriques, théoriques et méthodologiques. En lien avec ces contributions, nous proposons également des avenues de recherche future et invitons à l'action les éducateurs dentaires et organismes de régulation de la pratique dentaire.

2. Recension des écrits

Le bien-fondé et la pertinence de cette recherche s'appuient sur une littérature et des connaissances qui se déclinent en quatre grands thèmes: 1) les inégalités sociales de santé buccodentaire dans les pays riches; 2) les inégalités d'accès aux systèmes de soins buccodentaires; 3) la pauvreté, l'aide sociale et la santé et 4) la formation des professionnels de la santé buccodentaire en vue de soigner les personnes en situation de pauvreté. Notre incursion dans ces domaines aboutira sur le premier article de cette thèse, qui s'intitule: *Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care*.²³ En accord avec l'ancrage constructiviste de cette thèse, l'article propose comme fondement à la relation professionnel-patient le concept d'une épistémologie partagée. Il en découle des impératifs et principes éducationnels s'appliquant à la préparation des professionnels de la santé en général. Ces principes soutiennent également notre démarche développementale et évaluative d'outils de formation destinés aux professionnels dentaires.

2.1 Inégalités sociales de santé buccodentaire dans les pays riches

Dans de nombreux pays riches, la santé buccodentaire représente l'un des postes de dépense de santé les plus importants. Au Canada, en 2012, un total de 12,5\$ milliards a été dépensé dans les soins dentaires et les services professionnels dentaires représentent 57,3% des dépenses de services professionnels dans le secteur privé.²⁸ D'après Leake,²⁹ la maladie buccodentaire se situe au second rang dans le classement des dépenses totales par catégorie diagnostique, tout juste derrière la maladie cardiovasculaire.

Malgré les sommes dépensées, les gains de santé qui en résultent semblent profiter inégalement aux individus. Comme nous le verrons à la section 2.1.1 de cette partie, l'état de santé buccodentaire d'un individu est étroitement lié à son statut socioéconomique, davantage encore que ne le sont de nombreuses maladies ou conditions de santé chroniques.^{30, 31} Le concept de « gradient social de santé », selon lequel plus un individu occupe une position socioéconomique défavorable plus il est à risque d'être en mauvaise

santé,³² s'applique avec force au domaine buccodentaire. Les approches explicatives de ce gradient de santé buccodentaire, tel que nous l'abordons à la section 2.2.2, rejoignent aujourd'hui celles qui prédominent en égard au gradient social de santé en général.³³⁻³⁵

2.1.1 Le gradient social de la santé buccodentaire

Qu'il s'agisse de la perception subjective de l'état de santé buccodentaire, de l'état carieux, du degré d'édentation, de la douleur dentaire, de la maladie parodontale ou du recours aux prothèses dentaires totales, l'existence et l'ampleur d'un gradient social sont bien documentés, et ce depuis quelques décennies déjà.¹⁻⁶ C'est ainsi que, plus le niveau de revenu ou la classe sociale d'un individu est élevé, meilleures sont les probabilités que cette personne ait une bonne santé buccodentaire et soit épargnée par la maladie buccodentaire.

Considérons la carie dentaire, problématique de santé buccodentaire majeure dans la plupart des pays industrialisés et terrain d'inégalités sociales marquées.^{5, 33} Effectivement, en dépit d'une diminution considérable à l'échelle de la population nord-américaine depuis quelques décennies, la prévalence de la carie dentaire chez les adultes à faible revenu (i.e. chez qui le ratio revenu familial/seuil de pauvreté est inférieur à 1) est plus de deux fois celle que l'on retrouve chez les adultes aisés (i.e. chez qui le ratio revenu familial/seuil de pauvreté est plus grand ou égal à 3).⁵ Aussi, les canadiens à faible revenu sont, comparativement aux personnes de l'échelon de revenu supérieur, presque deux fois plus susceptibles de présenter un besoin immédiat de traitement buccodentaire.⁶ Les données sur l'édentation sont tout aussi éloquentes: toujours d'après le sondage canadien, 10,9 % des adultes à faible revenu sont complètement édentés, le lot de seulement 3,2% des adultes à revenu élevé.⁶

La distribution de la maladie buccodentaire est semblable aux États-Unis ou encore dans les pays de l'Union européenne. Chez les familles américaines dont le revenu se situe sous le seuil de pauvreté, 55% des enfants présentent des caries au niveau de la dentition

primaire ou permanente.³⁶ Cette statistique est de 31% chez les enfants de familles dont le revenu est plus de 200% du seuil de pauvreté.³⁶ Aussi, d'après les analyses de la Direction française de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, à la maternelle, 23% des enfants d'ouvriers présentent une carie dentaire non soignée, comparativement à seulement 4% des enfants de cadres.³⁷

2.1.2 Déterminants des inégalités de santé buccodentaire

Les approches explicatives du gradient social de santé buccodentaire sont multiples: la perspective individualiste, centrée sur les comportements de santé ou habitudes de vie (p.ex. le brossage de dents), la perspective culturelle (p.ex. l'influence différentielle des normes auprès des divers groupes sociaux), l'angle d'analyse psychosocial (p.ex. l'impact des niveaux de stress chez les personnes au bas de l'échelle sociale), l'approche des trajectoires de vie (p.ex. liens entre le statut socioéconomique pendant l'enfance et la santé à l'âge adulte) et, enfin, le point de vue matériel, invoquant directement les conditions matérielles d'existence et le rôle des structures et des politiques sociales dans la création ou la perpétuation de ces conditions.³⁸⁻⁴⁰ Aujourd'hui, on reconnaît les limites d'approches explicatives prises séparément; la tendance cède aux cadres conceptuels davantage écologiques ou intégrateurs des différentes catégories causales et tenant mieux compte de la complexité de leurs liens.^{38, 41, 42}

Par ailleurs, la recherche empirique fondée sur l'analyse de facteurs ou déterminants sociaux de la santé buccodentaire prolifère. D'après l'OMS,⁴³ les « déterminants sociaux de la santé » incluent « ...les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ... ». La littérature révèle ainsi l'intérêt pour les associations entre des indicateurs de santé buccodentaire et l'insécurité alimentaire,^{44, 45} le type et le quartier de résidence,^{41, 46} le niveau d'éducation ou le statut occupationnel,⁴⁷⁻⁴⁹ ou encore, les coefficients d'inégalités sociales de revenus à l'échelle des pays.^{50, 51}

2.2 Inégalités sociales d'accès aux systèmes de soins buccodentaire

Parmi les nombreux déterminants sociaux évoqués, l'accès au système de soins occupe une place importante.^{52, 53} Selon le Institute of Medicine,⁵⁴ l'accès aux soins peut être défini comme l'utilisation, à point nommé, des soins de santé dans le but d'obtenir les meilleurs résultats de santé possible.⁵⁴ Dans plusieurs pays riches ou en voie de développement—pour la plupart dépourvus de systèmes de soins buccodentaires universels—l'utilisation des services de santé buccodentaire suit également un gradient social : les moins nantis consultent moins que les individus des échelons de revenu supérieurs.^{6, 55, 56} De plus, les soins buccodentaires ont souvent été identifiés comme le plus important besoin de santé non comblé chez les personnes à faible revenu.⁵⁷

L'accès aux soins buccodentaires des populations vulnérables—parmi lesquelles les personnes à faible revenu constituent le groupe le plus important—représente aujourd'hui le défi le plus redoutable que doit affronter la profession dentaire.⁵⁸ Aux États-Unis en particulier, il est question de crise d'accès⁵⁹ et de l'iniquité inhérente à la loi inverse de soins—selon laquelle les personnes présentant les plus grands besoins de soins sont celles qui y accèdent le moins⁶⁰—qui prévaut dans le domaine dentaire.^{41, 61}

Les causes de cet état de fait sont multiples et leurs interactions complexes. Des modèles théoriques en administration de la santé ont par ailleurs décrit les dimensions et les facteurs (p.ex., organisationnels, socioculturels, politiques, économiques) pouvant influencer l'utilisation et le processus de soins.⁶²⁻⁶⁵ L'importance des interactions entre patient et professionnel(s), et des comportements respectifs de ces derniers a notamment été soulignée.^{63, 64} Dans cette partie, nous abordons trois thèmes pertinents au domaine dentaire et touchant de manière particulière les populations à faible revenu: 1) l'accès aux soins, une question de ressources financières; 2) l'accès aux soins, une question d'engagement des professionnels dentaires et 3) l'accès aux soins, une question de perspectives, d'expériences et de comportements des personnes à faible revenu. En centrant notre attention sur ces aspects micro des déterminants de l'utilisation des soins, nous jetterons certaines des bases de l'argumentaire pour une intervention éducationnelle

visant à améliorer la compréhension et la capacité de réponse des professionnels dentaires aux besoins des personnes en situation de pauvreté.

2.2.1 L'accès aux soins, une question de ressources financières

Parmi les difficultés évoquées, on souligne le fardeau financier que représentent les dépenses dentaires encourues par les individus à faible revenu.^{66, 67} Ces derniers sont en effet moins susceptibles d'avoir une assurance dentaire ou de disposer des moyens financiers permettant d'assumer la part des soins non-couverts par cette dernière.^{52, 67}

Parmi les répondants au sondage le plus récent de Santé Canada sur l'état de santé buccodentaire, seulement 50% des canadiens à faible revenu ont une assurance dentaire, qu'elle soit publique ou privée, alors que 78% des répondants de l'échelon de revenu élevé détiennent une assurance dentaire privée.⁶ De plus, d'après les résultats d'un autre sondage canadien, seulement 19,3% des personnes de l'échelon de revenu le plus bas détiennent une assurance privée, contre 80,5% des personnes de l'échelon le plus élevé.⁶⁷ Ce différentiel d'accès à une assurance privée surprend peu. Au Canada, le système de soins buccodentaire étant majoritairement financé par le système assurantiel privé,²⁸ l'accès à une assurance dentaire privée demeure intimement lié à l'emploi.^{68, 69}

Par ailleurs, les régimes publics d'assurance pour les soins buccodentaires, notamment celui qu'accorde le Gouvernement du Québec aux personnes prestataires de l'aide sociale (PAS), comportent de sérieuses lacunes. Notons les limites dans la couverture pour des soins endodontiques (p.ex., le traitement du canal dentaire, exclu de la couverture pour adultes PAS) et les délais de carence pour l'entrée en vigueur du plan.⁷⁰ Par exemple, pour accéder à des soins dentaires préventifs et curatifs de base, une personne PAS doit avoir cumulé douze mois d'inscription au programme de l'assistance sociale.⁷⁰ Des délais de vingt-quatre mois s'appliquent pour l'obtention de prothèses en acrylique.⁷⁰

Enfin, l'accès aux soins buccodentaires est possiblement lié à la répartition des ressources financières. Deux études récentes ont en effet établi une relation d'association inverse statistiquement significative entre le niveau d'inégalité de revenus dans les pays et

l'utilisation des services dentaires, et entre l'inégalité de revenu dans les états américains et l'édentation.^{50, 51} Les thèses explicatives de ces associations soulignent l'importance de la cohésion sociale mais également l'idée selon laquelle les pays moins égalitaires dépensent moins sur des mesures d'aide et services publics ou encore sur les infrastructures.⁵⁰ À l'égard de l'investissement collectif dans la santé buccodentaire, le Canada fait piètre figure parmi les pays de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), notre gouvernement ne contribuant que de l'ordre de 5,4%, en 2009, au financement des dépenses totales de santé dentaire.⁷¹ Cette donnée situe le Canada au deuxième rang en termes du pourcentage des dépenses pour les soins buccodentaires provenant du secteur public, devant l'Espagne (1,5%), mais derrière les États-Unis (9,5%), à titre de comparaison.⁷¹

L'ampleur de la problématique d'accès se reflète dans des études documentant une voie de contournement regrettable à laquelle se résolvent de nombreux individus: la visite à l'urgence—là où les soins sont gratuits—pour cause de problèmes oraux-faciaux d'origine non-traumatique.^{52, 72} Selon une étude ontarienne portant sur la question, 141 365 visites à l'urgence de 2003 à 2004, furent attribuables à des problèmes dentaires,⁷² soit deux fois plus que pour les problèmes de santé liés au diabète ou encore à l'hypertension artérielle.

2.2.2 L'accès aux soins, une question d'engagement des professionnels dentaires

Aux difficultés d'accès aux ressources financières et assurantielles permettant potentiellement de se procurer des soins buccodentaires se rajoutent d'autres barrières d'accès pour les personnes à faible revenu. Ces dernières rencontrent notamment des difficultés liées à l'engagement des professionnels dentaires à leur égard.

Nous abordons ici plus spécifiquement des questions affectant une tranche de la population parmi les plus démunies, soit les personnes prestataires de l'aide sociale (PAS). C'est sur ce groupe social que notre démarche de recherche est davantage centrée, et pour lequel il existe une littérature plus étoffée du point de vue de l'accès aux soins. Ainsi, nous élaborons dans cette section: 1) la participation des dentistes aux régimes publics de soins, 2) les

expériences vécues et représentations sociales des professionnels dentaires à l'égard des personnes PAS, ainsi que 3) les pratiques professionnelles à l'endroit de ces dernières.

2.2.2.1 Participation des professionnels dentaires aux régimes publics de soins

Les personnes assistées sociales, a priori plus avantagées que les personnes à faible revenu sans assurance, doivent composer avec des réalités particulières. D'une part, les degrés d'affiliation des dentistes aux programmes publics de soins laissent parfois fortement à désirer et il peut être difficile pour une personne PAS de se trouver un lieu d'accueil dentaire.⁷³⁻⁷⁶ Dans certains États américains, des taux d'affiliation aussi faibles que 21% ont été relevés.⁷⁵ Nonobstant leur affiliation aux programmes publics, les dentistes peuvent refuser de recevoir en cabinet des personnes PAS. En France, les données issues d'un « testing » auprès de dentistes parisiens révélaient des taux de refus de patients bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) de l'ordre de 31,6%.⁷⁷

Il arrive également que les dentistes affiliés et participant aux programmes étatiques de soins restreignent la proportion de PAS dans leur clientèle.⁷⁴ La participation des dentistes québécois peut paraître relativement satisfaisante si l'on considère, par exemple, que 3963 dentistes (sur près de 5000)⁷⁸ ont dispensé au moins un soin à une personne PAS au premier trimestre de 2013.⁷⁹ Par contre, nous disposons de peu de données sur le degré auquel ils restreignent ou non leur participation au programme de la RAMQ, et leur implication soutenue auprès des PAS ne peut être prise pour acquise. Rappelons, à titre d'illustration, la menace d'une majorité des membres de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (ACDQ) de soustraire, en 2008, leur affiliation aux régimes publics québécois.⁸⁰

Concernant les facteurs influençant leur participation, les dentistes invoquent les faibles taux—et parfois le refus—de remboursement des services dispensés par les organismes payeurs, la complexité administrative des programmes publics, et les rendez-vous manqués prétendument plus fréquents chez les personnes assistées sociales.^{73, 76, 80} Des

études démontrant l'impact positif du redressement des tarifs remboursés par l'État confirment l'importance de la dimension économique sous-tendant la plupart de ces motifs de non-participation.⁷⁵

2.2.2.2 Expériences vécues et représentations sociales des professionnels dentaires à l'égard des personnes PAS

La pleine participation des dentistes aux programmes publics de soins ne peut toutefois être entièrement réduite à la question financière. Le taux de participation des dentistes au programme Medicaid en Indiana, par exemple, demeurerait insatisfaisant (30,6%) deux ans après l'introduction d'un redressement des tarifs.⁷⁵

L'engagement des professionnels dentaires envers les personnes PAS est également tributaire de l'expérience et des interprétations subjectives de ces premiers dans leur rapport avec la clientèle PAS.^{10, 14, 81, 82} De plus, ces aspects subjectifs interagissent avec les croyances que partagent les dentistes vis-à-vis des personnes assistées en général, en tant que groupe social.^{83, 84}

Dans certaines études, les professionnels dentaires expriment des sentiments d'inconfort ou d'incompétence pour traiter les patients assurés sous Medicaid.⁸⁵ Auprès de dentistes français et québécois, des études qualitatives révèlent que ces derniers vivent des frustrations importantes, ainsi que des sentiments d'impuissance et de découragement auprès des personnes PAS.^{10, 14, 81} Ces expériences affectives concernent—au-delà de la crainte de perte financière—leur difficulté à maintenir le rapport thérapeutique et de traiter adéquatement les patients, du point de vue biomédical, et selon les standards de pratique dans leur domaine.^{10, 14, 81} Bien qu'ils mettent aussi en cause les limites du système public de couverture de soins, le regard dominant qu'ils posent majoritairement sur le rôle des prestataires eux-mêmes, demeure très critique et accusateur.

Dans l'étude de Pegon-Machat et al.,⁸¹ les dentistes reconnaissent que certaines personnes PAS se comportent en « bon patient »: ils répondent aux attentes des dentistes sur le plan

des habitudes d'hygiène et de la prise en charge de leur santé buccodentaire et collaborent aux plans de traitement.⁸¹ Toutefois, les dentistes interviewés centrent leur discours autour de celui qu'ils considèrent « mauvais patient » et auquel s'associe la plus grande part de leurs frustrations.⁸¹ Rejoignant les perceptions dominantes des dentistes québécois et américains à l'égard des PAS,^{10, 14, 73} ou encore celles du personnel administratif dentaire,⁸² le stéréotype du « mauvais patient » PAS comporte des caractéristiques personnelles et comportementales spécifiques qui en dépeignent les grands traits.

Sur le plan comportemental, le « mauvais patient PAS » manquerait plus souvent, sans prévenir, ses rendez-vous. Selon les participants aux recherches, ce comportement serait le reflet d'une nonchalance, d'une négligence ou d'une faible motivation de la personne PAS envers son état de santé buccodentaire, d'une marque d'irresponsabilité et d'un manque de respect et de collaboration avec le dentiste, et, enfin, d'une ignorance des personnes PAS vis-à-vis les contraintes financières et organisationnelles des professionnels.^{10, 14, 81, 82} Les interprétations négatives et frustrations des dentistes eu égard aux comportements de leur clientèle PAS en amènent plusieurs à remettre en cause la couverture publique que leur accorde l'État.^{10, 81}

Du point de vue des habitudes préventives (p.ex. consultation régulière en cabinet), des habitudes de vie (p.ex. alimentation, tabagisme) et des mesures d'hygiène dentaire, les « mauvais patients » PAS présenteraient d'autres lacunes importantes, que les participants aux études imputent à un niveau d'éducation déficient ou à un manque de connaissances. Ces résultats de recherches qualitatives, auprès de petits nombres de professionnels dentaires en pratique privée, rejoignent les données issues de l'enquête d'Arpin⁸⁴ auprès de l'ensemble des dentistes Québécois. Dans son étude, les dentistes, dans une proportion de près de 50% à l'égard des mesures d'hygiène, de plus de 55% du point de vue manquement des rendez-vous, et de près de 60% concernant les habitudes de vie, perçoivent que les patients PAS sont, dans leur ensemble, « beaucoup moins bien » que les autres patients.⁸⁴

Aux stéréotypes des professionnels dentaires à l'égard des comportements, traits de personnalité ou attitudes des personnes PAS, s'ajoutent leurs croyances à l'égard des

causes de la pauvreté et de l'aide sociale. Dans son étude auprès de 33 dentistes québécois, pour la majorité propriétaires de leur pratique privée, Loignon⁸³ révèle que la perspective causale individualiste-déficitaire domine. Ce point de vue situe les causes prédominantes de la pauvreté au niveau de caractéristiques individuelles tels le manque de volonté ou la complaisance, l'irresponsabilité ou la paresse, conjuguées à un environnement immédiat familial et communautaire malsains ou corrompus.⁸³ À ces croyances s'associe celle selon laquelle nombre de personnes PAS abusent du programme d'assistance sociale ainsi que de leur assurance dentaire publique et se complaisent dans leur situation.⁸³ Ces perspectives rejoignent celles évoquées dans l'étude de Lam,⁸² auprès de personnel d'accueil dentaire, ainsi que la donnée ressortant du sondage d'Arpin à l'égard du fait que plus de 80% des dentistes québécois répondent que les PAS sont « beaucoup moins travailleurs » (42%) ou « un peu moins travaillant » (41%) que leurs autres patients.⁸⁴

Les dentistes se distinguent peu de certains autres professionnels. Dans leur enquête auprès d'internes en médecine, Ernst et Mériaux⁸⁶ décrivent la perception, dichotomique, de l'existence d'un pauvre « non-méritant » et d'un pauvre « méritant ». Pour leur part, les médecins de famille, bien qu'ils démontrent en général une appréciation plutôt positive de leur rapport avec et de leur travail auprès des populations pauvres, ont, tout comme les dentistes, tendance à privilégier des explications causales individualistes et culturelles.^{87, 88}

Notons que des études montrent que le degré d'importance accordée à la responsabilité individuelle est positivement corrélé avec la prégnance des stéréotypes négatifs à l'endroit des personnes pauvres, tel que le montre Cozzarelli⁸⁹ auprès d'un large échantillon d'étudiants sous-gradués du domaine des arts. Aussi, les explications causales et stéréotypes varient en fonction des croyances idéologiques et des caractéristiques sociodémographiques des individus.⁸⁹ Par exemple, les travailleurs sociaux américains endossent les explications causales structurelles-sociales dans une moindre mesure que les personnes assistées sociales ou usagères de leurs services.^{90, 91} Aussi les personnes PAS sont-elles plus nombreuses à souligner la discrimination en tant que cause structurelle de la pauvreté et à soutenir certaines mesures politiques et sociales.⁹¹ Ces différences de perspectives entre groupes sociaux peuvent être une source de conflit ou de distance

sociale, notamment lorsque deux groupes partagent et entrent en relation dans le même espace institutionnel ou programmatique et diffèrent sur des questions fondamentales et influentes. En ce qui concerne les dentistes, la propension à véhiculer des stéréotypes serait possiblement amplifiée—par rapport à d'autres groupes sociaux—du fait de la nature même de leurs tâches et d'aspects de leur contexte de travail: l'exécution de soins électifs, l'obligation de prendre des décisions cliniques en peu de temps, les niveaux de stress, le contexte de privatisation.⁸⁴

2.2.2.3 Pratiques professionnelles dentaires auprès des personnes PAS

D'après Jodelet,⁹² les représentations sociales, dont font partie les stéréotypes, sont des « modalités de pensée pratique ». Assumant une fonction de maîtrise de l'environnement, les représentations sociales permettent d'orienter l'action et parfois de dicter la conduite. Dans les études que nous avons citées, les perceptions et expériences négatives des dentistes vis-à-vis leur clientèle de personnes PAS, ne sont pas sans lien avec les pratiques ou les approches cliniques qu'ils développent auprès d'elles.^{13, 81, 82, 84} Ces pratiques peuvent concerner l'octroi ou la gestion des rendez-vous, les types de soins prodigués ou encore la relation et la communication interpersonnelle avec le patient.

Notons les pratiques visant la mitigation des pertes financières potentielles liées à des rendez-vous manqués. Le manquement à répétition chez un patient peut, par exemple, mener à une stratégie adaptative selon laquelle le dentiste ne lui octroie plus de rendez-vous à l'avance mais accepte de le recevoir en urgence, selon la disponibilité. La solution peut être plus radicale toutefois: la fermeture du dossier et le refus de revoir le patient.⁸¹ Plusieurs dentistes tendent à privilégier des tactiques visant, plus largement, l'ensemble de leur clientèle PAS. Ces tactiques peuvent être positives, comme la multiplication des rappels téléphoniques aux patients PAS, dont le matin même du rendez-vous. D'un autre côté, les solutions sont souvent punitives ou pernicieuses: le « double-booking » (i.e. cédule deux patients selon le même horaire, en anticipant que l'un des deux ne se présentera pas), l'annulation de rendez-vous non-confirmés par le patient, l'octroi de rendez-vous plus

courts, l'exaction d'une pénalité financière lors d'un rendez-vous annulé, ou encore la restriction des plages horaires offertes au patient PAS.^{10, 13, 81, 84}

Concernant les soins dentaires prodigués aux personnes PAS, les dentistes orientent le plan de traitement en partie selon la catégorie d'appartenance du patient, telle que perçue par le dentiste.⁸¹ C'est ainsi que, quoiqu'ils limitent généralement les soins offerts à ceux couverts par l'assurance dentaire publique, pour des patients plus jeunes ou jugés plus motivés ou méritants, les dentistes peuvent inciter le patient à se payer des soins non-couverts que son état de santé nécessite.¹³ Dans certains cas, les dentistes acceptent d'offrir des soins gratuitement ou en fonction de plans de remboursement adaptés à la situation du patient.¹³ Il demeure que le caractère inextricable des stéréotypes et des pratiques professionnelles est particulièrement mis en évidence dans l'offre des traitements dentaires: comparativement à ceux qui présentent des stéréotypes moins marqués, les dentistes présentant des stéréotypes forts à l'égard de la personnalité des patients PAS, sont, dans un rapport de cote de 1.56, plus enclins à leur prodiguer des traitements moins onéreux et plus rapides à exécuter.⁸⁴ Étant donné que les soins couverts par l'assurance publique pour les assistés sociaux (i.e. la RAMQ au Québec) demeurent incomplets (RAMQ), le sens et les conséquences de ces stéréotypes sont significatifs. En effet, en l'absence de couverture pour les soins endodontiques—coûteux et relativement complexes—, il devient impossible, ultimement, de sauver la dent très cariée, sans une contribution financière du patient et/ou une gracieuseté du dentiste.

Enfin, notons que les manières de communiquer des professionnels dentaires sont également influencées par les perceptions ou stéréotypes à l'égard des patients PAS. Dès les premiers contacts avec le patient PAS, des approches relationnelles fondées sur la crainte du manquement au rendez-vous sont souvent déployées, tant par le personnel d'accueil que les dentistes: d'aucuns chercheront à motiver le patient à maintenir ses rendez-vous et poursuivre son plan de traitement, mais plusieurs tendront à proférer des menaces (p.ex. de fermer le dossier, d'émettre une amende). Celles-ci iront en diminuant au fur et à mesure que le patient démontrera sa fiabilité et son mérite.^{13, 82}

Par ailleurs, l'influence de la classe sociale ou de l'origine socio-professionnelle du patient sur la communication professionnel-patient a fait l'objet de plusieurs études dans le domaine de la médecine.⁹³⁻⁹⁵ D'après une enquête française auprès de médecins généralistes, les patients cadres et professionnels libéraux ont des durées de consultations significativement supérieures à celles des employés, (+14 %) surtout lorsqu'il s'agit de consultations abordant des problèmes psychologiques ou psychiatriques. Pour leur part, les bénéficiaires de la CMUC ont des durées de séances inférieures de 6 % à celles des autres assurés (complémentaires, ou non-assurés complémentaires).⁹⁶ Aussi, dans leurs revues systématiques d'études auprès de médecins généralistes, Willems et al.⁹³ ainsi que Verlinde et al.⁹⁴ établissent que les patients plus éduqués ou plus riches reçoivent davantage d'information et d'explications sur leur condition de santé et sont davantage impliqués dans la prise de décision que les patients à statut socioéconomique plus faible. Ces derniers seraient également moins susceptibles de bénéficier de communications verbales visant à soutenir émotionnellement, à rassurer ou à témoigner de l'empathie.⁹³

2.2.3 L'accès aux soins, une question de perspectives, de comportements et d'expériences des personnes à faible revenu

Le tour d'horizon de la question de l'accès aux soins buccodentaires exige que nous traitions de la perspective, des comportements de santé buccodentaire et de l'expérience vécue des premières personnes concernées. Dans cette section, nous abordons 1) l'importance de la santé buccodentaire pour les personnes PAS; 2) les comportements de santé et de consultation dentaires des personnes PAS et 3) les difficultés rencontrées dans le rapport avec le système de soins et avec les professionnels dentaires.

2.2.3.1 Importance de la santé buccodentaire pour les personnes PAS

Nous disposons de très peu d'études abordant directement les perceptions des personnes en situation de pauvreté quant à leur santé dentaire et l'importance qu'elles y accordent. Des études réalisées auprès de personnes PAS au Québec ont toutefois révélé chez ces dernières une grande frustration de ne pouvoir accéder à des soins dentaires pouvant

répondre à leurs besoins sur le plan esthétique.⁹⁷ Valorisant l'éclat et l'aspect symétrique du sourire, les personnes PAS interrogées au Québec déplorent ne pas pouvoir accéder, par exemple, au blanchiment des dents ou au composite sur dents postérieures qui ne sont pas couverts par la RAMQ.⁹⁷ Elles soulignent l'importance de leur esthétique dentaire pour leur confiance et estime de soi, leur vie sociale et leur sentiment d'être employable ou pas. Certains participants, ayant connu les effets dévastateurs d'une dentition compromise esthétiquement, vivent des sentiments d'impuissance et de découragement face à la condition, souvent irréversible, de leur dentition.⁹⁷ Appliquées à la santé buccodentaire de leurs enfants, les préoccupations pour l'aspect esthétique de la dentition sont ancrées dans un souci très grand pour l'intégration et l'acceptation de ces derniers en milieu scolaire.^{9, 98}

Ces perspectives se confirment dans d'autres études où on souligne l'incidence des problèmes buccodentaires sur l'employabilité ou la perception de l'employabilité.^{57, 99} Dans le cadre de l'évaluation d'un programme d'accès aux soins buccodentaires en Californie, les personnes assistées sociales ayant pu compléter leur plan de traitement étaient deux fois plus susceptibles que les autres participants à l'étude de connaître des retombées favorables ou neutres dans la sphère professionnelle.⁹⁹ Les chercheurs concluaient que la douleur dentaire, une faible estime de soi et les difficultés à s'exprimer verbalement représentaient autant de barrières à l'emploi relevant de la santé buccodentaire.⁹⁹

2.2.3.2 Comportements de santé et de consultation dentaires des personnes PAS

En dépit de l'importance qu'accordent à leurs dents les personnes PAS, elles sont nombreuses à ne pas se prévaloir de leur couverture pour les soins buccodentaires préventifs. En effet, au Québec seulement 40% des personnes PAS éligibles consultent un dentiste, bon an mal an,¹⁰⁰ une donnée qui s'apparente à celles sur l'utilisation des soins par les personnes PAS américaines.¹⁰¹

Certains auteurs mettent en évidence l'hétérogénéité des personnes PAS, en tant que groupe social, et une variabilité dans leurs habitudes de consultation auprès des professionnels dentaires.⁹⁸ D'après l'étude de Kelly, les taux d'utilisation des services

dentaires assurés aux enfants, sous Medicaid, sont positivement associés au niveau d'éducation de leurs parents. Les auteurs soulignent, d'une part, que les parents plus scolarisés disposent davantage de ressources financières et sociales permettant de pallier à certaines barrières d'accès organisationnelles ou pratiques.⁹⁸ Ces ressources donnent la possibilité, par exemple, à certaines familles de voyager en dehors de leur quartier de résidence et par conséquent d'être plus sélectifs dans leur choix de clinique dentaire. D'autre part, ces mêmes parents seraient moins nombreux à souligner qu'il leur est difficile de prioriser la santé buccodentaire par rapport à d'autres besoins essentiels.⁹⁸

Par ailleurs, bien qu'une proportion importante de parents PAS consulte peu préventivement pour leurs enfants, l'importance accordée à la dentition les motive à s'impliquer activement à domicile dans les habitudes d'hygiène dentaire de ces derniers.⁹⁸
¹⁰² L'analyse en profondeur de Muirhead et al.¹⁰² révèle que les parents PAS développent certaines compétences et une confiance en leurs capacités de surveillance et de gestion de l'état de santé buccodentaire de leurs enfants. Les parents de son étude décrivent en effet des habitudes d'inspection, tant visuelle que par le toucher, de la dentition de leurs enfants. De plus, les participants à l'étude explicitent des schèmes d'interprétation diagnostique de leurs observations et la prise de décision qui s'en suit.¹⁰² Les auteurs soutiennent que l'approche de prise en charge de la santé buccodentaire de leurs enfants s'inscrit dans le contexte et la trajectoire de pauvreté et de désavantage dentaire de ces parents, ayant été contraints, parfois tout au long de leur vie, à développer leur autonomie dans ce domaine.¹⁰²

Enfin, dans son étude auprès d'adultes PAS de longue date et faiblement scolarisés, Bedos et al.¹¹ révèle que plusieurs d'entre eux attendent que la douleur devienne insupportable avant de consulter, bien qu'ils démontrent une bonne connaissance du processus évolutif de la carie dentaire. Au-delà des barrières organisationnelles, les raisons de la sous-utilisation des soins assurés sont multiples. Elles incluent la peur de la douleur et l'anxiété associées à la consultation dentaire, mais également les difficultés que rencontrent les PAS dans leur rapport avec le système de soins et avec les professionnels dentaires.^{9, 11, 12, 97, 103}

2.2.3.3 Difficultés dans le rapport avec le système de soins et avec les professionnels dentaires

Parmi les barrières socio-relationnelles figurent la méfiance et la distance sociale ressenties à l'égard du dentiste.^{10-12, 98, 103, 104} L'hésitation à consulter est également associée au scepticisme face aux chances de succès de certains traitements et la crainte de ne pouvoir faire valoir leur point de vue, à ce sujet, auprès du dentiste.^{11, 12} Des études démontrent que ces préoccupations sont parfois associées à des tentatives pénibles et infructueuses passées, soit en raison de l'incapacité financière ou des complications suite aux interventions, de bien mener à terme un traitement endodontique.¹² Au final, les personnes PAS de longue date interprètent et gèrent leurs symptômes—incluant la décision de consulter ou pas un dentiste—en fonction d'expériences dentaires passées.

Dans une étude auprès d'un échantillon de plus de 75 parents d'enfants ayant tenté de se prévaloir de leur assurance dentaire Medicaid, Modifi et al.⁹ révèlent des barrières d'accès également troublants. Peu importe leur origine ethnique ou raciale, les participants dénoncent unanimement des discriminations dont ils se sentent victimes en cabinet dentaire. Celles-ci incluent des temps d'attente de plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous lors d'un problème dentaire, l'impossibilité de faire voir plus d'un enfant à la fois en raison de certaines politiques de bureau vis-à-vis du programme Medicaid, et des temps d'attente pouvant dépasser les cinq heures une fois sur place. Ces expériences sont vécues avec d'autant plus de colère et de ressentiment que les participants observent un traitement différent auprès d'autres patients assurés ou payeurs.⁹ La perception de l'existence de pratiques discriminatoires liées à leur statut d'assisté social est soulignée également par les participants de l'étude de Kelly, toutes catégories de personnes PAS confondues.⁹⁸

Outre le traitement différentiel en regard de l'obtention d'un rendez-vous ou du temps d'attente en cabinet, les personnes PAS de l'étude de Modifi et al.⁹ dénotent chez le personnel d'accueil dentaire un manque de respect, de sensibilité et d'acceptation; aussi ont-elles le sentiment d'être traitées hâtivement, de manière impersonnelle, et avec peu

d'égard pour leur désir de bien comprendre la santé dentaire de leur enfant. Ces expériences difficiles rejoignent les perceptions des participants à l'étude de Bedos et al.¹⁰ quant à un sentiment d'humiliation lié à leur statut social et quant à l'impression d'être traitée différemment voire exclues. Les parents d'enfants assurés sous Medicaid, dans l'étude plus récente d'Isong et al.¹⁰³ décrivent également des déceptions importantes vis-à-vis la communication avec les professionnels dentaires et la sensibilité culturelle de ces derniers. Les difficultés sur le plan socio-relationnel occasionnent, pour bien des participants, des conséquences au niveau de la santé buccodentaire (ou celle de leur enfant), de l'anxiété, un sentiment d'impuissance et, pour certains, une atteinte à leur dignité et à leur estime de soi.⁹

2.3 Pauvreté, aide sociale et santé

Les difficultés que rencontrent les personnes en situation de pauvreté ou sur l'aide sociale pour accéder à des soins buccodentaires évoquent un quotidien comportant de nombreux défis et barrières. Ces derniers touchent tous les domaines de l'occupation humaine, mais notamment réfèrent-ils aux activités liées à la réponse aux besoins primaires et matériels.¹⁰⁵ Par exemple, les expériences de stigmatisation et de discrimination dans l'accès aux soins buccodentaires font écho à celles souvent vécues pour rechercher une stabilité du logement ou faire reconnaître ses compétences auprès d'employeurs.¹⁰⁵

Les difficultés rencontrées au quotidien affectent la santé des personnes ainsi que la capacité de la maintenir. Dans cette partie, nous abordons dans un premier temps la question de la pauvreté et de la santé générale, dans une perspective de survie au quotidien. Par la suite, nous brosons un tableau théorique et statistique de la pauvreté et de l'aide sociale au Québec, de manière à situer l'importance, sur le plan de la santé publique, des problématiques soulevées à travers cette recension des écrits.

2.3.1 Pauvreté et santé générale, un défi quotidien

Une littérature très imposante—que nous n’avons pas la prétention de parcourir exhaustivement—aborde les liens entre la santé et la pauvreté. Nous revenons d’abord sur la notion de gradient social de santé et sur ses déterminants sociaux. Dans un deuxième temps, nous abordons plutôt quelques-uns des impacts de la pauvreté et des déterminants sociaux sur la gestion au quotidien de la santé des personnes à très faible revenu.

2.3.1.1 Le gradient social de santé et ses déterminants sociaux

Tout comme pour la dimension buccodentaire, l’incidence des maladies chroniques, des blessures, ainsi que la mortalité infantile et l’espérance de vie, suivent un gradient socioéconomique, ce à travers tous les pays développés.^{43, 106} Il suffit de considérer l’un ou l’autre des indicateurs mentionnés pour saisir pleinement cette notion de gradient social de santé.

Dans son étude des inégalités de santé en Angleterre, entre les années 1999 et 2003, Marmot établit qu’il y a près de 10 ans d’écart entre l’espérance de vie à la naissance des résidents des quartiers les plus défavorisés et celle des résidents des quartiers les plus riches.¹⁰⁷ À chaque échelon croissant de revenu correspond une légère augmentation dans l’espérance de vie des résidents, constituant ainsi la pente du gradient social. L’écart, selon le revenu, dans l’espérance de vie sans incapacités est encore plus dramatique: les résidents des quartiers riches peuvent aspirer à profiter d’une vie sans incapacités d’en moyenne 70 ans alors que leurs concitoyens des quartiers les plus pauvres feront face à des incapacités en moyenne à partir de l’âge de 55 ans.¹⁰⁷

Nous avons évoqué plusieurs des déterminants du gradient social de santé dans notre section sur la santé buccodentaire. Aussi, la littérature sur les déterminants sociaux de la santé reflète une certaine diversité, d’un auteur à l’autre, du point de vue de l’inclusion ou non de différents facteurs sociaux.^{108, 109} Une majorité des textes souligne toutefois

l'importance de l'accès à un logement abordable, à un emploi, aux services publics— notamment les services de santé—l'inclusion et le soutien social, et la sécurité alimentaire.¹¹⁰

Devant l'emphase persistante, en santé publique, sur la promotion des saines habitudes de vie et de comportements de santé, de nombreux auteurs soulignent des limites des approches explicatives individualistes. Pour plusieurs, l'action sur les déterminants sociaux de la santé représente la dernière frontière à franchir dans la lutte pour la réduction des inégalités sociales de santé;^{106, 108, 109, 111, 112} il s'agirait, pour certains, plus précisément, d'une lutte contre les iniquités dans la distribution des déterminants, situant la cible de l'action directement dans la sphère des politiques publiques.¹¹⁰ À titre d'exemple, considérons l'accès à un logement abordable au Canada. Le désinvestissement de l'État, pendant les années 90, dans ce déterminant social de la santé, s'est traduit par une augmentation substantielle des personnes éprouvant de l'insécurité du logement et des risques accrus d'itinérance.¹¹⁰ Étant donné les impacts de ces facteurs sur la santé, les politiques gouvernementales favorisant des logements abordables représenteraient une cible d'intervention significative dans la quête d'une diminution des inégalités sociales de santé. Toutefois, ces politiques ne sont pas souvent mises en œuvre.

2.3.1.2 Impacts de la pauvreté et des déterminants sociaux sur la gestion au quotidien de la santé

Les politiques publiques et les conditions de vie qui en découlent ont un impact sur la santé des personnes en situation de pauvreté par le biais de plusieurs mécanismes.

D'une part, la pauvreté en ressources touche la capacité d'accéder aux services de santé par le mécanisme de la concurrence des besoins primaires avec les besoins de santé.^{57, 98, 113, 114} Par exemple, l'étude de Ma et al.¹¹⁴ démontre que l'insécurité du logement est associée de manière indépendante à trois variables étudiées : 1) la remise à plus tard d'achat de médicaments 2) la remise à plus tard de consultations médicales et 3) l'augmentation des visites à l'urgence. De manière semblable, à l'insécurité alimentaire s'associe le fait de ne

pas bénéficier d'un accès à un pourvoyeur de soins médicaux stable et de devoir remettre à plus tard l'achat de médicaments ou la consommation de soins.

Bien que les résultats de l'étude de Ma et al.¹¹⁴ doivent être considérés dans le contexte du système de soins américain, il n'en demeure pas moins que le phénomène de la concurrence entre les besoins primaires et les besoins de santé s'applique au domaine buccodentaire au Canada et au Québec. Aux coûts financiers directs dont il est question dans le mécanisme explicatif de la concurrence des besoins, s'ajoutent le temps et les dépenses indirectes associés au transport, aux frais de garde d'enfants, à la perte de revenus de travail etc.⁵⁷

D'autre part, à la pauvreté s'associe des niveaux de stress et de détresse psychologique très importants.¹¹⁵ D'après l'enquête de santé communautaire canadienne auprès d'individus de plus 15 ans, chez les personnes à faible revenu, les taux de détresse psychologique élevée sont 50% supérieurs à ceux que l'on retrouve chez les personnes à revenu plus élevé.¹¹⁵ La détresse chez les personnes à faible revenu est en lien direct avec les déterminants sociaux (p.ex. accès à un emploi); elle est amplifiée par le manque de réseau et de soutien social et peut ainsi nuire à la prise en charge de sa santé et à la mobilisation des ressources. Chez les hommes vivant dans l'extrême pauvreté, des études démontrent que le non-recours aux services est aussi lié à une expérience de désorganisation ainsi qu'à la crainte d'être blâmés pour leur condition.¹¹⁶

L'importance de l'acceptation, de la compassion, de l'empathie et du respect de la part des professionnels de la santé et des services sociaux a par ailleurs été soulignée par les participants à d'autres recherches.^{57, 113} Dans une vaste étude qualitative (N=199) auprès de canadiens à faible revenu, plusieurs participants admettent avoir cessé d'utiliser des services de santé à la suite de sentiments de malaise et/ou une perception de ne pas être écoutés par les professionnels de la santé.⁵⁷ Les participants aux études considèrent que les comportements négatifs des pourvoyeurs de soins et services envers les personnes en situation de pauvreté sont liés à de la discrimination ou de la stigmatisation en regard de leur statut socioéconomique, de leur apparence, de leur genre, de leur appartenance ethnique ou de quartier.⁵⁷

La qualité des interactions lors d'épisodes de soins ou de services influe directement sur la perception d'acceptabilité des soins par les personnes en situation de pauvreté et constitue ainsi une dimension importante de modèles d'utilisation des soins.^{64, 117} L'acceptabilité de services publics constitue également une facette primordiale d'un type de non-recours aux services, soit la non-demande.¹¹⁸

2.3.2 Pauvreté et aide sociale au Québec, éléments théoriques et statistiques

La pauvreté affecte donc au quotidien tant la santé que les comportements de gestion de la santé des personnes en situation de pauvreté. Cette section vise à préciser davantage certaines caractéristiques démographiques des populations touchées par ces phénomènes au Québec. Nous présentons d'abord quelques définitions et perspectives théoriques essentielles à la compréhension de la mesure de la pauvreté, suivies de données statistiques sur le phénomène de la pauvreté et de l'aide sociale au Québec.

2.3.2.1 Définitions et perspectives théoriques

Si la pauvreté est largement reconnue comme déterminant majeur de la santé dans la littérature en santé publique, elle ne réfère toutefois pas à une représentation conceptuelle uniforme. Les approches définitionnelles de la pauvreté incluent celles, monétaires, liées au revenu des individus et des familles, mais également les notions de capacité, d'exclusion sociale, de disqualification sociale¹¹⁹ et d'inégalités sociales.^{120, 121} Nous abordons, dans cette section l'approche définitionnelle monétaire et la notion d'exclusion sociale, la première en raison de son importance pour mesurer la pauvreté, et la deuxième pour son rapprochement avec des conceptualisations plus récentes de la pauvreté au Québec.

-la pauvreté économique, une approche monétaire

La pauvreté économique d'un individu ou d'une famille réfère à une déficience dans les ressources financières disponibles pour les besoins de base et peut être définie en termes absolus ou relatifs.¹²² Cette approche définitionnelle monétaire domine quant aux analyses

et descriptions nationales et internationales de la pauvreté.¹²⁰

La pauvreté économique absolue a trait aux besoins de base essentiels à la survie des individus.¹²⁰ Elle se mesure en comparant les revenus d'un individu ou d'une famille à l'estimé du coût total d'un panier de biens et de services essentiels à la survie au quotidien, incluant le logement, l'alimentation, le transport, l'éducation, les services de santé etc.^{121, 122} Cette approche budgétaire définit la pauvreté en termes d'incapacité à se procurer un tel panier, évoquant ainsi la privation matérielle, la faim, la souffrance, ainsi que—dans les pays sous-développés—la mort prématurée.¹²² Une mesure de faible revenu officiellement recommandée au gouvernement du Québec depuis 2009, la Mesure du panier de consommation (MPC), s'apparente, d'après certains experts, à une mesure de pauvreté absolue. Conçue par un groupe de travail pancanadien et sous la responsabilité d'Emploi et développement social canadien,¹²¹ la MPC établit qu'une unité familiale est considérée à faible revenu si son revenu disponible à la consommation est inférieur à la valeur d'un panier de biens et de services calculée pour sa collectivité ou pour une collectivité de même taille.¹²¹ L'intérêt et l'aspect innovateur de la MPC tiennent à la prise en compte, dans le calcul du revenu disponible à la consommation, des dépenses non-discrétionnaires telles les soins de santé globale et dentaire non assurés, les frais de garde des enfants, la pension alimentaire, les cotisations à l'assurance-emploi etc.¹²¹

Quant à la notion de pauvreté relative, elle compare les revenus et habitudes de consommation des individus avec ceux de la population générale. Sont considérés pauvres les individus qui dépensent une proportion importante de leur revenu pour leurs besoins de base par rapport à un seuil établi pour la population générale. Ainsi, la pauvreté relative s'intéresse à la situation d'une personne, sur le plan économique, par rapport à d'autres membres de la société.¹²² Elle se mesure le plus souvent à partir des seuils de faible revenu (SFR) de Statistiques Canada, cette approche de mesure étant la plus connue au Québec.¹²¹

-l'exclusion sociale

L'exclusion sociale se distingue des approches monétaires en ce qu'elle aborde explicitement la dimension et les processus causaux sociaux, s'éloignant donc de

l'orientation dominante individualiste. Elle réfère à un processus dynamique complexe et multidimensionnel qui implique l'absence ou le refus de ressources, de droits, de biens et de services, et l'incapacité à participer à des activités et à des relations disponibles à la majorité des membres d'une société. Le concept d'exclusion sociale fut développé dans des pays industrialisés afin de décrire les processus de marginalisation et de privation qui peuvent même surgir à l'intérieur de pays riches comportant des programmes de protection sociale.¹²⁰ Les domaines d'exclusion peuvent inclure les sphères économique (p.ex., insécurité de l'emploi), politique (p.ex., exclusion des processus politiques), résidentielle (p.ex., dégradation du quartier), spatiale (p.ex., concentration spatiale de groupes marginalisés) et sociale (p.ex., les préjugés).¹⁰⁵

Le concept d'exclusion sociale revêt une importance particulière au Québec, notamment depuis l'adoption en 2002 du projet de Loi 112 visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.¹²³ On y définit la pauvreté comme « la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour acquérir et maintenir son autonomie économique ou pour favoriser son intégration et sa participation à la société. »¹²³ La Loi, visant à établir le cadre d'une stratégie nationale et d'un plan d'action de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, reconnaît donc la complexité de ces phénomènes et la nécessité de les aborder du point de vue de leurs causes sociales et politiques.

Tel que mentionné, les approches conceptuelles de la pauvreté sont multiples et leur explicitation dépasse les besoins de cette section. Notons toutefois le consensus qui prévaut quant aux limites des définitions existantes, notamment celle de l'exclusion sociale, du point de vue de leur mesure avec des indicateurs permettant de suivre l'évolution et d'agir pour réduire la pauvreté en tenant compte de toutes ses dimensions et de sa complexité.¹²¹ En effet, bien que les acteurs gouvernementaux et les citoyens québécois s'entendent sur l'importance et l'utilité de la MPC pour mesurer la composante liée à la couverture des besoins, des groupes de défense des droits des PSP reconnaissent que de nombreuses dimensions de la pauvreté enchâssées dans le projet de Loi 112 (p.ex., « ...privé des choix et du pouvoir nécessaires... ») se prêtent peu à des mesures.¹²⁴

2.3.2.2. Données statistiques sur la pauvreté et l'aide sociale au Québec

En dépit des difficultés d'alignement entre les bases théoriques des approches conceptuelles et les stratégies de mesure de la pauvreté, ces dernières demeurent essentielles à la surveillance et à la comparaison de l'état du bien-être des membres d'une société par rapport à d'autres, et au suivi de l'impact des politiques sociales. Nous présentons ci-dessous des données statistiques québécoises, d'abord sur la pauvreté en général, puis sur les personnes prestataires de l'aide sociale.

-données statistiques sur la pauvreté

La MPC permet de dénombrer les citoyens québécois qui peinent à couvrir leurs besoins de base (i.e. logement, nourriture, vêtements, transport, autres). Calculé en 2013 et ajusté de 7% pour tenir compte des dépenses non-discrétionnaires, le panier de biens et services coûte 18 454\$ pour une personne seule vivant à Montréal; pour une famille de 4 personnes, ce montant s'élève à 36 907\$.¹²⁵

En référence aux seuils de la MPC pour différents scénarios (p.ex., le nombre de personnes dans la famille, la taille de l'agglomération), les statistiques les plus récentes—pour 2011—estiment qu'au Québec 842 000 personnes, soit 10,7% de la population sont en situation de pauvreté. Parmi ces personnes, 362 000 sont seules alors que 480 000 vivent dans des familles de deux personnes ou plus.¹²⁵ Du point de vue du sexe, les personnes vivant sous le seuil de la MPC sont réparties à peu près également.¹²⁵ Chez les personnes vivant dans des familles de deux personnes ou plus, 142 000 appartiennent à des foyers biparentaux, contre 143 000 familles monoparentales.¹²⁵

Notons que le taux de pauvreté au Québec, d'après la MPC, était de 10,8% en 2002. Suite à une décroissance plutôt soutenue jusqu'en 2007 (8,3%), ce taux grimpa à nouveau jusqu'à 10,7% en 2011.¹²⁶ Un des groupes sociaux les plus touchés par la pauvreté sont les personnes seules, dont 27.1% se trouvent sous le seuil de la MPC, comparativement aux 7.4% des personnes vivant dans des familles de deux personnes ou plus.¹²⁵

-données statistiques sur l'aide sociale

Parmi les personnes en situation de pauvreté figurent les prestataires de l'aide sociale (PAS). En effet, qu'il s'agisse de personnes seules ou de familles, de personnes avec contraintes temporaires ou sévères, les montants des prestations des programmes d'assistance sociale sont si modestes que, même après les transferts fiscaux, les revenus de ces personnes demeurent systématiquement sous les seuils de la MPC.¹²⁷ À titre d'indication, notons qu'en 2012, les revenus d'une personne PAS seule et sans contraintes au travail correspondent à 52% du seuil de la MPC calculé pour Montréal.¹²⁸ Alors qu'un parent seul avec un enfant s'en tire un peu mieux avec des revenus à 84,9% du seuil de la MPC, le couple PAS avec deux enfants ne perçoit comme revenus que 77,7% du seuil établi pour la MPC à Montréal.¹²⁸ Ainsi les personnes PAS montréalaises vivent selon des moyens financiers comportant un écart substantiel d'avec les seuils de la MPC: 7 590\$ pour les personnes PAS seules et sans contraintes, et 7 057\$ pour les couples avec deux enfants.¹²⁸

Le taux d'assistance sociale en août 2015 se situe à 6,5% de la population en bas de 65 ans au Québec, soit 6,8% des hommes et 6,2% des femmes.¹²⁷ Globalement en baisse de 0,1% depuis un an, les taux les plus élevés se situent dans la région de la Mauricie (9,7%) et sur l'Île de Montréal (8,8%) alors qu'ils sont relativement bas dans le Nord-du-Québec (3,8%) et dans Chaudières-Appalaches (3,8%).¹²⁹ Parmi les 441 072 PAS, 297 533 (67,5%) relèvent du programme de l'aide sociale, alors que 143 539 (32,5%) perçoivent leur prestation en vertu du programme de solidarité sociale, ce dernier répondant aux besoins des personnes avec contraintes sévères à l'emploi. Notons également que, parmi les 210 727 adultes relevant du programme d'aide sociale, 71 442—soit 20,7% du total—présentent des contraintes temporaires à l'emploi. Ainsi, au total, 59,7% des adultes PAS comportent soit une contrainte sévère ou temporaire à l'emploi.¹²⁹

2.4 La formation des professionnels de la santé buccodentaire en vue de soigner les personnes à faible revenu

Étant donné l'importance des populations en situation de pauvreté et de celles touchées par les iniquités de santé buccodentaire, de nombreux appels à une approche concertée d'action en amont de la chaîne étiologique de la maladie buccodentaire ont été lancés.^{41, 103} Or, notre revue des différentes facettes de l'un de ces déterminants sociaux, l'accès aux soins, révèle des défaillances importantes dans les systèmes de soins buccodentaires en place, notamment du point de vue de l'accueil et de la réponse aux besoins des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique.

Les perceptions et comportements des professionnels dentaires, comme nous l'avons mentionné dans une section précédente, contribuent en effet à créer une barrière relationnelle importante pour les personnes PAS. La juxtaposition des perspectives de ces dernières à celle des professionnels rend manifeste notamment un écart important que d'aucuns qualifient de distance ou de 'discordance' socioculturelle.^{38, 41, 59, 130} Face à celle-ci, de nombreux rapports gouvernementaux et articles du domaine de l'éducation dentaire ont souligné l'importance de développer chez les étudiants en dentisterie leurs connaissances, compétences, attitudes, et pratiques à l'égard de la pauvreté.^{1, 58, 130-133} Ils ont insisté également sur le rôle que l'éducation dentaire doit jouer pour lutter contre la discrimination et pour développer la conscience critique des futurs professionnels et praticiens à l'égard de leurs pratiques auprès des populations vulnérables.^{41, 134-136}

Devant les défis posés, l'univers de l'éducation dentaire évolue de manière incertaine et demeure actuellement très éloigné de ses objectifs, et ce malgré des appels à l'éthique, à la justice, à la responsabilité sociale ou au contrat social devant lier la profession dentaire au public.^{29, 136-138} Pour apprécier de manière critique les approches éducatives privilégiées en dentisterie, il est toutefois essentiel de se référer d'abord à la littérature en éducation aux adultes. Ainsi, dans un premier temps, nous décrivons et contrastons les grandes lignes de théories et perspectives du domaine de l'éducation. En deuxième lieu, nous parcourons les

stratégies, contextes d'apprentissage et courants de pensée pertinents à l'enseignement des pratiques professionnelles auprès des populations défavorisées sur le plan socioéconomique. Nous empruntons à l'occasion au domaine de la médecine ainsi qu'à d'autres professions de santé et intégrons à cette section le premier article de cette thèse. Nous concluons ce chapitre en abordant brièvement le domaine de la formation continue professionnelle dans le domaine dentaire.

2.4.1 Théories et perspectives sur l'éducation aux adultes

Il existe une pluralité de théories, modèles, ou ensembles de principes sous-tendant à la fois l'enseignement et l'apprentissage chez l'adulte.^{139, 140} Merriam répertorie et décrit notamment les contributions de l'andragogie et de théories qui y sont fortement apparentées, par exemple l'apprentissage autodirigé,¹⁴¹ la théorie de l'apprentissage en contexte;¹⁴² l'auteur aborde également l'apprentissage selon des principes axés sur les états et structures de la conscience, ou encore de l'apprentissage transformationnel chez l'adulte.^{140, 143}

Dans cette section, nous présentons les contrastes entre l'andragogie et l'apprentissage transformationnel chez l'adulte. Nous référons à la première en raison de son importance historique et de son influence persistante en occident, notamment en éducation dentaire. Nous retenons la deuxième en regard de sa montée fulgurante depuis les années 1990 et de son éclosion dans une multitude de domaines—dont la formation continue et le domaine de la santé.¹⁴⁴⁻¹⁴⁷ Dans un troisième temps, nous présentons un ensemble de perspectives en éducation permettant d'approfondir notre appréciation de ces deux principales théories abordées. Enfin, nous lions la littérature sur les théories en éducation aux adultes au domaine de l'éducation dentaire.

2.4.1.1 L'andragogie

Le plus souvent associée à Malcolm Knowles, l'andragogie émerge dans les années 1960 et maintiendra longtemps son influence, que l'on s'en tienne au volume impressionnant de

livres, d'articles, et de discussions qui, depuis près de 50 ans, y ont été associés.¹⁴⁸ D'origine linguistique grecque (*aner* signifiant « homme » et *agogos* signifiant « guider »), le terme « andragogie », réfère littéralement à l'idée de guider les adultes.¹⁴⁹

Face à l'accélération, dans les années 1950, des changements sociétaux et culturels, du point de vue des systèmes politiques et économiques, du déplacement des populations, ou de l'innovation technologique, le précepte fondamental de la pédagogie—soit que l'objectif de l'éducation est la transmission de connaissances—devenait désuet et peu applicable au besoin grandissant d'adaptation des adultes. Le développement en occident d'une théorie spécifique à l'éducation aux adultes devenait nécessaire, besoin auquel l'andragogie se proposait de répondre.¹⁴⁹

Alors que les perspectives sur l'éducation étaient jusqu'alors dominées par le behaviorisme et le positivisme, l'andragogie émergente de Knowles, en 1970, s'appuie principalement sur les théories de la psychologie humaniste et développementale.¹³⁹ Il se réfère à Maslow, Rogers, Erikson, Havingswurt et Overstreet, autant d'élaborateurs de théories du développement de l'individu.¹⁴⁹ Ces origines psychologiques se reflètent tant dans les présupposés de Knowles concernant l'apprenant que dans la « technologie » de l'enseignement que ces présupposés impliquent (voir le Tableau I).

Tableau I: Présupposés à l'égard de l'apprenant adulte et « implications technologiques »¹⁴⁹

Présupposés concernant l'apprenant	Implications technologiques pour l'éducateur
Le concept de soi chez l'adulte évolue d'une perception de dépendance sur les autres vers un besoin d'autonomie et d'autodétermination de plus en plus grand	1. Établir un environnement et climat social d'apprentissage où l'adulte se sent à l'aise, accepté, respecté et soutenu et dans lesquels existe un esprit de réciprocité entre l'apprenant et l'enseignant 2. Permettre l'implication de l'adulte dans un processus « auto-diagnostique » de ses besoins d'apprentissages et des écarts entre ses compétences et un modèle idéal de performance 3. Faciliter l'implication de l'adulte dans l'établissement des objectifs d'apprentissage
L'adulte accumule des expériences de vie de plus en plus importantes qui constituent un réservoir et une ressource grandissante pour son processus d'apprentissage	1. Mettre l'emphasis sur des techniques expérientielles dans l'enseignement (p.ex. discussions de cas, approche de l'incident-critique, pratique des habiletés, jeux de rôle etc.) de manière à mobiliser l'expérience de l'apprenant adulte 2. Prévoir pour les apprenants des opportunités de planification d'application et de mise en pratique des connaissances 3. Prévoir une activité initiale de déblocage (« <i>unfreezing</i> ») (p.ex. mise en situation et rétroaction intensive sur le comportement de l'apprenant) de manière à ce que l'apprenant apprenne à apprendre de ses expériences
L'adulte est mu par un besoin d'inscrire ses apprentissages dans la réussite de ses tâches développementales et dans l'évolution de ses rôles sociaux	1. Arrimer les séquences d'activités du curriculum avec les tâches développementales de l'apprenant 2. Regrouper les étudiants (p.ex. en groupes homogènes ou hétérogènes) en fonction des contextes et objectifs d'apprentissage
La perspective temporelle de l'adulte évolue d'une vision différée vers une perception d'immédiateté de l'application des connaissances apprises; en parallèle, l'orientation dans l'apprentissage—d'abord centrée sur soi—devient progressivement centrée sur la résolution de problèmes	1. Être attentif aux préoccupations existentielles des apprenants et développer des activités d'apprentissage qui s'articulent avec ces préoccupations 2. Orienter le curriculum selon des « problématiques » à aborder (p.ex. « Relations humaines et développement du leadership ») plutôt que des « sujets » à traiter 3. Prendre pour point de départ d'une activité éducative les problèmes et préoccupations des adultes

Knowles¹⁴⁹ souligne également que l'apprentissage chez l'adulte correspond à un processus interne psychologique de quête de satisfaction des besoins et de réalisation d'objectifs personnels. Par conséquent, un des objectifs de l'éducateur est d'aider l'apprenant adulte à « apprendre ce qu'il veut apprendre »,¹⁴⁹ en assumant un rôle d'aidant, de consultant, de guide, ainsi que des fonctions de soutien et de pourvoyeur de ressources. L'éducateur veille notamment aux « conditions supérieures de l'apprentissage » tout en respectant les principes de l'enseignement à l'adulte.¹⁴⁹

2.4.1.2 L'apprentissage transformationnel

À ses débuts, la théorie de l'apprentissage transformationnel (AT) en éducation aux adultes (« *Transformative Learning Theory* ») s'apparente à l'andragogie.¹⁵⁰ En effet, la conception de l'AT stipule alors qu'il s'agit d'un processus interne menant vers l'acquisition d'habiletés et de connaissances dans un contexte d'actualisation de soi. Toutefois, influencé par des théories parallèles émergentes en éducation aux adultes dans les années 1980, telles les théories féministe, sociale critique et postmodernes, l'AT évolue vers une intégration de concepts et principes issus d'une collection de disciplines: la psychologie cognitive développementale, la sociologie, la psychothérapie et la philosophie.^{22, 143, 150} Il se distingue notamment par son orientation philosophique explicitement constructiviste.

Bien qu'il soit associé à plus d'un théoricien et à plus d'une perspective, dont l'approche sociale-émancipatoire de Paulo Freire,¹⁵¹ l'apprentissage transformationnel en éducation est fortement lié aux travaux de Jack Mezirow,¹⁵² dont la première présentation compréhensive est publiée en 1991.²² Puisque nous nous y référons dans cette recherche, nous présentons la perspective théorique spécifique de Mezirow. Cette dernière s'appréhende le plus facilement en considérant d'abord les concepts et notions centrales et, par la suite, les dimensions du processus d'apprentissage transformationnel en tant que tel.

-concepts et notions centrales

Pour Mezirow, l'adulte perçoit, donne du sens et interprète les circonstances, les événements et ses expériences en fonction de ses cadres de référence (« *meaning*

perspectives ») et attentes habituelles (« *habitual expectations* »), ceux-ci étant eux-mêmes basés sur des expériences passées.²²

Les cadres de référence sont formés d'un ensemble de présupposés qui orientent et servent de filtre pour la perception et l'interprétation des expériences.^{22, 153} Ces présupposés peuvent être de nature sociolinguistique (p.ex. les normes sociales, les idéologies), morale-éthique, épistémique (p.ex. les styles d'apprentissage, la préférence pour le concret vs l'abstrait), philosophique (p.ex. une doctrine religieuse), psychologique (p.ex. le concept de soi, les traits de personnalité) ou encore, esthétique (p.ex. les goûts, standards de beauté).¹⁵³ Ils se traduisent en schèmes de croyance (« *meaning schemes* » p.84) qui réunissent à la fois des croyances, attitudes, sentiments et jugements qui façonnent tacitement nos interprétations et suggèrent des lignes de conduite.¹⁵³ Une notion centrale à l'AT réfère à l'idée que l'individu assimile souvent de manière non-critique ses valeurs, croyances, et présupposés, à partir de la famille, de la communauté et de la culture plus largement.^{22, 150} Ainsi, les cadres de référence chez l'adulte peuvent comporter d'importantes distorsions que le processus d'apprentissage transformationnel conduirait à examiner.

D'autre part, Mezirow²² adopte la distinction que fait Habermas¹⁵⁴ des principaux domaines de l'apprentissage, i.e. « l'apprentissage à visée instrumentale », « l'apprentissage à visée communicative » et l'apprentissage à visée émancipatoire ». Le premier réfère à l'apprentissage de relations de cause à effet basé sur des connaissances empiriques, et visant le contrôle et la manipulation de l'environnement ou des personnes. Le second domaine réfère à la compréhension des valeurs, des idéaux, des questions morales, sociales, politiques, philosophiques, psychologiques etc. façonnés et gouvernés par les normes sociales et culturelles ainsi que par les codes linguistiques.²² Enfin, le domaine de « l'apprentissage à visée émancipatoire » est au cœur de l'apprentissage transformationnel. Ce domaine est centré sur la réflexion critique sur soi ainsi que sur les forces environnementales, institutionnelles, épistémiques, idéologiques et psychologiques qui perpétuent des relations de dépendance jusque-là non examinées.²² Pour Mezirow,²² le processus d'apprentissage émancipatoire, puisqu'il implique la réflexion sur les présupposés, s'applique également et peut mener à des révisions de perspectives liées aux

domaines instrumental et communicatif.

Enfin, il est important de noter la distinction que fait Mezirow des différentes formes de réflexion face à un problème quelconque, qu'il soit technique ou pratique.^{22, 153} En effet, la réflexion peut porter sur le contenu d'un problème, sur le processus de résolution de problème lui-même, ou encore sur les présupposés qui en sous-tendent l'analyse. C'est dans ce dernier cas que la réflexion peut mener à la redéfinition d'un problème, à une révision des perspectives et donc à une « transformation » de ces dernières (*« perspective transformation »*).²²

-dimensions du processus d'apprentissage transformationnel

L'apprentissage transformationnel est « le processus par lequel l'on transforme nos cadres de référence et schèmes de croyance de manière à les rendre plus inclusifs, plus perméables, plus en mesure de différencier, plus réflexifs et intégratifs, afin qu'ils puissent générer des opinions et croyances qui s'avèreront plus justes pour guider l'action » (traduit de Mezirow²²). Il s'agit d'un processus par lequel l'adulte construit ou révisé les interprétations et le sens accordés à une expérience quelconque.^{152, 153, 155}

Le processus transformationnel opère par le biais de la réflexion critique sur les présupposés et leur mise à l'épreuve (i.e. le « validity testing »).^{22, 155} Cette dernière peut cibler la véracité d'une connaissance factuelle, l'acceptabilité de normes sociales, la préférabilité de valeurs ou la transparence des représentations de soi.^{22, 156} Le processus de transformation suppose également l'examen de perspectives alternatives dans le contexte du dialogue et du discours réflexif. L'ensemble du processus réflexif peut mener au rejet d'une croyance, à la reconfiguration d'un cadre de référence et à de nouvelles perspectives (*« perspective revision »*) et actions, sur le plan individuel et/ou social.^{22, 153, 156} Le processus est intentionnel et s'inscrit dans le cadre des buts et des concepts de soi des apprenants, mais également dans le contexte où l'apprenant est face à un dilemme, tel que décrit ci-dessous.

Déclenché par ce que Mézirow désigne un « dilemme désorientant » (*« disorienting dilemma »*)—une sorte de dissonance entre un événement, situation ou objet et les cadres usuels d'interprétation—, l'apprentissage transformationnel procède en une séquence de phases qui incluent : la remise en question et mise à l'épreuve des présupposés; la recherche de connaissances et de nouvelles perspectives; l'exploration d'options et de nouvelles actions et l'intégration de ces dernières dans la vie de la personne.^{22, 155} Soulignons que l'AT suppose un processus pouvant s'échelonner sur une plus ou moins longue période le plus souvent jalonnée de moments de régression, d'aveuglement, d'immobilisme ou de compromis. En ce sens, la révision ou l'adoption de nouvelles croyances peuvent représenter des étapes qui culmineront de manière différée en des transformations de perspectives et d'actions plus importantes.^{146, 150}

2.4.1.3 Autres perspectives critiques

Au-delà de leurs mécanismes, de leurs principes ou de leurs fondements, les théories sur l'apprentissage chez l'adulte peuvent être appréhendées selon la perspective et l'engagement de l'éducateur face à leur mise en application. À cet égard, nous relatons d'abord, dans cette partie, une typologie récente de perspectives de praticiens sur l'enseignement aux adultes.¹⁵⁷ Les notions abordées permettront, dans un deuxième temps, de commenter davantage l'andragogie et la théorie sur l'apprentissage transformationnel.

-typologie de perspectives sur l'enseignement aux adultes

À partir de sa recherche auprès de 253 éducateurs d'adultes de différents domaines et pays de l'Amérique du nord et de l'Asie, Pratt¹⁵⁷ dérive cinq perspectives majeures guidant l'action éducative: 1) la perspective de « transmission », correspondant à une prestation efficace de contenu par l'éducateur; 2) la perspective d'« apprenticeship » i.e. d'apprentissage en contexte pratique où l'éducateur se dédie principalement à être un modèle des savoirs être; 3) la perspective « développementale », situant l'action dominante de l'éducateur au niveau de cultiver des manières de penser; 4) la perspective de soutien (« *nurturing* ») où l'éducateur est voué au développement chez l'apprenant d'un sentiment d'efficacité et enfin 5) la perspective de réforme sociale se traduisant par des pratiques

éducatives visant l'amélioration de la société. Chaque perspective réfère à une configuration d'actions, d'intentions et de croyances, que reflète le degré d'engagement relatif de l'éducateur envers les éléments de toute situation d'enseignement: l'apprenant, le contenu, le contexte et les idéaux.¹⁵⁷

Selon Pratt,¹⁵⁷ l'engagement dominant d'un éducateur est fondé principalement sur les intentions et croyances de ce dernier. Les intentions réfèrent entre autres à la perception de l'objectif global ou la finalité d'un programme d'enseignement ou cours ou encore à la perception d'une mission devant en guider l'actualisation. À ces éléments s'associe la représentation de l'éducateur quant à son rôle et à sa responsabilité dans le processus éducationnel. Quant aux croyances sous-tendant l'engagement de l'éducateur, elles réfèrent notamment aux perspectives épistémologiques (p.ex. objectivisme vs. subjectivisme) de ce dernier et à sa conception de l'apprentissage (p.ex., changement qualitatif vs. quantitatif).

-andragogie vs. l'apprentissage transformationnel

En nous référant à la typologie de Pratt, il est possible de comparer et contraster davantage l'andragogie et l'AT chez l'adulte. Tous les deux soulignent l'importance de l'arrimage de l'expérience d'apprentissage à l'expérience de vie de l'adulte. Ainsi, l'apprentissage représente, dans les deux cas, un processus subjectif impliquant une interaction entre le monde extérieur et l'expérience qu'en fait l'apprenant.¹⁴⁸ De la même façon, la connaissance, tel que l'impliquent les principes de l'andragogie et de l'AT, résulte d'une construction active de l'apprenant et non pas d'un processus de réception passive de l'environnement; l'apprentissage réfère ainsi à un changement qualitatif plutôt qu'à une accumulation de connaissances.¹⁴⁸

Les deux théories d'apprentissage divergent toutefois dans leur considération respective du contexte culturel et historique de l'apprenant. En effet, les principes et « implications technologiques » de l'andragogie renvoient à la notion de liberté individuelle ainsi qu'à la capacité d'auto-direction et à l'autonomie de l'apprenant, en dehors des contraintes liées aux structures sociales.¹⁴⁸ Aussi, le concept de soi, les besoins perçus et ressentis par l'apprenant sont des antécédents à l'apprentissage dans l'andragogie et impliquent une

relation de soutien et de facilitation de la part de l'éducateur. En ce sens, l'application des principes et techniques de l'andragogie réfère davantage à des perspectives « développementale » ou de « soutien ». ¹⁵⁷

À l'inverse, la théorie de l'AT reconnaît explicitement l'influence de forces externes sur l'individu, qu'elles soient culturelles, institutionnelles, idéologiques, psychologiques etc. ²² Le processus d'AT, déclenché par un dilemme également hors du contrôle de l'individu, amène ce dernier à prendre conscience des contraintes externes, à les examiner et à les critiquer. ²² Plus spécifiquement, une perspective sociale critique de l'AT reconnaît l'importance de comprendre comment l'idéologie dominante perpétue les inégalités et iniquités économiques ainsi que les formes de discriminations dans les démocraties occidentales. ¹⁵⁸ En ce sens, la mobilisation d'un processus d'AT par un éducateur s'inscrit potentiellement, comme pour l'andragogie, dans une perspective « développementale » ou de « soutien », mais possiblement aussi dans une perspective de « réforme sociale ». Le rôle de l'éducateur fondant sa pratique sur l'AT peut revêtir, en plus du soutien et de la facilitation, une dimension de provocation ou de création de dilemmes.

Deux tensions importantes émergent de la comparaison de l'andragogie à l'AT, soit 1) l'opposition entre la liberté individuelle et l'autorité—notamment en ce qui concerne la gestion et l'évaluation de l'apprentissage par l'éducateur—et 2) la perception de l'autonomie et du pouvoir de l'individu vs. la reconnaissance de l'influence des structures sociales dans l'apprentissage. ¹⁵⁷

2.4.1.4 Théories en éducation et domaine de l'éducation dentaire

De manière générale, la relation entre l'éducation dentaire de premier cycle et les théories en éducation peine à émerger. ¹⁵⁹⁻¹⁶² Tout comme pour d'autres professions hautement techniques et sophistiquées sur le plan technologique, la dépendance sur des praticiens expérimentés pour l'enseignement clinique contribue à cette difficulté. ¹⁶¹ Dans le domaine dentaire notamment, les cliniciens enseignants, pour la plupart ayant évolué professionnellement dans un univers de pratique privée, tendent à injecter les standards,

logiques et valeurs de ce contexte dans leur enseignement. Ainsi, l'individualisme inhérent au milieu de la pratique privée peut se traduire par une certaine étroitesse d'esprit et manque d'ouverture sur de nouvelles approches éducatives.¹⁶¹

Masella et Thompson¹⁶¹ reconnaissent des barrières encore plus enracinées, soit l'identification générale de la communauté académique professionnelle à une pratique disciplinaire plutôt qu'à une pratique éducative, le mépris collectif du milieu académique pour les méthodes de la recherche en éducation—considérées faibles et subjectivistes—et la faible représentation d'articles de recherche sur les pratiques éducatives dans les revues les plus prestigieuses en santé. Les auteurs soulignent, enfin, que l'excellence dans les pratiques éducatives est peu intégrée ou absente du système de récompenses du milieu académique. Au final, le domaine de l'éducation dentaire fonctionne de manière quasi a-théorique en ce qui concerne les pratiques éducatives, la résultante de son historique d'enseignement clinique et d'une culture académique favorisant la dissension et l'esprit de clocher.

En dépit des barrières et résistances face à l'intégration de bases théoriques éducationnelles à la formation initiale des professionnels dentaires, quelques auteurs du domaine soutiennent la pertinence d'une variété d'approches théoriques éducatives.^{131, 159, 160, 163} On relève dans ces écrits un plaidoyer notamment pour: l'andragogie, la théorie d'apprentissage social, l'apprentissage par la réflexion basé sur les écrits de Schön,¹⁶⁴ l'apprentissage expérientiel, l'apprentissage par compétence, par problème ou à travers des cas (i.e. « *case-based learning* »).^{159, 160, 165, 166}

Bien qu'ils réfèrent à des approches théoriques variées, une lecture approfondie de ces articles révèle l'engouement des auteurs pour les principes et fondements philosophiques de l'andragogie. C'est notamment le cas avec les approches par problèmes ou par cas où l'on réfère à ces dernières comme méthodologies ou modalités d'instruction tenant compte de la nature autodirigée, indépendante, et intrinsèquement motivée des étudiants.^{159, 161} De la même façon, on reconnaît l'intérêt de l'adulte pour l'application immédiate de ses connaissances à des problèmes et l'apprentissage par l'action.¹⁶² Enfin, on souligne

l'importance de l'implication des étudiants dans des activités de mentorat auprès de leurs pairs et dans la détermination et l'évaluation des contenus de l'apprentissage.^{159, 162} Bien que les questions d'intentionnalité ou d'engagement des éducateurs ne soient jamais évoquées dans ces textes, la dérive de l'éducation dentaire vers une approche « dirigée » par l'apprenant transparait et serait un phénomène qui tendrait à prendre de l'ampleur.¹⁶²

2.4.2 Formation initiale dans le domaine de la médecine dentaire

En plus des limites quant aux bases théoriques éducationnelles, la formation initiale en médecine dentaire présente d'importantes lacunes en termes des matériels, contenus ou approches ciblant spécifiquement les pratiques auprès de populations défavorisées sur le plan socioéconomique.¹⁶⁷ Par exemple, les questions de pauvreté et de déterminants sociaux de la santé demeurent quasi absentes des articles décrivant les ateliers de simulation ou d'entraînement à la communication ou à la compétence culturelle.^{15-19, 168}

Les efforts ciblant l'éducation sur la pauvreté ne sont toutefois pas inexistants. Ils s'actualisent à travers diverses stratégies et contextes d'apprentissage que nous décrivons dans un premier temps. Deuxièmement, nous abordons les principaux courants de pensée à l'égard des modèles de soins qui sont pertinents à l'éducation professionnelle sur la pauvreté. Nous soulignons toutefois que l'ensemble de ces éléments réfère à des niveaux conceptuels qui peuvent s'interpénétrer dans leur mise en application.

2.4.2.1 Stratégies et contextes d'enseignement

Parmi les stratégies et contextes d'enseignement ayant fait l'objet de recherches, on dénombre les activités de réflexion sous différentes formes, parfois liées à des stages ou à l'intérieur de cours sur la santé publique dentaire ou sur l'éthique^{166, 169-171} et, enfin, les stages cliniques ou de service à la communauté, souvent considérés comme point culminant à la préparation des futurs dentistes pour la pratique auprès de populations défavorisées.^{134, 166, 170-177}

-les activités de réflexion

L'importance de la réflexion comme modalité éducationnelle fut mise de l'avant, en 2006, en lien avec les travaux de la commission sur le changement et l'innovation en éducation dentaire.¹⁷⁸ On souligne alors le caractère essentiel de la réflexion et de la pensée critique comme bases au raisonnement clinique et à la résolution de problèmes.¹⁷⁸

Bien qu'elle soit le plus souvent associée au raisonnement sur les aspects étiologiques biomédicaux des problèmes cliniques, la réflexion comme modalité d'instruction a également été appliquée à des aspects sociaux de la maladie buccodentaire. C'est notamment le cas de la réflexion post-expérientielle en lien avec des stages cliniques ou d'apprentissage par le service à la communauté.^{166, 169, 170, 179} Les études de Rubin et Richard¹⁶⁹ ainsi que celle de Brondani¹⁶⁶ démontrent que la réflexion écrite structurée, sur l'expérience dans la communauté, peut améliorer les connaissances sur le vécu et les besoins de personnes vulnérables, développer le sens de l'altérité et l'empathie ainsi que susciter la réflexion sur soi.^{166, 169, 177} Aussi, dans l'étude de Gadbury-Amyot et al.,¹⁷⁰ la réflexion des étudiants sur leur stage clinique communautaire révèle des prises de conscience sur l'ampleur des problèmes d'accès aux soins et l'amélioration des attitudes quant à l'importance du bénévolat. Bien que l'on commence à en reconnaître l'importance,^{179, 180} les études sur les activités de réflexion abordent toutefois rarement directement la réflexion critique des étudiants sur leurs présupposés et préjugés; aussi, elles explorent peu souvent les effets de la réflexion sur les comportements et actions des étudiants.

-les stages cliniques et de service à la communauté

À travers de nombreuses professions de santé, les stages dans la communauté demeurent une approche éducationnelle privilégiée pour le développement des connaissances, de la sensibilité, des valeurs et des compétences pour soigner les personnes en situation de pauvreté ou marginalisées.^{173, 181-184} Les stages communautaires peuvent procurer aux

étudiants, en plus des expériences pratiques et opportunités de réflexion, des relations de réciprocité avec des membres des populations vulnérables ainsi que la possibilité d'agir avec eux sur des déterminants sociaux de la santé.¹⁸⁴ Dans le contexte d'une approche éducationnelle critique, l'apprentissage par le service à la communauté offre par ailleurs l'option d'une orientation de justice sociale aux éducateurs des professions de santé.¹⁸⁴

Dans le domaine dentaire, les études évaluatives présentent toutefois des résultats mixtes. Certaines recherches auprès d'étudiants ayant participé à un stage clinique communautaire démontrent une amélioration des attitudes, du niveau de confiance et des intentions de pratique auprès de membres de populations défavorisées.^{174, 176, 185} Aussi, McQuistan et al.¹⁷⁵ démontrèrent une association entre la participation à un stage clinique communautaire en cours de formation et la propension des dentistes à offrir des soins gratuits ou à tarif réduit dans la communauté. D'autre part, certaines études révèlent que l'amélioration des attitudes positives est suivie, sur une période plus prolongée, d'une baisse de celles-ci et d'une perte d'idéalisme.^{172, 186} Dans d'autres cas, les stages sont associés à une diminution de l'intention de faire du bénévolat ou de traiter certaines populations vulnérables.¹⁸⁷ Enfin, dans une étude, une amélioration des sentiments de compétence culturelle, incluant la compétence pour soigner des personnes à très faible revenu, s'accompagne d'une diminution de l'intention d'offrir des soins dans la communauté.¹⁸⁸ Ce résultat est cohérent avec ceux d'un sondage panaméricain auprès de résidents en orthodontie et d'orthodontistes en pratique: les résidents, plus positifs dans leurs attitudes à l'égard du traitement des patients défavorisés, n'étaient pas plus enclins à leur prodiguer des soins.⁸⁵ Ces effets négatifs ou paradoxaux ont également été observés dans le domaine de la médecine.¹⁸⁹

Finalement, il faut noter que les études sur les effets de stages cliniques ou de service communautaire présentent parfois des biais de sélection importants, en particulier lorsqu'elles ne tiennent pas compte d'une variable importante, à savoir le caractère obligatoire ou non du stage. C'est le cas notamment dans l'étude de McQuistan et al.,¹⁷⁵ qui établit des liens positifs entre l'offre de soins gratuits ou à tarif réduit et la participation à

des stages communautaires en cours de formation initiale. Dans son étude, McQuistan et al.¹⁷⁵ se basent sur les données d'un sondage à l'échelle nationale, à faible taux de réponse, et ne tient pas compte du caractère obligatoire ou non du stage.

2.4.2.2 Courants de pensée liés aux modèles de soins

La formation initiale en dentisterie s'inspire également de différents courants de pensée sur les approches de soins intégrant la considération des aspects psychosociaux de la relation interpersonnelle. On distingue notamment 1) la compétence culturelle et 2) l'approche centrée sur le patient (APC), toutes deux évoquées dans les exigences curriculaires des organismes d'accréditation dentaire nords-américains.^{132, 190}

-la compétence culturelle

La compétence culturelle en santé réfère communément aux connaissances et à la compréhension des processus d'interaction et d'influence des facteurs sociaux et culturels sur les croyances et comportements de santé des patients.¹⁹¹ Elle comprend aussi l'établissement de relations interpersonnelles qui transcendent les différences sociales et culturelles et implique une cohérence dans les comportements, les attitudes et les politiques chez les professionnels, ainsi qu'à l'intérieur d'une agence ou d'un système.^{17, 192} Le mouvement de la compétence culturelle en santé prit de l'ampleur, dans les années 2000, face au constat que des disparités sociales et ethniques dans le traitement et le diagnostic de différentes conditions de santé persistaient en dépit d'égalités d'accès à la couverture de soins.^{191, 193, 194} De multiples programmes de développement de la compétence culturelle chez les professionnels sont décrits dans la littérature en santé.¹⁹²

La majorité des écoles dentaires américaines incorporent à des degrés divers l'entraînement à la compétence culturelle à leur curriculum.^{16, 17} Il existe une grande variabilité dans les méthodes d'enseignement et d'évaluation de la compétence culturelle, dans les formats et sujets couverts, dans les types de cours (p.ex., éthique, promotion de la santé) auxquels cette matière s'intègre et dans les stages auxquels elle est associée.^{16, 17} Les

sondages ne permettent toutefois pas de statuer sur l'inclusion de contenus relatifs au contexte social, aux contraintes et aux conditions de vie des personnes en situation de pauvreté. Malgré la reconnaissance de la distinction entre les facteurs sociaux et les facteurs culturels,^{18, 191, 195} la compétence culturelle demeure majoritairement centrée sur les disparités en santé buccodentaire en fonction de l'ethnicité ou de la race.^{16-18, 196}

-l'approche centrée sur le patient (ACP)

Moins développée en dentisterie que la compétence culturelle, l'approche générale de soins centrés sur le patient (ACP) comporte toutefois une avenue prometteuse pour la profession.¹⁹⁷ Le concept de l'ACP est historiquement lié aux travaux de Bailint,¹⁹⁸ qui exprimait à l'époque l'importance que chaque patient soit considéré comme un être humain unique. Avec le temps, l'APC, dans son application à la relation professionnel-patient, mettait l'accent sur la prise en compte de l'expérience subjective de la maladie et l'établissement d'un terrain d'entente entre le patient et le professionnel.¹⁹⁹ Également, Mead et Bower²⁰⁰ innovaient substantiellement en faisant place au professionnel comme personne à part entière (« *doctor as person* ») dans une approche de soins centrés sur le patient. Cette considération reconnaît entre autres l'influence sur la relation professionnel-patient de la position de pouvoir et du contexte institutionnel du professionnel. Endossé par le Institute of Medicine²⁰¹ dans son rapport avant-gardiste « *Crossing the Quality Chasm* », l'ACP figure parmi les six objectifs d'amélioration des systèmes de santé.

À l'égard de la question des préjugés, des stéréotypes et de la discrimination comme barrières relationnelles aux soins, l'ACP offre un ancrage théorique potentiellement plus puissant que les conceptualisations et définitions plus récentes de la compétence culturelle.¹⁹⁵ En effet, l'ACP présuppose—en plus des principaux points clés et principes de la compétence culturelle—le souci d'un rééquilibrage du pouvoir dans la relation professionnel-patient à l'intérieur d'un rapport fondé sur le respect, l'accueil, l'empathie et la confiance.^{197, 199} En ce sens, notamment pour aborder les questions de relations de pouvoir et de distance sociale, l'ACP représente un modèle intéressant pour une dentisterie engagée dans la réduction des disparités de santé, en dehors des considérations raciales ou

culturelles.

Dans la foulée du mouvement en santé pour une approche de soins centrés sur le patient, le concept de l'ACP s'est prêté à une multitude d'interprétations, tant dans ses implications pour l'organisation des soins que pour la relation professionnel-patient. Dans ce contexte, le concept de l'ACP a parfois été mobilisé de manière à s'éloigner, paradoxalement, d'une rencontre professionnel-patient incarnant les fondements de son authentique actualisation.¹⁹⁵ C'est en tenant compte de ces dérives que nous avons réalisé une revue critique des études empiriques sur les initiatives de développement de l'ACP, tant dans la formation initiale que continue des professionnels de la santé. Conformément à l'orientation sociale critique de cette thèse, cette revue, publiée dans le *Journal of Healthcare Leadership*²³ examine la littérature en fonction d'une perspective éducationnelle engagée moralement et visant à alimenter notre démarche de recherche.

Article de thèse #1:

Advancing patient-centered care (PCC) through transformative educational leadership: A critical review of healthcare professional preparation for PCC

**Martine C Lévesque
Richard Bruce Hovey
Christophe Bedos**

Abstract:

Following a historical brief on the development of patient-centered care (PCC), we discuss PCC's value and role in counterbalancing the evidence-based movement in healthcare. We in turn make a case for a philosophical shift in thinking about the PCC concept, one based on a consideration for how knowledge is produced, used and valued within care provision processes. A "shared epistemology" foundation is presented, defined and promoted as essential to the authentic and ethical realization of "shared decision-making" between

patient and healthcare provider, and, more generally, of patient-centered care. In accordance with these views, this article critically reviews the literature on healthcare professional education for the development of PCC. We uncover the disturbing ways in which education frequently undermines the development of patient-centeredness, despite curricular emphasis on professionalism and ethical patient-centered care. We also establish the need to raise awareness of how dominant approaches to evaluating student or practitioner performance often fail to reinforce or promote patient-centeredness. Finally, we identify successful and inspiring cases of teaching and learning experiences that have achieved perspective transformation on PCC and on new ways of providing care. The pertinence of adopting the theoretical foundations of adult transformative learning is argued and a call to action is proposed to the leadership of health professional educators across all disciplines.

Keywords: patient-centered care, health professional education, transformative learning

Introduction

Some PCC history

The intellectual pedigree of patient-centered care (PCC) may be traced back to the nineteen-seventies. Inspired by the human rights activism movement in the United States of America (USA), health researchers of that era pioneered studies on patients' perceptions of their health and their satisfaction with care¹. They also explored the knowledge and attitudes underpinning physicians' communication and listening skills.¹

In the early nineties, the advent of the "evidence-based movement" (EBM) in medicine was equally associated with an increase in concern with patient involvement in their healthcare. Evidence-based clinical decision-making, founded on increasingly higher levels of statistical abstraction, was considered to risk distancing the health professional from the subjective illness experience.² Given its consideration for the patient's unique history, needs, expectations and context, PCC offered a promising counterbalance.^{3,4}

The epidemiological shift from acute to predominantly chronic healthcare concerns in high income societies has also contributed to the PCC movement, due to the longitudinal and multidimensional nature of services involved.⁵ With growing health consumerism, and knowledge and patient empowerment associated with use of the internet, the PCC movement will undoubtedly continue to expand. Patients and families want to be provided the opportunity to be respected partners in their care and meaningfully involved in decision making about their health.⁶

The value of PCC

More recently, PCC has been emphasized within trends that focus on meeting the healthcare needs of specific patient populations. PCC is considered to be at the core of cultural competency⁷ and foundational to humanistic care delivery to people experiencing socioeconomic disadvantage⁸. Indeed, a consideration for the impact of social, interpersonal, societal and ecological health determinants are integral to patient-centered care.⁹ The value and necessity of PCC has also been formally recognized in the USA, as evidenced by its inclusion among the top six competency areas that healthcare systems must strive to improve.¹⁰

Many studies have linked PCC to specific health outcomes and to service utilization.¹¹ The more patients perceive their family physicians to be centered on them, the greater their recovery and mental health.¹² Levels of post encounter discomfort, concern, diagnostic testing and referrals are also lower with greater perceived patient-centeredness.¹² Patient-centered care has also been associated with reduced heart failure and asthma emergency room readmissions.^{13,14} Finally, inquiry into patients' and families' experiences of preventable medical errors have accentuated the significance of listening to and understanding patients, as well as the sometimes horrific consequences of failing to do so.¹⁵

On defining PCC

Despite an abundance of literature pertaining to PCC, there is limited consensus as to what exactly it consists of.^{16,17} Also, definitions frequently differ in the degree to which they attend to systemic/organizational aspects as compared to direct professional healthcare

provision.^{17,18} There is nonetheless convergence among authors regarding core dimensions of the concept when PCC is considered from the angle of patient-health professional interaction. One of our aims is to add to the PCC conversation by providing insight into the need for a transformation of perspective on PCC itself, so that healthcare professionals, policy makers, and others fully adopt a patient-centered approach. We moreover argue that most current PCC models—clinical or institutional— will be rendered ineffective unless this transformation in perspective takes place.

The necessity of perspective transformation is seen through Stewart et al's² clinical model where PCC consists of six interactive components: 1) “exploring both the disease and the illness experience” (e.g., patient's feelings, ideas, expectations); 2) “understanding the whole person” (e.g., social context, life history, developmental stage); 3) “finding common ground” (i.e. on problems, priorities, goals and roles); 4) “incorporating prevention and health promotion”; 5) “enhancing the patient-doctor relationship” (e.g., compassion, healing, self-awareness) and 6) “being realistic” (as to resources and time constraints). This model addresses the *content* of PCC but does not fully address the difficulty healthcare providers face in actually adopting these PCC-enhancing behaviors. Achieving this requires transformation of an acculturated perspective and the realization that PPC is, at its heart, an ethical encounter with the patient as a person.

Authentic and ethical PCC marks a paradigmatic affront to the practice of medicine and to that of many other healthcare professions. With its emphasis on a hierarchical system of proofs, the dominant EBM in health is largely founded on positivism. This term refers to a philosophy of science that views logic and mathematical treatment of information as the exclusive source of authoritative knowledge. Positivism, in health research, privileges specific methodologies over others and dictates what constitutes evidence and what does not. Knowledge produced in this manner is founded on a positivist “epistemology” or “way of knowing” that implies objectivity and detachment.¹⁹ This perspective constrains our viewpoint on knowledge production and clashes with the essence of patient-centeredness when clinicians rely too heavily on it. In the absence of alternative views on knowledge and

its legitimization, positivistic perspectives will tend to dominate and undermine the actualization of PCC.

The dynamic, process-based and interactive nature of “finding common ground” and “enhancing the patient-doctor relationship” necessarily call for a shift in thinking about knowledge. This shift involves re-assessing the value attributed to various sources and forms of knowledge and how these can be accessed. It also involves reconsidering how power should be distributed between patient and healthcare provider. Authentic patient-centered care means that the patient’s voice is heard loudly and clearly, not as an adjunct to a professional initiative but as a knowledgeable other and partner with experiences capable of informing healthcare practices.⁶

When care is provided within a collaborative approach, the knowledge that guides treatment or prevention emerges in a space shared and actively negotiated by both parties. In other words, true patient-centered care does not belong to either the healthcare provider or to the patient/family. Rather, PCC co-exists between them, and requires that knowledge be co-created. This manner of producing knowledge—greater than the sum of each party’s knowledge taken separately—we refer to as a “shared epistemology”. Neither positivistic nor entirely subjective, a shared epistemology is a joint venture, allowing patients and families to be active and meaningful partners in their care. Working through a sharing of epistemologies indeed enables the patient and practitioner to find common ground and, as it were, to bridge misunderstandings.

Review questions and approach

Guided by our philosophical stance, we reviewed the literature on patient-centered care with the following broad questions in mind: How are we preparing health professionals for the provision of authentic and ethical PCC? How are we currently developing in students and practitioners, an appreciation and capacity for shared epistemologies? What are the issues or barriers encountered? What educational approaches or strategies show promise?

We reviewed the literature generated through Medline and CINAHL databases using the following keywords: education, curriculum, patient-centered care and patient-centered care. We purposefully did not search the literature on “person-centered care”, a related concept, in order to maintain our focus on educational interventions that are mainstream in medicine, dentistry and in other health professions. Given the high volume of literature generated, we restricted our search from the mid-nineties and later and to the English language. We also queried the results of this search with the keywords “transformative learning” in line with our concern with perspective transformation on PCC. Additional papers or texts were reviewed to address emergent issues or to deepen our understanding when pertinent.

Educating health professionals to deliver patient-centered care: A critical review

Clearly, there is wide variability as to how and when PCC is addressed in various schools of medicine and in other health professions. Frequently, it is associated with communication skills training.²⁰⁻²⁴ PCC training is also described in terms of particular strategies, such as the use of standardized or simulated patients.²⁵⁻²⁸ Case-based seminars or problem based learning are equally mentioned^{29, 30} as are eclectic training approaches integrating lectures, role-play, group discussion, and patient encounters.^{31, 32} Education on PCC often takes place within preclinical community based or service learning initiatives,³³⁻³⁶ or within clerkship or clinical training placements.^{9, 37-42} Finally, several continuing education initiatives are described across a wide variety of professional fields, ranging from brief workshops to elaborate interdisciplinary training programs or extended action research projects.⁴³⁻⁴⁸

It is outside the interests of this article to perform criteria-based comparisons between the above-cited educational initiatives. We made a case earlier for the need to foster in practitioners and students a re-conceptualization of PCC itself. This involves consideration—on their part and on that of educators—for the difference between content (PCC models, tools, best practices) and context/process (how healthcare providers actually behave with patients). It also entails that we attend to how knowledge is produced and used within the process of patient care. We reviewed the literature in accordance with

these views. In doing so, we discovered the disturbing ways in which education frequently undermines the development of patient-centeredness, despite curricular emphasis on professionalism and ethical patient-centered practice. We also uncovered the need to raise awareness of how dominant approaches to evaluating student or practitioner performance often fail to reinforce or promote patient-centeredness. Finally, we were able to identify successful and inspiring cases of teaching and learning experiences achieving perspective transformation on PCC and new ways of providing care.

We describe the above-identified issues and challenges as well as the promising avenues for advancing patient-centered care education in the following sections: 1) PCC attitudes in healthcare students and practitioners; 2) PCC measurement issues; 3) Dimensions of promising approaches.

1) PCC attitudes in healthcare students and practitioners

Several studies have revealed that medical students' attitudes towards PCC—much as is the case with their levels of empathy⁴⁹—tend to decline throughout their training and more markedly so over the course of their clinical clerkships.⁵⁰⁻⁵² This is the case even when students have been exposed to extensive patient-centered communication skills training.^{22, 53} Even though a few recent studies⁵⁴⁻⁵⁵ have not reproduced this finding, attitudes towards care remain a preoccupation: despite their stability over time in some cases, doctor-centered and cure-oriented (vs care) attitude levels have been shown to be high upon graduation.^{54, 56}

Attitude degradation during medical clerkship training has been associated with elements of the “hidden curriculum”.⁵⁷ This refers to the culture and “unwritten rules of medical education that exert a powerful influence on attitudes and behaviors”.⁵⁷ Hidden curricula may overpower formal content knowledge and contradict explicit messages on values and care.⁵⁷ Similarly, the loss of patient-centeredness is hypothesized to result from a clash between “ideal” PCC promoted in preclinical training and the “real” world of the hospital training environment.²⁴ Third year British medical students interviewed following their hospital placement expressed the inner conflict they experienced between their humanistic

impulses and some of the learning demands placed on them.⁴² They equally observed condescension towards patient-centeredness and described their awareness of how one can become desensitized. Lack of contact with—and feedback and support from—teachers were other issues raised.⁴² Constraints to providing PCC in the context of clerkship practice also include demanding work pace, fatigue, and need for self-preservation.^{22, 53}

Hidden curricula also operates via role-modeled overreliance on technology and overemphasis on biomedical dimensions of care, as authors hypothesized in a Brazilian study.⁵⁴ Though the Brazilian students did not show a decline in PCC attitudes when the entire cohort was considered, a “dip” in their scores occurred at the tenth semester, shortly after specialty medicine training was initiated.⁵⁴ Biomedical focus of student evaluation at the expense of patient-centered practice indeed exerts a powerful influence on learners, despite the most well intentioned curriculums.²⁹

In essence, deterioration or loss of patient-centeredness in medical students appears to result, to a good extent, from a devaluing of their own humanity in the struggle to respond to the pressures, context and culture of medical training. Throughout this process, the student or trainee, and others, become diminished and replaced with the functional pragmatics of medicine. This may well constitute the first true distancing of the patient and healthcare practitioner as the professionals become distant to themselves; the healthcare providers learn to care from a dispassionate perspective, jeopardizing the efficacy of person-centeredness, through an objective health professional stance.

PCC attitude issues are equally reflected in studies among practicing healthcare professionals. Both within acute care and long-term care settings, awareness of and modeling of PCC on the part of nurse practitioners has been shown to be limited.^{58, 59} Attitudinal barriers towards patient involvement in goal setting have also been documented among practicing physical and occupational therapists⁴⁷ despite, in the case of the latter, a bio-psychosocial foundational practice philosophy. Physical therapy is critiqued for the profession’s predominantly biomedical orientation and the pragmatic nature of the profession’s identity.⁶⁰ Among practicing dentists, there is evidence of

negative attitudes towards certain groups of patients themselves, affecting the desire for rapport and sometimes leading to the adoption of discriminatory practices that compromise access-to-care.⁶¹ Given it represents an important behavioral determinant, attitude is considered a pertinent proximal target for developing PCC²² and has been correlated with the perceived humanism of the medical encounter on the part of standardized patients.²⁷

2) PCC measurement issues

Measuring patient-centeredness is another critical issue that appears in the literature. Considered generally, measuring PCC is problematic due to the complexity of the relational processes involved as well as the lack of theoretical clarity of the PCC concept.³ Many attempts at measurement have nonetheless been made.¹¹ In their systematic review of the quantitative tools and approaches developed, Mead and Bower³ describe and contrast self-report measures on the part of the doctor and external observation measures using rating scales or verbal behavior coding systems. The first category would present issues of social desirability and reliability over time. Trade-offs between reliability and validity also occur, when efforts to ensure a tool's reliability compromise its validity. In a recent study of communication skills training, the author questioned whether the trained students' increased ability to nuance their understanding of PCC was perhaps not captured by the self-report scales used.²⁴

External observation methods, for their part, tend to evaluate instrumental (task-oriented) behaviors, mostly on the part of the professional. They have been critiqued for neglecting the emotional tone of the consultation³ and for emphasizing more easily measured skills to the detriment of other components.⁶² They also often present interpretation difficulties for the observer. Finally, none of the measures reviewed addressed the “doctor as person” dimension of the Mead and Bower PCC framework.³ This dimension attends to the subjective experience and reflexivity of the physician or professional. The authors discuss the idea that the “doctor as person” dimension requires idiographic systems of understanding and measurement capable of attending to subjectivities and contingencies. The importance of qualitative research approaches to learn about these is underscored.

One could say that measurement of PCC in the educational literature is mainly characterized by “doctor-centeredness”. Paradoxically, it remains mostly disconnected from the professional’s subjective experience and is dismissive of the “doctor-as-person”. Currently, the most commonly used PCC measurement scale, the Patient-Practitioner Orientation Scale, addresses PCC beliefs and dispositions on the part of the practitioner. It curtails the actual “doing” of PCC and what this implies for the “doctor as person”, despite the abundance of studies highlighting the latter’s significance.^{9, 25, 42, 53} In one evaluative study of a PCC educational approach, the difficulty most commonly cited by students, by far (66%), was dealing with their own emotional response to the patient.⁹ The importance of emotional intelligence and of strengthening students’ coping mechanisms for improving patient-centered care has been emphasized in dental education as well.⁶³

Developing these personal strengths in practitioners is indeed a key to ensuring their authentic presence during interactions with patients. Failure to bring forth the person behind the white coat into the patient encounter undermines such processes as “finding common ground” and “sharing power and decisions”. These require a relinquishing of power on the part of the health practitioner in order to lessen the distance and promote a true encounter with the patient who, most likely, is not a healthcare professional. Yet awareness of and attention to the power differential between patient and professional require reflexivity and self-knowledge.

The above-described limits to PCC measurement are equally reflected in the discrepancies identified between measured professional behavior and patient perceptions of this behavior. Intriguingly, in Stewart’s outcome study of physician-patient encounters, the patients’ perception of patient-centeredness was positively correlated with improved outcomes and decreased service utilization;¹² no association was found between health or healthcare utilization outcomes and observed “patient-centered communication” scores based on audiotape analysis of physician behavior. Discrepancies of this magnitude highlight the complexities and contextualized nature of PCC.

Providing care from a shared epistemology framework is indeed highly complex. To a certain degree, PCC may be framed as a moving target. It is a joint venture and must subsume the ability on the part of the healthcare professional to detect and establish—with the patient—when dimensions of PCC (e.g., discussing social context or patient's feelings) are desirable and achievable or not at a given moment. According to Stewart,² highly patient-centered physicians show extremely variable lengths of patient consultations whereas the opposite is true of less patient-centered physicians. This is the reflection of capacity for appreciation and respect of patient/carers' autonomy and desire for power. Shared epistemologies indeed represent a meta framework, not a set of behaviors but a conviction that the behaviors, techniques and knowledge we teach should be at the service of the patient encounter.

3) Dimensions of promising approaches

The issues and concerns presented in this PCC review may appear quite discouraging as to the current status of health professional development of patient-centered care. For instance, quantities of training activities taking place at the undergraduate level may be considered likely to be followed by the dreaded downward drift in attitudes as students undergo clinical training. Furthermore, positive outcomes of educational approaches measured in instrumental terms must spark off doubt as to whether or not they are truly depicting patient-centeredness.^{25, 64}

Yet, the literature does present some promising avenues for addressing process and contextual elements of patient-centered care that correspond to potentially shared epistemologies. Many evaluative approaches integrate a qualitative dimension into their methodology. These provide insight into process and context, take into consideration the professional-as-person, and at times reveal re-conceptualizations of patient-centeredness itself. We discuss these promising directions in the following sections: A. Focus on context and student-centeredness; B. Critical reflection on practice and self-awareness C. Alternate ways of knowing. For the sake of clarity, we organize our text into these discrete sections. However, aspects of each at times overlap and several successful programs integrate two or more of these approaches.

A. Focus on context and student-centeredness

There have been several attempts to purposively introduce new or modify and study clinical training contexts.^{38, 39, 41} These include curricular modifications that prolong students' stay within given clerkship sites (in lieu of rotations among large numbers of sites),³⁹ that increase students' contact and interactions with given patients³⁸ or that implement completely new training environments.⁴¹ These educational approaches also most often integrate significant student mentorship and opportunities for discussion and meaningful reflection. The positive outcomes of these experiences are linked to interpersonal factors: sense of familiarity and relational continuity with staff, faculty and patients; growing comfort and sense of collegiality between mentor and mentee; and stronger ongoing peer support, in the case of Krupat et al.'s single-site third year medical clerkship study.³⁹

Howe's⁴¹ study of a newly implemented 8-week community based placement for fourth year medical students revealed the fundamental role of person-centered learning. Study results indicated a shift towards whole person perspectives and increased awareness of how relationships with patients influence consultations. Key learning mechanisms identified by students appeared to depend more on teachers' commitment to teaching than on formal teaching skills. Being valued as a person by staff and teachers "who mirrored the central nature of relationship between staff and patient by that between staff and student" were essential features identified.⁴¹ Another study contrasting third year medical students' experiences of hospital-based training with general practice environments⁴² highlighted the sense of intimacy and relational advantages the latter provided. In the general practice settings, students commended their tutor's provision of detailed feedback and admitted it contributed to the development of their self-confidence; the general practice context also tended to put students more at ease for developing lines of questioning with their patients.⁴²

The literature also describes the positive contributions of inter-professional training contexts to developing PCC.^{37,40} In the Ruston and Tavabie³⁷ PCC paramedic training case

study, participants reported learning new ways of communicating with patients and improved ability to cope with uncertainty during decision-making with patients; central learning mechanisms included exposure to general practitioners' patient-centered consultation skills and values, as well as the fact that their learning program was based on their assessed needs and individual learning styles. Inter-professional training environments may also contribute to learning in other ways. Physiotherapy students training within an interdisciplinary palliative care setting reported increased awareness and appreciation for holistic care.⁴⁰ They emphasized the importance of professional diversity and inter-professional respect within the team as well as time allotted for inter-professional communication and interactions with patient/family. Students equally underscored the value of ongoing support and appreciation on the part of the palliative care team in what was perceived as an emotionally challenging learning environment. Though inter-professional learning contexts uniquely provide students with access to multiple professional perspectives and roles, it is the quality of rapport between team members, patients and trainees that is emphasized predominantly in the above studies.

In sum, successful context-based and student-centered clinical training innovations facilitate learning through the quality of interpersonal relationships among students, patients, trainers and staff. Students participating in the cited studies stressed the importance of relational continuity, of receiving emotional support and of feeling appreciated and recognized as individuals. These are all key features of patient-centered care. The students equally underscored the contribution of positive modeling of values and ways of relating on the part of tutors, mentors or supervisors. Interestingly, the positive results—in terms of increased awareness of, appreciation for, and comfort with patient-centeredness—occurred at times in environments normally associated with empathy declines. This is cause for reflection and hopefulness.

B. Critical reflection on practice and self-awareness

In addition to providing relational support, facilitating students' and practitioners' critical reflection represents yet another key component of successful patient-centered educational endeavors.^{9, 31, 43, 65-67} A highly "mobile", versatile, and mostly low-tech teaching

approach, reflection (e.g., in small groups) can be integrated into clerkship training just as within undergraduate or continuing education courses. Critical reflection may relate to the content of role-plays, of patient care taped recordings, or to that of direct observations on the part of clinical teachers. Smith⁶⁷ adopted all three in a successful self-awareness training program with residents. Reflection may equally lean on the content of written material (e.g., journal) and is frequently coupled with the educational innovations that we will discuss in the next section. In the following paragraphs, we focus on a few cases where critical reflection occupies a central role.

Continuing education studies often employ recordings (i.e. audio or video) of actual patient-professional interactions as a basis for reflection.^{43, 67} In Lomborg et al.'s⁴³ training on nursing practices with patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD), reflective dialogues on videotaped interactions comprised the leading educational component. Through critical reflection on practice via videotape analysis of care provision, trainees were supported in examining and revising otherwise taken-for-granted vocabulary and routine behavior with patients. Transformative outcomes included new perspectives on nursing care goals with COPD patients. These were associated with significantly improved caring experiences at the affective level ("pleasure vs pressure") for the practitioners. Positive changes in views of the patients themselves also resulted from the training. Finally, an extraordinary shift occurred: nurse trainees described evolving from a stance of silent observation and unilateral decision-making on care towards one founded on sharing professional observations, thoughts and concerns with patients and involving them in the clinical assessment of their situation. They moved from "nursing project" to "joint venture" in the context of personal body care assistance. This became a source of professional pride. New vocabulary (e.g., "common agenda") and views on communication (i.e. what it really means to listen authentically) also resulted from the training. Furthermore, though the training incorporated use of tools (e.g., an "agreement sheet"), these were embedded into the training program but played a secondary role to the reflection processes.

Awareness of self and critical reflection on practice equally took place through role-play and discussion exercises in other educational programs.^{31, 65} For instance, first year medical students having participated in “patient-centered tobacco intervention” training manifested less judgment toward non-adherent patients; they also developed more favorable attitudes towards physicians’ roles in promoting behavioral change. The authors associated these positive attitudinal shifts with the introspective learning activities on students’ own process of changing unhealthy behaviors.³¹ Another study used role-play exercises based on actual patient scenarios with maternity ward nursing students.⁶⁵ These fostered awareness of how patients reveal issues in response to nursing approaches. They also learned how “knowing the patient and knowing the person” refer to different types of knowledge.

C. Alternate ways of knowing

Education that explicitly fosters reflection on practice and the development of self-awareness constitute powerful approaches to teaching patient-centered care. The previous section described education that privileged reflective activities in direct relation to practice (i.e. through taped recordings of patient-professional interactions or their re-enactment through role-play). In this section we draw attention to approaches that incorporate what we call “alternate ways of knowing”. Here, we refer to teaching modes that depart from traditional practice-based learning and that also contrast with factual and technical/instrumental learning. By appealing to senses (e.g., aesthetic, ethical, moral) and feelings (e.g., sadness, fear, hope, indignation), they aim to assist the student or practitioner in integrating evidence-based knowledge with the complexity and meaning of the illness experience.⁶⁸ Though the health professional education literature is replete with references to use of art, literature, legal case studies, drama, poems, metaphors, etc., here we discuss two approaches for which a knowledge base—in relation to patient-centered care—is accumulating: 1) use of patient narratives and 2) promoting direct interaction with the “person behind the patient”.

1) Use of patient narratives

We have argued the importance of shared epistemologies for patient-centered care. This includes the idea that the patient's experience and thoughts on disease and illness are of equal importance to biomedical knowledge for a complete understanding of care needs. It follows that accessing these experiences and perspectives are essential curricular components. Patient narratives may be powerful mediators.^{34, 48, 69} By offering a glimpse into the subjective experience of illness, narratives provide complementary perspectives and may foster empathy.⁶⁹

In the inter-professional environment characteristic of rehabilitation care, patient narratives proved highly effective in bringing about transformation in staff.⁴⁸ Using qualitative interview data collected with patients and families, Blickem & Priyadharshini⁴⁸ constructed first-person narratives on which to found a continuing education course on patient-centered care. Through critical analysis and discussion of the patient/carer narratives, professionals gained insight into the formerly taken-for-granted privilege of medical and institutional power; they developed awareness of how they themselves were positioned in relation to the medical-institutional discourse and how this can negatively affect patients and families. These realizations prompted discussions about the possibilities for improving patient-professional relationships. The authors demonstrated the value of partly fictionalized and anonymous patient accounts for allowing the participants the distance necessary for critical reflection. They also describe how the narratives allowed the professional to see themselves through the eyes of patient/carers which in turn helped them see themselves in the narratives of other patients they had cared for.⁴⁸

Similarly, undergraduate medical students gained perspectives on the lived experience of diabetes through contact with personal narratives.³⁴ Students accessed stories through conversations with people with diabetes, in their homes and outside the care environment. These conversations took place over the course of two years. The students also discussed and reflected on these stories in small groups led by teachers. The students' understanding of diabetes and its management significantly expanded, allowing them to "make diabetes personal".³⁴ Through the attitudes, feelings, perspectives and approaches of persons with

diabetes, the students' perceptions of life with chronic disease became "individualized". They also gained awareness of the influence of social factors and put into perspective their biomedical knowledge about the disease. Finally, their assumptions about patient goals were challenged, as were their views on doctors' authority. The authors observed that contact with patient and family narratives coupled with direct interaction and observation of the impact of diabetes on their lives stimulated learning in affective, as well as cognitive, dimensions.

2) Promoting direct interaction with the "person behind the patient"

As just seen, direct interaction—outside the focus of professional care—with people experiencing disease can provide invaluable learning of its individualized and contextualized nature. This is congruent with the "patient-as-person" dimension of patient-centered care described by Mead and Bower.³ Whether framed through a focus on narrative or not, direct interaction aimed at getting to know the person is frequently promoted as an educational approach for developing patient-centeredness.

Planning for informal moments of contact with patients (e.g., interacting over lunch, bedside conversations) in addition to standard lectures on symptom management and multidisciplinary team functioning was the main focus of improvements made to a palliative care placement.⁷⁰ The changes proved effective in increasing students' appreciation of the placement. In addition to gaining new understandings about patients' experiences, they reported feeling better connected to them and even a sense of usefulness.⁷⁰ Moments and spaces for "human-to-human" contact were contrasted with "illness-treatment" interactions by the authors.

Providing opportunity for non-professional interactions between students and people experiencing illness or dysfunction is also one of the aims of experiential service learning in the health professions. This component has recently been explicitly linked to the promotion and development of patient-centered care.^{35, 36, 71} Coupled with reflective activities (e.g., role play and journal keeping), an interdisciplinary service-learning project developed positive attitudes on the part of students towards seniors' desire and capacity

for self-sufficiency.⁷¹ Physiotherapy students improved their understanding of “life with a disability” and its impact on various spheres (e.g., work) during their involvement with community volunteers.³⁶ In yet another study, dentistry students gained insight into the lives of individuals they normally would not encounter on a daily basis (e.g., homeless people); physiotherapy students involved in a parallel project discussed raised awareness of psychosocial issues and access-to-care barriers for people with disabilities.³⁵ However, with both these groups, the educational experience appeared to foster patient-centered care characteristics mostly in students already possessing inherent humanistic qualities (i.e., empathic and caring) and reflective ability. Some students reported initial feelings of unease and discomfort and course attrition rate was high. The authors emphasized the importance of providing additional mentorship and support to develop reflection in students perceived to need it more.³⁵

Finally, the rehabilitation literature provides an example of a training innovation that uniquely taps into the benefits of learning through direct interaction with people living with disease: use of patient-instructors (PI). In a three-hour class for physical and occupational therapy students, certified patient-instructors teach joint examination and respectful patient contact.⁴⁶ Working collaboratively with students through dialogue, the instructors address issues related to approaching the patient with rheumatoid arthritis. They are not involved in evaluating the students. Focus groups with students participating in this course revealed their appreciation for the authenticity and intimacy of the sessions.⁴⁶ They also described a sense of safety and openness in this learning environment. When contrasting their experience with clerkship learning, participants related how being free of the “professional” role and responsibility legitimized their learning within the PI-student relationship. The authors discuss authority and power relations in the traditional educational context and highlight the “clash between students’ fulfillment of their learning task and the task of professional identity formation”.⁴⁶

Towards a transformative learning theory foundation for developing patient-centered care

We've provided examples of educational approaches in which students or health professionals questioned their roles and position within the care process, revised their perceptions and judgments of patients, gained new perspectives on health and care processes as well as the contributions of patients to these. Through meaningful and critical reflection, a supportive social learning environment, and access to patients' experiential knowledge, learners' awareness and conception of patient-centeredness were touched upon. Comfort with and appreciation for interactions with patients also frequently increased. Finally, ways of relating and caring evolved as a result of some of the educational experiences. Though the theoretical foundations in the articles reviewed are most frequently not explicit, an implicit attention is paid to students and practitioners as unique and developing individuals. This is coherent with a developmental framework to learning, and consistent with the psychological and philosophical foundations of adult transformative learning theory.⁷²

Among possible adult learning theories, transformative learning stands out because it is intended to provide an educational experience consistent with the purpose of changing acculturated perspectives and behaviours.^{6,72-79} Transformative learning provides the opportunity to confront and engage in critical reflection about the professional's impact on the patient/family by using their narrative accounts to explore new meanings, roles, relationships and actions.^{6,76,78} In the classroom, patient/family narratives (or actual patients) are used to engage health professional students to disrupt their habitual perspectives, via skillful transformational facilitation processes that include supported critical questioning and reflection.⁷³

Transformational learning aspires to enhance our capacity or repertoire of how we respond to particular situations, requiring us to re-learn skills in listening to and interpreting the narratives as more than just factual accounts.^{7,80} The process of transformational learning essentially involves learning how to change one's interpretation

of a situation through an active and experiential interaction among the participants and facilitators.^{72,79}

In summary, the affective, social, cognitive and cultural components of the learning process are simultaneously addressed in transformative learning. The readiness to seek out, apprehend and apply new knowledge is triggered by what transformative learning theorists call a «disorienting dilemma»⁷², a sense of disequilibrium or dissonance between acculturated perspectives and those conveyed through patients' stories and reactions. This affective learning moment moves individuals (in this case the trainees) from experiencing knowledge as a series of facts disconnected from their meaning and context to encountering knowledge as situated, contextualized and particularly meaningful.^{72,75} New understanding requires that learners assess the meanings behind words, the coherence, truth and appropriateness of what is being communicated as well as the truthfulness, credibility, authenticity and expressiveness of the presenter. Unlike instrumental learning in which logical problem solving and inquiry dominate, transformative learning entails the use of metaphor, analogies and reflective dialogue that incite learners to question and revise their interpretations of knowledge.^{72,74} The healthcare trainee can change her or his frame of reference and perceptions, ultimately, to accommodate new and different ways of learning and engaging with the patient/family as well as within an interdisciplinary team.⁷⁶

Transformative learning, as an educational framework, equally requires a reconceptualization of the student-teacher relationship.⁷³ Moving from directive « expert » to supportive « coach », the trainer seeks to establish with students a relationship of trust and support, both intellectual and emotional; learners are thus better able to « live with the discomfort » associated with critical reflection.^{72, 81-82} The importance of a « safe learning environment » is emphasized in recent literature in health professional education concerned with promoting reflection.⁸³ These educational dimensions also clearly transpired in many of the studies reviewed in this paper. Advancing academic cultural shifts towards PCC has in fact, in some cases, been achieved through transforming institutional processes (i.e. curricular planning/development and assessment) towards ones that parallel, model and value the relationship-centered characteristics of respectful

and reflective dialogue among faculty, staff and students.⁵⁷ These institutional changes have been posited as key in overcoming hidden curricula.⁵⁷ If PCC is to fulfill its mission in constituting a counterbalance to EBM, indeed our proposed philosophical/ epistemological shift must be embraced by and embodied within entire learning environments.

Since PCC learning contexts and content are relevant for faculty, students and care providers as well as for patients and families themselves, we posit adult transformative learning theory provides a common neutral ground from which everyone can learn from each other. Developing patient-centeredness is not merely an application of an appropriate pedagogy but rather demands a significant transformation of academic, professional and personal perspective about what is and how one becomes patient—and, fundamentally, relationship—centered. Other instructional methods may show what it might or should be like but provide limited opportunity to engage the learner in formulating a PCC attitude or to transform experienced care providers into authentically patient centered. The deep and rich scholarship found in decades of learning how to effect change in adults provides an ideal framework for health professional educators and academics to lead the way.

Acknowledgments/Disclosures

Our first author acknowledges the financial support provided by the following funding agencies and organizations: the Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), the Network for Oral and Bone Health Research (RSBO) and the Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS). The authors report no conflicts of interest in this work.

References

1. Berwick DM. What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs*. 2009;28(4):555-565.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. *Patient-Centered Medicine, Transforming the Clinical Method (second edition)*. 2003. Radcliffe Medical Press Ltd. Abington, Oxon, United Kingdom.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. 2000;51:1087-1110.

4. Gadamer HG. The enigma of health: The art of healing in a scientific Age. (J. Gaiger & N. Walker, Trans.).1996. Stanford University Press. Palo Alto, CA.
5. Gray GR. Teaching patient-centered care. *Family Medicine*. 2002;34(9):644-5.
6. Hovey R, Cuthbertson K, Birnie K, et al. The Influence of Distress on Knowledge Transfer for Men Newly Diagnosed with Prostate Cancer. *Journal of Cancer Education*. 2012. (DOI) 10.1007/s13187-012-0343-2.
7. Campinha-Bacote J. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16:Issue 2.
8. Silow-Carroll S, Alteras T, Stepnick L. *Patient-Centered Care for Underserved Populations: Definition and Best Practices*. 2006. Economic and Social Research Institute. Washington DC.
9. Bower DJ, Young S, Larson G, et al. Characteristics of patient encounters that challenge medical students' provision of patient-centered care. *Academic Medicine*. 2009;84(10Suppl):S74-8.
10. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC. National Academy Press. 2001.
11. Da Silva D. *Helping People Share Decision Making: A Review of evidence considering whether shared decision making is worthwhile*. 2012. The Health Foundation. London UK.
12. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*. 2000;49(9).Sept.
13. Record JD, Rand C, Christmas C, et al. Reducing heart failure readmissions by teaching patient-centered care to internal medicine residents. *Archives of Internal Medicine*.2011; 171(9):858-9.
14. Irwin RS, Richardson ND. Patient-focused care: using the right tools. *Chest*. 2006;130(suppl):73S-82S.
15. Hovey RB, Dvorak ML, Burton T et al. Patient Safety: A Consumer's Perspective. *Qual Health Res*. 2011 ; 21: 662 <http://qhr.sagepub.com/content/21/5/662>
16. Hughes RG. Overview and Summary: Patient-Centered Care: Challenges and Rewards. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(2).10913734.
17. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*. 2010;19(14).
18. Lewis S. *Patient-Centered Care:An Introduction to What It Is and How to Achieve It*. Discussion Paper. Saskatchewan Ministry of Health. 2009.
19. Guba E, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. 1989. Sage Publications. Newbury Park, CA.
20. Vegni E, Martinoli M, Moja EA. Improving Patient-Centred Medicine: A Preliminary Experience for Teaching Communication Skills to Italian General Practitioners. *Education for Health*. 2002;15(1):51-57.
21. Sheldon LK. An evidence-based communication skills training programme for oncology nurses improves patient-centred communication, enhancing empathy, reassurance and discussion of psychosocial needs. *Evidence-Based Nursing*. 2011;14(3):87-88.
22. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: An observational

- study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Education and Counseling*. 2011;84:310–318.
23. Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG et al. Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Education & Counseling*. 2000;39(1):27-36.
 24. Bombeke K, Symons L, Vermeire E et al. Patient-centredness from education to practice: The ‘lived’ impact of communication skills training. *Medical Teacher*. 2012;34:e338-e348.
 25. Haidet P, Teal C, Shada R, et al. Following the clues: A curriculum to help students understand patient-centered information. *Embase Journal of General Internal Medicine*. Conference Publication: 33rd Annual Meeting of the Society of General Internal Medicine. 2010. Minneapolis MN.
 26. McKeon LM, Norris T, Cardell B, et al. Developing patient-centered care competencies among prelicensure nursing students using simulation. *Journal of Nursing Education*. 2009;48(12):711-5.
 27. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, et al. Medical Students’ Attitudes toward Patient-centered Care and Standardized Patients’ Perceptions of Humanism: A Link between Attitudes and Outcomes. *Academic Medicine*. 2001;76(10Sup.):S42-S44.
 28. Smith SR, Cookson J, Mckendree J et al. Patient-centred learning—back to the future. *Medical Teacher*. 2007;29:33–37.
 29. Claramita M, Sutomo AH, Graber MA et al. Are patient-centered care values as reflected in teaching scenarios really being taught when implemented by teaching faculty? A discourse analysis on an Indonesian medical school’s curriculum. *Pacific Family Medicine*. 2011;10(4).
 30. Richards PS, Inglehart MR. An Interdisciplinary Approach to Case-Based Teaching: Does It Create Patient-Centered and Culturally Sensitive Providers? *Journal of Dental Education*. 2006;70(3).
 31. Brown RL, Pfeifer JM, Gjerde CL, et al. Teaching patient-centered tobacco intervention to first-year medical students. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(5):534-9.
 32. Ross EF, Haidet P. Attitudes of physical therapy students toward patient-centered care, before and after a course in psychosocial aspects of care. *Patient Education and Counseling*. 2011;85(3):529-32.
 33. Thistlethwaite JE. Introducing medical students to the concept of patient-centred consultations during a community-based teaching attachment. *Medical Teacher*. 1999;21(5):523-526.
 34. Kumagai AK, Murphy EA, Ross PT. Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centered care. *Advances in Health Science Education*. 2009;14:315–326.
 35. Roskell C, White D, Bonner C. Developing patient-centred care in health professionals: reflections on introducing service-learning into the curriculum. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2012;19(8):448-456.
 36. Rapport MJ, Rodriguez J, Bade M. Use of a Community Volunteer Program to Develop Value for Patient-centered Care in Physical Therapist Professional Education. *Journal of Physical Therapy Education*. 2010;24(2).
 37. Ruston A, Tavabie A. An evaluation of a training placement in general practice for

- paramedic practitioner students: improving patient-centred care through greater interprofessional understanding and supporting the development of autonomous practitioners. *Quality in Primary Care*. 2011;19:167–73.
38. Staun M, Bergström B, Wadensten B. Evaluation of a PBL strategy in clinical supervision of nursing students: Patient-centred training in student-dedicated treatment rooms. *Nurse Education Today*. 2010;30:631–637.
 39. Krupat E, Pelletier S, Alexander EK, et al. Can Changes in the Principal Clinical Year Prevent the Erosion of Students' Patient-Centered Beliefs? *Academic Medicine*. 2009;84(5).
 40. Morris J, Leonard R. Physiotherapy students' experiences of palliative care placements – promoting interprofessional learning and patient-centred approaches. *Journal of Interprofessional Care*. 2007;21(5):569 – 571.
 41. Howe A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community-based learning in undergraduate medical education. *Medical Education*. 2001;35:666-672.
 42. Thistlethwaite J, Jordan J. Patient-centred consultations: a comparison of student experience and understanding in two clinical environments. *Medical Education*. 1999;33:678-685.
 43. Lomborg K, Nielsen ES, Jensen AL. Achieving competences in patient-centred care: an evaluation study of a training programme in assisted personal body care for respiratory patients. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2011. doi:10.1111/j.1752-9824.2011.01091.x. pp :265-274.
 44. Davis P, Clackson J, Henry C, et al. Interprofessional continuing health education for diabetic patients in an urban underserved community. *Journal of Interprofessional Care*. 2008;22(S1):51 – 60.
 45. Schoot T, Hirsch M, de Witte L. Development of competencies aimed at client-centred care: an evaluation study. *Learning in Health and Social Care*. 2007;6(2):104–117.
 46. Henriksen AH, Ringsted C. Learning from patients: students' perceptions of patient-instructors. *Medical Education*. 2011;45:913–919.
 47. Tripicchio B, Bykerk K, Wegner C, et al. Increasing Patient Participation: The Effects of Training Physical and Occupational Therapists to Involve Geriatric Patients in the Concerns-Clarification and Goal-Setting Processes. *Journal of Physical Therapy Education*. 2009;23(1):55-63.
 48. Blickem C, Priyadharshini E. Patient narratives: The potential for “patient-centred” interprofessional learning? *Journal of Interprofessional Care*. 2007;21(6):619 – 632.
 49. Hojat M, Vergare, MJ, Maxwell K et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*. 2009;84(9):1182-91.
 50. Tsimsiou Z, Kerasidou O, Efsthathiou N et al. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Medical Education*. 2007;41(2):146-53.
 51. Bosma H, Diederiks J, Scherpbier A, et al. A gender-specific evaluation of a care-oriented curricular change in a Dutch medical school. *Medical Teacher*. 2010;32(1):e18-23. doi:10.3109/01421590903199627.
 52. Trotter DR, Evans L, Jones BG, et al. Is it possible to sustain a halt in the decline of medical students' patient-centered beliefs? *Family Medicine*. 2010;42(9):657-8.

53. Bombeke K, Symons L, Debaene L, et al. Help, I'm losing my patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Medical Education*. 2010;44:662-673
54. Ribeiro MM, Krupat E, Amaral CF. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Medical Teacher*. 2007;29(6):204-8.
55. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, et al. Patient-centred attitudes among medical students: gender and work experience in health care make a difference. *Medical Teacher*. 2010; 32(4):e191-8.
56. Madhan B, Rajpurohit AS, Gayathri H. Attitudes of postgraduate orthodontic students in India towards patient-centered care. *Journal of Dental Education*. 2011;75(1):107-14.
57. Christianson CE, McBride RB, Vari RC, et al. From Traditional to Patient-Centered Learning: Curriculum Change as an Intervention for Changing Institutional Culture and Promoting Professionalism in Undergraduate Medical Education. *Academic Medicine*. 2007;82(11):1079-1088.
58. Skaalvik MW, Normann HK, Henriksen N. Student experiences in learning person-centred care of patients with Alzheimer's disease as perceived by nursing students and supervising nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:2639-2648.
59. McCarthy B. Translating person-centred care: a case study of preceptor nurses and their teaching practices in acute care areas. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:629-638.
60. Roskell C. Patient-centred practice in physiotherapy: Linking professional identity and learning. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2009;16(5):246-247.
61. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin, S, Loignon C et al. Dentists' experiences with low-income patients benefiting from a public insurance program. *European Journal of Oral Sciences*. 2009;117:398-406
62. Weiss MC, Peters TJ. Measuring shared decision making in the consultation: a comparison of the OPTION and Informed Decision Making instruments. *Patient Education Counselling*. 2008;Jan70(1):79-86.
63. Eriksen HM, Bergdahl J, Bergdahl M. A patient-centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice. *European Journal of Dental Education*. 2008;12(3):170-5.
64. Grosch K, Medvene L, Wolcott H. Person-Centered Caregiving Instruction for Geriatric Nursing Assistant Students. *Journal of gerontological nursing*. 2008;34(8):23-31.
65. Storr GB. Learning How to Effectively Connect with Patients Through Low-Tech Simulation Scenarios. *International Journal for Human Caring*. 2010;14(2):36-40.
66. Smith RC, Dorsey AM, Lyles JS et al. Teaching Self-awareness Enhances Learning about Patient-centered Interviewing. *Academic Medicine*. 1999 ;74(11):1242-1248.
67. Bergvik S, Wynn R, Sorlie T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Education & Counseling*. 2008;70(2):227-33.
68. Smith-Stoner M. Teaching Patient-Centered Care During the Silver Hour. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011 ;16(2).
69. Kumagai AK. A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Academic Medicine*. 2008;83(7):653-658.

70. Linklater G. Promoting patient-centredness in undergraduate palliative care education. *Medical Education*. 2008;42(11):1126-1127.
71. Dacey M, Murphy JI, Anderson DC, et al. An Interprofessional Service-Learning Course: Uniting Students Across Educational Levels and Promoting Patient-Centered Care. *Journal of Nursing Education*. 2010;49(12):696-699.
72. Mezirow J. *Transformative Dimensions of Adult Learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc., 1991.33.
73. Cranton P. Understanding and Promoting Transformative Learning, A Guide for Educators of Adults. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1994.
74. Merriam S, Caffarella R, Baumgartner L. *Learning in adulthood: A comprehensive guide* (3rd ed.). 2007;San Francisco:John Wiley & Son.
75. McWilliam CL. Continuing Education at the Cutting Edge: Promoting Transformative Knowledge Translation *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2007 27(2):72-9
76. Hovey R, Craig R. Understanding the relational aspects of learning with, from, and about the other. *Nursing Philosophy*. 2011;12:262-70.
77. Hovey R, Massfeller H. Exploring the relational aspects of patient and doctor communication. *J Med Pers*. 2012. DOI 10.1007/s12682-012-0123-0
78. Hovey R. Article: Assessment in Health Promotion: Deconstruction and Metaphoric Considerations in a Nutshell. In G. D. Gilmore, *Needs and Capacity Assessment Strategies for Health Education and Health Promotion* (4th edition). 2012. Jones and Bartlett, LLC: Sudbury, MA. ISBN 0-7637-2599-4.
79. Phillipi J. Transformative Learning in Healthcare. *PACE Journal of Lifelong Learning*. 2008;19:39-54.
80. Davey N. *Unquiet understanding: Gadamer's philosophical hermeneutics*. 2006. Albany, NY. State University of New York Press.
81. Taylor EW. An update of transformative learning theory: a critical review of the empirical research (1999–2005). *Internatinal Journal of Lifelong Education*. 2007;26(2):173-91.
82. Boler M, Zembylas, M. *Discomforting Thruths: The emotional terrain of understanding differences*. In: P.Tryfonas, ed. *Pedagogies of differences: Rethinking education for social justice*. 2003. New York:Routledge:110-36.
83. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*. 2009;14:595-621

-FIN DE L'ARTICLE

2.4.3 Formation continue dans le domaine de la médecine dentaire

La formation continue des professionnels de la santé réfère à l'éducation acquise à la suite de la formation initiale et visant le maintien, le développement ou l'augmentation des connaissances, des compétences techniques, et des standards de performance.²⁰² Elle inclut des activités formelles (p.ex. la participation à des conférences, à des ateliers, à des programmes de formation continue universitaires) aussi bien que des activités autodirigées (p.ex., des lectures).²⁰² L'accumulation des crédits de formation continue constitue une exigence pour le maintien du permis de pratique des professionnels. Au Québec, l'Ordre des dentistes exige de ses membres une accumulation de 90 crédits sur une période de trois ans (section 3, ligne 16), un crédit correspondant à une heure d'activité de formation.²⁰³ L'Ordre des hygiénistes dentaires suit une politique similaire.

Dans le domaine dentaire, la formation continue présente un vide éloquent en ce qui concerne le développement des compétences et des connaissances essentielles à la prise en compte de la pauvreté et des déterminants sociaux. D'une part, la grande majorité des formations portent sur les aspects techniques et biomédicaux de la pratique ou demeurent orientées sur des maladies buccodentaires spécifiques.²⁰⁴⁻²⁰⁶ Aussi, les cours sur la gestion, l'administration et les questions de rentabilité et de profit du cabinet dentaire prolifèrent démesurément.²⁰⁵ D'autre part, les écoles et facultés de médecine dentaire se sont désengagées progressivement du domaine de la formation continue.¹⁶² En effet, suite à une expansion fulgurante, entre les années 1960 et 1979, de l'implication des lieux d'enseignement de la médecine dentaire dans la formation continue, cette implication se met à diminuer substantiellement (i.e. de 57% entre 1979 et 1989). Chambers invoque entre autres facteurs d'influence : 1) l'absence d'évidences quant à une relation entre le nombre d'heures consacrées à la formation continue et l'excellence et la qualité dans les pratiques; 2) l'absence de barrières d'entrée sur le marché de la formation continue pour les promoteurs privés de formation et 3) l'implication accrue dans l'arène de la formation continue des organismes de régulation de la profession.¹⁶²

Face à ces deux derniers points il faut souligner l'incompatibilité entre la structure financière des facultés ou écoles dentaires et le marché privé compétitif de la formation continue.¹⁶²

Le peu d'implication du milieu académique dans le système de la formation continue dentaire se traduit par une faiblesse de ses fondements théoriques éducationnels, par un volume risible de recherches évaluatives à son sujet et l'inexistence, contrairement à ce que l'on peut constater chez la grande majorité des professions de santé, de revues scientifiques qui y sont consacrées.

2.5 Résumé de la recension de la littérature

L'ampleur des iniquités sociales dans le domaine de la santé buccodentaire contraste fortement avec les valeurs collectives d'équité et de solidarité sociale en matière de santé au Canada et au Québec;²⁰⁷ les iniquités d'accès, en particulier, contreviennent à différentes chartes des droits humains^{208, 209} et questionnent ainsi l'état de la justice sociale dans notre pays et notre province. Enfin, nous avons vu qu'à l'atteinte des droits aux soins de santé des individus est associé un phénomène d'exclusion lié aux représentations sociales négatives et stéréotypées des professionnels dentaires à l'égard des personnes PAS.

Au-delà des stéréotypes et préjugés, les pratiques discriminatoires des dentistes à l'égard des personnes PAS contreviennent à la déontologie professionnelle et sont dénoncées par des chercheurs et éducateurs du domaine dentaire. Malgré cela, l'éducation dentaire peine à assumer le rôle qu'elle-même réclame dans la lutte contre les iniquités de santé et pour le développement d'une profession socialement responsable et sensible. Les contenus éducatifs sur la pauvreté et les déterminants sociaux sont restreints, et les stratégies (p.ex., la réflexion post-expérientielle) et contextes d'enseignement (p.ex. stages communautaires) limités ou incertains quant à

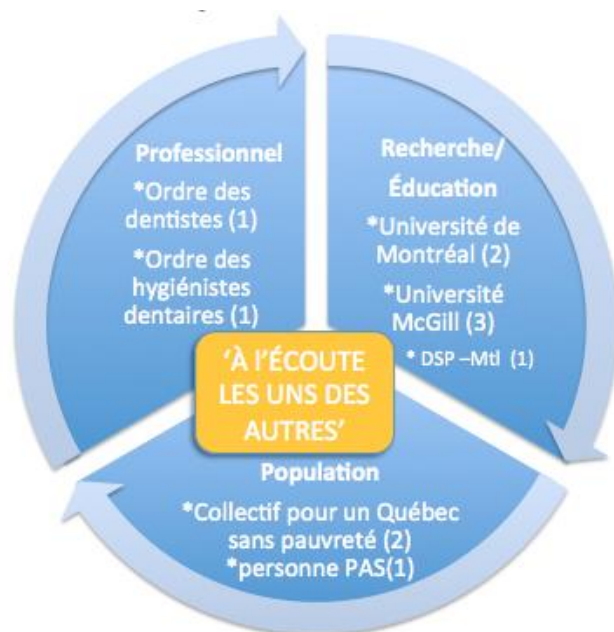
leur impact. Les bases théoriques éducationnelles demeurent la plupart du temps implicites et les éducateurs embrassent alors principalement des techniques ou principes d’instruction basées sur l’andragogie et mettant de l’avant la nature autodirigée des étudiants. Or, cette orientation est questionnable dès lors qu’il s’agit de problématiser les stéréotypes négatifs et préjugés—tant chez des professionnels que chez des étudiants en formation—et de favoriser chez ces derniers la prise de conscience des influences systémiques, idéologiques et culturelles sur leurs cadres d’interprétation. Nous avons souligné plus tôt le potentiel d’une approche d’apprentissage transformationnel pour soutenir une éducation engagée dans une perspective de critique et de réforme sociale et visant l’amélioration de la société.

Notre revue de littérature nous mène en effet à constater un besoin très grand pour des changements dans les programmes de formations, notamment de formation continue, afin de changer les perspectives des professionnels dentaires sur la pauvreté et les PAS. De plus, ces changements devront s’appuyer sur des théories d’apprentissage transformationnel ainsi que sur des études empiriques permettant d’évaluer les programmes et les formations développés. Cette thèse, s’inscrivant dans la lutte pour une plus grande équité d’accès aux soins, a pour objectif général de générer des connaissances et d’approfondir notre compréhension des contributions possibles d’une formation continue à l’évolution des perspectives et pratiques des professionnels de la santé buccodentaire.

3. Contexte participatif développemental de la recherche

Interpelés par l'iniquité sociale qui prévaut au Québec du point de vue de la santé buccodentaire et par l'importance de la barrière relationnelle comme déterminant d'accès aux soins, un petit groupe de chercheurs et d'éducateurs dentaires, de membres de communautés de personnes en situation de pauvreté et de représentants des ordres professionnels dentaires québécois se sont retrouvés en 2006, et se sont unis dans la motivation d'agir sur le problème. Au nombre de 11 adhérents au départ, le Collectif *À l'écoute* (voir le schéma 1) a inclus trois chercheurs—dont deux sont également éducateurs—de la Division of Oral Health and Society de la faculté de médecine dentaire de l'Université McGill (parmi ces personnes, deux détiennent un doctorat en sociologie), une chercheure et éducatrice de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, une étudiante au doctorat de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, une chercheure de la Direction de la santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal (DSP-Mtl), deux représentantes du Collectif pour un Québec sans pauvreté—dont une en situation de pauvreté—, une personne ayant connu la pauvreté et l'aide sociale, ainsi que des représentantes de l'Ordre des dentistes du Québec et de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

Figure 1: Collectif *À l'écoute les uns des autres*



La collaboration du Collectif *À l'écoute* fut précipitée et mue prioritairement par le désir de mettre en place des actions, éducatives en l'occurrence. Rappelons que plusieurs études préalables avaient explicité la teneur des incompréhensions, frustrations et pratiques souvent discriminatoires des professionnels dentaires vis-à-vis les personnes PAS. Il s'agissait donc de procéder à partir des questions suivantes: Comment faire, ou quels moyens éducatifs prendre pour changer les regards des professionnels et futurs praticiens sur les personnes en situation de pauvreté et vivant de l'aide sociale? Comment les sensibiliser, les outiller, et les inciter à apporter des changements dans leur pratique pour la rendre plus inclusive?

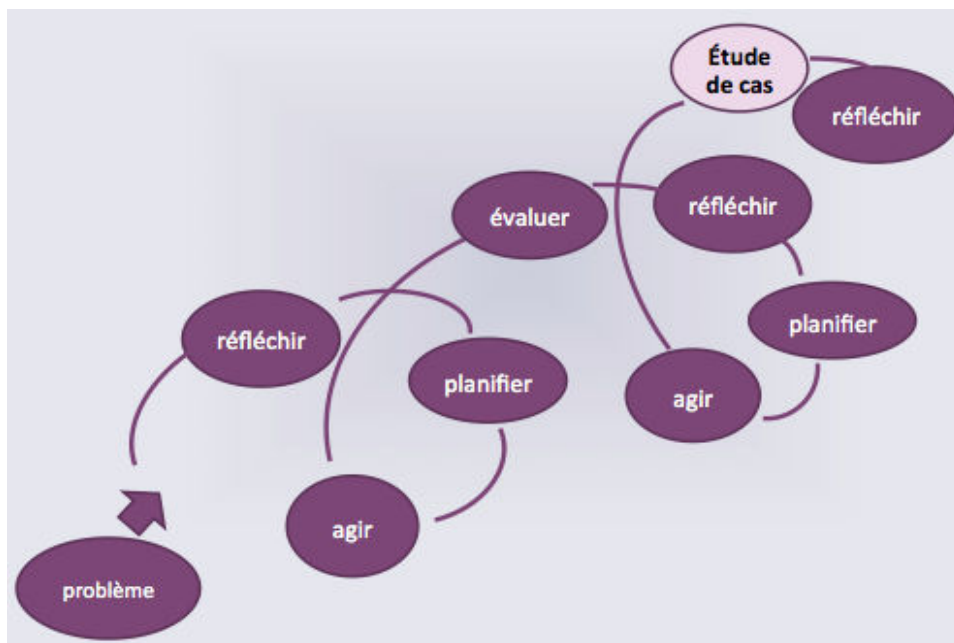
Compte tenu de l'envergure et de la complexité de la démarche participative de développement d'outils de formation et de la richesse du substrat de recherche qu'elle généra, nous y dédions ce chapitre de thèse. Dans une première section, nous présentons et schématisons la démarche globale participative et de quelle manière notre étude de cas s'y inscrit. Nous effectuons en deuxième lieu un retour sur la nature, la raison d'être et les principes de la recherche-action participative (RAP) tout en articulant ces derniers à nos repères épistémologiques et aux bases conceptuelles de l'évaluation développementale.²⁵ Par la suite, nous exposons les valeurs et visées spécifiques du Collectif *À l'écoute*. Dans un quatrième et cinquième temps, nous explicitons les rôles précis de chacun des membres du Collectif et nous élaborons sur le fonctionnement concret et pratique du groupe pour la réalisation de ses objectifs. Enfin, nous décrivons les grandes lignes des outils produits. Pour illustrer notre processus participatif et décrire de façon plus détaillée l'un de nos outils, nous terminons cette section avec notre deuxième article de thèse qui a été publié dans la revue *Educational Action Research* en 2015: *Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts*.²¹¹

3.1 Démarche globale participative

Constituée de phases alternant la réflexion, la planification de l'action, ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation de cette dernière, notre démarche globale s'illustre en

l'intégrant à une figure typique, en forme de spirale, de recherche-action participative (RAP).²¹⁰ Ainsi, nous référant à la Figure 2 et partant de la problématique de la lacune éducationnelle que nous avons soulignée, la réflexion s'est traduite par des échanges et délibérations sur la forme, le contenu et les orientations philosophiques de nos outils, la planification par des discussions et décisions quant aux étapes plus spécifiques de leur réalisation (p.ex., le type d'entrevues filmées à réaliser), l'action par la production concrète des outils ou segments d'outils et l'évaluation par la critique constructive du groupe en vue de les améliorer. Des instances d'évaluation ont également consisté en des pré-tests de notre matériel auprès de petits groupes de professionnels, hygiénistes dentaires et dentistes, ou d'étudiants en médecine dentaire, sous forme de visionnements et discussions critiques sur les outils en voie de réalisation. Enfin, tel que le démontre la figure 2, notre étude de cas tient lieu de phase évaluative plus élaborée d'une formation continue professionnelle intégrant les outils produits en partenariat.

Figure 2: Démarche de recherche-action participative (adapté de Reason).²¹⁰



3.2 Définition, pertinence, principes et compatibilité de la recherche participative avec le développement et l'innovation sociale

Outre sa dimension itérative, la recherche participative, incluant la RAP, peut être définie en bref comme un processus systématique de recherche, réalisé en collaboration avec les personnes affectées par la question à l'étude, et visant à effectuer un changement ou à mettre en place des actions.²¹¹ La recherche-action participative en particulier se distingue de toute autre forme de recherche en ce qu'elle s'organise autour d'un processus d'action plutôt que de description d'une situation statique.²¹²

On assiste depuis une quinzaine d'années à un intérêt croissant en santé publique pour la recherche-action participative, reconnue pour son potentiel d'aborder et d'agir pour réduire les iniquités de santé, pour combler la brèche entre la recherche et la pratique, et créer des conditions pour renforcer les compétences et le pouvoir d'agir des personnes vulnérables sur les déterminants de leur santé.²¹³ La recherche-action participative répond notamment à la remise en question de la validité culturelle et sociale des recherches réalisées en l'absence d'une bonne connaissance des populations, de la culture et du contexte local de la problématique visée.²¹⁴

Basées sur des principes d'inclusion, de reconnaissance de la pertinence d'impliquer dans le processus de production des connaissances les détenteurs d'enjeux et les usagers des soins et services de santé, la recherche participative constitue un paradigme de recherche qui confronte la conceptualisation post-positiviste de la science, le rôle du chercheur à l'égard de la société et la distribution du pouvoir dans les processus de la recherche.²¹⁵ En effet, les processus inhérents à la démarche participative, fondées sur des traditions émancipatrices et démocratiques, remettent en question les hiérarchies conventionnelles des expertises et sollicitent les savoirs que d'autres méthodes d'investigation ont négligés.²¹²

Se déployant autour d'un processus d'action qui s'étaye sur les savoirs pratiques et expérientiels d'acteurs non-académiques, la RAP s'articule particulièrement bien, tant philosophiquement que méthodologiquement, à des démarches d'innovation sociale, qu'il s'agisse d'interventions ou de programmes, où des moments évaluatifs deviennent essentiels à la progression du projet. C'est particulièrement le cas dans les contextes exploratoires où règne l'incertitude quant aux directions et orientations à privilégier; là où les détenteurs d'enjeux peuvent être animés de priorités ou d'intérêts divergents et où les risques d'échec sont grands, voire probables, tant la situation est imprévisible et complexe.²⁵

Vers 2011²⁵, Patton introduisait la notion d' « évaluation développementale » pour désigner une nouvelle catégorie d'approches évaluatives indiquée pour soutenir l'innovation en contexte de complexité; cette complexité se caractérise par un besoin de soutien continu des acteurs quant à l'examen de leurs actions et à l'adaptation aux effets de ces dernières. Par ailleurs, Patton contraste l'évaluation développementale, qu'il qualifie de « préformative », aux évaluations traditionnelles dites formatives ou sommatives.²⁵ La compatibilité naturelle entre l'évaluation développementale et la recherche-action participative tient au caractère itératif et émergeant de cette dernière, laquelle suit un processus cyclique alternant entre l'action et la réflexion et progressant vers une meilleure compréhension de la problématique abordée. Aussi, l'évaluateur développemental, tout comme le chercheur d'une RAP, adopte une posture de participant à l'évolution de l'intervention ou du programme, s'étant le plus souvent joint au projet à ses débuts et assurant une contribution continue au processus développemental. Nous soulignerons les diverses correspondances entre les principes de l'évaluation développementale et la démarche participative d'*À l'écoute* dans les prochaines sections de ce chapitre.

3.3 Valeurs et visées du Collectif *À l'écoute les uns des autres*

D'après Cargo et Mercer,²¹³ les valeurs premières ou le moteur d'une recherche participative, en santé publique, se distinguent à l'emphase placée sur le transfert des connaissances relativement à la justice sociale ou environnementale, ou encore à l'autodétermination.²¹³ En ce qui concerne le Collectif *À l'écoute*, l'emphase première de la recherche portait sur le transfert des connaissances visant à faire évoluer les connaissances, croyances et pratiques des professionnels et futurs praticiens à l'égard des personnes en situation de pauvreté et vivant de l'aide sociale. Plus spécifiquement, l'objectif d'*À l'écoute* consistait à conceptualiser et à produire des outils éducationnels et une formation continue sur la pauvreté et la santé buccodentaire. La visée ultime du groupe concernait la diminution des iniquités sociales de santé, ciblant la qualité et l'acceptabilité des soins; elle reflète donc l'importance accordée à la justice sociale comme valeur fondatrice. Toutefois, il importe de souligner que la démarche participative, s'appuyant sur les savoirs expérientiels de personnes en situation de pauvreté pour générer des produits de connaissance, incarnait et présumait d'emblée une prise de pouvoir de personnes souvent considérées vulnérables.

Des premiers échanges et discussions de groupe se dégagait un consensus explicite sur le besoin de faire entendre la voix des personnes en situation de pauvreté. Cette parole devait donner accès à leur vécu au quotidien, incluant l'impact de leur contexte de pauvreté sur leur rapport à autrui, sur l'organisation de leurs journées, sur leurs pratiques de santé et leurs espoirs face aux professionnels. Par contre, outre cette orientation pratique communicationnelle, le groupe avait très peu d'exemples auxquels se référer au début du projet, conférant à ce dernier une dimension novatrice et originale. De plus, bien que la production par le groupe du premier outil, une vidéo d'une heure et demie centrée sur les témoignages de personnes PAS, ait précédé l'inscription du projet *À l'écoute* à une recherche doctorale, il importe de préciser que c'est en ces débuts très optimistes que la complexité du projet de développement s'imposait aux membres du collectif. En effet, bien que la vidéo eut semblé toucher certaines personnes,

l'existence de liens causaux clairs entre l'écoute des témoignages et un renforcement de la sensibilité ou l'empathie face à la pauvreté était loin d'être évidente. Au contraire, une utilisation « pilote » de cette vidéo auprès de professionnels dentaires nous avait laissé penser que nous courrions un risque de renforcer leurs préjugés et nous avait conduit à renoncer à distribuer cet outil de manière élargie (i.e. à l'ensemble des membres des ordres professionnels dentaires). Désormais, la possibilité d'effets indésirables et imprévisibles habitait le groupe tout comme la nécessité de s'y ajuster continuellement.²¹³ Cette prise de conscience s'est traduite dans l'ouverture de la première question de recherche (voir Chapitre 4) tant sur des transformations de perspectives et d'action indésirables que sur une évolution positive de ces dernières.

3.4 Rôles des membres du Collectif À l'écoute

Les rôles et les degrés de participation de chacun des membres partenaires du Collectif À l'écoute se sont actualisés et ont évolué dans le temps en fonction des capacités, ressources, intérêts et contextes des participants ainsi qu'en réponse aux exigences des diverses étapes de développement des outils. Au Tableau II, nous résumons les grandes lignes des contributions de chaque catégorie de membre. Les membres non-académiques détenant des savoirs d'expérience et de l'expertise sur la pauvreté et l'aide sociale ont notamment contribué à: 1) assurer la validité culturelle et sociale des outils éducatifs développés et 2) veiller à la prise en compte des facteurs structurels liés à la pauvreté et 3) faciliter les étapes de recrutement de membres de la communauté (i.e. personnes en situation de pauvreté ou intervenants) pouvant contribuer des témoignages pour le développement des outils. À ce troisième égard, les deux personnes représentantes du Collectif pour un Québec sans pauvreté—étant donné la position d'interface de ce dernier avec de multiples organismes communautaires et individus en situation de pauvreté—constituaient une ressource très importante pour le groupe.

Tableau II: Composition du Collectif À l'écoute et rôles et contributions principales des membres

Membres du groupe	Rôles and contributions principales
<u>Experts sur la pauvreté (3)</u> • Représentants du Collectif pour un Québec sans pauvreté (2) • Ex-prestataire de l'aide sociale (1)	• Assurer la validité culturelle et sociale des outils développés • Veiller à la prise en compte des facteurs structurels liés à la pauvreté • Faciliter le recrutement et la participation de membres de la communauté au développement et à l'évaluation des outils
<u>Chercheurs et éducateurs du domaine dentaire (5)</u> • Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill (3) • Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal (1) • École de santé publique de l'Université de Montréal (1)	• Fournir des connaissances et cadres d'analyse théoriques • Assurer la rigueur scientifique du processus participatif de recherche-action • Obtenir le financement pour le groupe • Contribuer leurs savoirs pratiques d'enseignants
<u>Chercheuse du réseau de santé publique (1)</u> • Agence de la santé et des Services Sociaux de Montréal, Direction de santé publique (1)	• Guider le groupe quant à la philosophie et aux méthodes de la recherche participative • Faciliter le recrutement de participants au développement des outils
<u>Expertes sur la pratique professionnelle buccodentaire et représentantes des organismes québécois de régulation de la pratique (2)</u> • Ordre des dentistes du Québec (1) • Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (1)	• Contribuer leurs savoirs expérientiels et pratiques • Promouvoir le projet et diffuser des connaissances auprès des professionnels • Assurer la liaison avec les instances décisionnelles des ordres dentaires québécois

Les membres chercheurs du groupe—dont deux sont également impliqués, à titre de professeurs, dans les activités d'enseignement en médecine dentaire des Universités McGill et de Montréal—ont soutenu le groupe quant aux bases théoriques pertinentes à l'élaboration du contenu des outils éducationnels. Les chercheurs expérimentés dans l'enseignement contribuaient également leurs savoirs pratiques d'éducateur, assumant

ainsi un double rôle de représentation dans l'équipe. Les acteurs de la recherche ont aussi permis au groupe de se constituer plus formellement en obtenant un financement du Ministère de l'économie, de l'innovation et de l'exportation. Enfin, l'expertise méthodologique des chercheurs a contribué à la rigueur des activités d'évaluation des outils éducationnels. Notre partenaire chercheuse de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal détenait notamment une solide expérience en RAP auprès de populations vulnérables; elle avait également développé des liens avec des organismes communautaires de Montréal permettant ainsi de faciliter le recrutement de participants à certaines des étapes du développement des outils.

Finalement, les membres non-académiques professionnels assuraient au Collectif une représentation double, soit celle de personnes ayant exercé les métiers de la dentisterie ainsi que celle de détenteurs des enjeux de régulation des professions de santé buccodentaire et de protection du public. Ces partenaires possédaient une connaissance expérientielle de la pratique professionnelle dentaire, essentielle à l'identification et à la compréhension empathique des difficultés des praticiens en regard de la pauvreté. D'autre part, leur positionnement dans le système de régulation professionnelle facilitait la diffusion opportune d'articles professionnels sur nos travaux^{216, 217} et, comme nous le verrons, permit d'entreprendre certaines actions politiques.

3.5 Fonctionnement du Collectif À l'écoute

Le fonctionnement du Collectif À l'écoute renvoie à la fois aux aspects organisationnels et pratiques du travail de collaboration et aux processus sociaux qui ont assuré le respect de sa nature et de sa philosophie participatives.

3.5.1 Aspect organisationnels et pratiques

Concrètement, le groupe a travaillé lors rencontres d'une durée de 4 heures chacune à raison de 3 ou 4 réunions par année, de 2006 à 2011. Ces ateliers de travail, tel que

mentionné, consistaient principalement à co-conceptualiser le contenu thématique et le format des différents outils éducationnels ainsi qu'à en évaluer et en rediriger la progression. À ce dernier égard, des extraits d'outils en cours de production étaient projetés et discutés au moment de ces ateliers en grand groupe. Entre ces réunions, de multiples rencontres en petits groupes permettaient d'avancer des tâches substantielles spécifiques, incluant: la préparation de guides pour les entrevues filmées—auprès d'utilisateurs de service, d'intervenants divers dans la communauté, et de chercheurs—destinées à être intégrées aux outils; le visionnement de certains matériaux éducationnels en cours de production et la prise de décisions quant à son contenu et sa forme (e.g., une série de diapositives destinée à être intégrée à une capsule thématique); l'organisation et l'animation de séances de validation auprès de dentistes, d'hygiénistes dentaires, d'étudiants ou de personnes en situation de pauvreté; et l'organisation de présentations à des conférences. Ce travail en petits groupes permettait de pallier au défi géographique de réunir en grand groupe les partenaires en provenance de villes différentes ainsi que de concilier les contraintes d'horaire des professionnels et chercheurs. Les coordinatrices du projet, M.L. et Nancy Wassef, assuraient la recherche documentaire et littéraire, le travail de production des outils (p.ex. la réalisation d'entrevues filmées et le montage de capsules audiovisuelles) ainsi que la circulation d'information parmi les membres du Collectif. Cela était facilité par la mise en place d'un espace web de partage des documents, vidéos et capsules en cours de montage, la communication par courriel et par téléphone entre les ateliers pour accueillir les idées et préoccupations des partenaires, ainsi que par la préparation et l'envoi aux membres du groupe de comptes-rendus et de documents préparatoires aux rencontres.

Notre travail de développement impliqua également l'établissement de collaborations avec des partenaires externes contractés pour leur expertise technique et/ou artistique. Ceux-ci ont inclus des consultants en technopédagogie, des designers graphiques, des traducteurs, ainsi que des professionnels du cinéma et du théâtre forum. Enfin, à quelques reprises, des étudiantes engagées dans des projets d'été supervisés à la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill ont contribué à des activités en lien avec le

projet, par exemple l'organisation d'un pré-test de capsules auprès d'étudiants consistant à alimenter des étapes évaluatives de la recherche-action.

3.5.2 Processus sociaux

La réalisation effective d'une RAP dépend des efforts déployés pour assurer la pleine participation des partenaires non-académiques et l'intégration de leurs savoirs au processus de production des connaissances.²¹² À ces égards, des vigilances dans l'animation et dans la coordination du Collectif À l'écoute ont visé notamment l'établissement de relations de confiance et la compensation des écarts de niveaux de langage et de statut social dans le groupe.²¹⁸ Ainsi, en plus de prendre le temps de se connaître (p.ex., souligner les anniversaires) et de créer des moments de socialisation (p.ex. la prise de repas), nous nous sommes efforcés d'appliquer les principes suivants lors des échanges en groupe : priorité de parole accordée aux personnes en situation de pauvreté, respect du rythme de ces dernières, prise en compte de leurs conditions socio-économiques (p.ex., pour les repas et le transport) et valorisation des différents points de vue et expertises. La mise en application de ce dernier principe fut facilitée par l'établissement d'un système de jumelage et d'accompagnement des personnes en situation de pauvreté par une tierce personne. À la fois chercheure et représentante du Collectif pour un Québec sans pauvreté, l'accompagnatrice assurait le soutien et la préparation (p.ex., pour le travail d'analyse et de réflexion) aux rencontres de la personne en situation de pauvreté. L'ensemble des vigilances a favorisé une atmosphère conviviale d'ouverture, d'équité et de respect mutuel, ainsi que le partage du pouvoir et la prise de décision consensuelle.

3.6 Outils produits

Nous résumons dans cette section les différents outils éducationnels produits par le Collectif À l'écoute et présentons un deuxième article qui illustre notre processus de co-construction.

Tel qu'indiqué dans une section précédente, un consensus de groupe s'était arrêté sur le besoin de faire entendre la voix des personnes en situation de pauvreté. Un premier cycle de réflexion et d'action, complété tout juste avant le début de cette recherche doctorale, alors que nous étions coordinatrice au projet, aboutit à la production d'une première vidéo (1h26 min) donnant la parole à six personnes québécoises prestataires de l'aide sociale.¹⁶⁷ Leurs témoignages, organisés par thèmes, donnent accès entre autres à leur vécu au quotidien (p.ex., activités, fiertés, défis, difficultés), à l'importance accordée à la santé buccodentaire, aux difficultés d'accès aux soins buccodentaires, ainsi qu'aux attentes et espoirs face aux professionnels de la santé.

Les pré-tests liés à ce premier outil d'apprentissage permirent d'identifier certaines lacunes dans la vidéo et l'importance de mieux contextualiser les témoignages et récits individuels. Cette étape d'évaluation mena à la planification d'un projet de plus grande envergure, soit de développer du contenu éducationnel intégrant des données théoriques et statistiques, des témoignages de la part d'intervenants divers (p.ex., d'organismes communautaires), de chercheurs et d'autres personnes en situation de pauvreté ainsi que des recommandations pratiques pour les professionnels. Entre 2008 et 2011, nous avons produit 9 capsules, pour un total de près de 3 heures de contenu, portant les titres suivants : 1) Causes de la pauvreté et du recours à l'aide sociale : mythes, perspectives, histoires de vie et faits sociaux; 2) Se loger et se nourrir, des besoins en compétition avec le besoin d'aller chez le dentiste; 3) Pauvreté et santé 4) Pratiques de consultation des personnes en situation de pauvreté et accès à des soins buccodentaires couverts; 5) L'aide sociale et le travail; 6) La question des rendez-vous; 7) Stigmatisation, autres aspects du vécu psychosocial lié à la pauvreté et rapports entre professionnels et patients; 8) Analphabétisation et accès à l'information; et 9) Activités bénévoles des personnes en situation de pauvreté: une contribution sociale sous valorisée.

Les capsules visent à exposer les liens entre des facteurs ou déterminants sociaux et l'expérience vécue de la pauvreté; elles visent également à démontrer l'impact du contexte social d'une personne sur sa perception et sa gestion de la santé buccodentaire. Les recommandations pratiques proposées (p.ex., pour améliorer la communication, la planification du traitement, l'octroi de rendez-vous) qui en découlent s'inscrivent ainsi dans une philosophie de soins centrée sur le patient.¹⁹⁹

Entre 2009 et 2011, les activités du groupe menèrent également à la production d'un court-métrage sur la pauvreté et la santé buccodentaire. En collaborant avec la troupe de théâtre Mise au jeu pour produire le film, le Collectif développa une approche d'animation d'échanges critiques sur le scénario, à des fins de formation initiale et continue.²¹⁹ Puisqu'il présente une description détaillée du processus de développement participatif et met en évidence le partage des savoirs et le co-apprentissage entre les membres du groupe, nous insérons ci-dessous notre deuxième article de thèse, qui s'intitule: *Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts*.²⁴

Article de thèse #2:

Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts

Martine C. Lévesque, PhD (candidate), MSc.

Sophie Dupéré, PhD.

Nathalie Morin, DMD, MSc.

Johanne Côté, DH.

Nancy Roberge

Isabelle Laurin, PhD.

Anne Charbonneau, DMD, PhD.

Christine Loignon, PhD.

Christophe Bedos, DDS, PhD.

Abstract

The knowledge translation movement in health has led to the production of vast amounts of knowledge tools aimed at broadening clinicians' evidence base and improving the quality and efficacy of their practices. However important, these tools, largely oriented towards biomedical and technological aspects of care, are of limited potential for addressing the complex interactions between patients' socioeconomic contexts and their health. Yet, health professionals frequently lack the sensitivity, knowledge, and ability to incorporate approaches to poverty within their practices; this is partly due to their limited understanding of the lived experience of poverty and of the complexity of barriers underprivileged people face to achieve and maintain health.

In a context of persisting social inequalities in oral health, the « Listening to Others » Montreal-based multi-stakeholder partnership has been engaged in developing health professional education on poverty since 2006. In this article, we describe and reflect on how service users representing the Québec antipoverty coalition, academics from University of Montreal and McGill University, representatives of Québec dental regulatory bodies and artists, collaborated to produce an educational film on poverty. Project partners' specific contributions to the film script are highlighted, emphasizing their potential to enrich the health professional educator's practice knowledge base. In doing so, this article provides an explicit and concrete example of how participatory processes can support co-learning and knowledge co-production through engagement with the arts. The overall aim is to demonstrate how participatory research can enhance knowledge translation by producing educational tools that promote critical reflection and address complexity.

Keywords: participatory action research, knowledge translation, health professional education, underprivileged populations

Introduction

The knowledge translation (KT) movement in health, with its emphasis on reducing the 'know-do' or 'knowledge-to-action gap' in health services provision, management and policy-making (Straus, Tetroe, and Graham 2013; Bennet and Jessani 2011) continues to entice researchers and practitioners into these arenas. This is evidenced by the increasing number of journals about, as well as growing investments in, and institutionalization of, 'translational sciences' (Greenhalgh and Wieringa 2011).

The Canadian Institutes of Health Research (2013) defines knowledge translation as a 'dynamic and iterative process that includes synthesis, dissemination, exchange and ethically sound application of knowledge to improve the health of Canadians, provide more effective health services and products and strengthen the health care system'. The World Health Organization (2013) and the United States National Center for Dissemination of Disability Research (2013) have put forth similar statements. Hence, knowledge translation, as currently and formally conveyed, includes the notion of interactivity and knowledge co-production between researchers, practitioners, and patients. This is consistent with sociological 'pragmatistic' models of knowledge transfer that promote the necessity of a relationship between science and public democratic participation (Dickinson 2004).

LIMITS TO THE ACTUALIZATION OF KT

Despite its definitional emphasis on multiple stakeholder collaboration and two-way exchange, knowledge translation in health continues to be considerably constrained, both conceptually and practically (Greenhalgh and Wieringa 2011). As currently actualized, it predominantly reflects a 'knowledge-driven' top-down knowledge utilization model (Denis, Lehoux, and Champagne 2004). The 'best available' scientific

evidence—that primarily deriving from randomized control trials—is distilled and ‘funnelled’ through systematic reviews (Graham et al. 2006; Kitson and Straus 2013; Tricco, Tetzlaff, and Moher 2013) that are pushed onto knowledge users. Knowledge to be transferred to health services clinicians thus refers to knowledge derived mainly from large clinical epidemiological studies addressing biomedical or technological healthcare practices (Bowen and Graham 2013); knowledge is viewed as objective, impersonal and separable from practitioners (Greenhalgh and Wieringa 2011). It is translated *for* and delivered *to* them through normative practice guidelines, decision-support tools and associated information technologies, undisputedly linking KT in health to the evidence-based movement in medicine (Graham et al. 2006; Beaulieu, Battista, and Blais 2001).

Through the use of these knowledge tools—often referred to as ‘third-generation’ knowledge (Straus, Tetroe, and Graham 2013)—healthcare practitioners are expected to strengthen and apply their diagnostic and therapeutic evidence base. Notwithstanding the merits and the necessity of such derivatives of objective scientific knowledge, their ascendancy in healthcare is cause for concern. Evidence-based practice guidelines and informatics tools have been found to be applicable mainly in simple situations, where patients present one health problem at a time, for which all information is available (Farand and Arocha 2004). Addressing disease or dysfunction in isolation from the patients’ broader social context and living conditions, these tools are of little use for addressing the complexities associated with such health determinants. They cannot provide guidance to clinicians, for example, for understanding and taking into account a patient’s socioeconomic status and how this impacts their overall health, sense of wellbeing and health management. When it comes fundamentally to addressing these types of issues, there is a need to find alternative knowledge tools that will support the development of reflective—as opposed to norm oriented—practitioners, capable of effectively addressing complexity.

KT and HEALTH PROFESSIONAL EDUCATION ON POVERTY

There is broad justification for developing approaches to knowledge translation and health professional education on poverty. Health professionals' experiences and learning have been mostly dominated by the biomedical aspects of health; consequently, they have a limited understanding of poverty as a determinant of health, of access to healthcare, and of the complexity of barriers faced by low-income people to achieve and maintain health (Bloch, Rozmovits, and Giambrone 2011; Furler 2006; Loignon et al. 2013). Health professionals thus frequently lack the knowledge and ability to incorporate approaches to poverty within their care practices. They are also known to communicate differently with patients from lower socioeconomic backgrounds, remaining more bio-medically oriented and directive within decision-making processes (Verlinde et al. 2013; Willems et al. 2005). This compromises the learning that might otherwise occur between two social groups known to present marked differences in socioeconomic backgrounds and life experiences (Bloch, Rozmovits, and Giambrone 2011; Hennequin, Tubert, Devillers 2002; Valentine, Inglehart, and Habil 2011).

The imperative for oral health professional education on poverty, more specifically, is reflected in various research studies. Dentists have expressed extremely negative and limited interpretations of certain patient behaviours (Pegon-Machat et al. 2009; Bedos et al. 2013). Dentists also tend to view patients receiving social assistance according to stereotypical categories that resonate with North American individualistic and moralistic perspectives on the causes of poverty (Pegon-Machat et al. 2009; Loignon et al. 2012). These perspectives are also associated with a lack of sensitivity and empathy towards the stigmatized patient (Loignon et al. 2012), consistent with Verlinde et al.'s (2013) finding that health professionals provide less emotional support to poorer patients.

Categorization, negative stereotyping and insensitivity can contribute to the adoption of discriminatory practices (e.g., denying care to people on welfare) that directly affect access-to-care (Pegon-Machat et al. 2009; Shulman et al. 2001). Adults receiving welfare

have indeed reported experiencing or fearing stigma, rejection, prejudice or shame at the dental office (Bedos et al. 2003; Kelly et al. 2005; Mofidi, Rozier, King 2002; Schrimshaw et al. 2011). Hence, developing healthcare providers'—future and current—knowledge, understanding, and capacity to meet the healthcare needs of the most vulnerable implies leveraging professional ethics and social responsibility, but, also, overcoming negative stereotypes and prejudice (Formicola, Stavisky, and Lewy 2003; Rule and Welie 2009).

AIMS OF OUR ARTICLE

Against the North American backdrop of persisting social inequalities in oral health (Health Canada 2010; IOM 2011; Surgeon General 2000), the knowledge translation endeavour described in this article represents a direct response to the call to action formulated above: the need to raise dental students and practitioners' awareness of poverty issues, humanize their perspectives towards underprivileged patients, improve and develop their practices.

In this article, we describe and reflect on how our research partnership took on the above challenges by turning towards the arts. Over the course of two years, the Listening to Others group embraced participatory action research to conceptualize, support and produce a 15-minute long film. It depicts the social context and oral healthcare system experiences of a 37-year old mother living on welfare. Employed with theatre forum techniques (Boal 1979)—described further— and critical reflective dialogue, the film, as an interactive educational tool, aims to expand students' and health professionals' understandings of and practices with underprivileged individuals.

Our overall intention, for this article, is to contribute to health services researchers and educators' understanding of alternative approaches to innovating educational tools. In analysing the process of service users, academics, practitioners and artists working together to conceptualize and produce the film, we provide an explicit example of how participatory processes can support knowledge co-production and translation (Salsberg

and Macaulay 2013). In highlighting the specific and concrete contributions made by the various partners, we also emphasize their potential to enrich the health professional educator's practice knowledge base. Finally, we reflect on the learning we experienced and the insights we gained along the way. We thus hope to encourage and provide guidance for future collaborative projects seeking to embark on similar journeys.

Before we begin, we present the reader with a few reference points regarding a field that is currently gaining momentum within the knowledge translation movement in health: arts-related research.

ARTS-RELATED RESEARCH

Arts-related research currently takes place according to two very general approaches: 1) arts-related research as *product*, where research results are communicated in an artistic format (e.g., poem, play, film) and 2) arts-related research as *process*, or methodology, where researchers or participants 'use an artistic format to develop, explore, analyse or collect data' (Finley 2008; Kerry-Moran 2008; Rossiter et al. 2008). The numerous scholarly terms associated with arts-related research (e.g., 'ethnodrama', 'research based theatre', 'performance ethnography', 'arts-based research', 'verbatim theatre' etc.) often refer to either of these two general approaches, though, not unfrequently, to both simultaneously (Saldana 2008; White and Belliveau 2011). The Listening to Others' original intent was for the film to be viewed as a complement to other online educational material our group was developing. This situated our film within the first category i.e. arts-related research as product.

As product, arts-related research represents results in a manner that aims to 1) connect with the reader or audience at an affective (vs. cognitive) and visceral level, evoking or provoking emotion, and enhancing the audience's awareness of capacity to feel (Eisner 2008; Woo 2008); 2) communicate the multiplicities, complexities and immediacy of lived and embodied experiences (Mitchell et al. 2011) 3) encourage critical reflection and

insight as well as challenge existing ways of knowing (Mienczakowski 2005; Woo 2008) and 4) expose, critique and challenge dominant discourses, as in the case of Denzin's (2003) 'performance pedagogy'. As such, arts-based knowledge dissemination—aiming to 'reach' and not preach, 'show rather than tell' (Woo 2008)— may potentially promote personal transformation and social action (Finley 2008).

Theatre, as a genre, has been the object of growing interest in health research. It has been exploited as a patient education tool (i.e. as product), for example, to address emotionally-laden issues related to AIDS-HIV (Hovey, Booker, and Seligman 2007; Sandelowski et al. 2006). Research-based theatre has equally been privileged as an approach to disseminating knowledge to health professionals, for example, on the lived experience and quality of life of persons living with dementia (Mitchell, Jonas-Simpson, and Ivonoffski 2006). It is considered to complement impersonal, aggregated and statistical data as well as enrich the interpretation of traditional qualitative research findings that at times fragment realities through linear and thematic presentation (Rossiter et al. 2008; Sandelowski et al. 2006). Finally, knowledge translated by using theatre may help healthcare providers better understand and cope with the interpersonal and emotional issues they encounter in practice (Rossiter et al. 2008).

Despite its rich potential, to our knowledge, theatre or drama has not yet been employed to link research on poverty to health professional practices. In the next section, we recount the stages and details of the 'Listening to Others'—the film—co-construction and co-production. A script excerpt is presented for illustrative purposes.

ANATOMY OF AN ARTISTIC CO-CONSTRUCTION

PARTICIPATORY CONTEXT

In the spring of 2006, Québec dental regulatory body representatives, members of the Québec antipoverty coalition, oral health educators and researchers convened around

health professional-patient relationship and communication issues, in a Montreal-based colloquium on access to dental care (Allison 2006). Later that year, upon invitation by McGill University Faculty of Dentistry researchers, several of these individuals (see Table 1)—joined by a public health researcher (IL) with an interest in social inequalities in health—launched the Listening to Others research partnership and began collaborating through workshops. These took place 3-4 times a year, for half-days, in between which many small group meetings took place to address evolving substantive project tasks.

Our group's approach to working together has since aligned with the democratic ideals and values of participatory research (Viswanathan et al. 2004). Indeed, the communities directly affected by the issues at hand have been represented in all aspects of a research process (Winter and Munn-Giddings 2001) driven by the determination to take action. Knowledge translation, via education, for improved professional practices, represents one of our group's prime purposes; in addition, social justice and social equity concerns are secondary though important preoccupations (Cargo and Mercer 2008).

In our film project, community and professional partners have been best positioned to determine *what*, about poverty, must be understood on the part of dental practitioners and students; professional and educator partners have guided our group on *how* the information may best be presented to targeted learners, so as to be heard, and heeded. Students in dentistry, on an ad-hoc basis, have provided invaluable feedback and contributed to improving our group's educational material. They were not invited to collaborate as full partners, due to the demands of their academic and clinical training as well as their limited availability for long-term involvement. Indeed, our group was concerned with membership stability and cohesion, essential to building trust among partners.

In working together, authentic participation and consensual decision-making are facilitated by using the following strategies: 1) deliberative interactions, open dialogue, listening and learning together; 2) attention to language and power differentials; 3)

reflexivity and flexibility (Cargo and Mercer 2008; Viswanathan et al. 2004). Group coordination has also involved attending carefully to communications prior to, during and following workshops as well as adapting to individual members' circumstances, concerns and constraints. Partners' respective strengths and resources are pooled and project products (DVD, film) remain group property.

Oral health professional education on how people experience poverty and its impact on oral health was rapidly established as a priority. We equally determined the necessity of giving the floor to persons wishing to share, on video, their experiences with poverty and welfare, and their interactions, successes and failures within the oral healthcare system in Québec, Canada. A first project led to the production of a one and a half hour video of thematically organized head-shot testimonies (Lévesque et al. 2009). In 2008, an online course was developed to further address social and structural influences on individual health trajectories in audio-visual capsules integrating the DVD testimonies with factual, statistical and theoretical knowledge on poverty.

'LISTENING TO OTHERS' FILM—CONCEPTUAL ORIGINS

In 2008, our group also decided to produce a dramatic rendition of an oral health-related story. This decision may be framed as the meeting and merging of three streams of logic. First, members of the Québec antipoverty coalition have a history of using drama as a political advocacy approach in the defence of social and public service rights, including the performance of short social realist skits before members of the Québec Parliament (CQSP 2007). The community partners' inclination to use drama and theatre approaches for consciousness-raising naturally extended to addressing oral health access-to-care inequities and discrimination. Moreover, working alongside researchers and dental professionals on the project, they discovered theatre's potential use within educational—and not only activist—contexts.

Second, the dental professional partners, over time, had grown to understand the extent to which their clinical reasoning overemphasized a biomedical perspective when determining patient problems and treatment planning. Collaborating with people living in poverty enabled them to better grasp the elements of patients' social environment and context that affect the latter's health and health behaviours. Having gained this awareness, they considered essential to find a way to engage future learners in patients' wider life narratives, to help them situate themselves and contextualize their care within these narratives.

Third, the dental educator partners stressed the need to complement dry, factual, statistical and theoretical components of learning material with something that would spark the passions, indignation and genuine interest of students. Having experienced, reflected on, and learned, throughout the project, from their own prejudices, the educators became all the more convinced of the importance of affective learning. A film would serve to connect the learner, emotionally, to the other educational material we were developing. Such an educational approach, it was hoped, might also help counterbalance the complacency that sometimes develops in students as they prepare and are acculturated for the business dimension that dentistry involves.

Finally, from a research coordination perspective, working with professional actors presented a more comfortable and realistic option for achieving the group's goals within a reasonable timeframe. The earlier DVD project (Lévesque et al. 2009) posed many challenges in working with people dealing with poverty: difficult and unpredictable day-to-day events as well as limited financial, social and emotional support were some of the barriers to participation they faced. In addition, recruiting people able and willing to overcome shame and fear of stigmatization, in front of a camera, proved arduous. Finally, ethical issues had surfaced regarding participants' involvement in actual video editing. We had also felt uncomfortable having underprivileged people permanently sign away their rights on video material they had provided at a moment in time when they were perhaps vulnerable.

FIRST DRAFT

The first draft of the script was written, in December 2008, by the first author, on the basis of three sources of data: 1) previous qualitative research conducted by project researchers between the years 2000-2006, with dentists and with people living on welfare; 2) the personal testimonies comprising Listening to Others' 2007 DVD project (Lévesque et al. 2009); and 3) the scientific literature on topics identified in workshop discussions on educational orientations. These included access to affordable housing, food insecurity, illiteracy, workfare policies, social determinants of health, public dental insurance, stigmatization etc.

The fictional characters and storyline thus emerged as composites inspired by research and DVD first-person accounts as well as informed—though not constrained—by a consideration for the overall online course objectives and thematic content outline. Within this context, degree of script alignment with source data and original interview verbatim was not a prime concern.

SCRIPT VALIDATION

This initial script draft was next submitted for review and critique on the part of project partners. This first occurred through online communications and a script revision that ensured major issues were quickly identified and addressed (e.g., the entire final scene—considered too moralistic towards health professionals—was replaced with a completely different ending to the story). A more formal, fine-tuning, social validation process then ensued within face-to-face meetings and script scene rehearsals. Due to particular circumstances and geographical constraints, these were held within two small groups uniting researchers and other project partners.

Social validation, a professional perspective

From the health professional and health professional educator's point of view, captivating viewers was to be achieved by producing a compellingly real story, in which all dental team members would recognize themselves and feel represented. Social realism, plausibility and probability would also resonate with the dominant rational way of knowing of oral health professionals and contribute to the credibility of the entire educational project. A three-hour group discussion and script reading among researchers/dental educators (4) and oral health professional partners (3) thus took place, in March 2009, with these considerations at the forefront.

During this workshop, we agreed on the following strategies: 1) avoiding caricature; 2) ensuring a balanced representation of characters; 3) portraying a sense of commonplace and ordinariness within social interactions and unfolding events and 4) avoiding melodrama and moralism. Hence, changes were made to the script so that none of the characters are all good or bad, and the clinic itself neither upscale nor unkempt. The script depicts the actions and concerns of one dental team (i.e. one dentist, one dental hygienist and one dental secretary), however the waiting area scenes reflect the probability of a 2-3 dentist private clinic, consistent with the average Québec clinic (Lussier and Benigeri 2007). Social interactions between team members are considered to be reflective of typical clinic social hierarchies and dynamics. The scenario refers to a commonplace dilemma facing dental professionals: a patient's need for non-covered endodontic treatment to save a tooth. Special attention is also paid to the realism of technical and pragmatic issues, such as clinic asepticism and dental treatment pricing. Finally, the story presents with occasional humour on the part of the characters, as most likely would occur in real-life.

Social validation, a lay community perspective

The script validation process took place within a sadder period of our participatory story, as we'd lost to cancer, in 2009, an important lay community representative and member of the Québec anti-poverty coalition. Hence our second coalition representative

set up an ad-hoc work session through the coalition's 'Comité Avec' (the 'With Us Committee'), in Québec city, in May 2009. This longstanding committee ensures the direct participation of underprivileged persons within the coalition's activities. Thus, a total of 15 people, including 5 community workers, 2 researchers and 8 people living in poverty met for two hours to discuss the script.

The group established four script revision principles: 1) achieving a balanced characterization of poverty; 2) ensuring script realism and credibility; 3) depicting the structural and social determinants of health and 4) exposing some of the consequences of stigmatization on access-to-care. These all converged on one fundamental concern: avoiding reinforcement of prejudice and common negative societal stereotypes towards people receiving welfare. Indeed, the Québec antipoverty coalition's political activism and social advocacy are deeply rooted in fighting prejudice and ignorance concerning the causes and consequences of poverty.

Changes were thus made to the script to convey various faces of poverty across the characters and to present a balanced portrayal of the main character's overall attitude. Positive values, strengths, and resilience, for example, counterbalance other less flattering albeit human responses and behaviours. Concretely, the concern for balance translated into the main character's close friend, Danny, being represented as working part-time as well as caring for his disabled mother. This aimed to address the 'passivity' or 'laziness' prejudice associated with poverty. In addition, the initial portrayal of Paula, the main character, as a smoker needing a beer to calm her dental pain—a stereotypical representation—was modified to portray her crushing aspirin on her sick tooth, demonstrating resourcefulness.

Concerning credibility and realism, debate took place surrounding the quantity of difficulties in Paula's life. An inappropriate advance on the part of her landlord was dropped from the script. Though we were concerned with avoiding exaggeration, we also wished to illustrate how, in the absence of resources-financial and social-the

accumulation and worsening of problems is an accurate portrayal of the lived experience of poverty. Also, poverty's effect on health management is emphasized in showing how competing needs (e.g., paying rent) and self-sacrificing parental behaviours (putting the children's needs first) create significant stress for the main character and compromise her self-care. The reality and impact of societal structural factors—cost of transportation, low access to social housing, insufficiency of welfare subsidies to meet basic needs etc.—are also highlighted in the script. They translate the main character's lack of control over events, including her health management, despite her concern for her teeth.

Finally, script additions were made to communicate how the fear of being rejected or judged by oral health professionals represents a barrier for the main character. The reception desk secretary's attitude was rendered a little more robotic to reflect study participants' experiences with people in these types of positions. Indeed, bias and unfair treatment on the part of dental office administrative personnel towards people living on welfare, have been documented (Lam, Riedy, and Milgrom 1999).

FROM SCRIPT TO SCREENPLAY, FROM FILM TO FORUM: PARTNERING WITH SOCIAL INTERVENTION THEATRE PROFESSIONALS

The group next turned to 'Mise au jeu' (literally translates as 'Face-Off'), a Montreal-based non-profit professional social intervention theatre company with over 20 years experience. *Mise au jeu* defines itself as an organization committed to developing and applying participatory artistic activities to the democratic and dialogic examination of social justice issues (Mise au jeu 2013). They have developed expertise in film and were highly qualified to oversee the direction and production of the Listening to Others movie. After three meetings between their project coordinator and ours, over the course of 2009, to present and discuss the project, *Mise au jeu* was entrusted with the validated script.

Mise au Jeu improved the script's aesthetic appeal through attention to storyline rhythm and communicative use of image. Several portions of dialogue, considered over-explicative, were replaced with non-verbal communication (i.e., tone, expression, gesture) portraying the emotional intensity linked to the gravity of the situation. Also, in an effort to make the film more dynamic and reflective of contemporary cinematographic production styles, they suggested splitting certain scenes and adding action to them.

Mise au jeu professionals also expanded potential for broad audience appeal by attending to character gender balance (e.g., the main character's best friend became a male) and universality. Regardless of the angle from which they might approach the story, the point was for all viewers to recognize themselves in one or another character and to be able to immerse themselves in the plot. All changes were discussed and approved in a group (8 participants) script-reading workshop in December 2010. Actual filming took place in February 2011, mostly in two settings: the main character's apartment and the dental clinic she visits. We decided to shoot in an actual private dental clinic with technical support from the dental staff. This helped enhanced film realism and credibility. The film was ready approximately one month later.

The *Listening to Others* film scenario consists of eight scenes that unfold in chronological order. The first two scenes propel viewers into the main character's, Paula's, social reality and foreshadow her encounters with the dental clinic staff. We next observe her interactions with the reception desk, with the dental hygienist and, finally, with both the dentist and dental hygienist as they discuss treatment options. The last two scenes focus respectively on Paula's and the dental staff's reflections following her appointment. These last two scenes were inverted during editing, a final yet significant modification to the script: viewers are left with the questions and thoughts of the entire dental team, as they 'close shop' for the weekend. The following excerpt presents this last scene in its entirety.

SCENE 8

The dentist discusses his day with the dental hygienist and clinic receptionist; it is the end of the day and week; the three of them are standing at the front desk of the reception area.

Dentist: Argh, what a day!

Dental hygienist (DH): I was kinda sad for that lady, this afternoon!

Dentist: It's not easy to treat these cases... These people, they wait and wait... If she had come earlier, we'd have saved her tooth, without it costing her a dime! It's beyond me.

DH: People on welfare, they often have a lot to worry about.

Secretary: Yeah but... I'm not sure this lady's really on welfare...She was talking about a new job. That's a bit odd, isn't it?

Dentist: In any case, I think her teeth should be a priority.

Secretary: Especially when they hurt.

DH: I don't know how we can help people like her.

Dentist: There's not much we can do. Often these problems go way back. As long as she shows up to her appointment...

DH: It's too bad we don't take walk-ins, I'm pretty sure it might've helped her out.

Dentist: Maybe, but let's not get ourselves into that!

Secretary: It's already complicated enough organizing your schedules!

Dentist: (*agrees, smiling*): Have a nice weekend!

DH: Bye!

Secretary: See you Monday!

Ending the film with the dental team members' comments, questions and feelings was a purposeful editing decision aiming to ease audiences' transition into post-presentation discussions or 'forum activities'. The latter, which were introduced to us by *Mise au jeu*, are grounded in Augusto Boal's (1979) 'theatre of the oppressed' forum approach. As such, cinema-forum uses projective techniques to mobilize audience participation in the collective analysis, debate, and understanding of conflictual social situations. Following a film's projection, audience members are invited to comment on the characters' attitudes and behaviours as well as on specific interactions between them. Scenes and portions of scenes are revisited, to facilitate participants' exploration and analysis of emergent problems. They are also encouraged to propose solutions or alternative behaviours, and imagine more positive outcomes. Scene re-enactments can also take place to explore solutions and options—in an embodied and kinaesthetic manner. Given the distance between themselves and the characters that are being critiqued and analysed, audience members are provided a safe space to explore their ideas and emotions.

Interactive post-projection discussions also represent an opportunity to provide pertinent factual and theoretical information (e.g., statistics, models, data). In the case of our film, we provide up-to-date information on social and structural determinants of health in response to critical questions raised by the forum facilitator or by the audience. These address, for example, access to social housing, rising wealth inequalities, stigmatization or patient-centred care models. Educational activities using the film with a forum approach generally range between 60 and 90 minutes. This is how the *Listening to Others* film has been used up to this point, within Montreal-based dentistry faculties

(Université de Montréal and McGill University), as well as within diverse health professional continuing education workshops (e.g., with dental public health professionals, with rehabilitation professionals). A cinema-forum animation guide is currently under preparation to be made available to interested parties.

DISCUSSION

In our introduction, we highlighted some of the limitations of current KT with health professionals, in particular when it comes to supporting care practices that will address the complex interactions between a patient's living conditions and their health. We equally emphasized KT's dominant view of knowledge as objective, impersonal, and separate from those it is intended for (Greenhalgh and Wieringa 2011). In our project, we espoused a participatory action research approach to support the integration of multiple stakeholder perspectives and experience towards the co-construction of a knowledge tool. This led to the production of a film aimed at stimulating learners' critical reflection, expanding perspectives, gaining knowledge and discussing options for addressing poverty in practice. Our tool is currently undergoing formal evaluation of its application within a continuing education program for oral health professionals founded on adult transformative learning theory. Preliminary results reveal the tool's potency for raising awareness of prejudice and increasing learners' understanding of the lived experience of poverty.

Our aim, in this article, was to share, analyse and reflect on our research partnership's artistic co-construction. We described the origins and merging of multiple rationales for producing the film. We shared on what our partners' gained, at the "participatory table", and provided explicit examples of what they brought to it. In the next paragraphs we further discuss how our stakeholders uniquely enriched our educational tool, on elements of co-learning that took place, and, at times, how we might have proceeded differently. In doing so, we hope to encourage health professional educationalists to

consider how participatory processes and arts-related research might be applicable to supporting innovation in their respective fields of interest.

INTEGRATING THE HEALTH PROFESSIONAL/EDUCATOR PERSPECTIVES

Involving oral health professionals and educators in the development of our tools helped identify the need to draw practitioners in and to connect them to knowledge on poverty through emotion and identification. Through their participation and direct contact with people experiencing poverty, our professional and educator partners also gained greater awareness of their own prejudices, ignorance, and misconceptions about poverty. They reflected on the implications of the latter for patient-professional interactions and clinical practices. Consequently, they supported the group's progression from the belief that dental professionals and students needed to hear and listen to others, to the understanding of the significance of compelling learners to see and hear *themselves* with others.

In dentistry, as well as in other healthcare fields, many authors have insisted that learners develop their ability to question and analyze their own biases, beliefs and interactions with underserved patients (Coria et al. 2013; Stone 2008; Ornelas 2008; Rule and Welie 2009; Eriksen, Bergdahl, and Bergdahl 2008; Formicola, Stavisky, and Lewy 2003; Pilcher, Charles, and Lancaster 2008). Few, however, have offered specific tools that might help accomplish this. The need for other ways of knowing (i.e. through art) to provoke critical self-reflection, was emphasized by the oral health professionals and educators on the project. They supported the construction of a social realist film that would act as a mirror of professional practices.

The oral health educators and professionals' understanding of dental professionals' dominant learning styles also influenced the script. Dentists, for example, tend to be 'thinkers rather than feelers' and 'judgers rather than intuitors' (Jessee, O'Neill, and Dosch 2006; Wu et al. 2007). They are known to be pragmatic and structured learners

with a preference for logic, cause effect learning and for factual information presented in an organized fashion (idem). Like many other health professionals, they are interested in the practical application of ideas and hypothetical deductive reasoning (Zoghi et al. 2010; Engels and de Gara 2010). Hence, our film's linear storyline and socially realistic style were pertinent orientations towards which our professional and educators partners guided us.

INTEGRATING THE LAY COMMUNITY PERSPECTIVE

Community partners from the Québec antipoverty coalition, as did the professionals, supported the development of realistic characters and a plausible plot. Also, their longstanding dedication to consciousness-raising on the structural causes of poverty and social determinants of health uniquely positioned them as script content experts. One of the most common irritants dentists experience with patients living on welfare, are frequently missed appointments (Bedos et al. 2013; Valentine, Inglehart, and Habil 2011; Shulman et al. 2001). How dentists interpret these reflect some of their most negative and stereotypical views on people living on welfare. Evoking alternative and multi-level (e.g., structural) explanations on the barriers to making and maintaining appointments constituted indispensable script elements that our community partners were especially attentive to. These also happen to be content areas that health professional education on poverty often neglects (Sword et al. 2007).

The community perspective also contributed to bringing forth the human being behind the welfare stereotype, and to propose perspectives that might counter victim-blaming tendencies in audiences. They were attuned to demonstrating the very real and devastating consequences of prejudice, including how it might undermine relations between patients and health professionals (Dupéré, O'Neill, DeKoninck 2012; Reutter, et al. 2008). This was essential to our educational goals.

Our community partners also experienced important learning over the course of our collaboration. They discovered, for example, the world of private dentistry, including the

various constraints—organizational, professional, managerial—that weigh on oral health professionals. They also became more comfortable working alongside professionals and more trusting of them. In addition, their involvement within the project brought about an awareness of their potential to contribute to consciousness-raising through alternative channels. Indeed, participating in the co-construction of a film on poverty provided a unique opportunity to represent and defend the rights of the voiceless via an original medium and approach.

WORKING WITH ARTISTS

Finally, Listening to Others' partnership with *Mise au jeu* professionals proved equally fruitful and highly transformative. First, their expertise on artistic production and rich experience working with multiple types of audiences positioned them to bring our script to life and create a film with sufficient entertainment appeal for our purposes. In workshops, the story appears to resonate both with students and practitioners, as they are moved enough to 'consider the similarities and differences between the story and their own lives' (Woo 2008). Not only did *Mise au jeu* contribute their expertise on *artform*, they also enriched our tool's content, a reflection of the breadth of their experience working with community organizations. We realize retrospectively that we had underestimated their potential at this level.

Secondly, *Mise au jeu* helped maximise the educational potential of our film by introducing us to the cinema-forum approach they have been exploiting for years. Our group progressed from conceiving of the film as a tool to motivate and promote engagement with online learning material, to a stand-alone, live and versatile tool for translating but also for producing knowledge collectively. Forum theatre methods provide an opportunity for participants to engage in experiential and embodied learning, as the audience is invited to explore and role-play alternative avenues for action (Boal 1979; Mienczakowski 1995). Such learning presents a strong potential to engage the participants emotionally, that which we hoped our tool would eventually accomplish. In

sum, we learned, from our artist partners, to mobilize art as a process as opposed to simply as a product for translating knowledge.

Finally, the forum approach provides the space and flexibility for presenting information, data, statistics or research results in response to questions towards which the facilitator guides the audience. Though at times, in our discussions with *Mise au jeu* staff, we experienced some tension between our didactic grand plans and their aesthetic concerns, we realize in hindsight that such tension was unnecessary. The juxtaposition of a structured forum activity to film viewing sessions resolves any tension that might otherwise exist or appear to exist between the scientific and artistic dimensions involved.

Given all that has been said, were we to start over, we would be more flexible and trusting of the artistic process, and invite the artistic partners into the process earlier on—within the limits of our budget. Theatre forum approaches have been employed for decades in community organizations as popular adult education methods. This project demonstrates how much academia and health professional educationalists have to gain from wandering off the beaten path and learning from community organizations' rich knowledge and traditions.

CONCLUSION

This project mobilized the experience, skills, knowledge and passions of lay community representatives, members of the dental professions, public health and dentistry researchers, dental educators and artists. With few models to follow, our group proceeded to innovate a health professional education tool on poverty. The film, we feel, embodies knowledge integration and contextualization, elements that are often lacking in knowledge translation activities in health. Our professional and educator partners enlightened our group on the learning context: health professional learners' need for connection, critical self-reflection and realism. Our community partners kept us on track

with regards to one of the fundamental angles in fighting poverty prejudice: emphasizing the structural causes of poverty and consequences of social exclusion. Our artist partners brought our script to life and introduced us to educational traditions we had no knowledge of. We do not pretend to represent a model, but we do hope we have provided an example of how participatory action research might sustain integrated knowledge translation by connecting with the arts, in particular when translating complex and difficult social realities.

ACKNOWLEDGEMENTS AND DISCLOSURES

Acknowledgments

This project has benefitted from the ongoing support and encouragement from the following organizations: the Québec Order of Dentists, the Québec Anti-poverty Coalition (le Collectif pour un Québec sans pauvreté), the Québec Order of Dental Hygienists, University of Montreal Faculty of Dentistry and the McGill University Faculty of Dentistry, Division of Oral Health and Society.

Funding/Support

This project has received funding from the Quebec Ministry of Economic Development, Innovation and Exportation (MDEIE). The first author has equally received financial support for doctoral training from the Québec health research fund (FRSQ), from the Montreal Center for research on social inequalities and discrimination (CREMIS), as well as from the Network for Oral and Bone Health Research (NOBHR).

Other disclosures:

None.

Disclaimers:

None.

References

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 2004. *Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence. Summary*. Evidence Report/Technology Assessment: Number 99. AHRQ Publication Number 04-E022-1. Rockville, MD.

Allison, Paul. 2006. Les Voix d'Accès, Colloque Pour un Meilleur Accès aux Soins Dentaires pour les Personnes Défavorisées au Québec. Montreal, QC: Faculty of Dentistry, McGill University. Available at:
http://www.mcgill.ca/dentistry/sites/mcgill.ca.dentistry/files/Rapport_colloque_octobre_2006.pdf

Beaulieu, Marie-Dominique, Renaldo N. Battista, and Régis Blais. 2001. À Propos de l'Evidence-Based Medicine. *Ruptures* 7(2):120-134.

Bedos, Christophe, Jean-Marc Brodeur, Laurence Boucheron, Lucie Richard, Mike Benigeri, Marie Olivier, and Slim Haddad. 2003. "The Dental Care Pathway of Welfare Recipients in Quebec". *Social Science & Medicine* 57(11):2089-99.

Bedos, Christophe, Christine Loignon, Anne Landry, Paul Allison, and Lucie Richard. 2013. "How Health Professionals Perceive and Experience Treating People on Social Assistance: a Qualitative Study Among Dentists in Montreal Canada". *BMC Health Services Research* 13:464.

Bennet, Gavin, and Nasreen Jessani, eds. 2011. *The Knowledge Translation Toolkit, Bridging the Know Do Gap: A Resource for Researchers*. New Delhi: Sage.

Bloch, Gary, Linda Rozmovits, and Broden Giambrone. 2011. "Barriers to Primary Care Responsiveness to Poverty as a Risk Factor for Health". *BMC Family Practice* 12(62):1-6.

Boal, Augusto. 1979. *Theatre of the Oppressed*. New York, NY: Theatre Communications Group.

Bowen, Sarah, and Ian Graham. 2013. "Integrated knowledge translation." In *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed., edited by Sharon Straus, Jacqueline Tetroe, and Ian Graham, 14-23. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Canadian Institutes of Health Research (CIHR). "More About Knowledge Translation at CIHR." Accessed January 19th, 2013. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html#Definition>

Cargo, Margaret, and Shawna L. Mercer. 2008. "The Value and Challenges of Participatory

Research: Strengthening its Practice". *Annual Review of Public Health* 29:325–50.

Collectif pour un Québec sans pauvreté (CQSP). 2007. *Des Services Publics qui Clochent : Rencontre Entre des Personnes en Situation de Pauvreté et des Parlementaires*. Available at: [http://www.pauvrete.qc.ca/IMG/pdf/Declaration - Parlementaire 2007.pdf](http://www.pauvrete.qc.ca/IMG/pdf/Declaration_-_Parlementaire_2007.pdf).

Coria, Alexandra, Greg McKelvey, Paul Charlton, Michael Woodworth, and Timothy Lahey. 2013. "The Design of a Medical School Social Justice Curriculum". *Academic Medicine* 88(10): 1442–1449.

Denis Jean-Louis, Pascale Lehoux, and François Champagne. 2004. "A Knowledge Utilization Perspective on Fine-Tuning Dissemination and Contextualizing Knowledge." In *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*, edited by Lemieux-Charles, Louise, and François Champagne, 18-40. Toronto: University of Toronto Incorporated.

Denzin, Norman K. 2003. *Performance Ethnography: Critical Pedagogy and the Politics of Culture*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Dickinson, Harley. 2004. "A Sociological Perspective on the Transfer and Utilization of Social Scientific Knowledge for Policy-Making." In *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*, edited by Lemieux-Charles, Louise, and François Champagne, 41-69. Toronto: University of Toronto Incorporated.

Dupéré, Sophie, Michel O'Neil, and Maria DeKoninck. 2012. "Why Men Experiencing Deep Poverty in Montréal Avoid Using Health and Social Services in Times of Crisis". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23(2):781-796.

Engels, Paul T., and Chris de Gara. 2010. "Learning Styles of Medical Students, General Surgery Residents, and General Surgeons: Implications for Surgical Education". *BMC Medical Education* 10:51.

Eriksen, H.M., J. Bergdahl, and M. Bergdahl. 2008. "A Patient-Centred Approach to Teaching and Learning in Dental Student Clinical Practice". *European Journal of Dental Education* 12(3):170-175.

Farand, Lambert, and Jose Arocha. 2004. "A Cognitive Science Perspective on Evidenced-Based Decision-Making in Medicine". In *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*, edited by Lemieux-Charles, Louise, and François Champagne, 172-198. Toronto: University of Toronto Incorporated.

Finley, Susan. 2008. "Arts-Based Research". In *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, edited by Knowles, J. Gary, and Ardra L. Cole, 71-81. Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Formicola, Allan J., Judith Stavisky, and Robert Lewy. 2003. "Cultural Competency: Dentistry and Medicine Learning from One Another". *Journal of Dental Education* 67(8):869-75.

Furler, John. 2006. "Social Determinants of Health and Health Inequalities: What Role for General Practice." *Health Promotion Journal of Australia* 17(3):264-265.

Graham, Ian D., Jo Logan, Margaret B. Harrison, Sharon E. Strauss, Jacqueline Tetroe, Wenda Caswell, and Nicole Robinson. 2006. "Lost in Knowledge Translation: Time for a Map ? *Journal of continuing education in the Health Professions* 26:13-24.

Greenhalgh, Trisha, and Sietse Wieringa. 2011. "Is it Time to Drop the 'Knowledge Translation' Metaphor? A Critical Literature Review." *Journal of the Royal Society of Medicine* 104:501-509.

Health Canada. 2010. *Report on the Findings of the Oral Health Component of the Canadian Health Measures Survey 2007-2009*. Ministry of Health. Ottawa, Canada: Publications Health Canada.

Hennequin M., S. Tubert, A. Devillers, M. Müller, P. Michaillesco, J. F. Peli, and J. Pouëzat. 2002. "Socio-Economic and Schooling Status of Dental Undergraduates From Six French Universities". *European Journal of Dental Education* 6(3):95-103.

Hovey, Joseph D., Victoria Booker, and Laura D. Seligman. 2007. "Using Theatrical Presentations as a Means of Disseminating Knowledge of HIV/AIDS Risk Factors to Migrant Farmworkers: An Evaluation of the Effectiveness of the *Informate* Program". *Journal of Immigrant Health* 9(2):147-156.

IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2011. *Improving Access to Oral Health Care for Vulnerable and Underserved Populations. Report Brief*. Washington, DC: National Academy of Sciences.

Jessee, Stephen A., Paula N. O'Neill, and Robert O. Dosch. 2006. "Matching Student Personality Types and Learning Preferences to Teaching Methodologies". *Journal of Dental Education* 70(6):644-651.

Kelly, Susan E., Catherine J. Binkley, William P. Neace, and Bruce S. Gale. 2005. "Barriers to Care-Seeking for Children's Oral Health Among Low-Income Caregivers". *American Journal of Public Health* 95(8):1345-51.

Kerry-Moran, Kelli Jo. 2008. "Between Scholarship and Art: Dramaturgy and Quality in Arts-Related Research". In *Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues*, edited by Knowles, J. Gary, and Ardra L. Cole, 493-502. Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Kitson, Alison, and Sharon Straus. 2013. "Identifying Knowledge to Action Gaps." In *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed., edited by Sharon Straus, Jacqueline Tetroe, and Ian Graham, 97-109. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Lam, Malinda, Christine A. Riedy, and Peter Milgrom, 1999. "Improving Access for Medicaid-Insured Children: Focus on Front-Office Personnel". *Journal of the American Dental Association* 130(3):365-73.

Levesque, Martine C., Sophie Dupéré, Christine Loignon, Alissa Levine, Isabelle Laurin, Anne Charbonneau, and Christophe Bedos. 2009. "Bridging the Poverty Gap in Dental Education: How can People Living in Poverty Help Us?" *Journal of Dental Education* 73(9):1043-54.

Loignon, Chistine, Anne Landry, Paul Allison, Lucie Richard, and Christophe Bedos. 2012. "How Do Dentists Perceive Poverty and People on Social Assistance? A Qualitative Study Conducted in Montreal, Canada". *Journal of Dental Education* 76(5):545-552.

Loignon, Christine, Catherine Hudon, Alexandrine Boudreault-Fournier, Sophie Dupéré, Ann Macaulay, Pierre Pluye, Isabelle Gaboury et al. 2013. "Transforming Primary Healthcare by Including the Stakeholders Involved in Delivering Care to People Living in Poverty: EQUIhealThY Study Protocol". *BMC Health Services Research* 13:92.

Lussier, J.P., and M. Benigeri. 2007. "L'Organisation de la Pratique de Médecine Dentaire au Québec. Résultats du Sondage de l'ODQ de 2006 – Première partie". *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* 44:385-388.

Mieniczakowski, Jim. 1995. "The Theater of Ethnography: The Reconstruction of Ethnography Into Theater With Emancipatory Potential". *Qualitative Inquiry* 1(3):360-375.

Mise au Jeu (MAJ). *Qui sommes-nous?* Available at: http://miseaujeu.org/francais/qui_sommes_nous.html. Accessibility verified September 10, 2013.

Mitchell, Gail J., Christine Jonas-Simpson, and V. Ivonoffski. 2006. "Research-Based Theatre: The Making of I'm Still Here". *Nursing Science Quarterly* 19(3):198-206.

Mitchell, Gail J., Sherry Dupuis, Christine Jonas-Simpson, Colleen Whyte, Jennifer Carson and Jennifer Gillis. 2011. "The Experience of Engaging With Research-Based Drama: Evaluation and Explication of Synergy and Transformation". *Qualitative Inquiry* 17(4):379-392.

Mofidi, Mahyar, R. Gary Rozier, and Rebecca S. King. 2002. "Problems with Access to Dental Care for Medicaid-Insured Children: What Caregivers Think". *American Journal of Public Health* 92(1):53-8.

National Center for the Dissemination of Disability Research (NCDDR). NCDDR Knowledge Translation definition. Accessed January 19th, 2013.
http://www.ncddr.org/knowledge_trans_over.html.

Ornelas, India J. 2008. "Cultural Competency at the Community Level: A Strategy for Reducing Racial and Ethnic Disparities". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 17(2):185-194.

Pegon-Machat E., S. Tubert-Jeannin, C. Loignon, A. Landry, and C. Bedos. 2009. "Dentists' Experiences With Low-Income Patients Benefiting From a Public Insurance Program". *European Journal of Oral Sciences* 117(4):398-406.

Pilcher, Elizabeth S., Laurine T. Charles, and Carol J. Lancaster. 2008. "Development and Assessment of a Cultural Competency Curriculum". *Journal of Dental Education* 72(9): 1020-1028.

Rossiter, Kate, Pia Kontos, Angela Colantonio, Julie Gilbert, Julia Gray, and Michelle Keightley. 2008. "Staging Data: Theatre as a Tool for Analysis and Knowledge Transfer in Health Research". *Social Science & Medicine* 66:130-146.

Rule, James T., and Jos V.M. Welie. 2009. "The Dilemma of Access to Care: Symptom of a Systemic Condition". *Dental Clinics of North America* 53(3):421-33.

Reutter, L. I., M. J. Stewart, G. Veenstra, R. Love, D. Raphael, and E.. Makwarimba. 2009. "Who Do They Think We Are, Anyway?: Perceptions of and Responses to Poverty Stigma". *Qualitative Health Research*, 19(3):297-311.

Salsberg, Jon, and Ann C. Macaulay. 2013. "Linkage and Exchange Interventions." In *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed., edited by Sharon Straus, Jacqueline Tetroe, and Ian Graham, 14-23. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Saldana, Johnny. 2008. "Second Chair: an Autoethnodrama". *Research Studies in Music Education* 30(2):177-191.

Sandelowski, Margarete, Frank Trimble, Elizabeth K. Woodard, and Julie Barroso. 2006. "From Synthesis to Script: Transforming Qualitative Research Findings for Use in Practice". *Qualitative Health Research* 16(10):1350-70.

Schrimshaw, Eric W., Karolynn Siegel, Natalie H. Wolfson, Dennis A. Mitchell, and Carol Kunzel. 2011. "Insurance-Related Barriers to Accessing Dental Care among African American adults With Oral Health Symptoms in Harlem, New York City". *American Journal of Public Health* 101(8):1420-28.

Shulman, J.D., Ezemobi, E.O., Sutherland, J.N., and Barsley, R. 2001. "Louisiana Dentists'

Attitudes Toward the Dental Medicaid Program". *Pediatric Dentistry* 23 (5):395-400.

Stone, John R. (2008). "Healthcare Inequality, Cross-Cultural Training, and Bioethics: Principles and Applications". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 17:216-226.

Straus, Sharon, Jacqueline Tetroe, and Ian Graham. 2013. "Introduction: Knowledge Translation: What it is and What it isn't." In *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed., edited by Sharon Straus, Jacqueline Tetroe, and Ian Graham, 3-13. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Surgeon General. 2000. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. In. Rockville: National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health. Washington, DC.

Sword, W., L. Reutter, D. Meagher-Stewart, and E. Rideout. 2004. "Baccalaureate Nursing Students' Attitudes Toward Poverty: Implications for Nursing Curricula". *Journal of Nursing Education* 43(1):13-19.

Tricco, Andrea, Jennifer Tetzlaff, and David Moher. 2013. "Knowledge Synthesis." In *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2nd ed., edited by Sharon Straus, Jacqueline Tetroe, and Ian Graham, 29-49. Chichester, UK: John Wiley and Sons.

Valentine, Anthony Edward, and Marita R. Inglehart. 2011. "Medicaid Patients in Dental School Clinics: Do Personal and Professional Experiences Matter?" *Journal of Dental Education* 75(9):1225-1235.

Verlinde, Evelyn, Nele De Laender, Stéphanie De Maesschalck, Myriam Deveugele, and Sara Willems. 2012. "The Social Gradient in Doctor-Patient Communication". *International Journal for Equity in Health* 11:12.

White, Vince, and George Belliveau. 2011. "Multiple Perspectives, Loyalties and Identities: Exploring Intrapersonal Spaces through Research-Based Theatre". *International Journal of Qualitative Studies in Education* 24(2):227-238.

Willems, Sara, Stéphanie De Maesschalck, Myriam Deveugele, Anselme Derese, and Jan De Maeseneer. 2005. "Socio-Economic Status of the Patient and Doctor-Patient Communication: Does it Make a Difference?" *Patient Education and Counseling* 56:139-146. doi:10.1016/j.pec.2004.02.011

Winter, Richard, and Carol Munn-Giddings. 2001. *A handbook for action research in health and social care*. New York: Routledge.

Wu, Shengjun, Danmin Miao, Xia Zhu, Zhengxue Luo, and Xufeng Liu. 2007. "Personality Types of Chinese Dental School Applicants". *Journal of Dental Education* 71(12):1593-98.

Woo, Yen Yen Jocelyn. 2008. "Engaging New Audiences: Translating Research Into Popular Media". *Educational Researcher* 37(6):321-329.

World Health Organization (WHO). 2008. "Funding Agencies in Low and Middle-Income Countries : Support for Knowledge Translation." *Bulletin of the World Health Organization* 86(7):497-576.

Zoghi, Maryam, Ted Brown, Brett Williams, Louis Roller, Shapour Jaberzadeh, Claire Palermo, Lisa McKenna, et al. 2010. "Learning Style Preferences of Australian Health Science Students". *Journal of Allied Health* 39(2):95-103.

Table 1: Listening to Others initial group composition

<u>Experts on poverty (3)</u>	• Province of Quebec Anti-Poverty Coalition representatives (2) • Former welfare recipient (1)
<u>Academics/dentistry researchers/dental educators (4)</u>	• McGill University Faculty of Dentistry (3) • University of Montreal, Faculty of Dentistry (1)
<u>Public health researcher (1)</u>	• Montreal Center Public Health Agency representative (1)
<u>Dental regulatory bodies' representatives (2)</u>	• Quebec Order of Dentists (1) • Quebec Order of Dental Hygienists (1)

-FIN DE L'ARTICLE #2-

Les outils et l'approche de cinéma forum développés et produits à travers la collaboration du Collectif à l'écoute les uns des autres menèrent à l'élaboration d'une formation continue, créditée, en cabinet dentaire. Cette dernière, validée par les partenaires professionnels et communautaires, agence des activités de réflexion critique, à partir des outils développés, à une offre de coaching à l'ensemble des membres de l'équipe dentaire. Les objectifs d'apprentissage qui leur sont proposés incluent : 1) d'acquérir des connaissances sur le phénomène de la pauvreté, et sur son impact sur la santé et les comportements de santé des individus; 2) de développer des approches et

habiletés favorisant les interactions positives avec les patients en situation de pauvreté et 3) de mettre en place des stratégies qui soutiennent la réussite des plans de traitement et la qualité des relations thérapeutiques. Pour une description plus complète de l'offre de formation continue, voir l'Annexe 1.

4. Méthodologie

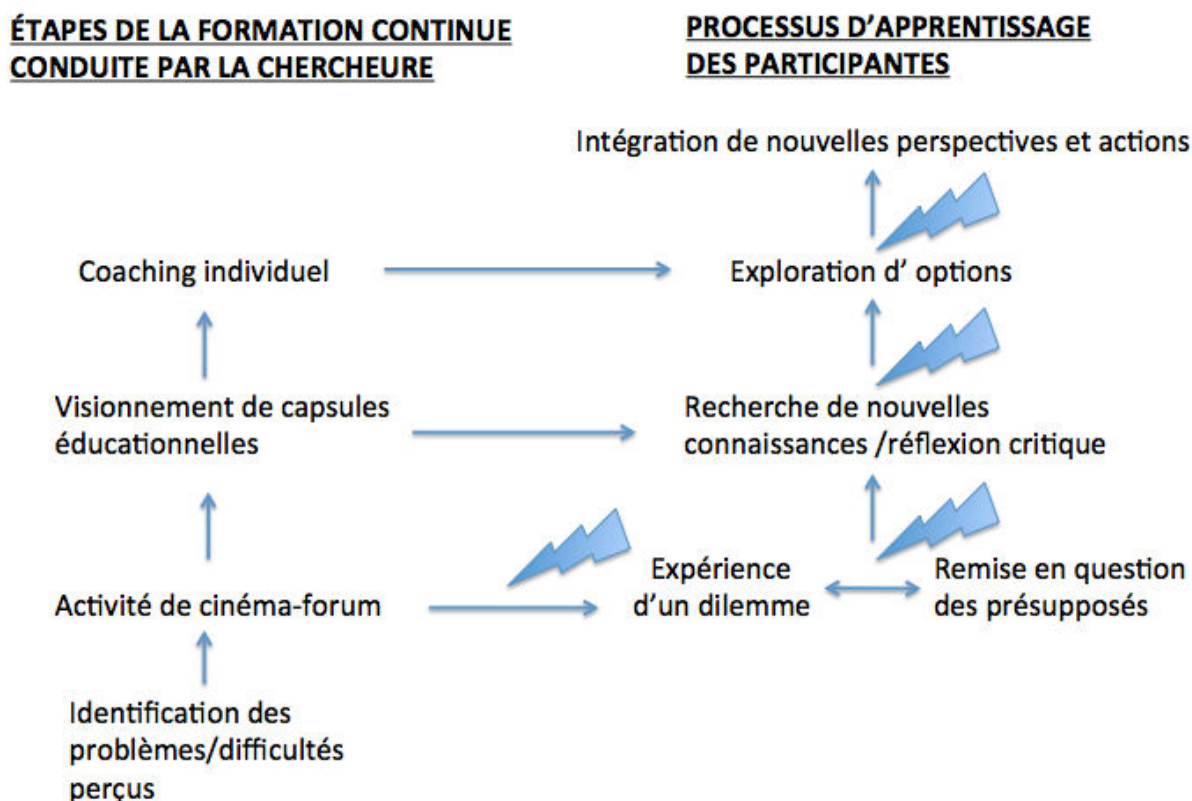
L'innovation d'une formation continue sur la pauvreté et la santé buccodentaire présentait à nouveau l'opportunité de réaliser une recherche à visée évaluative. Cette dernière, quoique s'étant un peu détachée de la démarche participative pour des raisons de faisabilité que nous abordons plus loin, fut conçue en articulant les étapes de la formation continue à un cadre conceptuel qui allait refléter les intentions transformationnelles et les perspectives du Collectif *À l'écoute*. Dans cette section, nous décrivons d'abord ce cadre. Par la suite, nous présentons les questions de recherche qui s'y sont rattachées. Dans un troisième temps, nous décrivons le devis d'étude de cas qualitative unique instrumentale retenue pour répondre aux questions de recherche, avec une section portant sur la clinique dentaire participante. Enfin, nous élaborons sur les méthodes de collecte et d'analyse des données ainsi que sur les stratégies de rigueur scientifique ayant été déployées.

4.1 Cadre conceptuel

Étant donné sa cohérence philosophique avec la perspective éducationnelle du Collectif *À l'écoute*, l'approche d'apprentissage transformationnel fut retenue comme fondement théorique pour l'élaboration de la structure des activités de formation ainsi que pour leur évaluation. Rappelons que l'apprentissage transformationnel, selon Mezirow,²² réfère à la progression vers une plus grande clarté, perméabilité, capacité de discernement et réflexivité des cadres de référence chez l'adulte. Cette progression, partant de l'expérience d'un « dilemme » où les cadres usuels d'interprétation ne suffisent pas pour comprendre un événement ou une situation, procède en une séquence de phases qui incluent: la remise en question et la mise à l'épreuve des présupposés, la recherche de connaissances, l'exploration d'options et de nouvelles actions et l'intégration de ces dernières dans la vie de la personne. Tel que l'illustre la Figure 3, notre cadre conceptuel propose un alignement des étapes de la formation continue aux principales phases d'un processus d'apprentissage transformationnel. Il importe de préciser que cet arrimage d'étapes de notre formation continue à un processus non-linéaire et parfois étalé dans le temps, reflète notre hypothèse selon laquelle les

différentes activités de formation pourraient avoir des fonctions dominantes dans un processus de transformation sans pour autant mener à son achèvement.

Figure 3: Les étapes de la formation continue sur la pauvreté et leur alignement avec les phases d'un processus d'apprentissage transformationnel (adapté de Mezirow)^{22, 153,}



Ainsi, les participants à la formation continue, dans un tout premier temps, sont rencontrés individuellement et brièvement, afin de permettre à la formatrice/chercheuse de connaître leur perception des difficultés ou problèmes vécus en regard de leur travail auprès des personnes PAS. Par la suite, les participants assistent à une séance de visionnement et d'échanges critiques sur le film *À l'écoute*; cette étape de la formation vise à faire vivre aux participants l'expérience d'un dilemme à l'égard de situations qui se présentent dans le film et qui reflètent, rappellent ou résonnent avec

celles pouvant être vécues dans leur travail auprès de personnes PAS. Plus précisément, le scénario du film met en scène des éléments du contexte social d'une personne PAS, évoquant son vécu au quotidien, dont des dimensions expérientielles auxquelles les professionnels dentaires n'ont habituellement pas accès. Cette activité de groupe permettrait en outre de faire surgir et de remettre en question, possiblement, les présupposés qui sous-tendent les réflexions et interprétations des participants à l'égard des personnages et de leurs attitudes et comportements.^{22, 153} Une deuxième activité de formation réfère au visionnement et à la réflexion critique, en groupe, sur les capsules éducationnelles portant sur les différents thèmes liés aux déterminants sociaux de la santé et à leur impact sur l'expérience vécue des personnes PAS. Cette étape vise principalement à nourrir la réflexion critique des participants, à leur donner accès à de nouvelles connaissances, par le biais des témoignages, de statistiques et de la présentation de concepts et théories. Certaines pratiques à considérer pour prendre en compte les déterminants sociaux et actualiser une approche centrée sur la personne sont également enchâssées dans les capsules, permettant d'entamer possiblement l'exploration de solutions. Tout au long des activités de groupe, l'animation des échanges par la formatrice/chercheure suit les principes du questionnement critique, élaborés par Cranton,¹⁵⁶ et cohérents avec l'apprentissage transformationnel. Enfin, une dernière étape de la formation—pouvant s'échelonner sur plusieurs semaines, vise le soutien du développement et de la mise à l'essai de solutions et de stratégies ciblant les problèmes identifiés et/ou reformulés par les participants à l'égard de leur pratique.

Il importe de commenter sur les flèches en forme d'éclair de la Figure 3. Leur présence symbolise et illustre les interruptions potentielles de l'apprentissage transformationnel associées, par exemple, à l'immobilisme, à la régression ou à l'aveuglement pouvant se manifester chez l'apprenant au moment d'exposer à la critique ses idées préconçues, ses valeurs et ses schèmes de référence ainsi que les sentiments qui accompagnent ces derniers.²² L'interruption du processus transformationnel peut également se produire au moment où une prise de conscience mènerait logiquement à agir, mais où la perspective de cette action suscite une menace ou anxiété paralysantes. L'ampleur de la menace

dépendra de la nature de cette dernière et du degré d'urgence lié au dilemme ayant initié le processus de transformation.²²

4.2 Questions de recherche

À titre de rappel, l'objectif général de cette thèse est d'approfondir notre compréhension des contributions possibles d'une formation continue à l'évolution des perspectives et pratiques des professionnels de la santé buccodentaire.

En regard du cadre conceptuel élaboré, deux questions de recherche ont orienté la démarche de cueillette et d'analyse des données :

- 1) Comment les participants perçoivent et vivent-ils les transformations qu'ils attribuent à leur participation à la formation?

Cette première question, qui nous renvoie à la moitié droite de la Figure 3, concerne les effets de la formation en termes de nouvelles croyances, perspectives et actions de la part des participantes, mais également la dimension processuelle de l'apprentissage transformationnel (p.ex., l'expérience d'un questionnement ou dilemme). Aussi, étant donné la dimension exploratoire d'une étude de cas à visée évaluative développementale, la question 1 se veut neutre sur le plan de la direction des transformations, en ce sens que ces dernières, le cas échéant, englobent tout autant les effets indésirables ou inattendus que des perspectives plus ouvertes et empathiques sur la pauvreté.

La deuxième question de recherche porte sur les interruptions probables dans le processus d'apprentissage et réfère aux éclaircs que nous avons insérés dans la Figure 3. Nous anticipons que celles-ci allaient survenir, dans le contexte de la formation continue, sous forme d'obstacles soulevés et d'objections formulées au moment des échanges. La question 2 vise donc la découverte des barrières perçues et vécues par les participants et des objections soulevées en lien avec la formation continue et son contenu. Elle est ainsi formulée:

- 2) Quelles sont les barrières vécues ainsi que les objections soulevées par les participants à l'égard des nouvelles perspectives et pratiques discutées en cours de formation?

La formulation de la question 2, en termes à la fois de barrières et d'objections, permet d'accueillir tant les perceptions d'obstacles à des changements considérés désirables de la part des participants, que des perspectives limitant l'ouverture sur des idées et pratiques nouvelles discutées en cours de formation lesquelles sont cohérentes avec les orientations théoriques et philosophiques de la formation.

4.3 Devis d'étude de cas qualitative unique instrumentale

Le devis d'étude de cas est reconnu et cité comme l'une des approches de recherche qualitative majeures des sciences sociales.²²⁰ L'étude de cas qualitative instrumentale²²¹ se révéla, plus spécifiquement, notre devis de choix en regard: 1) des questions de recherche formulées; 2) du cadre théorique éducationnel constructiviste adopté et 3) de la nature exploratoire d'une recherche à visée évaluative développementale portant sur une innovation sociale.

En effet, une clinique dentaire peut être considérée comme un système intégré se comportant selon ses propres logiques et processus, selon son histoire et présentant ainsi sa complexité propre.²²¹ La prise en compte de ces derniers est essentielle à une compréhension approfondie notamment des barrières, contraintes et objections au changement soulevées par les participants à la formation continue. Aussi, la théorie sur l'apprentissage transformationnel propose que la transformation de perspectives opère en un processus comportant une série d'étapes pouvant s'échelonner dans le temps et culminer de manière incrémentielle.²² Or, une approche par étude de cas qualitative unique convient particulièrement bien à l'étude de processus complexes ayant été peu étudiés,²²² comme c'est le cas avec notre formation continue en cabinet dentaire privé. Également, lors d'une évaluation de programme ne spécifiant pas d'avance les retombées

attendues, tel qu'il en est avec l'approche éducationnelle constructiviste employée, l'étude de cas qualitative s'avère une stratégie appropriée.

Notre étude de cas est instrumentale²²¹ puisqu'elle vise non pas à étudier en profondeur la structure et les processus d'une clinique choisie en fonction de sa valeur intrinsèque, mais plutôt à évaluer la formation professionnelle de manière à contribuer à son développement continu et à son amélioration. Plus spécifiquement, l'étude de cas instrumentale permettrait de générer une compréhension approfondie du phénomène de l'apprentissage transformationnel auprès des membres d'une équipe dentaire prêtant leur participation à notre formation continue. L'unité d'analyse principale réfère donc à la clinique dentaire dans son ensemble au moment de sa participation aux étapes de la formation continue.

4.4 La constitution du cas

Notre cas s'est constitué de manière naturelle: la propriétaire de la clinique dentaire choisie, connue de M.L. et s'étant préalablement prêtée au visionnement de l'un des premiers outils produits par le Collectif *À l'écoute*, manifesta l'intérêt d'offrir à son équipe une formation sur la pauvreté. Cette motivation nous parut constituer un gage de réussite du point de vue de l'implantation de la formation. D'autre part, la composition et la grosseur de l'équipe correspondent à celles de la majorité des cliniques dentaires privées au Québec, où la pratique s'organise le plus souvent en équipes de 3 à 4 dentistes.²²³ Concernant les revenus en provenance de la clientèle assurée par le biais de l'aide sociale, la clinique se situe légèrement au-dessus de la moyenne des cliniques dentaires québécoises (15% vs. 11,5%).²²⁴ Étant donné l'ensemble de ces caractéristiques, la clinique dentaire offrait un contexte de production de connaissances potentiellement transférables à d'autres cliniques dentaires privées du Québec. Notons également que la clinique se situe dans un arrondissement de la Ville de Montréal d'environ 135 000 personnes et où le taux de faible revenu se situe à 41% de la population. Ainsi, au final, le choix de notre cas fut arrêté sur la base de notre confiance

en la probabilité qu'il nous permette d'atteindre nos objectifs et de répondre à nos questions de recherche.²²¹

Réunissant 3 dentistes—dont une propriétaire et deux dentistes à pourcentage— l'équipe de la clinique dentaire comprenait également 5 hygiénistes dentaires, 3 assistantes dentaires, 3 secrétaires, et une coordonnatrice clinique, toutes salariées. L'ensemble des membres de la clinique était de sexe féminin et leur nombre d'années d'expérience variait entre 2 et 22. Deux employées, une assistante et une hygiéniste dentaire, quittèrent leur emploi au cours de la recherche; deux autres, une assistante et une hygiéniste dentaire, acceptèrent l'invitation à participer aux activités de formation alors qu'elles étaient en congé de maternité. C'est ainsi que le nombre total de participantes en tout début de formation (15) est demeuré le même à la fin de la formation, bien que 17 personnes aient été rencontrées. Suite à l'obtention du certificat éthique (Annexe 2), des rencontres préalables furent organisées avec les participantes, au cours desquelles elles donnèrent leur consentement à participer à la formation ainsi qu'aux activités liées à la recherche (voir formulaire de consentement à l'Annexe 3).

Notre cas consiste ainsi en la participation de la clinique dentaire décrite, à notre formation continue, entre le 5 avril et le 18 juillet 2012. La majorité des membres de l'équipe cumulèrent 8 heures d'activités formelles dispensées à la clinique, incluant le visionnement et la discussion du film *À l'écoute* et de 6 capsules éducationnelles: 1) causes de la pauvreté et du recours à l'aide sociale : mythes, perspectives, histoires de vie et faits sociaux; 2) se loger et se nourrir, des besoins en compétition avec le besoin d'aller chez le dentiste; 3) pratiques de consultation des personnes en situation de pauvreté et accès à des soins buccodentaires couverts; 4) l'aide sociale et le travail; 5) la question des rendez-vous; 6) stigmatisation, autres aspects du vécu psychosocial lié à la pauvreté et rapports entre professionnels et patients. Ces activités eurent lieu en soirée, après les heures de clinique. Le personnel salarié fut rémunéré pour les heures d'activités de formation. Le personnel à la fois salarié et professionnel put également réclamer des crédits de formation continue.

De plus, une période de coaching informel auprès des secrétaires de la clinique se déroula au comptoir de réception, sur une période de trois semaines. Cela permit d'échanger à plusieurs reprises avec les secrétaires de la clinique et de réfléchir avec elles sur leurs interactions avec des patients. Des moments plus formels de réflexion et de coaching avec le personnel professionnel furent impossibles en raison de contraintes diverses dont celles liées au temps et aux coûts liés à ces activités.

4.5 Collecte des données

Conformément à la méthodologie d'un devis de recherche par étude de cas, la cueillette des données, en partie intégrée aux activités de la formation continue, réfère à une diversité de sources. Celles qui sont directement liées, chronologiquement, à des étapes précises de la formation et de la recherche sont indiquées au Tableau III, illustrant l'intégration de la recherche à la formation.

En première étape de formation, les participantes furent d'abord rencontrées individuellement afin d'identifier leurs perspectives sur les défis, les gratifications et toute question à l'égard de leur travail auprès des personnes prestataires de l'aide sociale (voir guide de rencontre à l'Annexe 4). Ces rencontres visaient à soutenir l'établissement d'un lien avec chaque participante ainsi qu'à sonder leurs perspectives respectives sur leur travail auprès de personnes PAS. L'information recueillie permettait d'orienter la présentation de la première activité de formation tout en constituant une source de données pour la recherche, notamment en lien avec la Question 1.

Dans l'étape 2, nous avons conduit des discussions de groupe suivant la projection du film *À l'Écoute*, et celles des capsules la soirée du 31 mai et du 21 juin. Ces échanges furent également enregistrés et ensuite transcrits, à l'exception de la discussion la soirée du 31 mai. Ces données permettaient d'accéder aux réactions et réflexions des participantes, en temps réel, sur le matériel éducationnel ainsi qu'aux échanges entre

elles et la formatrice. En ce sens, les transcriptions des échanges de groupe contribuaient des données essentielles à la recherche, en particulier en lien avec la question des objections et obstacles à l'apprentissage (Question 2).

À mi-parcours de la formation, de brèves entrevues individuelles (5 à 20 minutes) informelles furent réalisées avec 11 participantes—les quatre autres n'ayant pu être rencontrées avant la dernière activité de formation. Le but était de mieux connaître leurs perspectives sur les premières étapes de la formation, d'appréhender leurs réflexions ou questions sur le contenu de la formation, et d'apprécier les effets de leur participation sur leurs croyances et actions. Ces rencontres, enregistrées et retranscrites touchaient aux deux questions de recherche.

Au cours de l'étape 4 de la formation (voir Tableau III), notre présence à la réception de la clinique permit d'assumer un rôle d'observatrice-participante i.e. en toute connaissance des membres de l'équipe et d'assurer une participation minimale à leurs activités.²²⁵ Les interactions avec les secrétaires, constituant à la fois un substrat de recherche et une activité de formation, permirent d'aborder et de réfléchir avec elles, notamment sur les échanges d'informations et interactions entre elles et les patients. La nature de l'interaction (e.g., un patient qui se présente à la réception pour signifier sa présence), des aspects de l'environnement physique (e.g., le nombre approximatif de personnes dans la salle d'attente ou au comptoir), la perspective de la secrétaire sur l'interaction ainsi que sa réaction aux commentaires de la formatrice étaient alors notés succinctement et discrètement en vue de faire l'objet d'une entrée plus élaborée dans le journal de bord ultérieurement. L'observation a parfois porté également sur les interactions des secrétaires entre elles. Enfin, l'observation participante s'effectua sans grille standardisée d'observation, de manière à réduire la réactivité qu'une telle grille risquait de susciter dans l'espace très restreint derrière le comptoir d'accueil.²²⁶

Enfin, la cueillette des données s'est conclue par des entrevues finales individuelles semi-structurées (60 à 120 minutes) auprès de l'ensemble des participantes. Ces entrevues

furent réalisées dans un lieu tranquille de leur choix, enregistrées et transcrites en vue de leur analyse éventuelle.²²⁶⁻²²⁸ Elles visaient à explorer des dimensions du processus d'apprentissage, sur le plan expérientiel et cognitif, et la perception des participantes quant à des changements dans leurs perspectives et actions et quant aux barrières contraignant ces derniers. Le guide d'entrevue finale fut ajusté à la suite des premières entrevues pour tenir compte de thèmes émergents, comme cela est souvent le cas dans une démarche de recherche qualitative (voir Annexe 5). Notons que le guide prévoyait l'ajout d'une question personnalisée en fonction du contenu de l'entrevue initiale de chaque participante. Ce procédé permettait de ramener les participantes à des affirmations antérieures à la formation pour connaître leur perception de l'évolution de leurs perspectives.

Plusieurs documents liés à l'administration de la clinique (p.ex., Énoncé de mission, Politique des rendez-vous manqués) furent également collectés à différents moments dans le temps. Ces documents facilitaient notre compréhension d'aspects du fonctionnement de la clinique tout en donnant accès à des représentations collectives des membres de la clinique à l'égard de leur travail. Enfin, nous avons tenu, tout au long de la démarche de formation et de recherche, un journal de bord (105 pages à simple interligne) comportant des descriptions élaborées à partir des notes d'observation de terrain—prises immédiatement à la suite d'activités, d'échanges ou de discussions—, des échanges par courriel ou par téléphone, des réflexions et la prise des décisions liées à la formation et à la recherche.

Tableau III: Étapes de la formation continue et de l'étude de cas et sources de données

Étapes de la formation continue et de l'étude de cas (ci-contre)	Étape 1 formation: <i>Identification des problèmes</i>	Étape 2 formation: <i>Visionnement et échanges sur le film</i> (2 heures)	Étape 3 formation: <i>Visionnement et échanges sur les capsules</i> (5 heures) (31 mai et 21 juin)	Étape de recherche mi-parcours	Étape 4 formation: <i>Coaching informel</i> (comptoir d'accueil)	Étape finale de la recherche
Sources de données (ci-bas)	(5 au 29 avril)	(2 mai)		(6 au 12 juin)	(27 juin–18 juillet)	(Septembre–novembre)
Brèves entrevues individuelles enregistrées	X (N=15)					
Notes de terrain/d'observation participante	X	X	X	X	X	
Discussions de groupe enregistrées/transcrites		X	X			
Entrevues individuelles semi-dirigées enregistrées/transcrites				X (N=11)		X (N=15)

4.6 Analyse des données

Bien que l'analyse des données s'amorçât dès la première étape de la formation—en vue de préparer les étapes ultérieures—, une phase d'analyse plus intensive s'échelonnant sur une période de 4 mois débuta immédiatement à la suite de la dernière entrevue finale. Afin de faciliter cette étape de l'analyse, un fichier central fut constitué des transcriptions d'entrevues finales, des discussions de groupe et des documents administratifs, à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDA Miner.²²⁹ Notons que les transcriptions d'entrevues de mi-parcours, tout comme le contenu des brèves entrevues initiales, bien que n'ayant pas été intégrés au fichier central, ont fait l'objet d'une analyse au même titre que les autres données et permirent de renforcer la crédibilité des résultats de la recherche.

Au total d'environ 500 pages, les données transcrites et intégrées au fichier central furent analysées en une série d'étapes itératives de codage et de réduction des données, en fonction de thèmes et sous-thèmes émergents mais aussi en s'appuyant sur les

propositions théoriques liées à notre cadre conceptuel, une approche généralement associée au devis par étude de cas.²²⁰ Ainsi, tout en étant ancrée dans la théorie de l'AT, l'analyse est demeurée inductive,²³⁰ dans le respect d'une étude comportant une dimension exploratoire visant l'approfondissement de notre compréhension de l'objet d'étude.

Concrètement, notre analyse qualitative fut de type thématique, à prime abord. Ceci comporte des étapes de dé-contextualisation ou de segmentation des données, suivies d'une étape de re-contextualisation de ces données.²³⁰ Dans une première phase, l'analyse consistait à identifier des segments de texte ou de discours comportant une unité de sens²³⁰ et correspondant aux principales rubriques de nos questions de recherche et de notre cadre conceptuel (i.e. expérience de dilemme, remise en question, réflexion, recherche d'information). Ainsi, des portions de verbatim d'entrevues furent identifiées avec des parenthèses et marquées à la main d'un code, en fonction de ces rubriques.

Une deuxième phase de dé-contextualisation et de codage des données fut menée en collaboration avec une sociologue et associée de recherche de la Division santé et société de la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill, Dr. Alissa Levine. Ce travail, réalisé d'abord sur les cinq premières transcriptions d'entrevues, mena au découpage des rubriques préalablement identifiées en thèmes et sous-thèmes afin de rendre compte des concepts d'intérêt pour cette analyse en fonction des données empiriques. À ces thèmes et sous-thèmes, à la fois plus empiriquement et conceptuellement fondés, furent attribués divers codes issus de l'exercice de segmentation et codification mené indépendamment par chaque chercheure. Les deux codeurs ont comparé, parfois combiné et/ou ajusté les différents codes de manière à résoudre des divergences mineures. Un schème de codage, ou une « structure organisationnelle »²³⁰ pouvant être appliquée à l'ensemble des données fut générée (voir Annexe 6). Les thèmes et sous-thèmes, à ce stade, en étaient à une formulation préliminaire et ont été conceptuellement élaborés via la poursuite de l'analyse qualitative.

Ainsi, les segments de verbatim codés furent par la suite re-contextualisés à l'aide du logiciel d'analyse le quel QDA Miner²²⁹ i.e. regroupés en fonction de chaque thème et sous-thème pour élaborer la signification de chacun à partir des données empiriques. Cette phase interprétative a permis d'élaborer la signification à partir des perceptions et expériences des participants²³¹ en regard de la formation déployée dans le contexte de leur milieu clinique. Le processus interprétatif fut également facilité par l'utilisation de matrices.²²⁸ Pour chaque thème et sous-thème, les perspectives propres à chaque participante ont été résumés. Cela a permis de nuancer la signification des thèmes et sous-thèmes, notamment en distinguant les différences selon les rôles assumés par les participantes.

Au-delà de l'analyse thématique, il importe de préciser que l'interprétation de la signification accordée par les participantes à leur expérience d'apprentissage et aux obstacles soulevés s'est poursuivie en mode écriture. À cet égard, l'analyse qualitative fut inspirée des principes de la phénoménologie interprétative.²³² Tout comme pour l'ensemble des variantes de la phénoménologie, la phénoménologie interprétative demeure centrée sur la signification accordée à l'expérience vécue, et reconnaît l'importance de l'intersubjectivité et la multiplicité des réalités.²³³ Elle s'intéresse toutefois davantage à la forme des récits des participants et aux intentionnalités qui y sont inscrits pour la compréhension de leur expérience, plutôt qu'au contenu de leur subjectivité et de ce que les participants savent consciemment.²³³ De la même façon, la phénoménologie interprétative se distingue des approches purement descriptives en ce qu'elle s'intéresse aux influences contextuelles politiques ou organisationnelles sur la signification qu'accordent aux événements les participants.²³² Ainsi, au moment de l'écriture, nous avons considéré les perceptions et expériences des participantes à la lumière d'aspects de l'organisation du système de soins buccodentaire, de l'idéologie dominante et des systèmes d'éducation universitaires. L'adoption d'une posture phénoménologique interprétative au moment de finaliser l'analyse permettait d'assurer un rapport empathique aux données de recherche et aux participantes tout en actualisant l'orientation critique et constructiviste qui imprègne cette thèse.

4.7 Stratégies de rigueur scientifique

La scientificité de notre étude de cas peut être appréciée en considération des stratégies mises en œuvre pour assurer la crédibilité des résultats de l'analyse, leur transférabilité à d'autres contextes ainsi que leur fiabilité.²¹ Selon Guba et Lincoln,²¹ le critère de crédibilité réfère à la notion de correspondance ou d'« isomorphisme » entre les constructions et sens qu'attribuent les participants à leur expérience et la représentation ou reconstruction qu'en fait le chercheur. Fondée sur une ontologie et épistémologie constructivistes, la crédibilité d'une étude peut être soutenue par le biais de diverses approches et techniques.²¹ Dans notre étude, d'une part, la crédibilité des résultats de l'étude est renforcée par la présence prolongée de la formatrice-chercheuse auprès des participantes, à l'intérieur de la clinique, tant pour les activités de formation que pour celles liées davantage à la recherche, assurant ainsi le maintien d'un lien de confiance avec les participantes. La période d'observation participante à la réception fut notamment bénéfique au rapport établi avec les secrétaires, puisque cette immersion de la chercheuse lui permettait de faire l'expérience et des conditions de travail des secrétaires. D'autre part, le recours à de multiples sources de données, dont les séries d'entrevues s'échelonnant dans le temps, les discussions de groupe et moments d'échange informels, permettait la contre-vérification de détails factuels, mais également le retour et l'élaboration progressive sur les perceptions et réactions des participantes à la formation. Aussi, le contre-codage effectué par une deuxième chercheuse, jusqu'à ce que notre schème de codage devienne exhaustif, renforce la crédibilité des résultats. Tout comme les séances de debriefing régulières avec notre directeur de recherche, le processus de contre-codage protège contre le risque de projection des perceptions et valeurs de la chercheuse pendant le processus d'analyse. Enfin, la tenue d'un journal de bord tout au long de la démarche de formation-recherche soutient également la réflexivité du chercheur²³⁴ et, par conséquent, la prise en considération des valeurs et perspectives de notre chercheuse principale.

D'après Guba et Lincoln,²¹ la transférabilité réfère au degré auquel les résultats s'ajustent à des contextes autres que celui de l'étude, lorsque ces contextes sont jugés comme étant similaires. L'évaluation de la transférabilité relève ainsi de la responsabilité du lecteur du rapport ou de la publication sur l'étude.²¹ De ce point de vue, la description détaillée de la composition de l'équipe dentaire, du quartier qu'elle dessert et de la répartition de ses sources de revenus, fournit les données pertinentes et utiles à une telle évaluation. Par ailleurs, notons de nouveau les ressemblances entre la clinique dentaire étudiée et le profil dominant des cliniques dentaires privées du Québec.²²³

En ce qui concerne la fiabilité, elle dépend du maintien, par le chercheur, d'un audit décisionnel et méthodologique permettant à un deuxième chercheur de suivre la progression de l'étude et d'arriver à des conclusions similaires.^{234, 235} Dans cette étude de cas, la fiabilité est assurée d'une part par le processus de contre-codage et d'autre part par le maintien d'un journal de bord documentant les défis rencontrés et les décisions importantes prises, tant en regard du déroulement de la formation que de la cueillette et analyse des données.

5. Résultats

Notre étude de cas instrumentale portait sur la participation d'une clinique dentaire privée à notre formation continue sur la pauvreté et la santé buccodentaire. Nous abordions la question de l'apprentissage des participants par le biais de deux questions de recherche :

- 1) Comment les participants perçoivent et vivent-ils les transformations qu'ils attribuent à leur participation à la formation?
- 2) Quelles sont les barrières vécues ainsi que les objections soulevées par les participants à l'égard des nouvelles perspectives et pratiques discutées en cours de formation?

Nous répondons à ces questions dans deux articles scientifiques que nous avons publiés en 2015 et 2016 et présentons ci-dessous: 1) *Humanizing Oral Health Care through Continuing Education on Social Determinants of Health: Evaluative Case Study of a Canadian Private Dental Clinic*²³⁹ et 2) *Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health*.²⁴⁰

Article de thèse #3

Humanizing Oral Health Care through Continuing Education on Social Determinants of Health: Evaluative Case Study of a Canadian Private Dental Clinic

Martine C Lévesque
Alissa Levine
Christophe Bedos

Abstract: Primary care practitioners are frequently unprepared to take into account the effects of social determinants on underprivileged patients' health and health management. To address this issue among dental professionals, an original onsite

continuing education (CE) course on poverty was co-developed by researchers, dental professionals, and community organizations. Integrating patient narratives and a short film, course material aims to elicit critical reflection and provide coaching for practice improvements. A qualitative case study conducted with a large Montreal Canada dental team reveals CE course participants' newfound understandings and increased sensitivity to the causes of poverty and the nature of life on welfare. Participants also describe revised interpretations of certain patient behaviors, subtle changes in communication with patients and improved equity in appointment-giving policy. Unintended outcomes include reinforced judgment and a tendency to moralize certain patient categories. Implications for health professional educators, researchers and dental regulatory authorities are discussed.

Key words: Education, continuing; cultural competency; health services accessibility; dental care; case reports; qualitative research.

People from low-income populations present with greater health problems and greater health care needs; this is a well-established reality, and a major area of interest to health researchers, service providers, and policymakers.^{1, 2} It is also the mainspring of the current public health focus on social determinants of health, which include access to high-quality health care services.^{1, 3-5} Yet, health care practitioners often fail to understand, empathize with, and take into account the lived reality of social factors affecting patients' health, health management, and responses to clinical care.^{6, 7} Prejudicial attitudes and discriminatory behaviors on the part of professionals towards low-income patients further compound this issue, and pose significant barriers to care-seeking.^{8-12,13}

Given the above, primary care practitioner awareness of and responsiveness to social determinants of health may be considered an important educational target and an approach to linking primary care to public health.^{6, 7} Low-income patients have called for health professional "sensitivity" and "advocacy training."¹³ These training needs equally

concern the world of North American private dentistry in which barriers to social responsiveness are considered to result from the general *social distance* or *social disconnectedness* between oral health professionals and underprivileged groups.^{14, 15} Countless dental educators have underscored dental education's limits and gaps in preparing future practitioners to meet the needs of underprivileged populations.¹⁶⁻²⁰ Literature on the subject indeed reveals the paucity and fragmented nature of approaches to developing social responsiveness in dental students and professionals, whether within the context of cultural competency or that of communication skills training.²¹

This article presents the results of an evaluative case study documenting a private dental clinic's response to an original, on-site, and interactive continuing education (CE) course on poverty. Founded on adult transformative learning theory, the course aims to develop professionals' understanding and capacity to respond to social determinants of health within a patient-centered philosophy of care. To our knowledge, no such CE course is currently offered to dental professionals in North America, nor does the dental education literature provide any account of similar initiatives within undergraduate training.

Our case study pursued the following objectives: 1) to understand how course participants perceive themselves to have evolved (e.g., regarding beliefs, views, approaches to care etc.) as a result of their participation in the course and 2) to uncover perceived barriers and objections to practice improvements discussed during the training. We address objective 2 in a second article linked to this case study. In this paper, we present and discuss the CE effects on participants, in terms of new meanings, new actions, and new subjective experiences participants describe in relation to their work with patients living on welfare. We elaborate on implications for health professional educators, researchers, and health regulatory authorities having an interest in health and access-to-care equity.

An original educational intervention. In 2006, McGill University's Division of Oral Health and Society formed the *Listening to Others* knowledge translation partnership with the Université de Montréal Faculty of Dentistry, the Quebec Dental Orders and the Collectif pour un Québec sans pauvreté (Québec Anti-poverty Coalition). Participating members (N=10) have since been collaborating towards the conceptualization, production and evaluation of educational tools on poverty and oral health. Over the years, we have produced a 90-minute DVD of personal accounts on the part of people living in poverty and nine educational capsules on social determinants of health. We have also produced a short film depicting the daily stressors and concerns of a single mother living on welfare, as well as her interactions with staff at a dental clinic where she consults for a painful tooth. (for details on the participatory development of the film, please see Lévesque et al.)²². The thematic capsules integrate filmed accounts on the part of people living on social assistance, on the part of practitioners, and of researchers. They also include factual information, theory, and data pertaining to the themes addressed. Largely founded on a patient-centered care philosophy,^{23, 24} the capsules conclude with some suggestions as to how oral health professionals might consider and respond to patients' social context (e.g., when making recommendations, during treatment planning, when scheduling appointments).

Our educational tools have been integrated into an on-site, credited, interactive continuing education (CE) course. More specifically, the CE course includes both the film and the following six capsules: 1) The causes of poverty and welfare; 2) Housing and food insecurity, basic needs competing with oral health; 3) Welfare and work; 4) Oral healthcare trajectories and access-to-care; 5) Managing dental appointments and 6) Stigmatization and relationships with oral health professionals. The tools are used within a context of guided group discussions and critical reflection²⁵ aiming to promote dental team members' *perspective transformation*,²⁶ through a process summarized below. The training is also designed to respond to emerging learning needs through the provision of individual or small group coaching and customized practice strategy development.

Theoretical framework. Grounded in constructivist epistemology, transformative learning theory posits that critical reflection and validity testing of the premises underlying beliefs and judgments may lead to the negation of these premises.²⁶ ²⁷ This process may bring about new ways of posing a problem, and to the restructuring of perspectives or belief systems.²⁶ New or revised beliefs or transformed perspectives will in turn influence the interpretation of circumstances, events and experiences, any of which may take on new meaning for the learner; new actions may also result in relation to these new meanings or interpretations.²⁶

A process of transformation initiates in response to a *disorienting dilemma* (i.e., a sense of discordance between a newly presenting situation and longstanding ways of interpreting events or phenomena); the dilemma may be linked to an eye-opening discussion, a piece of art, a poem, a book, or any major challenge to an established perspective.^{25, 26} With its short film and patient narrative based content, our continuing education course aims to provoke a sense of disequilibrium in learners and an associated questioning of assumptions. The course is also designed to support learners' premise reflection, through group animation techniques based on critical questioning,²⁵ and the provision of up-to-date information on social determinants of health. Ultimately, the educational aim is to support the development of new meanings and actions explored with the support of brief coaching sessions (see Figure 1).

Methods

Research design: Single qualitative case study. From April to August 2012, the participation of one private dental clinic in our CE course constituted our single qualitative case study.^{28, 29} Allowing in-depth analysis and contextualized understanding of complex processes, the single-case design was coherent with the exploratory nature and developmental evaluative meta-framework of our research.^{30, 31} The choice of the clinic was both purposive and opportunistic. The dental clinic owner had previously been involved in a pre-test conducted on one of our educational tools; she had shown

interest in providing her entire clinic with some training on poverty. Furthermore, the clinic size and composition are typical of Québec private dental practices, thus providing a pertinent context for gaining potentially transferable knowledge. Finally, the case study clinic accepts and treats patients on social assistance within their private practice (representing 15% of their revenues vs. 54% linked to privately insured patients), and thus met our only inclusion criterion. Ethical approval for the study was issued by the McGill Faculty of Medicine Institutional Review Board, in February 2012.

Located in a Montreal neighborhood of approximately 135,000 people, the participating clinic staff (n=15) included three dentists, five dental hygienists (d.h.), three dental assistants (d.ass.), three secretaries, and the clinic coordinator. All participants were female and their years of work experience ranged between two and 22. The staff was organized into three clinical teams (one per dentist) that were overseen by the clinic owner, also a practicing dentist. This particular set-up is typical of Québec dental clinics, generally comprised of three to four dentists.³² With the exception of the dentists—two of whom received percentages of the revenues they, or the dental hygienists they supervised, generated—clinic staff members were wage-earning employees. With two staff departures, 15 team members participated in the course activities and final interviews; two employees (one d.h. and one d.ass.) on maternity leave at the time of the training indeed agreed to meet with our researcher-trainer, in a separate group setting, to view and discuss the course material. All participants gave informed consent to participate in both the course activities and the associated research process. Salaried staff received their wages for all CE hours and for the interviews linked to the associated research. As well, the professional staff received continuing education credits.

A majority of participants took part in eight hours of credited, formal, educational activities, provided directly at the clinic. These activities included group viewing and discussing in depth the 15-minute film (two-hour activity) and six educational capsules (a total of five hours). The group activities took place evenings, after clinic hours, to

preclude interference with patient scheduling. Also, during a three week period of participant observation in the reception area of the clinic, several discussions unfolded between our course trainer and front office personnel. These conversations aimed to help staff reflect on some of their interactions with patients, in particular regarding obtaining information of patients insured through welfare. Formal coaching with professional staff did not take place due to time and economic constraints.

Data collection and analysis. Brief (10-20 minutes) audiotaped open-ended initial interviews were conducted with all participants in order to uncover their baseline perceptions of challenges and successes in working with patients insured through welfare. Two CE group discussions—that following the film projection and that surrounding the second evening presentation of capsules—were also audiotaped and then transcribed. They provide data on participants' reactions to and reflections on the educational material as well as their responses to one another during critical discussions. Non-directive brief mid-term interviews (5-20 minutes) conducted with 11 participants (we were unable to schedule interviews with the four others prior to the last training activity), and individual semi-structured final interviews (60 to 120 minutes) conducted with all 15 participants, were all audiotaped and transcribed. These aimed to uncover traits of participants' learning processes, both affective (i.e. emotional level) and reflective (i.e. cognitive level), as well as their perception of changes in their views and experience with patients. The interview guide was adjusted in response to patterns and themes emerging in the first few interviews, as is often the case with qualitative research.³³ Several clinic administrative documents (e.g., policy and procedure) were also collected. Finally, our researcher-trainer (ML) maintained a journal (105 single-spaced pages) integrating field observations, reflections, and an account of decisions made throughout the training and research. Notes relating to reflective conversations between trainer and front office staff during periods of participant observation were also recorded in the journal.

To facilitate data management and to support analysis, a centralized file containing the final interviews, group discussions, and clinic documents, was constituted using QDA Miner software.³⁴ Iterative stages of data coding and reduction then took place over the course of several months. In an initial stage lead by our first author (ML), meaningful interview segments were identified according to broad categories associated with our research question on course effects (e.g., new beliefs, actions, or experiences with patients). Units of meaning related to characteristics of clinic context and culture that interact with or constrain course effects were also identified and coded. In a second phase of in-depth analysis, the broad categories were refined and coded according to specific as well as emergent themes and patterns. This analytical work was carried out by our first and second author, independently, on the first five interview transcripts. Codes were then compared, combined, and adjusted to resolve minor discrepancies, thus producing an exhaustive coding scheme applicable to the whole of the data. Further analysis of data segments grouped according to the coding scheme, generated a synthesis³³ of participants' perceived and contextualized responses to the training. Referring back to the audiotaped initial and transcribed mid-term interviews with participants helped establish the credibility^{35, 36} of our findings, with regards to participants' perceived changes. Additionally, peer debriefing took place throughout the entire data collection and analysis with our third author (CB).

Results

Group discussions were very dynamic, in spite of staff frustration with the evening schedule, reported fatigue, and the sense that more time would have been required to deepen and intensify discussion on several points and emerging issues. Despite this context, and despite ideological constraints on learning³⁷, differences in perspective following the continuing education were described by all participants. These differences were linked, for many, to changes in their subjective experience with patients. These changes were also associated at times with actions that can be considered significant from the standpoint of health care equity.

In line with the course's theoretical underpinnings, these results are organized in accordance with dimensions of adult transformative learning outcomes: *the integration of new meanings* and *the integration of new actions*. Changes in participants that may correspond to intermediary phases of a transformative process are described in the section, *On the path to transformation*. We note that most themes and perspectives transcend job titles and professional roles. When views and experiences are linked to participants' specific job tasks and positions on the dental team, we explicitly point it out. Interview excerpts have been translated from French to English and all names are pseudonyms.

The integration of new meanings. The integration of new meanings refers, broadly, to newly developed ways of making sense and thinking about people, events, behaviors, or situations.²⁶ In the context of this case study, new meanings refer to participants' *revised beliefs on the causes of poverty and welfare; a broader understanding of everyday life on welfare; increased empathy and sensitivity to the lived experience of poverty and welfare; revised interpretations of certain patient behaviors; and heightened belief in the need for social change.*

Revised beliefs on the causes of poverty and welfare. Causal beliefs about poverty represented a dominant and, for some participants, intrusive, preoccupation throughout group discussions and final interviews. At the conclusion of the training, several participants discovered a new category of persons, for whom welfare results or partly results from causes or factors external to themselves. Unforeseen life events and the recognition of structural factors such as a lack of resources and social support are associated with these newly developed perspectives:

Q: What would you say you got out of the training?

A: I'd say the recognition of those people that, we saw in the [video] capsules, that there are people that it's not because they want to be there [on welfare]...there are people that didn't want to be on welfare and that are despite themselves, because they did not have a choice in their life, something happens, a disease or whatever... we can judge them less —Michelle, d.h.

That's another point I didn't tend to think about, that, ah, well, they're in an unfavorable environment, so they don't have the resources. You know, before I wouldn't think that at all. —Sarah, dentist

In addition to those having developed more discerning views, several participants describe a strengthening or confirming of their beliefs on causality. Reinforced perspectives include those dominated by a humanistic outlook on welfare and poverty as well as dichotomous thinking according to which patients fall into either a meritorious or non-meritorious category.

I think it's just confirmed what I already knew about people that are on welfare, their situation somewhat. I mean, I never thought someone would go on [on welfare] for fun. I think that when you're on welfare, it's because you really have no choice. —Cindy, d.ass.

Whether it's a small percentage or not, I'm certain not everyone needs it, and for sure there is a certain percentage that is taking advantage [of the system] there. But it made me see a little more how people who really need it, to what extent the help is there, but not so much though really... For those that have it, and that have children, who have a hard time making it, it's not such a big help. I think they could get more [help]. —Sandra, d.h.

A minority of study participants did not appear touched in any direction with regard to their views on causality. These participants re-asserted their beliefs at various points in the training and within the interviews, at times recalling instances in which people receiving social assistance behaved in ways in which they felt confirmed.

Broader understanding of everyday life on welfare. A vast majority of participants report an increased awareness of everyday life on welfare. These include parts of people's lives that challenge both their time and money management and how these challenges might affect patients' overall occupational schedule. Participants, at times, linked these understandings to patients' oral health consultation behaviors, as we detail in another section.

Over half the participants report having learned this important piece of information from the course: people living on welfare are allowed to work—through social re-integration programs or the labor market—and earn an additional small sum of money to top off their benefits. Several participants had no prior knowledge of the existence of back-to-work programs or policies and equally report this as new knowledge:

I didn't know that reintegration existed, that they could work a few hours. — Sandra, d.h.

I didn't know they could start working a little, and continue to be on welfare. — Michelle, d.h.

Participants also recollect issues likely faced by people living on very low incomes and trying to manage or improve their financial situation. For example, many members of the dental team were previously unaware that some people on welfare might turn to food banks on a regular basis. They recognize how difficult it might be to maintain nutrition or to access affordable housing. Many participants admit to learning, through the training, that welfare benefits were insufficient to cover the costs of basic needs:

They have to buy things like, like junk food; they can't buy much fruit and vegetables. —Sandra, d.h.

In addition to constraints due to work activities, a few participants recollect learning that people living on welfare may experience scheduling constraints related to childcare and transporting themselves to the clinic. In sum, some participants articulate how certain patients may find it challenging to manage their time and money to attend dental appointments:

... you know, those who have kids, they have a harder time making it to the clinic, they have to manage the kids, the babysitter,

Q: -you mean the associated costs?

A: Well, the costs yes, but the difficulty managing their schedule too. —Beth, dentist

It is interesting to note that several participants voice their interest in learning more about what frames the lives of people living on welfare. They admit to having little

knowledge about welfare and, despite working in a dental clinic, do not always understand the inner workings of the welfare dental plan. A few participants also express an interest in learning more, in general, about community resources people living in poverty might draw on (e.g., housing and food assistance) and in particular about those resources neighboring the clinic. Though increased knowledge about resources is framed, by several, as strategic for helping out certain patients, some participants seem to consider that a better understanding of social programs and community resources would enable them to categorize patients more effectively according to whether or not they are truly needy:

We learned that those people are always distressed and overwhelmed by their situation... I would have liked to have learned more about what is available, in society, to help them...

Q : The resources?

A : Yes, that's it... All the available resources, how they function, how they decide who they help and who can get what. I would have liked to know [more] to make up my own mind, about what it is they have access to and what they don't. —Sandra, d.h.

Increased empathy and sensitivity to the lived experience of poverty and welfare. A majority of participants describe an increased awareness and heightened empathy for the potential impact of poverty on the lived experience of certain patients. Several participants have come to realize that, in general, life on welfare for many could not be as simple or easy as thought previously:

I thought on welfare they earned more money than that; it seems that's what really struck me, and that, really, being on welfare is not fun. So that, that's changed a little bit my way of... You now, it's not fun being on welfare... in the sense that me, in the beginning, I'd say to myself: « Ah, welfare, they have money, they're comfortable really. » But no, you have very little... And, it's no party. —Carol, d.h.

Many participants also admit to learning and empathizing with specific psychosocial issues that people living on welfare may face. These include stressors related to filling fundamental human needs, such as feeding and housing oneself, and the distress associated with having to choose between oral health and general wellbeing. Others

realize the impact of feelings of shame about one's situation and how these may not be easily detectable in patients.

I try to be even more empathetic than I might have been because now I understand that those people, even if it doesn't show, might be shy and stressed about coming [to the clinic]. —Jennifer, d.h.

It's really confirmed for me the fact that, when they come to us, for them it's a huge luxury. —Cindy, d.ass.

Often you see it when they're fearful, that's easier... But insecurity, shame, those things would not cross my mind... —Jeanine, secretary)

Additionally, some participants report a generalized awareness and empathy extending beyond patients presenting at the clinic and related, for some, to issues of social isolation:

From the get-go, we don't think how difficult their days might be, how invasive their [people living on welfare] problems might be... And it's their environment, there's not a lot of help, of support. It's a form of [social] isolation of the individual that is not human... of their whole network. —Frances, clinic owner

On the other hand, for participants presenting with dichotomous thinking on the causes of welfare, increased sensitivity to some patients is not incompatible with an increase, following the training, in their negative valuation and insensitivity to those categorized as non-meritorious. When asked to comment on an earlier criticism made concerning a patient perceived as fraudulent on the basis of his way of dressing and liquid cash on hand, a secretary explains:

I still think that way. I haven't changed. I feel that way even more strongly... and I find I'm a wimp for not telling [the authorities] on them.

Q: What about the training do you think confirmed you in your way of thinking?

A: [I learned] there are more [people] than I thought that are really destitute... And I think it's for those who really need it, families, children. —Jeanine, secretary

Hence, some participants articulate how, as a result of the continuing education activities, feelings of contempt towards certain perceived patient-types were enhanced

by greater sensitivity towards others, and a perception that *non-meritorious patients take away from the others* (Jeanine, secretary).

Revised interpretations of patient behaviors. At the conclusion of the training activities, many participants describe notable nuances in their interpretation of various patient behaviors. The latter refer to patient receptivity to care, delays in consulting, welfare fraud, and patient availability for dental appointments. Participants link these revisions in their thinking to greater insight and sensitivity towards certain low-income patients' everyday lives and psychosocial challenges.

Understanding oral health may not always be prioritized by patients preoccupied with other primary needs helped dental hygienists reframe what was formerly perceived as a lack of receptivity towards professional recommendations.

They have other priorities, other stressors... They may not feel like taking care of themselves. ... Unless you have a cavity or gum problems, it's not painful, there are a lot of problems that aren't painful. So they'll try to calm [any pain] and calm their [other] most important [primary] needs before that... Well, now, after all that, I don't say to myself, he doesn't care about what it is I'm saying [regarding prevention through dental hygiene]. I say to myself, ok, it's not something he is concerned with right now. —Sandra, d.h.

Similarly, one participant newly interprets delaying consultation as a form of avoidance—of costs and of decision-making dilemmas—rather than negligence:

I wouldn't moralize, but [prior to the training] I'd think to myself: he's a little ignorant, he should have come before... Now I just take it that they just don't want bad news. In fact, we're all a little like that. —Jennifer, d.h.)

Aggressive behavior on the part of patients is equally revisited, by some, and interpreted more generously: “... *We don't know, they might be having difficulties at home...* (Melissa, d.h.)”

The discovery of welfare program rules surrounding work incentives and work reintegration programs appears to be associated with the revision of several beliefs. A few participants explain how they came to consider that “... *perhaps welfare fraud is not as prevalent a problem*” (Sandra, d.h.) as thought previously. Additionally, many participants describe the realization that patients mentioning scheduling constraints linked to work responsibilities are not necessarily working under the table or “*abusing the system*:”

... I don't think and I don't say anymore that they're working under the table, because before, I thought it 100%. In 100% of cases, when a patient said they worked and couldn't come [to the clinic], I'd think he was working under the table. But I don't think that anymore. —Sarah, dentist

Finally, some participants' general views on patient availability for appointments evolved. These participants asserted being more open to the idea of scheduling constraints:

When they tell me they're busy in the morning, that they can only come afternoons... I'm more open to that now. Before I'd have said: «Hey, come on, I mean you have nothing else to do (than go to the dentist)!» —Diane, secretary

The relaxing of expectations concerning patient availability was accompanied by a feeling of greater empathy with patients and attenuation of frustration towards patients requesting particular slots for appointments. For other participants, statements on patient availability reveal very little change and a belief that “...*in general, they have less of a schedule to follow... are less stressed [with their time]... and are more available*.” (Beth, dentist). Also, secretaries' views and judgments prove immutable on the issue of repeat missed appointments:

It's not because you have problems that you have the right to miss your appointments always, or cancel them like that and not respect that... —Katy, secretary

Heightened belief in the need for social change. Though participants make relatively few statements on society's role in their patients' lives, many, in response to the course, identified a few structural issues they felt should be addressed. These include the level of state investment in affordable housing, adequate nutrition and public dental care coverage. Concerning dental care, views range from the need for better preventive coverage for families on welfare, to, for one participant, the necessity of a universal and public oral health care system.

Statements reflecting heightened sensitivity to social or health policies affecting underprivileged people are attributable to the dental hygienists, dental assistants, and secretaries. While one dentist admits to feeling uncertain about whether further investment in social programs, generally speaking, would help people on welfare, the other two did not address this topic. Moreover, making improvements to public dental care coverage for people on welfare—including root canal therapy, for example—is dismissed by the dentists, who even suggest that it could be problematic; they raise the concern that dentists might abuse such insurance coverage. Indeed, the dentists criticize France's public dental care coverage, alleging that inclusion of endodontic procedures has led to some dentists allowing caries to deteriorate in order to benefit from the monetary gains associated with providing endodontic care.

Integration of new actions. Learning is considered transformative when it results not only in new meanings, but in new ways of behaving or acting that are based on revised beliefs or new understandings.²⁵ In this study, participants describe a few areas in which they take new actions: *ways of communicating with patients*, and *appointment-giving approaches with patients living on welfare*. These instances are reported here as evidence of unique ways in which participants were influenced by the continuing education.

Ways of communicating with patients. Several participants describe modifications, verbal or non-verbal, in their approach to interacting with patients.

Verbal communication. Changes include communicating more or differently *to* the patient, finding out more *from* the patient, as well as sharing decisions more *with* the patient.

One dental hygienist describes an increase in how much conversation is taking place between her and certain patients. Linking her changed behavior to her new interpretation of patient shyness or aggressiveness, she explains how she now strives to maintain her investment in the rapport with the patient:

Before, if a patient was a bit aggressive with me, I was more reticent. I wouldn't talk too much, I wouldn't explain too much. I'd think to myself, they don't want to know, I won't explain [it] to them. —Melissa, d.h.

The above participant considers that calmly pursuing patient education defuses patients' aggressiveness and can uplift them. She also reports providing more information on what is covered under the social assistance dental plan on the basis of her new awareness of patients' lack of knowledge and access to information on coverage.

The three secretaries in the study also report communicating differently with patients on welfare. These changes stem from a concern for discretion at the reception desk, a point addressed directly during group discussions and an issue linked to the waiting area set-up in relation to the front desk. The secretaries admit to having changed their wording when requesting the welfare dental insurance slip from patients, so as to avoid broadcasting the patient's social status. This is something we were able to observe directly, during periods of participant observation. Attention to choice of words, to patients' non-verbal behavior (e.g., gauging shyness), and prudence in general when interacting with patients living on welfare were expressed by a couple of dental hygienists as well.

Changes in verbal communication also refer to finding out more *from* patients and taking note of aspects of their social context. Members of one dental team report they now make efforts in this direction. The clinic owner, in particular, elaborates on her key

lines of questioning to access information on certain patients' level of food insecurity and/or their ability to transport themselves to the clinic. She considers herself to have gained in "*technical proficiency*" at questioning patients on these points, and attributes this gain to her greater knowledge about poverty:

I find my approach is more socially scientific... I try to take it a little further, not just, "Are you eating a lot of junk food?" rather, "Are you able to access the food you need, your weekly groceries?" —Frances, dentist and clinic owner

This dentist also emphasizes her tendency to attempt to learn more about patients in general, and her intention to encourage members of her staff to do the same.

A third area of verbal communication in which changes are reported concerns decision-making about oral disease treatment or prevention. One dental hygienist detailed her new approach to goal setting and was explicit about its application to all patients.

When you see things differently, you take different paths to reach your objectives... Like flossing, I give myself goals with the patients—« How about doing it once a week, would you be able to do that? "... I try to reach an agreement with the patient, and I write it in the chart... Before I was stricter. Now I'm more open; I say, « we'll do it, but we'll do it together." It's a compromise. —Melissa, d.h.

Hence, adapting goals, negotiating at times with patients, and making dental hygiene a joint project, represented a course outcome for this particular dental hygienist.

Finally, it's important to note that not all changes in verbal communication can be considered consistent with the orientations or aims of the continuing education program. Indeed, one dentist describes an increase in her propensity to moralize and reprimand patients she considers to be system abusers:

Q: The one you call « the bum », do you have the same perspective as before the training?

R: Yes, that won't change. You see, he is a system abuser. He will remain a system abuser... when a person does it consciously...

Q: And your feeling and way of being with them?

R: With that class of people? Well, I'm all the more comfortable, challenging them, telling them off... —Beth, dentist

Non-verbal communication. Intentional changes to non-verbal communication include shifts in physical positioning in relation to patients during interactions. Three clinical staff participants (one dentist and two dental hygienists) describe their improved awareness and attention to how power differentials between professionals and patients are at times emphasized by body positioning:

It really struck me, just how we are positioned, and the power relations involved when we're two on one. I'd never thought about it, and how it can be intimidating.
—Carol, d.h.

The two dental hygienists who became more attuned to body positioning and its communicative power emphasize the knowledge differential between professional and patient. They also recognize that this source of power imbalance is present with all patients, and that positioning themselves so as to reduce physical distance enhances the encounter.

Appointment-giving approaches with patients living on welfare. Two of the three dental teams offer a weeknight schedule from which patients on welfare were excluded prior to the continuing education. Following the training, both the secretary and dentist of one of these two teams describe modifying their approach so as to be more inclusive:

Now it's become so that when patients on welfare tell me: "No no, I work.", it's "Ok." Yes, I've learned that they could work a certain number of hours, or months... So now we've (the dentist and I) revised our way a bit. We try not to put too many in evenings, but those that say they work, ok, then we do it. (Katy, secretary)

Softening appointment-giving policy, for this one team, is in direct relation to their learning about return-to-work programs, incentives, and rules established within the social assistance program. Also evident is the reluctance with which this modification is brought about. When asked how she feels about it, the secretary's immediate response concerns her suspicion that some people are working under the table. She also admits to

feeling more comfortable when patients living on welfare “justify” their request for an evening appointment by assuring her that their schedule requires it (—Katy, sec.).

With regard to the second team offering evening appointments, the dentist affirmed she would never offer the latter to a patient on welfare—unless the patient were “an exceptionally good patient”—that is, both deserving of welfare (the meritorious welfare recipient) and having a proven track record as a reliable and conscientious patient.

On the path to transformation. At the conclusion of the study, participants describe other qualitative changes in their experience with patients living on welfare: *increased self-awareness, inquisitiveness about patients, and uncertainty about one’s actions with patients.* Though these changes are not necessarily associated by the participants with changes in their beliefs, behavior or practice with patients, they may be considered intermediary steps of a transformational process that acknowledges the importance of becoming self-aware and questioning oneself.²⁶

Increased self-awareness. A majority of participants perceive an increased critical awareness of their own attitudes, perspectives or ways of being with patients. Several also took notice of and denounced their colleagues’ opinions and behaviors. Views or attitudes perceived as potentially detrimental to human rapport with patients include prejudice, as well as limited understanding or sensitivity to poverty:

I realized that there are a lot of people [on the dental team] that think that there are few people on welfare who really have it hard, and can’t make it. —Shelly, d. ass.

I thought my humanism and sensitivity were great enough. But it’s a reality that I do not know. There’s a gap. —Frances, clinic owner

The clinic owner commented extensively, during discussions following the film viewing, on the “social clash” opposing underprivileged people to dental professionals. In reaction

to the film, she noted how colliding realities surface during, and influence interactions focusing on treatment options and their costs.

Increased self-awareness also relates to common admonitions to patients, welfare or not, recognized as moralistic and potentially hurtful:

You know in the [video] capsule, there was a lady saying, “Ah, I hate it when dentists or health professionals say: Why didn’t you come earlier, why did you wait?”. Well, right after we saw that clip, my new dental assistant said that [to a patient]. She hadn’t been at the training. So, you know, it’s something that if you’re not sensitized to it, it’s really the kind of thing you say. —Sarah, dentist

One dentist also commented on the speed of the clinic workflow, on her associated loss of patience over time, and the importance of making an effort to “*stay human*” (Beth, dentist) and “*to try to put myself in their [the patients’] shoes*” (*idem*).

Inquisitiveness towards patients. Some participants have developed an inquisitive stance about patients on welfare when interacting with them.

Since we’ve had those meetings with you, since all we saw in the capsules, in the video, it changes. Before, I treated my patients well; but now, I’m more attentive: I think to myself, what might be going on with them? I had a family come in with a five year old and a one and a half, they came with their father and grandmother, they were living with the grandmother... They were on welfare. I wondered to myself, what is going on here? —Melissa, d.h.

I at times will ask myself, “What is it that happened for them to end up on welfare?” —Michelle, d.h.

Uncertainty about one’s actions with patients. A third new form of experience certain participants describe concerns a sense of hesitation or doubt as to how to behave or interact with patients.

After seeing the scenario, in the intimacy of the patient’s life, it made me understand that, maybe our approach is very good, but maybe we could be more delicate, choose our words... It’s as though I came out of all this wondering “Should we change our approach even more?” —Michelle, d.h.

One dental hygienist (Sandra) questions her newfound form of detachment from the patient encounter and tendency to “*back down*” from explaining to or teaching a patient perceived as non-receptive. Attributing her new behavior to her understanding about some patients’ tendency to prioritize primary needs over their teeth, she admits some dissatisfaction, uncertainty, and frustration at not having found a way to “*reach*” her patients.

One secretary acknowledges that, as stated previously, she has modified her choice of words when requesting the welfare slip, in her concern for discretion. However, she remains uncertain as to whether or not the use of the expression “welfare slip” can be acceptable at times, an indeterminacy that causes her some discomfort:

Now we don’t even know how to say it, that’s how afraid we are of offending someone. —Diane, secretary

The clinic owner expresses yet another situation in which ambivalence and discomfort are experienced: deciding whether or not to offer patients on social assistance non-covered treatments as options for care. Having learned through the training that proposing a non-covered root canal in no way signified a form of fraud, as she had previously thought, the dentist’s confidence in proposing it increased. At the same time, her heightened awareness of the prevalence of food insecurity generated a new concern that offering patients non-covered treatment options might further compromise their primary needs.

Areas of uncertainty and ambivalence remained unresolved at the time of the final interviews.

Discussion

In sum, the dental clinic staff’s participation in our CE training on poverty and oral health led to positive outcomes—in terms of improved knowledge, awareness, beliefs, attitudes and practices—as well as to some unintended and undesirable consequences. We discuss these results in two separate sections below.

Positive outcomes. From our perspective as educators and researchers on poverty and oral health professional practices, we consider as positive the following changes in participants: increased knowledge, understanding and awareness of aspects of life in poverty and on welfare, enhanced empathy and sensitivity to psychosocial experiences of people living in poverty, improvements in communication, more leniency with office policy, as well as new or revised beliefs about patients' behaviors and about the causes of poverty. Though we cannot attest to the continuance, beyond the time of the final interviews, of these educational outcomes, they remain significant on several levels.

Even a slight shift in longstanding causal beliefs concerning poverty may be meaningful, given known associations between causal attributions and a professional's tendency to provide psychosocial support or his or her inclination to advocate for social change.^{38, 39} Several participants do indeed report new or reinforced convictions as to the necessity of structural changes and perhaps may be more disposed to advocate for or support them.

At another level, enhanced understanding and sensitivity to poverty clearly speak to some of the needs expressed by low-income populations^{12, 13} and to the call for primary care practitioners to improve their awareness of social determinants of health in order to play a public health role, at the patient level.^{6, 7} In our study, several reported changes in non-verbal aspects of interaction and in levels of discretion at the front desk likely contribute to a more welcoming environment, a highly valued health services asset.¹³ In addition, improving equal access to evening appointments is undeniably a step in addressing discriminatory office policy, a documented oral health access-to-care barrier.^{8, 9} Finally, though increased shared decision-making is mentioned by only one participant, this result remains meaningful, given the regrettable reality that health professionals tend to communicate and collaborate less on care decisions with underprivileged patients.^{40, 41} Consequently, and despite the fact that our educational

ambitions (e.g., making more widespread practice improvements) were significantly limited by participants' strongly held ideologies (described and addressed in a second article³⁷) we maintain the CE learning outcomes are relevant to many essential health professional educational objectives for improving care for underprivileged populations.

We also advance the pertinence of patient narrative and drama-based approaches—both of which are gaining recognition in health professional education—⁴²⁻⁴⁸ to stimulating critical dialogue and translating knowledge. Gains in knowledge and understanding about the lived reality of social determinants appear to have posed a direct challenge to several participants' premises concerning patients on welfare, as is reflected in revised beliefs regarding certain patient attitudes or actions (e.g., “non-receptiveness” and consultation delays). Our results highlight participants' discovery of taken-for-granted meanings and expectations towards patients and reveals humanized interpretations of certain patient behaviors.²⁷ Though, clearly, the course did not lead to any major restructuring of belief systems or worldviews, participants constructed new meanings that, over time, may contribute to the transformation of frames of reference through incremental learning.^{25, 26} Participants at times also specify that their gains, in perspective or in action, apply to patients and situations outside the clinic, indicative of potentially durable change. Finally, participants describing a sense of discomfort, hesitancy and/or doubt in aspects of their work with patients may be conceived of as having taken an initial step in a transformative process that assumes an inceptive sense of disorientation and questioning that may lead to premise reflection.²⁷

Current dental educational practices, whether within undergraduate curricula or within continuing medical education, remain dominated by instrumental, technical and cause-effect teaching and learning; they struggle to integrate person-centeredness in general⁴⁹ and socio-cultural competency training more specifically.⁵⁰ Curricular approaches to the latter are frequently fragmented^{51, 52} and methods employed to teach these competencies are frequently atheoretical. These study results emphasize the pertinence, for dental educators, of addressing social-relational aspects of care in

practitioners or future oral health professionals and the relevance of arts-based critical reflection and transformative learning theory as a foundation for doing so.

Unintended and undesirable learning outcomes. Our patient narrative and reflection based CE course is not without certain pitfalls. A few participants experience what we consider unanticipated and undesirable responses to the course, describing reinforced perspectives on the causes of poverty. These include the categorization of patients into deserving and non-deserving poor, a documented issue among dental practitioners, to which are sometimes linked discriminatory practices.^{53, 54} Moreover, reinforced individualist and moralistic causal perspectives, in this study, are at times associated with stronger contempt toward patients considered non-deserving and, as described by one dentist, the potential to harden attitudes and make communication harsher (e.g., scolding patients). Finally, we note that a few participants display a tendency to seek out knowledge they feel might justify their categorical thinking. These results are disturbing as they confront us with the reality that the same educational material and approach can have both positive and negative effects, sometimes within the same person.

Final interviews indicate these paradoxical results have to do with participants' specific affective reactions to the different people giving narrative accounts in the video capsules, the degree to which participants are able to relate to these persons, and also whether or not they are perceived to correspond to patients at the clinic. Though we address this more thoroughly in an upcoming—a third—paper discussing specific reflective (i.e. cognitive) and affective (i.e. emotional) learning processes uncovered in our case study, we emphasize the need for critical discussion, in real time, on reactions to the individuals giving video accounts and, specifically, on how and on what premises they are being categorized. Knowledge and theory to support these critical discussions would include studies on the phenomenon of so-called *othering*⁵⁵ and research into the different phases of acceptance of poverty and welfare.⁵⁶ Indeed, research has illustrated the process through which material deprivation and exclusion may lead an individual to

disqualify him or herself and to display behaviors and attitudes that contribute to disqualifying him or her in the eyes of society.⁵⁶

Additional material and discussion supporting the deconstruction of perspectives on welfare fraud would also be contributive, given several participants' particular preoccupation with this topic. Addressing categorization and prejudice towards people receiving social assistance is a crucial component of any educational endeavor to develop social responsiveness on the part of health professionals. Further research needs to be conducted on how to best accomplish this, and health regulatory authorities should directly address prejudice towards underprivileged groups by campaigning against it and its deleterious effects on underprivileged patients and their health.

Study limitations

Several study limitations should be kept in mind. Given the study unfolded over several months and involved many interactions with course participants, the final interview content may be conceived of as the natural progression of an on-going conversation between participants and the course facilitator/researcher. Although this constitutes a significant methodological strength, it remains likely that some degree of social desirability bias may have led certain participants to enhance accounts of perceived changes; they may also have under reported reinforced or negative views. We feel we were able to at least partially mitigate the impact of the social desirability bias by having participants associate aspects of their learning experience (emotional responses, specific reflections) with reported changes. These associations and overall learning processes are the object of a third paper under preparation. Second, gender bias may also have come into play as men and women may present with different learning patterns and responses to a teaching approach founded on transformative learning. Third, given the research activities were intertwined with those of the CE, participants' level of engagement in learning may possibly have been enhanced by their motivation to contribute to research. Finally, single case study results are arguably not generalizable. At the same time, we

emphasize the clinic's resemblance to other Québec private dental clinics—in terms of its size and workforce composition. Hence, the knowledge generated may be considered potentially applicable to understanding similar healthcare environments and contexts.

Conclusion. Undertaking health professional sensitivity training on poverty and social determinants of health represents a complex enterprise for which there are few models and little theoretical guidance. Health professional educators and researchers need to pursue research and development on approaches to consciousness-raising among health professionals as a means to fight prejudice and improve access-to-care equality and health equity.

Figure 1

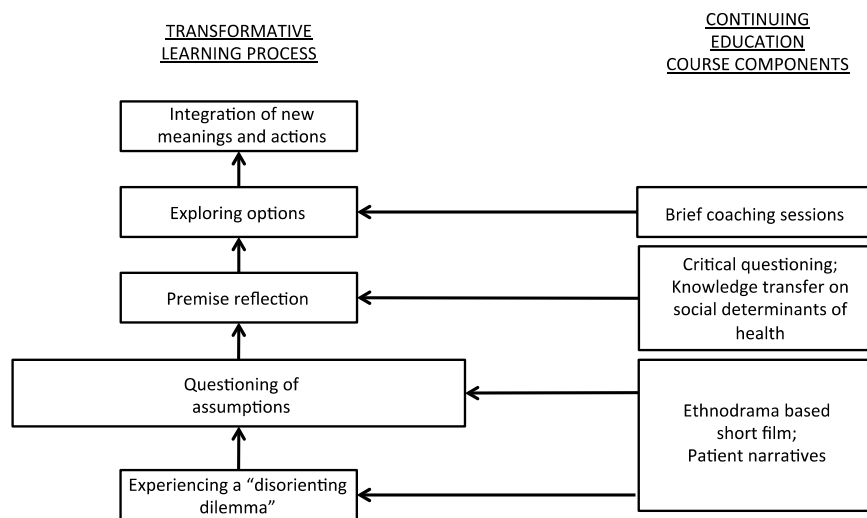


Figure 1: Continuing education course components and their alignment with a transformative learning process

References

1. World Health Organization. Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants of health. 2008.
2. Raphael D. *Poverty and Policy in Canada: Implications for Health and Quality of Life*. Toronto: Canadian Scholar's Press; 2007.
3. Lasser KE, Himmelstein DU, and Woolhandler S. Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey. *Am J Public Health*. 2006;96(7):1300-1307.
4. Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010.
5. National Center for Health Statistics. *Healthy People 2010 Final Review*. Hyattsville, MD; 2012.
6. Bloch G, Rozmovits L, Giambrone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Family Practice*. 2011;12(62):2-6.
7. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *J Epidemiol Community Health*. 966-971.
8. Bedos C, Loignon C, Landry A, Richard L, Allison P. Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organisational, biomedical, and financial challenges. *BMC Health Services Research* 2014;14(472).
9. Lam M, Riedy CA, Milgrom P. Improving access for Medicaid-insured children: focus on front-office personnel. *J Am Dent Assoc*. Mar 1999;130(3):365-373.
10. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. *Am J Public Health*. Jan 2002;92(1):53-58.
11. Shulman J, Ezemobi EO, Sutherland JN, Barsley R. Louisiana Dentists' Attitudes Toward the Dental Medicaid Program. *Pediatric Dentistry*. 2001;23(5):395-400.
12. Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K, et al. Low-income Canadians' experiences with health-related services: implications for health care reform. *Health Policy*. Mar 2006;76(1):106-121.
13. Stewart M, Reutter L, Makwarimba E, Rootman I, Williamson D, Raine K, Wilson D, Fast J, Love R, McFall S, Shorten D, Létourneau N, Hayward K, Masuda J, Rutakumwa W. Determinants of Health-Service Use by Low-Income People. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2005;37(3):104-131.
14. Rule JT, Welie, JVM. The Dilemma of Access to Care: Symptom of a Systemic Condition. *Dental Clinics of North America*. 2009;53:421-433.
15. Wear D, Kuczewski, MG. Medical Students' Perceptions of the Poor: What Impact Can Medical Education Have? *Academic Medicine*. 2008;83(7):639-645.
16. Davis EL, Stewart DCL, Guelmann M, et al. Serving the public good: challenges of dental education in the twenty-first century. *J Dent Educ*. Aug 2007;71(8):1009-1019.
17. Graham BS. Educating dental students about oral health care access disparities. *J Dent Educ*. Nov 2006;70(11):1208-1211.

18. I.O.M. Improving Access to Oral Health Care for Vulnerable and Underserved Populations Report Brief July 2011. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2011.
19. O'Toole B. Promoting access to oral health care: More than professional ethics is needed. *J Dent Educ.* Nov 2006;70(11):1217-1220.
20. Smith CS, Ester TV, Inglehart MR. Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behavior. *J Dent Educ.* Apr 2006;70(4):398-408.
21. Levesque MC, Dupere S, Loignon C, et al. Bridging the Poverty Gap in Dental Education: How Can People Living in Poverty Help Us? *J Dent Educ.* 2009;73(9):1043-1054.
22. Lévesque MC, Dupéré S, Morin N, Côté J, Roberge N, Laurin I, Charbonneau A, Loignon C, Bedos C. Translating knowledge on poverty to humanize care: Benefits and synergies of community engagement with the arts. *Educational Action Research.* Accepted.
23. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51:1087-1110.
24. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method Second Edition.* Oxon United Kingdom: Radcliffe Medical Press; 2003.
25. Cranton P. *Understanding and Promoting Transformative Learning, A Guide for Educators of Adults.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1994.
26. Mezirow J. *Transformative Dimensions of Adult Learning.* San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.; 1991.
27. Mezirow J. Learning to Think Like an Adult: Core Concepts of Transformation Theory. In: Taylor EW, Cranton P, ed. *The Handbook of Transformative Learning: Theory, Research, and Practice.* San Francisco Ca: Jossey-Bass; 2012.
28. Stake R. Case Studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, ed. *Handbook of Qualitative Research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1994: 236-247.
29. Yin RK. *Case Study research Design and Methods (third edition).* Thousand Oaks CA Sage Publications; 2003.
30. Creswell JW. *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches (second edition)* Thousand Oaks CA: Sage Publications; 2007.
31. Patton MQ. *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use.* New York, New York: The Guilford Press; 2011.
32. Lussier JP, Benigeri, M. . L'organisation de la pratique de médecine dentaire au Québec Résultats du sondage de l'ODQ de 2006 – Première partie *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec.* 2007;44.
33. Field PA, Morse, J.M. . *Nursing research: The application of qualitative approaches* Rockville MD: Aspen; 1985.
34. QDA Miner 3.2 [computer program]. Version. Montreal, Canada; 2009.
35. Guba E, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation.* Newbury Park, CA: Sage 1989.

36. Morse J. Evaluating qualitative research (editorial). *Qualitative Health Research*. 1991;1:283-286.
37. Lévesque MC, Levine A, Bedos C. Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a knowledge application program on social determinants of health. *International Journal for Equity in Health*. Submitted.
38. Bullock H. From the Front Lines of Welfare Reform: An Analysis of Social Worker and Welfare Recipient Attitudes. *The Journal of Social Psychology*. 2004;144(6):571-588.
39. Topopek R, Pope-Davis, DB. Exploring the Relationships Between Multicultural Training, Racial Attitudes, and Attributions of Poverty Among Graduate Counseling Trainees. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2005;11(3):259-271.
40. Verlinde E, De Laender LN, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The Social Gradient in Doctor-Patient Communication. *International Journal for Equity in Health* 2012;11:12.
41. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. Feb 2005;56(2):139-146.
42. Blickem C, Priyadharshini E. Patient narratives: The potential for “patient-centred” interprofessional learning? . *Journal of Interprofessional Care*. 2007;21(6):619 - 632.
43. George DR, Stuckey HL, Whitehead MM. An Arts-Based Intervention at a Nursing Home to Improve Medical Students’ Attitudes Toward Persons With Dementia. *Academic Medicine*. 2013;88(6):837-842.
44. Kumagai AK, Murphy EA, Ross PT. Diabetes stories: use of patient narratives of diabetes to teach patient-centered care. *Advances in Health Science Education*. 2009(14):315-326.
45. Mitchell GJ, Dupuis S, Jonas-Simpson C, Whyte C, Carson J, Gillis J. The Experience of Engaging With Research-Based Drama: Evaluation and Explication of Synergy and Transformation. *Qualitative Inquiry*. 2011;17 (4):379 -392.
46. Rossiter K, Kontos P, Colantonio A, Gilbert J, Gray J, Keightley M. Staging data: Theatre as a tool for analysis and knowledge transfer in health research. *Soc Sci Med*. 2008;66(130–146).
47. Sandelowski M, Trimble F, Woodard EK, Barroso J. From Synthesis to Script: Transforming Qualitative Research Findings for Use in Practice. *Qualitative Health Research*. 2006;16:1350.
48. Stuttaford M, Bryanston C, Hundt GL, Connor M, Thorogood M, Tollman S. Use of applied theatre in health research dissemination and data validation: a pilot study from South Africa. *Health (London)*. 2006;10 (1):31-45.
49. Apelian N, Vergnes J-N, Bedos C. Humanizing Clinical Dentistry Through a Person-Centred Model. *International Journal of Whole Person Care*. 2014;1(2).
50. Donate-Bartfield E, Lobb WK, Roucka, TM. Teaching Culturally Sensitive Care to Dental Students: A Multidisciplinary Approach. *J Dent Educ*.78(3):454-464.
51. Beach MC, Price EG, Gary TL, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*. Apr 2005;43(4):356-373.

52. Rowland ML, Bean CY, Casamassimo PS. A snapshot of cultural competency education in US dental schools. *J Dent Educ.* Sep 2006;70(9):982-990.
53. Loignon C, Landry A, Allison P, Richard L, Bedos C. How do dentists perceive poverty and people on social assistance? A qualitative study conducted in Montreal, Canada. *J Dent Educ.* 2012;May;76(545-52).
54. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. Dentists' experiences with low-income patients benefiting from a public insurance program. *European Journal of Oral Sciences.* 2009;117:398-406.
55. Johnson JL, Bottorff JL, Browne AJ, Grewal S, Hilton BA, Clarke H. Othering and being othered in the context of health care services. *Health Communication.* 2004;16(2):255-271.
56. Paugam S. *La disqualification sociale* Paris: Presses universitaires de France Sociologies.; 1991.

-FIN DE L'ARTICLE #3-

Article de thèse #4

Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health

**Martine C Lévesque
Alissa Levine
Christophe Bedos**

Abstract

Background

Front line providers of care are frequently lacking in knowledge on and sensitivity to social and structural determinants of underprivileged patients' health. Developing and evaluating approaches to raising health professional awareness and capacity to respond to social determinants is a crucial step in addressing this issue. McGill University, in partnership with Université de Montréal, Québec dental regulatory authorities, and the Québec anti-poverty coalition, co-developed a continuing education (CE) intervention

that aims to transfer knowledge and improve the practices of oral health professionals with people living on welfare. Through the use of original educational tools integrating patient narratives and a short film, the onsite course aims to elicit affective learning and critical reflection on practices, as well as provide staff coaching.

Methods

A qualitative case study was conducted, in Montreal Canada, among members of a dental team who participated in this innovative CE course over a period of four months. Data collection consisted in a series of semi-structured individual interviews conducted with 15 members of the dental team throughout the training, digitally recorded group discussions linked to the CE activities, clinic administrative documents and researcher-trainer field notes and journal. In line with adult transformative learning theory, interpretive analysis aimed to reveal learning processes, perceived outcomes and collective perspectives that constrain individual and organizational change.

Results

The findings presented in this article consist in four interactive themes, reflective of clinic culture and context, that act as barriers to humanizing patient care: 1) belief in the “ineluctable” commoditization of dentistry; 2) “equal treatment”, a belief constraining concern for equity and the recognition of discriminatory practices; 3) a predominantly biomedical orientation to care; and 4) stereotypical categorization of publically insured patients into “deserving” vs. “non-deserving” poor. We discuss implications for oral health policy, orientations for dental education, as well as the role dental regulatory authorities should play in addressing discrimination and prejudice.

Conclusion

Humanizing care and developing oral health practitioners’ capacity to respond to social determinants of health, are challenged by significant ideological roadblocks. These

require multi-level and multi-sectorial action if gains in social equity in oral health are to be made.

Introduction

Developing approaches to linking research on social determinants of health to clinical practices is considered a key strategy for tackling health inequities, and represents a growing interest in both public health and primary care [1-3]. Proposed reforms, at the global health level, include healthcare service delivery redesign so as to better respond to community needs and expectations [2]. In high income countries, a few initiatives have also aimed to support general practitioners' capacity to respond to patients' social problems by facilitating collaboration with community referral specialists or with public health networks, members of which are trained in building cross-sector and multiagency relationships [4].

Notwithstanding their potential to help integrate social determinants into primary care practitioner agendas, a much more fundamental issue must be addressed alongside such collaboration-focused avenues. Research has shown that primary care physicians and other health professionals are lacking in knowledge about and sensitivity to the social problems underpinning biomedical or psychological complaints with which underprivileged patients present [5]. Specifically, the ways in which difficult living conditions and structural factors affect how individuals experience and manage their health are poorly understood by front line providers of care [5,6]. Worse yet, low-income patients are known to encounter prejudicial attitudes and discriminatory behaviors that pose significant access-to-care barriers [7,8].

Research in the field of private dentistry has explicitly revealed differential and discriminatory practices with patients living on social assistance, in part linked to front-office staff and dental professionals' negative beliefs and prejudice about poverty and welfare [9-12]. In addition to directly compromising access to care, for example when exclusionary practices are adopted, negative patient stereotyping affects the latter's

subjective satisfaction with the clinical encounter and perceptions of service acceptability [13,14]. The dental education literature is replete with calls to develop dentistry students and practitioners' social responsibility and responsiveness and has emphasized the curricular limits and gaps in preparing future professionals to meet the needs of underprivileged populations [15-19].

In this article, we describe the results of an evaluative case study involving one large private dental clinic in Montreal, Canada. The clinic took part in an original, on-site, and interactive (i.e. discussion based) continuing education course that aims to raise awareness and transfer knowledge on social determinants of health and on their implications for practice. We address the following research questions: 1) How do course participants perceive themselves to have evolved (e.g., regarding beliefs, views, approaches to care etc.) as a result of their participation in the course? and 2) in relation to practice improvements discussed throughout the training (e.g., patient centered principles), what are the perceived barriers to change and objections raised? Transformative effects of the course are the focus of a second article linked to this case study [20]. In this article, we address research question 2. We present and critically reflect upon participants' perceptions of obstacles to making practice changes, reflective of clinic culture and context, and that constrain the humanization of care. We discuss the implications of these results, for health professional educators, health regulatory authorities, and policy-makers with an interest in healthcare equity and access-to-care.

Innovative continuing education on social determinants

In an effort to respond to social-relational barriers to oral healthcare, McGill University's Division of Oral Health and Society launched, in 2006, the *'Listening to Others'* knowledge translation partnership with the Université de Montréal Faculty of Dentistry, the Quebec Dental Orders, and the Collectif pour un Québec sans pauvreté (Québec Anti-poverty Coalition). Participating members (N = 10) have since conceptualized and produced an ethnodrama based short film and nine online pedagogical capsules (for details on the participatory development of these tools, please see Lévesque et al. [18,21]. The latter

contain screen-captured presentations of statistical data and theory on social determinants of health, filmed accounts on the part of people living on social assistance, practitioners, and researchers as well as practical suggestions as to how oral health professionals might better take into consideration patients' social context, within a patient centered philosophy [22].

These educational tools have been integrated into an on-site, credited, interactive continuing education (CE) course for all dental team members. Through team discussions and critical reflection on learning material, the course aims to promote "perspective transformation", according to Mezirow's theory of adult transformative learning [23,24]. Such an approach to teaching aims to facilitate the surfacing and critical reflection on "meaning perspectives"—frames of reference including ideologies, stereotypes, social and moral norms etc. [25]; helping learners test the validity of the premises underlying these belief systems potentially brings about perspective revision and new actions [24]. Through individual or small group coaching and customized practice strategy development, the training is also designed to respond to emerging needs and objectives identified by learners.

Methods

Research design: single qualitative case study

Our single qualitative case study [26,27] consists in the participation of a private dental clinic in our CE course, from April to July 2012. The choice of the clinic was both purposive and opportunistic. The dental clinic owner had previously been involved in a pre-test conducted on one of our educational tools; she had shown interest in providing her entire clinic with some training on poverty. Furthermore, the clinic size and composition are typical of Québec private dental practices, thus providing a pertinent context for gaining potentially transferable knowledge. Finally, the case study clinic accepts and treats patients on social assistance within their private practice, and thus

met our only inclusion criterion. Ethical approval for the study was issued by the McGill Faculty of Medicine Institutional Review Board, in February 2012.

Case study research is particularly suited to the study of integrated systems—such as a dental clinic—and for achieving in-depth and contextualized understanding of complex processes—such as those involved in transformative learning [26]. The single-case design was also coherent with the exploratory and developmental evaluative meta-framework of our research [28].

The participating members of the Montreal based clinic included an all-female staff of 3 dentists, 5 dental hygienists (d.h.), 3 dental assistants (d.ass.), 3 secretaries, and the clinic coordinator. Numbers of years of work experience ranged between 2 and 22. Consistent with the typical set-up of dental clinics in Québec [29], the staff was organized into three dental teams (one per dentist) overseen by the clinic owner, also a practicing dentist. All clinic staff members were wage-earning employees, with the exception of the dentists, two of whom received percentages of the revenues they, or the dental hygienists they supervised, generated. Though there were two staff departures, two employees (one d.h. and one d.ass.) on maternity leave at the time of the training agreed to meet with the researcher-trainer, in a separate small-group setting, to view and discuss the course material. Thus, a total of fifteen team members, all of whom gave informed consent, participated in both the course activities and the associated research process.

In all, our researcher-trainer (first author) provided 8 hours of credited, formal, educational activities, with a majority of the dental team. These activities included group viewing and critical discussion of the fifteen-minute film (2 hour activity) and six pedagogical capsules (5 hours of activity) focused on various social determinants of health (e.g., housing and food insecurity, welfare and work, access to dental insurance, stigmatization). The group activities took place evenings, after clinic hours, so as not to interfere with patient scheduling. Despite staff frustration with this evening schedule, reported fatigue, and the sense that more time would have been required to delve into

the topics, group discussions were very dynamic, with a majority of the staff participating throughout.

Three weeks of participant observation also took place in the reception area of the clinic where critical discussions unfolded on occasion with front office staff. However, formal coaching with professional staff did not take place due to time constraints.

Data collection and analysis

Data collection and analysis were interwoven with course components and included digitally recorded brief (10–20 minute) initial interviews with all participants. These aimed to uncover their baseline perceptions of challenges and successes in working with patients insured through welfare. Two group discussions, that following the film projection and that surrounding the second evening presentation of educational capsules, were also digitally recorded and transcribed. They document group interactions and responses to critical questions on their reactions to the educational material.

Non-directive brief “mid-term” interviews (5–20 min) conducted with 11 participants, and individual semi-structured final interviews (60 to 120 min) conducted with all 15 participants, were equally digitally recorded and transcribed. These recorded aspects of participants’ learning processes and perceived changes in their views and experiences with patients. The first final interviews guided the subsequent ones as adjustments were made to the interview guide according to emerging patterns and themes in the data, consistent with the iterative nature of qualitative data collection and analysis [30]. Finally, researcher field notes and a reflexive journal (105 single-spaced pages), as well as several clinic administrative documents (e.g., policy & procedure) were also collected. See Table 1 for a summary of continuing education and research phases, and associated data sources.

Table 1: Phases of continuing education and research, and associated data sources

Phases of continuing education and research	Phase 1: <i>Baseline problem identification</i> (April 5 th – April 29 th)	Phase 2: <i>Group film viewing and discussion</i> (2 hours) (May 2 nd)	Phase 3: <i>Audiovisual capsule viewing and discussions</i> (5 hours) (May 31 st and June 21 st)	Mid-course evaluative research phase (June 6 th – June 12 th)	Phase 4: <i>Informal coaching</i> (at reception desk) (June 27 th – July 18 th)	Final evaluative research phase (September– November)
Digitally taped brief staff interviews	X (N=15)					
Field notes	X	X	X	X	X	
Digitally taped group discussion		X	X			
Clinic administrative documents	X					
Digitally taped in-depth semi-structured interviews				X (N=11)		X (N=15)
Trainer/researcher diary	X	X	X	X	X	X

The final interviews, group discussions, and clinic documents were entered into QDA Miner qualitative data management and analysis software [31]. Data analysis next took place in recursive stages of data coding and reduction over the course of several months. This included the identification and grouping of meaningful segments corresponding to broad categories associated with perceived course effects (e.g., new beliefs, actions, or experiences with patients) and with perspectives reflective of clinic context and culture interacting with or constraining these effects. A second phase of in-depth analysis involved independent coding of five interviews by the first two authors to refine, at times combine, and adjust the broad categories into more specific emergent themes and patterns. Applying the resulting exhaustive coding scheme to the whole of the data generated a synthesis [32] of participants' perceived and contextualized responses to the training. Peer debriefing with our third author and triangulation of results with digitally recorded initial and mid-term interviews with participants helped establish the credibility [33] of our findings.

Results

In response to the continuing education, many participants describe new understandings and increased sensitivity as to the causes of poverty and welfare, aspects of life on welfare, or the impact of poverty on certain patient health behaviors. We elaborate upon these perceived course effects, alongside reported changes in self-awareness and action on the part of certain participants, in a second publication dedicated to this case study [20]. The course and research process also succeeded in uncovering firmly held perspectives that interact among themselves and structure participants' beliefs, expectations, and feelings about their work with patients living on welfare. These perspectives emerged at times during group discussions, or within interviews, as objections to certain propositional statements made in course material (e.g., in the video capsules). They thus constitute constraints to desirable changes in behavior and action and are presented under the following headings: 1) "Dentistry is a business"; 2) "Equal treatment", a source of clinic pride; 3) A predominantly biomedical orientation to care; and 4) "Deserving" vs. "non-deserving", dichotomized thinking about people living on welfare. Interview and group discussion excerpts have been translated from French to English. Pseudonyms are used throughout the results section.

"Dentistry is a business"

A most powerful constraint to learning concerns the private market context of dentistry and dental team members' belief in the necessary commoditization of dental care. All participants refer, at some point, to the business, particularly the profitability imperative of their dental clinic. They perceive the ineluctable, dominant and omnipresent influence profitability concerns have on their professional lives. A majority of participants make reference and comparisons to other commodities or services whereas the clinic owner makes analogies between hers and other liberal professions when discussing revenue generation:

It's the same for the cashier in a grocery store, her speed and performance are closely monitored... (Sarah, dentist)

It's like if you go to a garage, you won't get free service... (Sandra, dental hygienist)
Lawyers and consultants [similarly] have hourly revenue targets... (Frances, clinic owner)

Profitability imperatives overtook and superseded implementation of aspects of the training and are also frequently framed as an obstacle to making practice changes.

Course propositions regarding developing conversation with patients on their social context are considered to be in complete conflict with the workflow of a private dental clinic. Despite the fact that the proposed approach is limited to integrating certain key open-ended questions—during initial or annual clinical exams in non-emergency contexts with patients—the clinic owner feels she cannot afford the time necessary to implement such a shift in clinical practice:

It's a question of performance, but there's also a question of profitability, a business issue... So even knowing ALL of that [knowledge gained on poverty], knowing we should make some changes to our questionnaire, the reality is that it conflicts with the reality of the business of dentistry. (Frances, clinic owner)

When probed as to whether an assistant or dental hygienist might possibly have more leeway for pursuing questions on patients' social context, the clinic owner immediately evokes the costs of having her staff take more time to talk with patients.

There's a cost to it. Even if it's someone else [d.h. or dental assistant] who does it, there's a cost; that person will not be cost-effective. (Frances, clinic owner)

Business profitability pressures are experienced as both internal and external. The clinic owner considers financial performance and cost-effectiveness essential to meeting the high costs of dental materials and equipment as well as other major clinic overhead such as staff salaries. She also expresses how outside actors—including dental materials firm representatives, business consultants, and accountants—exert pressure on her to increase clinic profits:

... representatives [from companies and firms], the accountant, the actuary... Firm [representatives] have told me « Jesus, how come you're not making more money

than that! You can't NOT be making more money than that! » A business is made to be profitable... At one point, you end up realizing that a business is a business, and God knows I learned that painfully... (Frances, clinic owner)

The clinic owner considers the transfer of financial performance expectations onto her professional staff an essential aspect of increasing their awareness of, sense of motivation, responsibility, and involvement with clinic revenue generation. Though the entire staff consider the profitability imperative as an unavoidable dimension of their work context, a few are very critical of its impact on providing or improving care for patients on welfare. One dentist deplored the inter-dentist financial performance competition she experiences and its consequent disincentive effect on accepting and treating patients on welfare.

The thing is, they [the other dentists] talk about it... "I billed for such and such amount this morning"... And I'm there, seeing a lot of patients on welfare, and jeez, don't I feel like crap! Even if I say to myself, hey Sarah, you're a good dentist, your patients like you, they come to see you, like it or not, you compare yourself to the others... Even if I say to myself, forget about what she said, don't be competitive, just do your job, like it or not I do it subconsciously: Ok, let's go, let's bill, let's bill, so I'm not worse than them... (Sarah, dentist)

The three secretaries also bring up how the business dimension translates directly and most significantly into their patient scheduling tasks, which constitute both their chief work stressor and chief source of pride:

It's my job to manage the schedule, to find patients for my dentist or for my dental hygienist. It's my main task... If it's not done right, I'm the one who is affected, it's my stress, I'm the one who worries when there's a hole in the schedule... Dr. Lambert is counting on me: "Laura, she's a good secretary, she books my schedule." It's a little like sales, Martine. (Josie, secretary)

Preventing missed appointments and filling schedules represent the pinnacle of good secretarial work. All three secretaries consider their scheduling achievements as essential to the survival of the clinic and to maintaining the employment of the entire dental team. Success in these tasks is explicitly recognized by one of the secretaries as closely linked to her job performance evaluation and consequently to her prospective salary increase. The secretaries associate their responsibilities and work conditions with

their reactions to patients' missed or cancelled appointments. Patients insured through welfare, perceived as more prone to repeatedly missing appointments, represent a particular and direct threat to a job well done and worthy of reward:

We're all a little involved in the clinic [business]... that has to do with money, that has to do with responsibilities and what has to be done so that the clinic can grow. So people that are on welfare who miss their appointments, that's why we're frustrated, us, the secretaries. (Katy, secretary)

Negative interpretations of and responses to missed appointments on the part of patients on welfare are described as amplified by the entrepreneurial context of the work environment. Secretaries report that pressures associated with scheduling undermine their patience and willingness to empathize:

If we only have patients on welfare, and they miss their appointments, we won't go far. And that is why we pass judgment and we don't think of their problems, us, because we say to ourselves "Hey, I've got a schedule to book!" (Katy, secretary)

All three secretaries equally deplore how their workflow and constant patient turnover at the reception desk compromise both the time and intimacy necessary for developing rapport with patients. They express desire for better and lengthier interactions with patients.

"Equal care", a source of clinic pride

A second perspective curbing staff openness to making changes concerns their steadfast conviction of the clinic's high ethical standard of equal care for all patients. The topic of equal care surfaced in initial interviews, and throughout the training, at times constituting an objection to the course itself: *"I don't see what it is I have to learn, because I treat all my patients the same way..." (a few participants)*

Participants take great pride in their perceived dedication to equal patient care that they associate with the following: equal time allowed for clinical interventions, equal quality materials and instruments employed, equal dental hygiene education provided, and equal quality performance of dental treatments:

Whether someone with a lot of cavities is on welfare or not, I will give the same advice. (Jennifer, d.h.)

I'm really proud to say we have the best approach I've seen, compared to other clinics... I've never heard Dr. Frances say: « Let's decrease treatment time because they're on welfare. (Cindy, d.ass.)

We give them the same quality care... In the [other] clinic where I worked, there were always instruments that weren't working... It wasn't quality dentistry... At the end of the day, you really felt that you were botching your work. (Beth, dentist)

As evidenced above, affirmations on equal care standards at the clinic are closely linked to favorable comparisons to other dental clinics, whether with respect to technical aspects of care, or to the mere equal acceptance, at the clinic, of patients on welfare:

I don't really understand all the changes I might make, what I can do more, because, as I said in the beginning, our clinic accepts patients on welfare... I've worked in other clinics where it wasn't like that. (Beth, dentist)

The equal care moral imperative becomes problematic at times, however, for example when a patient who is insured through welfare requires more in-depth and time-consuming scaling than what is usually provided to patients. A few participants do recognize that their standard of care may not always meet patients' needs. However, they appear to resolve this "equality" paradox by taking pride in the fact that—"contrary to many other clinics"—they help patients by referring them to alternative resources, dental hygiene schools or university clinics, where the additional care is less expensive than what they would charge the patient.

Statements on equal treatment with respect to relational aspects of care—including how they are welcomed and generally treated—are also at times in stark contradiction with participants' discourse on specific aspects of their work. For example, the secretaries insist that they equally commend or reprimand all patients, for maintained or missed appointments respectively, yet they admit to taking precautionary measures with patients insured through welfare. These measures include additional warnings and insistence on the cancellation policy with new patients, in an effort to "better manage them":

We tend to infantilize them, "Write it down now..." Because we are so afraid that they will forget us, or they're people, it seems, that are not with it necessarily; seems like we play a mother role there: "Jot it down, put it on your fridge, there! Don't forget me now!" Q: How do you feel about this? A: It's not fun. (Katy, secretary)

The tendency to differentially infantilize and "warn" patients living on welfare was also reported by other professional staff.

The secretaries also, on the one hand, state that the application of clinic policy with regards to repeat missed appointments (i.e. 'three strikes, you're out') is equal across patient groups. On the other hand, they admit to being more lenient with insured or affluent patients, in particular when expensive treatments are at stake. This practice is considered natural and consistent with the clinic's profitability imperative:

A patient on welfare who cancels twice, the third time it's over, I won't see him again... I will be a little more flexible with a patient who pays... for sure I'll give more of a chance to a patient who has a crown on an implant. I think it's the same for just about everyone [here]. You know, the clinic has to run and all. (Diane, secretary)

Participants give other examples of differential treatment towards patients on welfare. These include the exclusion from, or requests for justifications for, evening appointments. Others mention strict limitations on longer appointments, expectations regarding patients' availability to fill in holes in the daytime schedule, and the general tendency for the dentists, over the years, to weed out welfare patients from their caseloads and refer them to newer dentists on staff. These practices are strongly linked to concerns with clinic revenue generation by the participants who, with two exceptions, do not bring up the notion of discrimination or how it might take place in their clinic.

A predominantly biomedical orientation to care

A third problematic area concerns participants' dominant perspective on their professional mission as a dental team. During the training, we posited that caring for people living in poverty might include discovering and taking into account their social context. This notion is consistent with most definitions and models of person centered care [22,34], an approach that is gaining ground in dentistry [35]. Yet in response to

strategies designed to gain knowledge of a patient's social context, several participants raise objections that translate a generalized and predominately biomedical orientation to patient care:

My business is their mouth and teeth. (Cindy, d.ass.)

We're here to serve people with regards to our profession, and to educate them with regards to our profession; so it's real important that, in our hour of clinical time with the patient, that we talk about dentistry, and not about their financial situation, their socioeconomic difficulty or whatever. (Frances, clinic owner)

I find it's not my role, to ask questions about things like that [transportation to the clinic, housing situation] you know, I'm not there to socialize with them. (Michelle, d.h.)

The dentists associate patient-centered conversation with “performing social integration”, “mothering”, or “being a psychologist”, all of which they consider incompatible with the typical task demands of the clinical encounter. Furthermore, a few participants attribute any involvement in patients' social context to the roles of social assistance agents, community workers, or other actors of social and healthcare services.

In spite of course content addressing food insecurity and its implications, regarding the question of food and diet, participants detail how the focus of their care remains on that which is in direct relation to the patients' teeth and mouth, mostly within the context of preventive education:

There are certainly people with whom I could do that [discuss access to food and food resources]. But as it is, it's always just oriented on the mouth you know. (Michelle, d.h.)

Q: Do you discuss food and diet with patients? A: Frequently, we make recommendations [on diet] to parents with children with multiple caries... bottle feeding caries... With them, I'll provide education. (Sandra, d.h.)

Considering aspects of patients' lives—whether accessing food or other resources— that are not in direct relation to the mouth or to any oral health problem, represents a new idea for the vast majority of course participants. Not all of them object to this perspective

nor discount the feasibility of conversing more with patients on elements of their social context. A few participants indeed feel that attempting to understand patients' global situation is pertinent and even interesting, in spite of economic constraints.

“Deserving” vs “non-deserving”, dichotomized thinking about people living on welfare

A final theme having emerged from our study concerns perspectives on patients themselves. Despite having expanded their views, following the course, as to the causes of poverty and the reasons for which people resort to welfare, a majority of participants maintain dichotomized thinking where patients are categorized into two groups: those deserving of welfare, and those not.

So now I still classify those people into two distinct groups: I find that yes, there are people who really need it [welfare] and it helps them a lot, but I find there are people, I get the impression, that abuse it... (Sandra, d.h.)

Many participants reasserted their points of view on social assistance categories time and again during the training, frequently to resist addressing or delving into aspects of poverty. In other instances, they tend to question the applicability of issues or course recommendations (e.g., empathizing with social constraints) to certain patients at their clinic. The following post-film group discussion excerpts illustrate these phenomena and the associated inclination, for several participants, to presume ‘guilt’ in absence of ‘proof’ of ‘innocence’.

Excerpt 1: *Diane, secretary: For me, someone who is on welfare, it depends on what it is the person went through... I wonder, for example that woman [the main character in film], why is it that she is on welfare? For me, she should be working, why is she on welfare, why did she end up there? That's MY question... After that, IF the answer is satisfactory, well, the rest [addressing her social context] I will be ok with.*

Excerpt 2: *Frances, clinic owner: Everyone who is afraid of the dentist or afraid of dental [treatment] costs, will hope their pain is temporary, and tend to wait before consulting for the problem to be constant... I think it's a human reflex...*

Beth, dentist: Yes, it's human... But with welfare [recipients], there are all sorts of categories. There are those that are comfortable on welfare and come here thinking they are the kings of the palace... and there are others...

The two “welfare patient” profiles respectively comprise very specific and fixed characteristics linked to particular affective responses. The meritorious patient is associated with single parenthood, visible disabilities, and external causal factors (e.g., bad luck) arousing compassion and concern:

I had another one who came in this week. She is missing a leg... She arrives with all her [welfare] documentation. Amputated, she has all my sympathy! She worked in an office before, caught a virus, and they cut off her leg... I ask her if she needs help, she says “No, it's ok, I've got it...” She touches me, and I feel for her... (Josie, secretary)

The deserving welfare recipient prototype also refers, for participants, to someone who typically displays shyness or shame, evidence of their psychological struggle with a situation that is unwanted and with which they are unhappy. Their social situation is considered likely temporary. Finally, “meritorious” patients receiving welfare are punctual, do not smoke, are proactive in general and also take measures towards their oral health (e.g., consult preventively, maintain appointments).

I see that he [the patient] is very very nice, I see that he's shy about welfare, to show me his [welfare] slip. He is very very shy... and he's very punctual. (Diane, sec.)

Much to the opposite, the non-deserving person living on welfare is prototypically content, more or less comfortable with his or her situation, and likely to be abusing the system. Participants attribute moralistic and individualistic causes (e.g., personal choice, laziness) to the situations of people they believe belong to this category, in relation to which they often express contempt:

... but you know, some people don't want to work... You know, for them, it's easier to do that [collect welfare] and work under the table at the same time. (Carol, d.h.)

... she's [a patient] on welfare, she's content with it [her life], and she likes getting up late. (Diane, sec.)

Participants also consider that non-deserving patients have more to be blamed for, as they allegedly smoke more or miss appointments without warning, behaviors causing frustration. They are perceived as “nonchalant”, “negligent” or “irresponsible” yet, paradoxically, as more affirmative or “demanding” with regards to their right to public dental care, something that is looked down upon. Patients are identified as belonging to the non-deserving category on the basis of physical attributes or particular behaviors. Those owning trademark possessions, or proposing to pay for certain non-covered treatments (e.g., teeth whitening), are suspected, by some participants, of fraud or system abuse. The same applies to long-term recipients of public assistance or to patients who decline morning dental appointments.

Discussion

The learning that unfolded within this dental team, through CE on poverty and social determinants, revealed firmly held collective perspectives reflective of the clinic culture, identity, and global societal context. We address and discuss the implications of each of these interacting perspectives that enhance our understanding of the challenges to improving care practices for underprivileged populations.

“Deserving” vs. “non-deserving”, judgment vs. humanism

Dental professionals’ tendency to categorize patients receiving welfare into deserving and undeserving, or into “good” and “bad” patients, have been documented in previous studies [12,36] and contribute to the very rationale for the course. They are reflective of dominant ideology and societal discourse towards people living in poverty, in particular with regards to beliefs about causality and personal individual responsibility [37,38]. Causal categorization of patients poses a significant challenge, positioning those holding the dichotomized views as judges and moralizers, which is in complete contradiction with the humanistic orientation of our continuing education on social determinants. Maintained causal categorization also restrains, for many, personal engagement with educational material on poverty; conversely, it limits the effects of learning that, though

authentic and even profound for some, may remain irrelevant to the care of patients who are considered underserving of benefiting from it. Moreover, knowledge on poverty acquired by people embracing individualist ideology may serve to reinforce—and may even be purposefully sought out to reinforce—arguments supporting such ideology. We address this phenomenon and discuss ways in which the course, and health professional education in general, might tackle categorization more head on, in our second article on this case study. We also reiterate its deleterious effects, and argue that the disqualification of patients by health professionals, as a social determinant of health and mechanism of exclusion, needs to be given more direct consideration by healthcare regulatory authorities. Professional dental boards could, for example, consider campaigning against prejudicial views on publically insured patients, promoting the profession's moral responsibility in welcoming and treating all members of society regardless of their social status.

Business vs. humanism

Tensions between the professional and economic regulatory logics inherent to private dental practice have been documented in several studies, and linked to access-to-care and to relationship issues among dentists and low-income patients [39,40]. This case study helps deepen and nuance our understanding of these tensions, their ideological underpinnings, and how they may reverberate across the clinic hierarchy and constrain efforts to humanize care.

Cost-effectiveness and profitability orientations, evidently, come under the responsibility and are at the discretion of the clinic owner. With regards to her perceptions and experience of these financial dimensions of her work, we are struck by the magnitude of the tension and inner conflict they appear to generate. Despite her heightened sensitivity and awareness of difficulties faced by many low-income patients, business imperatives are considered by the clinic owner to considerably limit what she feels able to implement and accomplish, including the types of care models she can afford (biomedical vs patient centered). Cost-effectiveness aside, she associates the economic constraints to making

changes with a form of persistent social pressure, to increase profit, coming from the 'world of dentistry' (i.e. consultants, industry). Conflict, tension and a diffuse malaise that could be described as restlessness, are also associated with the burden of balancing social and economic interests in Dharamsi's [40] study of dentists' perceptions of social responsibility.

Profitability imperatives are integrated, appropriated, and accepted by a majority of our study participants. They mostly do not question or criticize this aspect of their work and a majority also appear to accept the commoditization of dentistry as a given. Yet, as this case study illustrates, the economic logic and associated pressures translate directly into the rapport between staff and low-income patients. It poses a significant roadblock to sensitizing and attenuating the judgment of the secretaries, for example. Their intransigence is manifest regarding patient behaviors (e.g., missing appointments) that compromise the clinic schedule and create a significant source of stress for the secretaries. Given their impact on revenue generation and threat to the secretarial staff's job performance, these patient behaviors undermine empathy, and elicit or enhance prejudice against patients on welfare. Though we were aware of front office personnel's tendency to judge Medicaid patients [10] this study reveals the intricate and strong links between staff attitudes towards patients, and issues of self-preservation on the part of the former. Profit-making pressures equally result, according to one dentist, in an atmosphere of competition among her peers, which thwarts her desire to care for patients on welfare. Again, this understanding contributes a new angle from which to consider the many studies documenting dentists' reticence or refusal to treat patients on welfare [41,42].

In addition to undermining relationships with patients, profitability imperatives contribute to discriminatory practices that are all the more pernicious as they apparently go unrecognized as unfair by many participants. Indeed, many seem to have uncritically adopted practices that they consider to flow directly, and naturally, from the clinic's economic logic. In several instances, participants comfortably divulge discriminatory treatment all the while resisting any interpretation of their practice as discriminatory.

The implications of these results are multiple. We've previously advocated for governments to ensure dental care reimbursement fees that are reasonable, and to extend basic coverage for patients on welfare to include endodontic care, for example [9]. Short of undertaking the even bolder move towards universal public dental care, a highly necessary and specific improvement to current public policy would involve recognition and support for variable patient dental scaling needs. Dentists or hygienists should be allowed to bill for a longer or a second cleaning when this is justified rather than ending the procedure prematurely, which is the current practice and which, of course, amounts to exclusion from care. Such policy improvements would render patients on welfare both more profitable and more satisfying to treat and support the move towards a health equity concept in the care of low-income populations.

However, governments' involvement and responsibility, as financier, will inevitably fall short, given the high unlikelihood of public funding to ever catch or keep up with a private insurance dominated market [43]. Also, as we have seen through this case study, though essential, sensitivity training is limited in its effectiveness to address practices that are driven by an economic logic that interacts with psychological (e.g., perceived job performance) and social forces (e.g., staff competition, social pressure) that are so strong as to appear, at times, to obliterate social concern.

Given the complex dynamics that contribute to discriminatory practices, diverse approaches and strategies must be set in motion to incite dental professionals to rectify them. Dental regulatory authorities should step in and integrate the evaluation or screening for discriminatory practices within the professional surveillance process. As it is, professional surveillance focuses on aspects such as record keeping, sanitization, waste management, treatment quality, etc. [44] Moreover, the Québec dental code of ethics, art. 2.01[45], stipulates professionals should strive to ensure access to care and public health, yet these issues also somehow elude the surveillance system. Integrating a component on equitable clinic practice and policy would contribute to correcting this situation. Dental authorities should also take advantage of the self-assessment culture that is currently gaining momentum within the realm of health professional licensure

maintenance policy and politics [46] and have dentists self-assess for discriminatory practices, from a perspective of continuous quality improvement, and as a condition for maintaining professional licensure. We acknowledge that such action and professional surveillance measures are by no means the guarantor of discrimination-free healthcare environments; however, they would contribute to raising awareness of the issue, and establish dental regulatory authorities' position against discrimination.

Biomedical care, a limited model

The next dimension we address relates to the widespread orientation to care that strictly delineates the object of the team's attention to the teeth and mouth, a dimension that has been embedded in the clinic's mission statement. The collectively adopted biomedical approach to care that results is particularly unsuited to patients whose lives, behaviors, and logics are frequently and significantly affected by their living conditions and by an array of social determinants. Lack of choice and capacity—whether due to budget, time or psychosocial constraints—to follow professional recommendations will not be properly understood, empathized with, nor taken into consideration, unless addressed within a broader frame of reference. Patient centered care models represent a pertinent alternative because they advocate for a bio-psycho-social understanding of the patient as well as for discovering the meaning the latter ascribes to his or her oral health care issue, within the context of his or her life [22,34,35]. These are indeed keys to sensitive, trust-building, and relevant healthcare for low-income patients.

Patient-centered care is considered foundational to culturally and socially responsive care and is core to many of the practical recommendations nested within our course material. Though many participants developed their sensitivity and understanding of social determinants, our course might have been more effective at leading to knowledge applications if we had better helped surface and reflect critically on the clinic's collective and unquestioned biomedical philosophy and its impact on relationships with underprivileged patients. These discussions could also have referred more explicitly to the philosophical tenets, in addition to the actual delivery, of patient centered care.

Discussion and critical reflection on such topics should also be integral to undergraduate dental education and dental hygiene curricula within an interdisciplinary and holistic approach.

Equal care standards vs. access-to-care equity

Participants' collective moral perspective and beliefs regarding equal care at their clinic also raise a few issues. The first concerns the possibility that the unwavering confidence in their "equal care" environment —though mostly associated with technique and quality of clinical care—may contribute to participant's difficulty recognizing the differential treatment that patients on welfare are subjected to at other levels (e.g., appointment-giving policy).

A second issue refers to the observation that very few participants express their awareness or concern that equal treatment may in fact fall short as a concept for meeting the needs of underprivileged people. We discussed the concrete example of patients at times needing longer cleanings than others, and how providing "equal care" leads to interrupting treatment before its completion; instead of receiving adequate and complete care within the clinic, patients are told to access outside resources. This is a critical area that implicitly challenges the equality credo since equal treatment for unequal needs actually upholds and even deepens inequity.

In response to this second issue, we advance that health professional education, specifically, must help learners deconstruct the equality concept and critically distinguish it from the concept of equity in professional practice. Furthermore, how equitable care might translate into health provider-patient relations and service provision to underserved populations presents an avenue for linking social determinants to individual-level interventions. A pertinent approach for achieving this, as mentioned previously, is for educators to focus on the foundations of patient-centered care, where provider adjustment to individual patient needs implies recognition of their variability [22]. Given the applicability of patient centeredness to patients of all backgrounds and

insurance status, its philosophy indulges the professional attachment to the equality ethic all the while implicitly supporting healthcare equity.

Regarding undergraduate dental curricula, efforts should focus on integrating ethical and public health concerns, both transversally and experientially (across the entire curriculum and within practicum) within a patient centered philosophy, as others [47] have advanced. In addition, interdisciplinary and reflection-based approaches to teaching may provide opportunities for critical discussion on the concepts and issues we have addressed. Finally, students must also be engaged in critical analysis of the ways in which the private business-model of dentistry interacts with professional ethics, potentially undermines public health, and may even perniciously generate a sense of legitimacy for discriminatory practices.

Conclusion

Ultimately, these case study results provide us with an in-depth understanding of important aspects of a private dental team's response to an educational process aiming to bring about improvements in knowledge, sensitivity, and in practices with underprivileged patients. Our research sheds light on how the study participants consider, experience and attempt to mediate the tensions between their inclination to humanize care and entrepreneurial forces inherent to their private practice context. Though case study results are arguably not generalizable, the knowledge generated may be considered potentially transferable and pertinent to understanding similar healthcare environments and contexts. Moreover, we note the clinic's resemblance to other Québec private dental clinics in terms of its size and workforce composition.

Our study is, however, not without limitations. First, the all female staff introduces a particularly significant gender bias, given that female practitioners tend to maintain higher levels of empathy throughout their training and upon graduation. One might consequently hypothesize that female practitioners are somewhat more oriented towards patient centered care. Second, participants' responses in final interviews—

conducted by a researcher who was also their course facilitator—are most likely influenced to some degree by social desirability. The latter may have translated into participants’ minimizing or concealing less edifying aspects of their practices and attitudes towards their social assistance patients. Finally, we emphasize how the clinic owner displays a marked level of moral and social concern, as evidenced by her interest and financial investment in the course and in the research. For all these reasons, it is most likely that the reality of prejudice, discrimination, or exclusion of patients living on welfare is harsher in other private dental clinics. In light of this disturbing assessment, we advocate for vigorous and courageous involvement of dental regulatory authorities and health policy-makers in the treacherous fight for healthcare equity in a private for profit care environment.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors’ contributions

ML coordinated the development of the educational tools and co-conceptualized the CE course and research design; she delivered the CE program, collected all the data, lead the analysis and drafted the manuscript. AL participated in the development of the educational tools, participated in the qualitative data coding and interpretation, and contributed to sections of the manuscript. CB was responsible for securing funding, participated in the development of the educational tools, co-conceptualized the research design, provided on-going feedback throughout the data collection and analysis, contributed to the interpretation of findings and to the organization of the manuscript. All authors revised and approved the final draft.

Acknowledgments

This study would not have been possible without the generosity, commitment and open-mindedness of the entire participating dental team. We extend our gratitude to them all

and particularly emphasize our appreciation for the clinic owner's audaciousness in embarking on this journey with us.

This research also flowed from the sustained efforts and dedication of the 'Listening to Others Collective', who co-conceptualized and co-produced the original educational tools integral to the continuing education course under study. We hereby acknowledge the precious contributions of Louise Whitmore, Nathalie Morin, Anne Charbonneau, Johanne Côté, Christine Loignon, Isabelle Laurin, Sophie Dupéré, Marie-Anne Paradis-Pelletier, Lyse Doré, Guylaine Arbour, and Nancy Wassef. Several of these members of the collective equally gave their input on the continuing education course itself and/or on our research objectives. We are grateful for their insight and encouragement over the years. We also acknowledge the support of the institutions having sponsored their participation, namely the Québec Order of Dentists, the Québec Anti-Poverty Coalition, the Québec Order of Dental Hygienists, McGill University Faculty of Dentistry and Université de Montréal Faculty of Dentistry.

Finally, we thankfully recognize the generous financial support accorded various phases of this project and the doctoral training of our first author: the Quebec Ministry of Economic Development, Innovation and Exportation (MDEIE), the Montreal center for research on social inequalities and discriminations (Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations-CREMIS), the bone and oral health research network (Réseau de la recherche en santé buccodentaire et osseuse-RSBO), the Canadian Institutes for Health Research (CIHR), and the Québec health research fund (Fonds de recherche santé Québec-FRSQ).

Appendix 1: Semi-structured final interview guide (translated from French)

Preamble:

Thank you for agreeing to participate in this interview. This is an important step in my research. One of my main goals is to understand the learning—if any— that took place throughout the continuing education activities. I am interested, for example, in

understanding how you perceive the effects the training had on your views and practices with underprivileged patients. Therefore, understanding your perceptions, your opinions, and how you experienced the training are very important to me. Your ideas may also help improve the teaching approach adopted in this continuing education.

1. How would you describe your experience in participating in the course?
 - What aspects of the course were most significant to you? Why?
 - Would you say your participation in the learning activities prompted any particular reflections (during or following the training)? If so, please describe.
 - Would you say you experienced particular emotions or feelings during the learning activities or in relation to them? If so, please describe.
 - Do you have any suggestions for improving the course, whether in content or form? If so, please share.
2. Do you feel that participating in the course changed something for you? If so, what?
 - Have you gained any new knowledge as a result of your participation? If so, please elaborate.
 - ☐ with regards to poverty in general
 - ☐ with regards to welfare (e.g., program rules, benefits etc.)
 - ☐ with regards to approaches to care
 - Has your thinking about patients changed as a result of participating in the course? If so, in what ways?
 - ☐ specifically regarding patients living in poverty
 - ☐ specifically about patients that are living on welfare
 - ☐ specifically about poor (minimum wage earners) workers
 - ☐ with regards to patients in general
 - Have your view(s) on relationships with patients changed as a result of participating in the course? If so, in what ways?
 - ☐ specifically regarding patients living in poverty
 - ☐ specifically regarding patients that are living on welfare
 - ☐ specifically about poor (minimum wage earners) workers
 - ☐ with regards to patients in general
 - Has your perception of your role as a dental care professional changed as a result of participating in the course? If so, in what ways?
 - Has your perception of yourself changed as a result of participating in the course? If so, in what ways?
 - Have your ways of treating patients or interacting with patients changed? If so, in what way?
 - ☐ specifically regarding patients living in poverty
 - ☐ specifically regarding patients that are living on welfare
 - ☐ specifically about poor (minimum wage earners) workers
 - ☐ with regards to patients in general
 - Do you perceive any other changes to have occurred in the clinic?

- specifically with regards to the physical environment
- with regards to staff interactions
- In reference to any of the changes mentioned, would you say there were facilitators to making these changes? Please describe.
- Are there changes you would like to make or actions you would like to take as a result of participating in the course, but feel you are unable to? How would you describe the barriers to action or change?
 - at the level of the patient-professional interaction
 - at the level of the clinic (e.g., organizational issues)
 - at the level of society
- How do you respond to the patient-centered care suggestion of attempting to understand aspects of patients' social context (i.e. housing situation, level of food security).

References

1. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *J Epidemiol Commun Health Online First*. 2009;22:1–12.
2. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva, Switzerland; 2008.
3. World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland; 2008.
4. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:966–71.
5. Bloch G, Rozmovits L, Giambrone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Fam Pract*. 2011;12:2–6.
6. Furler J. Social determinants of health and health inequalities: what role for general practice. *Health Promot J Austr*. 2006;17:264–5.
7. Stewart M, Reutter L, Makwarimba E, Rootman I, Williamson D, Raine K, et al. Determinants of health-service Use by Low-income people. *Canadian J Nurs Res*. 2005;37:104–31.
8. Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K, Letourneau N, Makwarimba E, Masuda J, et al. Low-income Canadians' experiences with health-related services: implications for health care reform. *Health Policy*. 2006;76:106–21.
9. Bedos C, Loignon C, Landry A, Richard L, Allison P. Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organisational, biomedical, and financial challenges. *BMC Health Services Res*. 2014;14.
10. Lam M, Riedy CA, Milgrom P. Improving access for Medicaid-insured children: focus on front-office personnel. *J Am Dent Assoc*. 1999;130:365–73.
11. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. *Am J Public Health*. 2002;92:53–8.

12. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. Dentists' experiences with low-income patients benefiting from a public insurance program. *Eur J Oral Sci.* 2009;117:398–406.
13. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res.* 1983;18(1):49–74.
14. Institute of Medicine (IOM). (Report) Unequal Treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington DC: The National Academies Press; 2002.
15. Davis EL, Stewart DC, Guelmann M, Wee AG, Beach JL, Crews KM, et al. Serving the public good: challenges of dental education in the twenty-first century. *J Dent Educ.* 2007;71(8):1009–19.
16. Graham BS. Educating dental students about oral health care access disparities. *J Dent Educ.* 2006;70:1208–11.
17. Institute of Medicine (IOM). (Report Brief) Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations report brief July 2011. Washington DC: The National Academies Press; 2011.
18. Levesque MC, Dupere S, Loignon C, Levine A, Laurin I, Charbonneau A, et al. Bridging the poverty gap in dental education: how can people living in poverty help us? *J Dent Educ.* 2009;73:1043–54.
19. O'Toole B. Promoting access to oral health care: more than professional ethics is needed. *J Dent Educ.* 2006;70:1217–20.
20. Lévesque MC, Levine A, Bedos C. Humanizing oral healthcare through continuing education on social determinants of health: An evaluative case study conducted within a Canadian private dental clinic *J Health Care Poor U.* Accepted with minor revisions.
21. Lévesque MC, Dupéré S, Morin N, Côté J, Roberge N, Laurin I, et al. Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts. *Educ Action Res.* 2014.
<http://dx.doi.org/10.1080/09650792.2014.980286>.
22. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method Second Edition. Oxon United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
23. Cranton P. Understanding and promoting transformative learning, a guide for educators of adults. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1994.
24. Mezirow J. Transformative dimensions of adult learning. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.; 1991.
25. Mezirow J. Learning to think like an adult: core concepts of transformation theory. In: Taylor EW, Cranton P, editors. *The handbook of transformative learning: theory, research, and practice.* San Francisco Ca: Jossey-Bass; 2012.
26. Stake R. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 236–47.
27. Yin RK. Case study research design and methods. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage Publications; 2003.
28. Patton MQ. Developmental evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York: The Guilford Press; 2011.

29. Lussier JP, Benigeri M. L'organisation de la pratique de médecine dentaire au Québec, Résultats du sondage de l'ODQ de 2006 – Première partie. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*. 2007;44.
30. Morse JM. Evaluating qualitative research (editorial). *Qual Health Res*. 1991;1:283–6.
31. Provalis Research Corporation. QDA Miner 3.2. 2009.
32. Field PA, Morse JM. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Rockville MD: Aspen; 1985.
33. Guba E, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage; 1989.
34. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.
35. Apelian N, Vergnes J-N, Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. *Int J Whole Person Care*. 2014;1.
36. Loignon C, Landry A, Allison P, Richard L, Bedos C: How do dentists perceive poverty and people on social assistance? A qualitative study conducted in Montreal, Canada. *J Dent Educ*. 2012;76.
37. Déniger MA. *Le B.S. mythes et réalités, guide de conscientisation*. Deuxième édition. Montréal QC: Front commun des personnes assistées sociales du Québec et Conseil canadien de développement social; 2012.
38. Wear D, Kuczewski MG. Medical students' perceptions of the poor: what impact Can medical education have? *Acad Med*. 2008;83:639–45.
39. Bedos C, Loignon C, Landry A, Allison PJ, Richard L. How health professionals perceive and experience treating people on social assistance: a qualitative study among dentists in Montreal, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:464.
40. Dharamsi S, Pratt DD, MacEntee MI. How dentists account for social responsibility: economic imperatives and professional obligations. *J Dent Educ*. 2007;71:1583–91.
41. Despres C. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques Et Organisation Des Soins*. 2010;41(1):33–43.
42. Shulman JD, Ezemobi EO, Sutherland JN, Barsley R. Louisiana Dentists' attitudes toward the dental Medicaid program. *Pediatr Dent*. 2001;23:395–400.
43. Leake J. Access and care: reports from Canadian dental education and care agencies. *J Canadian Dental Assoc*. 2005;71:469–71.
44. Québec Order of Dentists. General Inspection Visits.
[<http://www.odq.qc.ca/ProtectionofthePublic/Qualityofpractice/tabid/519/language/en-US/Default.aspx>].
45. Éditeur officiel du Québec. Code de déontologie des dentistes.
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/D_3/D3R4.htm.
46. Borgès Da Silva G. Le développement professionnel continu : une autre approche de l'analyse des pratiques de soins. *Sante Publique*. 2014;26:153–4.
47. Donate-Bartfield E, Lobb WK, Roucka TM. Teaching culturally sensitive care to dental students: a multidisciplinary approach. *J Dent Educ*. 78:454–64.

-FIN DE L'ARTICLE #4-

6. Discussion

Les résultats de notre recherche peuvent être appréhendés et discutés à plusieurs niveaux. Dans ce chapitre, nous abordons, dans un premier temps, les contributions de la recherche sur le plan des connaissances et ses implications en termes d'actions. En deuxième lieu, nous discutons du processus de la recherche, notamment de ses limites, de ses apports méthodologiques et de ses défis sur le plan éthique. Enfin, nous faisons un retour sur le contexte participatif développemental de la recherche, nous centrant sur la richesse et les contributions d'un tel cadre pour un travail doctoral.

6.1 Contributions et implications et de la recherche

Cette section met en relation et discute des résultats liés à nos deux questions de recherche. Par la suite, nous suggérons des implications pratiques pour les politiques de santé buccodentaire, l'éducation professionnelle dentaire et le transfert des connaissances ainsi que pour la régulation professionnelle dentaire. En dernier lieu, nous abordons les principales contributions théoriques de la recherche et les pistes de recherche qui en découlent.

6.1.1 Retour sur les résultats et implications pratiques de la recherche

La mise en relation des résultats de l'étude de cas fait émerger plusieurs constats. D'une part, on peut conclure positivement quant à la perception d'effets transformationnels chez les participantes à notre formation du point de vue des croyances et des actions; ces effets peuvent être considérés souhaitables en regard de notre cadre conceptuel éducationnel. D'autre part, l'apprentissage chez les participantes se heurte à des barrières idéologiques dont le sens et l'expérience vécue indiquent l'existence d'interactions complexes entre les différentes logiques de régulation (i.e. professionnelle et économique) inhérentes à la gestion de leur cabinet dentaire.²³⁶ Notre compréhension de ces interactions, liées au contexte plus large du système privé d'organisation des soins buccodentaires, jette une lumière sur certaines fonctions des stéréotypes et préjugés chez les professionnelles participant à la formation. Nous avons souligné chez le

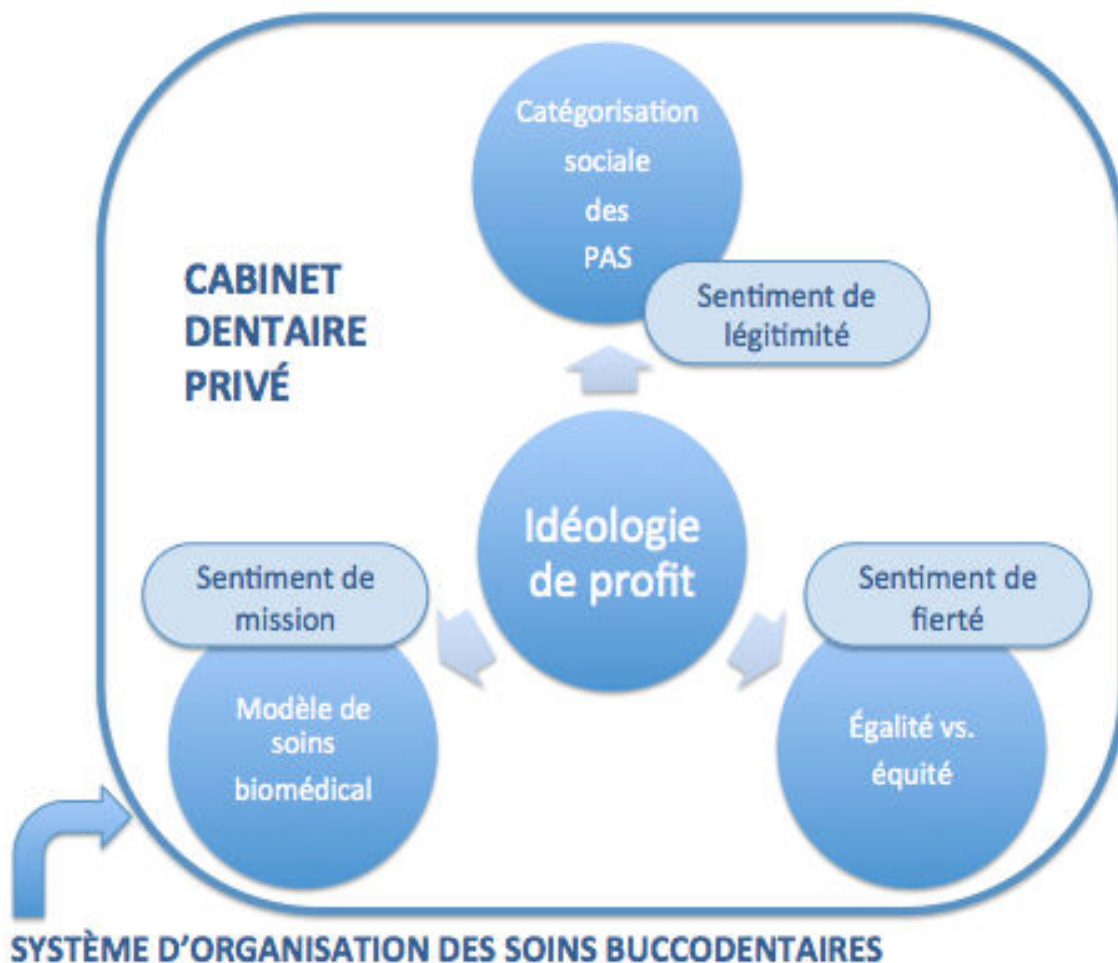
personnel d'accueil, par exemple, une perception de légitimation de certains jugements négatifs face aux patients PAS, en lien avec les pressions associées à l'impératif de profit et d'enrichissement du cabinet. L'orientation phénoménologique de l'analyse suggère par ailleurs que ces pressions, provenant tant de l'interne que de l'environnement extérieur de la clinique, s'exercent également sur la propriétaire et sur les autres membres de l'équipe. Elles se traduisent par une préoccupation de performance économique ancrée dans la comparaison sociale entre professionnelles et entre cliniques dentaires.

L'expérience vécue de l'idéologie de profit éclaire par ailleurs certains autres phénomènes contribuant à compromettre la qualité et l'accessibilité des soins buccodentaires pour les patients de la clinique étudiée. Notre étude de cas a notamment souligné l'attachement au modèle biomédical comme approche de soins prédominante, et l'expérience, chez une majorité des participantes, d'être investies d'une mission collective axée presque exclusivement sur la bouche. Cette orientation est par ailleurs inscrite à même le document de Vision d'entreprise de la clinique, ce dernier soulignant l'importance « d'apporter à notre clientèle motivation et respect de leur dentition » en plus de « faire partager à notre clientèle l'amour de la dentisterie ».²³⁷ Cette idéologie biomédicale peut être conçue comme une force possiblement médiatrice des tensions de logique de régulation (i.e. économique vs. professionnelle) puisqu'elle contraint l'adoption d'une approche de soins plus holistique perçue comme onéreuse à développer et à implanter.

D'autre part, la perception et la fierté collectives d'une pratique irréprochable sur le plan de l'égalité—bien que cette dernière soit parfois très trompeuse si on considère l'existence de discriminations dans le cabinet—soutiennent des pratiques pouvant faire échec à l'équité dans la prestation des soins. C'est notamment le cas lorsque les besoins d'un patient pour un soin donné (p.ex., détartrage) sont plus grands que pour la moyenne des patients de la clinique et que ces besoins ne peuvent être comblés sans frais additionnels. Ainsi, il est possible de poser l'hypothèse que l'attachement à l'égalité dans les pratiques relève également en partie d'une force médiatrice des tensions de

logiques de régulation. La figure 4 illustre la nature dynamique des liens gouvernant les barrières idéologiques identifiées auprès de la clinique dentaire participante à notre étude de cas. On y perçoit la centralité de l'idéologie de profit ainsi que, pour chaque domaine idéologique subordonné, l'expérience associée.

Figure 4: Barrières idéologiques à la transformation des pratiques



Le cadrage des contraintes économiques liées à la gestion du cabinet en termes d'idéologie de marché et de profit marque une innovation discursive importante. En effet, plusieurs textes ayant traité du point de vue des professionnels dentaires sur la question de la régulation économique de leur pratique ont mis de l'avant la préoccupation avec la rentabilité ou l'efficacité du cabinet dentaire^{58, 238-240} sans faire

mention d'une dimension idéologique. On réfère invariablement au contrôle des coûts, à l'importance des frais généraux, et aux difficultés de rentabiliser une pratique qui reçoit des patients assurés par l'état. Aussi, des rapports canadiens et américains ont souligné que le système de soins buccodentaire privé accommode mal les besoins des populations défavorisées.^{31, 35, 69, 133, 241, 242} Par contre, la problématique a le plus souvent été abordée sans souligner ou analyser les causes idéologiques de son inadéquation. On avance plutôt la nécessité de développer de nouveaux modèles de soins (p.ex. des cliniques dentaires à même les organismes communautaires),^{35, 69, 133, 241, 243} en sus du modèle privé dominant.

Les connaissances issues de notre étude de cas illustrent pourtant comment peuvent entrer en jeu, dans le rapport interpersonnel professionnel-patient, des éléments psychosociaux en lien direct avec une idéologie de marché et de profit, tel le stress de performance financière chez le professionnel. L'idéologie de l'entreprise privée affecte profondément les professionnels de notre étude de cas et leurs comportements envers leurs patients, illustrant des dimensions importantes de la structuration de mécanismes d'exclusion existant dans leur cabinet. La reconnaissance de l'impact de forces idéologiques possiblement en présence dans de nombreux cabinets dentaires privés nous amène à réfléchir sur 1) les politiques de santé buccodentaire, 2) l'éducation des professionnels de la santé buccodentaire et le transfert des connaissances en santé, et 3) la régulation professionnelle dans le domaine de la dentisterie.

6.1.1.1 Les politiques de santé buccodentaire

Des acteurs de la santé publique dentaire canadienne ont dénoncé les iniquités inhérentes à la loi inverse de soins qui prévaut au Canada et critiqué la séparation politique de la bouche du reste du corps.^{29, 244} Leurs points de vue sur les orientations à privilégier pour améliorer l'équité d'accès aux soins, qu'il s'agisse d'élargir la couverture publique de manière ciblée ou d'instaurer une couverture universelle, divergent toutefois.^{35, 242, 244} Nous proposons que les connaissances issues de notre recherche

contribuent à ce débat, apportant de l'eau au moulin de l'argumentaire pour un système universel public de soins dentaires au Canada.

D'une part, le vécu, sur le plan idéologique, des membres de la clinique dentaire, soutient les assertions de Leake et Birch²⁴⁵ selon lesquelles la disposition des pourvoyeurs de soins à desservir une patientèle assurée par l'État est compromise dans un système où ils sont récompensés davantage financièrement pour une clientèle détenant une assurance privée. La tension public-privé paraît irréconciliable—sans devoir être médiée par des stratégies d'exclusion et des discriminations face aux populations vulnérables—dans un contexte où le marché privé domine comme payeur de soins⁴ et où les professionnels s'allient à l'idéologie du marché privé comme véhicule à privilégier pour la dispensation des soins.^{240, 244} Seul un plus grand pouvoir économique de l'État, en tant que payeur unique ou principal, des services professionnels, peut contrer le phénomène de « drainage » et ses manifestations néfastes propres aux contextes où la main d'oeuvre partage son temps entre une clientèle privée et publique.²⁴⁵ Nous avons aussi proposé que, en attendant ce virage vers un système universel, les politiques publiques actuelles en matière de soins buccodentaires pour PAS soient bonifiées: rajout de la couverture des traitements endodontiques et d'un deuxième détartrage dans l'année, élimination des délais d'entrée en vigueur de la couverture, etc. Nous mettons de l'avant l'importance d'identifier et de réduire les failles qui, dans les politiques publiques actuelles, contribuent à faciliter l'émergence, chez les professionnels, de discriminations ayant pour fonction d'arbitrer les limites du système et leur modèle entrepreneurial.

D'autre part, les interactions entre l'idéologie de profit, l'orientation professionnelle dominante biomédicale, la priorisation de l'égalité sur l'équité dans les pratiques et la propension à catégoriser les personnes PAS sont propres à miner l'acceptabilité de l'offre de soins dentaires pour les personnes à faible revenu. Le jugement, la stigmatisation, la non-écoute et le manque de respect figurent parmi les craintes vécues par les personnes à faible revenu face aux professionnels de la santé^{57, 113} et constituent parfois des motifs d'abandon ou de non-demande de soins.¹¹⁸ Aussi, il n'est pas difficile de concevoir un

écart important entre les besoins de soutien probables de populations présentant des taux élevés de détresse psychologique^{115, 116} et les comportements et pratiques de professionnels qui seraient fortement contraints par l'idéologie du marché privé. En ce sens, la faiblesse de l'implication de l'État dans l'organisation et le financement du système de soins buccodentaire contribue possiblement à un processus d'auto-exclusion des personnes à faible revenu, sur la base de leur perception d'un manque d'acceptabilité des services à leur égard.

Enfin, nous argumentons que les interrelations entre le vécu des professionnels et la dimension idéologique de leurs pratiques auprès des personnes PAS doivent figurer au nombre des considérations lors de débats publics sur la place du privé dans le domaine de la santé en général. Les critiques face à une augmentation de la privatisation des soins de santé ont tendance à en aborder les effets néfastes en termes de services de santé à deux vitesses—où les mieux nantis accèdent plus rapidement aux soins—ou encore en termes d'exclusion sur la base de l'incapacité de certaines personnes de défrayer les coûts associés à des services complémentaires (« coûts de boutique ») qu'imposent souvent les cliniques privées.²⁴⁶ Nous soutenons que la manière dont l'idéologie du marché privé se traduit dans les pratiques et les relations professionnel-patient doit aussi être soulignée explicitement par les chercheurs et acteurs du système professionnel, faute de quoi d'aucuns pourront être tentés de prétendre que la dimension idéologique est négligeable.²⁴⁷ Au final, la problématique voire la crise d'accès aux soins de santé buccodentaire, sous toutes ses facettes, pourrait et devrait servir de phare dans tout débat sur l'appartenance ou non des soins de santé généraux au secteur privé.

6.1.1.2 L'éducation des professionnels de la santé buccodentaire et le TC en santé

La formation initiale universitaire, en dentisterie, peut tirer profit, à plusieurs égards, des connaissances générées par notre étude. Nous rappelons que les principales stratégies de préparation de la relève pour soigner les populations défavorisées sur le

plan socioéconomique incluent les activités de réflexion, les stages dans la communauté ou une combinaison des deux. La réflexion post-expérientielle a notamment démontré un potentiel d'amélioration des attitudes, de l'empathie ou des connaissances vis-à-vis des besoins, du vécu, et des contraintes d'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté.^{166, 169-171} Par contre, à quelques rares exceptions, les approches éducationnelles décrites dans la littérature n'abordent pas les forces idéologiques en présence dans le système privé de santé buccodentaire ni les interactions de ces dernières avec les perspectives et pratiques professionnelles. Nous avançons qu'elles peuvent et doivent pourtant faire explicitement l'objet de contenus de réflexion dans les activités de la formation initiale.

Notre étude suggère, entre autres, l'identification collective de l'équipe dentaire à une mission biomédicale et à une éthique ancrée dans l'égalité des pratiques, barrières importantes au développement d'une pratique qui tient compte et s'ajuste au contexte et aux déterminants sociaux que vivent les patients. Nous avons souligné l'importance de susciter chez les étudiants la réflexion critique sur les limites du modèle biomédical pour soigner les personnes en situation de pauvreté et l'impact de cette problématique sur les intérêts économiques des professionnels dentaires. Nous avons aussi mis de l'avant l'intérêt d'intégrer le contenu de formation sur les approches de soins pour les populations défavorisées à un cadre et courant de pensée plus large, soit le mouvement des soins centrés sur le patient. Cette voie est en outre cohérente avec une considération, dans l'enseignement, des déterminants sociaux de la santé (DSS) et de leurs conséquences sur le vécu au quotidien. L'articulation à l'ACP des DSS présente une voie pertinente pour lier les pratiques professionnelles à l'action sur les déterminants sociaux de la santé, une préoccupation qui tend à prendre de l'ampleur.²⁴⁸⁻²⁵²

Si la réflexion critique sur les « barrières idéologiques » et l'enseignement de modèles de soins centrés sur le patient nous paraissent devoir constituer des éléments essentiels de la formation initiale en médecine et en hygiène dentaire, le défi premier à ces égards demeure une transformation des milieux académiques et de leurs pratiques

éducationnelles. Il existe en effet un écart important entre le domaine de l'éducation aux adultes—où théories, cadres et modèles de pratique ont évolué à partir d'un historique et de traditions très riches,^{139, 140, 143} et l'éducation dentaire, très peu développée sur le plan de l'art et de la science de l'éducation.¹⁵⁹⁻¹⁶² Le peu d'écrits sur les fondements théoriques de l'éducation en dentisterie révèle l'engouement des auteurs pour les principes d'apprentissage andragogiques d'autodirection et d'indépendance des apprenants^{159, 160} ainsi que l'adoption implicite d'une perspective éducationnelle de développement ou de soutien.¹⁵⁷ Nous avançons que les perspectives éducationnelles—en termes de missions, de finalités et d'intentions—traduites par les approches d'enseignement en dentisterie doivent au contraire faire l'objet d'une explicitation et d'une réflexion critique. De plus, si le milieu de l'éducation dentaire veut relever les défis d'un contrat social, d'une responsabilité sociale de la profession et du redressement des iniquités de santé buccodentaire,^{29, 136-138, 253} les orientations théoriques éducationnelles doivent être cohérentes avec une perspective de réforme sociale. Une telle perspective devra par ailleurs faire contrepoids à l'injection, dans l'enseignement clinique, des standards, logiques et valeurs véhiculées par les formateurs cliniques issus du système de soins privé.¹⁶¹

En ce qui concerne le domaine de la formation continue professionnelle en dentisterie, notre formation s'avère très éloignée des thématiques généralement abordées, ces dernières étant le plus souvent associées à des problématiques managériales, technologiques et techniques, ou centrées sur des catégories diagnostiques très précises (p.ex., le cancer orofacial, les paradontites etc.).²⁰⁴⁻²⁰⁶ En ce sens, la réussite de l'implantation de notre formation continue, unique en son genre, suggère que, malgré la dominance des acteurs de l'industrie privée dans le système de formation continue,¹⁶² une formation fondée sur une perspective et intentionnalité sociale critique peut possiblement émerger. L'innovation et l'implantation de cours de formation continue semblables seraient toutefois favorisées par une plus grande collaboration entre les milieux académiques, qui devront assumer un plus grand rôle dans la formation continue, et les organismes de régulation professionnelle.

-Le transfert des connaissances en santé

Nous soutenons que l'identification, en cours de formation, de barrières idéologiques à l'apprentissage chez les participantes, permet également de commenter de manière générale la conceptualisation et les modèles théoriques dominants à l'égard du transfert des connaissances (TC).

En santé, le mouvement du TC est centré sur la notion d'un fossé séparant des besoins de santé identifiés et les connaissances, attitudes, compétences et comportements des praticiens ou décideurs politiques à l'égard de ces besoins.^{254, 255} Le TC a été décrit comme un enchaînement de stades de création de connaissances articulé à un cycle d'étapes de leur mise en pratique; l'identification d'un problème représente l'étape charnière et le point de départ tant du processus de création que de celui de l'application des connaissances.²⁵⁶ Il se trouve que la philosophie constructiviste sur laquelle est fondée notre formation continue, nous a permis d'accéder à la compréhension d'un entre-univers ontologique contribuant à éclairer la teneur du fossé à combler entre les connaissances et l'action d'un groupe de professionnels de la santé. Cette compréhension soulève des questions face à la conceptualisation dominante du TC et son application à certains contextes de soins et à des problématiques comme celle que nous abordons.

D'une part, les positions idéologiques, dans notre étude, ont par moment posé obstacle à l'apprentissage et compromis l'ouverture sur des problèmes abordés en cours de discussion. Par exemple, l'expression de préjugés a parfois mis un terme à certains échanges et écarté la considération d'un problème posé en lien avec le contenu discuté. D'autre part, les positions idéologiques se sont révélées, à l'occasion, dans les obstacles soulevés, par les participantes, à l'égard de l'implantation de changements qu'elles considéraient souhaitables. Or, les barrières à l'application des connaissances figurent parmi les éléments les plus importants à considérer et à évaluer dans une entreprise de transfert des connaissances;²⁵⁵ de multiples cadres et instruments ont été développés à cette fin.²⁵⁷ On y répertorie des facteurs liés aux attitudes des apprenants (p.ex., la motivation), à leur comportement (p.ex. la compatibilité d'une action envisagée avec leur

approche de soins) et à l'environnement (p.ex., contraintes de temps, contraintes organisationnelles).²⁵⁷ Par contre, les déterminants idéologiques ne figurent pas, à notre connaissance, au nombre des dimensions à prendre en compte dans les cadres existants, bien qu'ils pourraient s'avérer sous-jacents et centraux à la perception de capacité, d'opportunité et de motivation au changement chez des apprenants. Dans le contexte actuel où se manifeste un intérêt pour le développement d'instruments d'évaluation des barrières à l'utilisation des connaissances en santé, nous soulignons la pertinence de considérer les perspectives idéologiques.

6.1.1.3 La régulation professionnelle

La complexité des liens entre les pratiques professionnelles et le contexte d'organisation des soins buccodentaires doit interpeler les autorités régulatrices dentaires, et ce, sur différents fronts.

D'abord, les ordres professionnels dentaires doivent assumer une responsabilité vis-à-vis de la problématique d'accès aux soins, question sur laquelle l'ODQ se penche depuis quelques années seulement. L'inclusion à leur mission de protection du public, d'une préoccupation pour l'accès aux soins est cohérente avec la perspective d'une responsabilité des organismes de régulation professionnelle dans la lutte contre les iniquités sociales de santé et pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé.^{110, 258} Leur action pourrait se traduire par une implication accrue sur le plan des politiques de santé buccodentaire, notamment en prônant une amélioration de la couverture publique et en dénonçant les iniquités qui prévalent à l'égard de l'accès à une assurance dentaire. Actuellement, l'ODQ adopte une attitude réactive aux menaces de coupes dans les programmes publics²⁵⁹ plutôt qu'une posture proactive et permanente de lutte pour leur amélioration. En regard de l'augmentation démesurée des coûts pour les services de santé buccodentaire,²⁸ l'ODQ serait aussi une instance toute désignée pour débattre des hausses de tarifs consenties par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec et négociées avec la RAMQ.

L'action des ordres dentaires pourrait également consister à lutter contre les préjugés et stéréotypes à l'égard des patients assurés par le biais de l'aide sociale. Le haut degré de stigmatisation des personnes PAS à l'échelle de l'opinion publique permet de poser l'hypothèse que certains professionnels se sentent cautionnés dans leurs jugements négatifs; cela expliquerait possiblement l'ouverture avec laquelle les participantes de notre étude ont divulgué leurs opinions défavorables, stéréotypes et discriminations à l'égard des patients PAS. Or, les stéréotypes et la perception de stigmatisation ont des conséquences sur les plans physiologique, psychologique et comportemental des individus touchés et peuvent miner la communication, la collaboration et l'engagement de ces derniers dans leurs relations avec les professionnels.²⁶⁰ Dans ce contexte, une campagne de sensibilisation menée par les ordres dentaires paraît justifiable. Celle-ci pourrait mettre en valeur notamment les connaissances, compétences et valeurs des personnes PAS quant à leur santé buccodentaire⁴⁵ voire leur donner la parole directement. Des stratégies de réduction des risques d'affichage de stéréotypes en cabinet dentaire (p.ex., dans l'environnement physique) pourraient également faire partie d'une initiative de sensibilisation.²⁶⁰

Finalement, les ordres professionnels dentaires pourraient également jouer un rôle sur le plan de la formation continue. En effet, les ordres déterminent les règles entourant la mise à jour des connaissances et compétences des professionnels en vue du maintien de leur permis de pratique.²⁰³ Les instances des ordres ont notamment le pouvoir de rendre obligatoire l'obtention de crédits de formation liés à certains domaines jugés critiques à la protection du public.²⁶¹ Dans le contexte très concurrentiel du marché de la formation continue en dentisterie—fortement lié à l'industrie privée—et dans la perspective d'une responsabilité vis-à-vis les iniquités de santé buccodentaire, les ordres dentaires pourraient se prévaloir de leur autorité en la matière et exiger qu'un certain nombre de crédits de formation soient en lien avec les connaissances sur les besoins des populations défavorisées sur le plan socioéconomique.

En somme, les ordres professionnels dentaires, ont un rôle important à jouer dans la lutte contre les iniquités sociales de santé, par le biais des normes et règlements qu'ils sont autorisés à élaborer et des valeurs qu'ils peuvent défendre publiquement.

6.1.2 Contributions théoriques et pistes de recherche

Dans notre étude où l'approche éducationnelle accorde une place importante à l'expression des objections et barrières idéologiques, plusieurs participantes ont exprimé une prise de conscience des préjugés véhiculés à l'endroit des personnes PAS, à l'échelle de la clinique. Certaines participantes ont également décrit une révision de leurs croyances à l'égard des personnes PAS (p.ex. concernant le phénomène du travail au noir, les attitudes face à l'hygiène dentaire), de modifications dans les manières de communiquer avec les patients, et l'ajustement de certaines politiques d'octroi de rendez-vous. Nous proposons ainsi que les approches de réflexion à partir d'outils de connaissance artistiques ainsi que la théorie de l'AT chez l'adulte s'avèrent pertinentes et sont à développer comme stratégies et fondements théoriques pour la formation des professionnels dentaires et de l'encadrement des instructeurs cliniques.

L'application de la théorie de l'AT, à des questions telles que la responsabilité sociale et les compétences des professionnels de la santé auprès de populations défavorisées doit toutefois continuer à faire l'objet de recherches. Dans notre étude, parallèlement à une plus grande ouverture, empathie et compréhension de la pauvreté et des déterminants sociaux, certaines participantes ont rapporté des perspectives négatives renforcées vis-à-vis de catégories de patients PAS et de leur comportement. Il s'agit d'une avancée théorique, car les rares auteurs et chercheurs peu nombreux s'étant intéressés à l'application de l'AT dans l'éducation des professionnels n'ont pas abordé, à notre connaissance, les effets paradoxaux potentiels cette approche.^{145, 146} Des études approfondissant les processus de réflexion (p.ex., sur les présupposés) et les dimensions affectives (p.ex., sentiment de culpabilité) en cause dans l'apprentissage chez les étudiants ou les praticiens, permettraient de mieux comprendre ce phénomène

indésirable. La composante affective est notamment une dimension actuellement sous-développée de l'AT²⁶² et nos données indiquent qu'elle y occuperait possiblement une place prépondérante.

Par ailleurs, des recherches futures devront contribuer à notre compréhension des exigences d'animation lors de discussions critiques sur la pauvreté et les pratiques professionnelles. L'identification et la progression dans les questions critiques posées en lien avec le matériel éducationnel sont parmi les éléments-clés à mieux connaître,¹⁵⁶ ces derniers sont peu abordés dans les études évaluatives, en santé, fondées sur l'AT.^{145, 146} Le processus éducationnel menant à l'expérience d'un dilemme chez les apprenants doit également susciter une attention particulière puisqu'il s'agit là du point de départ et élément déclencheur de l'apprentissage transformationnel. Enfin, soulignons qu'il a été suggéré que l'application d'une approche transformationnelle auprès de groupes de personnes privilégiées—tels les dentistes—doit emprunter une série d'étapes qui diffère de celle par laquelle progresse des personnes appartenant à des groupes sociaux dits opprimés.²⁶³ La distinction dans les approches éducationnelles tient au fait qu'il faille prendre en compte les résistances particulières à la remise en question de l'hégémonie sociale par des détenteurs de pouvoir et de privilèges.²⁶³ Voilà d'autres avenues de recherche pertinentes.

Enfin, ultimement, toute intervention ayant pour visée la transformation des perspectives et pratiques professionnelles à l'égard de personnes en situation de pauvreté devra s'assurer d'en étudier, auprès de ces dernières, la perception des effets. Font-elles l'expérience d'un accueil et d'un traitement plus chaleureux, plus accueillant, plus empathique et respectueux de la part de leur professionnel de la santé? Perçoivent-elles une meilleure compréhension de leur vécu au quotidien et une communication plus égalitaire? Apportent-elles des changements dans leurs habitudes de consultation dentaire et perçoivent-elles des améliorations de leur santé?

6.2 Limites, apports méthodologiques et défis d'ordre éthique et de la recherche

Cette section aborde: 1) les limites de la recherche; 2) les apports méthodologiques et 3) les défis d'ordre éthique.

6.2.1 Limites de la recherche

Les contraintes de temps liées à la réalisation de ce doctorat nous ont forcée à restreindre le nombre de questions de recherche et, par conséquent, à limiter nos champs d'investigation et de production des connaissances. Il aurait été souhaitable, tel que prévu au départ, d'analyser plus en profondeur les processus de réflexion et d'explorer davantage l'expérience affective des participantes au cours des différentes activités formation. Cela aurait permis d'établir des liens entre des dimensions de l'apprentissage, des contenus ou activités spécifiques de la formation et l'évolution dans les croyances ou actions chez les participantes.

Nous soulignons que la réponse des participantes à la formation continue est également tributaire d'éléments logistiques de l'implantation de cette dernière, comme la détermination des horaires, l'environnement physique ou la rémunération des participantes, tout comme des processus d'enseignement comme l'animation et les attitudes non verbales de la formatrice, ou encore le contenu spécifique des activités de formation comme le court-métrage, les capsules vidéo, les discussions de groupe etc.

Bien que nous ayons recueilli des données touchant la question de l'implantation de la formation et celle des processus d'apprentissage, nous avons dû mettre de côté ces questions au moment de l'analyse, de l'interprétation et de la publication de nos résultats.

6.2.2 Apports méthodologiques

Une des forces d'un devis d'étude de cas qualitative unique a trait à la profondeur de l'analyse et de l'exploration des phénomènes et contextes dans lesquels le chercheur prend le temps de s'immerger longuement.²²¹ C'est notamment le cas de notre étude qui a impliqué un contact et une communication soutenus avec les participantes, sur une période de plusieurs mois, et cela dans le cadre d'un rapport comportant plusieurs dimensions sur le plan épistémologique.

Le double rôle de la chercheuse principale, soit celui d'investigatrice et de formatrice, représente en effet une des forces et éléments d'originalité de notre recherche.

L'inscription de l'étude de cas qualitative dans le cadre d'une intervention—et vice-versa—a permis d'asseoir les deux sur une relation, entre la chercheuse-formatrice et les participantes, qui s'est développée dans le temps et qui a mené à une compréhension plutôt intime du contexte de travail de la clinique dentaire. Les entrevues finales menées auprès des participantes sur leur perception et vécu en lien avec la formation peuvent être considérées comme l'aboutissement d'une conversation qui s'est échelonnée sur plusieurs mois. L'entrevue finale a pu inclure à tout moment la référence à une étape ou l'autre de la formation, à des moments d'échange en groupe, à des affirmations faites par les participantes en entrevue initiale, ou encore à l'organisation du travail dans la clinique, telle qu'observée et vécue par moment par la chercheuse. Cette dimension de la méthodologie a renforcé considérablement la crédibilité des résultats puisqu'il devenait difficile pour les participantes de fabriquer des réponses en fonction d'une quelconque attente ou espoir attribués à la formatrice-chercheuse. Par ailleurs, la facilité avec laquelle les jugements négatifs et le système de catégorisation des personnes PAS ont été exprimés par les participantes met en évidence leur sentiment de confort et de légitimité à l'égard de leurs perceptions et positions. Ainsi, tout comme l'immersion du chercheur dans une recherche-action participative le positionne bien pour accéder et réfléchir à l'évolution des représentations et perspectives des co-chercheurs, l'implication directe du chercheur dans l'intervention présente une opportunité unique de co-construction et

de reconstruction évolutives auprès des participants à l'intervention. Voilà une piste méthodologique d'intérêt en santé publique, notamment dans le contexte de l'emphase grandissante sur la science de l'intervention et des solutions aux problèmes liés aux inégalités sociales.²⁰

Mentionnons, toutefois, qu'il reste que la participation à une recherche a pu motiver et améliorer l'engagement de certaines participantes envers les activités de la formation et, en ce sens, contribuer à des effets transformationnels plus importants.

6.2.3 Défis d'ordre éthique

L'application d'une approche constructiviste, à la fois dans l'intervention éducative et dans la méthodologie de l'étude de cas, a mené à des défis d'ordre éthique non-anticipés. D'une part, l'identification d'importantes barrières à l'apprentissage et de contraintes au changement, sous forme d'idéologies, a représenté pour la propriétaire et gestionnaire de la clinique une forme de confrontation personnelle et professionnelle. En cours d'entrevue finale, quelques participantes ont souligné et dénoncé les impacts négatifs, sur leur travail, des impératifs de profit du cabinet. Lorsqu'invitée à réfléchir et à commenter sur ces thèmes, la propriétaire de la clinique se sentit heurtée et surprise d'apprendre que l'orientation entrepreneuriale de sa clinique puisse représenter un intérêt de recherche. Elle exigea que soit censurée une pratique de gestion spécifique, sous menace de retirer sa participation. Cette situation conflictuelle, pour laquelle nous avons consulté auprès des instances éthiques, a pu être résolu par la discussion et un compromis de la part de la chercheuse. L'incident nous amène toutefois à réfléchir sur les aspects éthiques de la recherche et notamment sur le libellé du formulaire de consentement éclairé dans le contexte de notre étude (voir Annexe 3). Nous considérons que la question des barrières à l'apprentissage et à la mise en œuvre de changements au sein de la clinique n'ont pas été suffisamment articulées comme intérêts de recherche.

D'autre part, la question de la hiérarchie sociale au sein de la clinique dentaire aurait également pu être mieux anticipée. Des tensions entre certaines participantes et en particulier entre une des dentistes et la propriétaire de la clinique se sont manifestées. Dans ce dernier cas, il s'est avéré un risque que des informations ou connaissances produites en cours de recherche, dont celles relatives aux rendez-vous manqués, soient mobilisées stratégiquement et de manière à soutenir la position de la propriétaire. Nous nous sommes ajustées à cette réalité de manière à prioriser la protection des participantes.

6.3 Liens entre la recherche et le contexte développemental participatif

Dans cette section, nous traitons d'abord des retombées et de l'originalité du processus participatif. Nous présentons ensuite les implications de notre étude en termes de transfert des connaissances. Nous terminons avec les limites de la démarche participative et les leçons que nous avons apprises.

6.3.1 Retombées et originalité de la démarche participative

Notre démarche globale de recherche-action participative eut des retombées en termes de certaines activités de dissémination et de l'élaboration d'une action politique institutionnelle.

Au printemps 2015, un guide d'animation d'un cinéma forum sur la pauvreté et la santé fut élaboré en collaboration avec l'organisme de théâtre d'intervention Mise au jeu (voir la page couverture du guide à l'Annexe 7). Le guide détaille une approche et une marche à suivre, fondées sur les principes du théâtre des opprimés d'Augusto Boal,²¹⁹ pour les éducateurs du domaine de la santé interpellés par l'enseignement des questions de pauvreté et d'accès aux soins. Intégré à une trousse d'animation qui comprend également le film *À l'écoute* et un *Cahier du participant*, le guide se destine, prioritairement, à une distribution à travers les Facultés de médecine dentaire et écoles d'hygiène dentaire nord-américaines. Notons par ailleurs que plusieurs outils

développés par le Collectif À l'écoute les uns des autres (p.ex. DVD, film, capsules) sont déjà en usage dans des facultés de médecine dentaire des Université Laval, de Montréal, et de McGill. À notre connaissance, de tels outils n'existaient pas et l'intérêt porté aux travaux du Collectif « À l'écoute » est le reflet d'un grand besoin, dans le domaine dentaire, pour des ressources éducationnelles permettant d'aborder la pauvreté, les iniquités de santé et d'accès aux soins, et les pratiques professionnelles. Ainsi, malgré une structure d'enseignement clinique en dentisterie qui favorise la transmission aux étudiants de l'idéologie de l'entreprise privée, il se trouve des éducateurs et des chercheurs qui sont à la recherche d'outils éducatifs qui soutiendront leur intention de réforme sociale.

Par ailleurs, la participation au projet de représentantes occupant des postes importants aux ordres dentaires québécois (i.e. la Présidente et directrice générale de l'OHDQ et la Directrice des services professionnels de l'ODQ) ouvrit la voie à deux champs d'activités: 1) la publication d'articles de dissémination des connaissances sur la pauvreté dans des revues professionnelles dentaires^{216, 217} et 2) l'intégration au processus d'inspection professionnelle de l'ODQ d'une thématique portant sur l'équité dans les pratiques et sur les discriminations. Suite à une proposition de la part de la Directrice des services professionnels au Comité exécutif de l'ODQ, ce dernier voit actuellement au rajout d'une section sur l'équité au questionnaire devant être rempli par le dentiste en cours d'inspection.²⁶¹

Enfin, il importe de souligner l'originalité voire l'unicité d'une démarche qui, s'appuyant sur les savoirs expérientiels de personnes en situation de pauvreté pour générer des produits de connaissance, incarnait et présumait d'emblée une prise de pouvoir de personnes souvent considérées vulnérables

6.3.2 Implications pour le domaine du transfert des connaissances

Le développement d'outils de formation des professionnels de la santé relève à la fois du domaine de l'éducation et de celui, plus large, du transfert des connaissances. C'est ainsi que, tant au niveau de la pratique qu'en regard de la recherche dans ce domaine, nous suggérons quelques pistes.

Rappelons d'abord que le mouvement de TC en santé s'est traduit depuis plusieurs années par la valorisation de l'intégration des détenteurs d'enjeux aux processus de recherche, par exemple les organismes subventionnaires prônant le « transfert intégré des connaissances ».²⁶⁴ Bien que ces approches et libellés ne signifient pas nécessairement que soient observés les principes philosophiques de la RAP et encore moins l'intégration de représentants de populations vulnérables ou marginalisées, notre démarche de recherche démontre la pertinence d'un rapprochement conceptuel et pratique du TC et de la RAP lorsqu'il est question de lutte contre les inégalités sociales de santé. En effet, l'analyse et la réflexion liées à la publication de notre deuxième article de thèse nous amènent à concevoir qu'un processus de sensibilisation a opéré auprès des partenaires au cours des années.²⁴ De surcroît, des prises de conscience en cours de production des outils de formation ont pu augmenter la motivation des membres d'*À l'écoute* à prendre acte des résultats de notre étude de cas.²⁶¹ Tel que mentionné plus haut, la mobilisation de notre partenaire de l'ODQ autour de la problématique de l'exclusion et des discriminations contribue à l'actuelle intégration au processus de surveillance et d'inspection professionnelle d'une considération pour l'équité et contre les discriminations dans les pratiques professionnelles de leurs membres. Or, à notre connaissance, peu de recherches empiriques explicitent les processus par lesquels la participation de détenteurs de pouvoir, aux côtés de personnes démunies, peut alimenter leurs décisions et leur propension à prendre acte de leurs apprentissages.

Ainsi, nous proposons comme voie de recherche future dans le domaine du TC en santé l'exploration du potentiel transformateur de la RAP chez les partenaires participants,

notamment lorsqu'ils sont issus de milieux sociaux normalement très distants. Les liens entre le processus de changement opérant chez les participants et l'élaboration de politiques, de règles ou de normes institutionnelles pourraient notamment faire l'objet d'études. La compatibilité naturelle entre la RAP et l'apprentissage transformationnel a d'ailleurs déjà été souligné dans le domaine de l'éducation.²⁶⁵ Nous soumettons, encore plus spécifiquement, qu'il y a matière à découvrir et contraster les mécanismes transformationnels avec les stratégies de « push » ou de « pull » de connaissances couramment associées au TC dans le domaine de l'élaboration de politiques en santé.²⁵⁵

6.3.3 Défis et leçons apprises

Si l'inscription d'un projet de doctorat à une recherche-action participative constitue une opportunité unique de réflexion et de théorisation sur les processus participatifs souvent peu élaborés dans la littérature, elle présente également des défis majeurs. D'avance complexe, la conciliation des impératifs du processus participatif avec ceux de la production d'une thèse fut d'autant plus exigeante qu'il fallut dédier un temps énorme à des tâches très techniques pour produire les outils de formation (p.ex. l'analyse thématique et le découpage d'entrevues filmées, le montage des capsules). L'embauche de Nancy Wassef, dentiste et professionnelle de la recherche, pour prendre en charge une partie de ces tâches rendit l'élaboration des capsules possible. Toutefois, l'intégration à ces dernières des points de vue et savoirs d'expérience de tous les partenaires demeurait essentielle au projet et relevait de notre responsabilité. Cela représentait un défi de coordination majeur étant donné la dispersion géographique des membres et leur renouvellement suite à des départs et, tristement, au décès de l'une d'entre elles, Mme Louise Whitmore. À titre d'illustration, certaines itérations dans le développement des capsules impliquèrent l'intégration et l'introduction au projet de nouveaux membres du Collectif pour un Québec sans pauvreté ainsi que l'organisation de séances de validation, à Québec, auprès de personnes en situation de pauvreté nouvellement recrutées.

Par ailleurs, des limites de temps et de financement pour les activités *d'À l'écoute* nous ont contrainte à mettre fin aux rencontres en grand groupe. Il était en effet au départ prévu et il aurait été cohérent du point de vue de l'évaluation développementale de poursuivre un cycle de réflexion en grand groupe sur les résultats de l'étude de cas. Un tel retour aurait sans doute enrichi l'analyse des implications de la recherche, et conduit à identifier d'autres actions à poursuivre, possiblement à l'égard des outils de formation. Dans l'état actuel des choses, nous n'avons pas prévu de donner suite à la formation continue en cabinet dentaire, bien qu'elle puisse représenter un intérêt pour plusieurs cliniques. Notons que la continuation des travaux sur les outils, sur la formation continue et son implantation aurait également nécessité la participation d'acteurs nouveaux, dont des personnes engagées plus directement et/ou intéressés à la dispensation de formation continue dentaire sur des questions de pauvreté. Ainsi, leçon que nous retenons à l'égard d'une recherche-action participative développementale: l'évaluation continue des détenteurs d'enjeux présents à la table est essentielle. Une telle réflexivité favorise en effet l'identification et le recrutement, le cas échéant, de partenaires susceptibles d'assurer une correspondance entre les besoins émergents du projet et la capacité ou les ressources pouvant y répondre.

7. Conclusion

L'objectif évaluatif de cette thèse ciblait l'apprentissage chez les membres d'une clinique dentaire privée s'étant engagée dans une formation continue créditée sur la pauvreté et la santé buccodentaire. Cette formation, fondée sur la théorie de l'apprentissage transformationnel est le fruit d'un processus participatif développemental novateur, visant le changement dans les perspectives et pratiques des professionnels dentaires à l'égard de leurs patients prestataires de l'aide sociale. Nous abordons deux questions de recherche: 1) quelle est la perception des participants quant aux effets transformationnels de leur participation à la formation? et 2) quelles sont les barrières perçues et les objections soulevées par les participants à l'égard des perspectives et pratiques discutées en cours de formation?

La participation de 15 membres de la clinique dentaire montréalaise à une série de 8 heures d'activités de formation offertes par la chercheure, axées sur la réflexion critique et intégrant le visionnement de témoignages et d'un court-métrage social réaliste, a généré des résultats prometteurs. Notre étude de cas démontre qu'il peut s'opérer des changements, à l'échelle micro de l'individu et dans son rapport à l'autre. Par exemple, au niveau individuel, il s'est développé une plus grande sensibilité aux causes de la pauvreté et des améliorations chez certaines participantes dans leur manière d'interagir avec les patients; au niveau de l'une des équipes, des actions concrètes ont été prises, tel l'établissement d'une politique de rendez-vous plus inclusive. Le succès d'implantation et les résultats positifs de notre formation continue, unique dans un marché dominé par les offres de formation à caractère biomédicales ou managériales, sont causes d'optimisme.

En contrepartie, notre étude démontre que la formation peut mener au renforcement des préjugés dans certains cas, un effet paradoxal et indésirable du point de vue de la position sociale critique de cette thèse. Le potentiel de renforcement de certaines perspectives, notamment la tendance à catégoriser les personnes prestataires de l'aide sociale selon la perception du degré de responsabilité individuelle, représente par ailleurs une contribution théorique importante dans le contexte de l'application de l'apprentissage transformationnel à la formation continue. Aussi est-il important que des

recherches futures poursuivent l'exploration des mécanismes transformationnels potentiellement mobilisés par l'application d'approches artistiques et constructivistes dans l'enseignement des professionnels de la santé. La dimension affective, les processus de réflexion et la prise en compte des défis particuliers d'une application de l'AT auprès de détenteurs de pouvoir représentent autant d'éléments susceptibles d'intéresser des chercheurs.

D'autre part, l'étude de cas démontre également qu'au niveau des cliniques dentaires privées, il est probable que des influences systémiques significatives se répercutent dans la relation professionnel-patient, reproduisant des aspects du rapport entre groupes sociaux et des effets de l'idéologie dominante sur ce rapport. Ces dynamiques semblent se loger profondément dans l'expérience et les pratiques des professionnels auprès de patients en situation de pauvreté, contraignant et limitant la marge d'initiatives éducationnelles à l'égard de ces derniers. L'identification des barrières idéologiques à la transformation des pratiques met en évidence la pertinence des approches éducationnelles constructivistes pour comprendre d'une part, les limites de la formation professionnelle et d'autre part, les défaillances du marché privé pour pourvoir aux besoins de santé buccodentaire des personnes en situation de pauvreté, et ce même lorsque des programmes sociaux visent à leur assurer des services de base.

La richesse de nos résultats tient en outre à certaines dimensions de la méthodologie développée. Le déploiement intégré d'une formation et d'une recherche et, en l'occurrence, notre adoption d'un double rôle de formatrice-investigatrice, permet d'assurer une présence prolongée auprès des participantes et une multiplicité de moments d'interaction. De plus, nous étant adaptée aux réactions et besoins évolutifs des participantes, dont celui d'effectuer une recherche à même les bases de données de la clinique, nous pûmes effectuer une période d'observation participante et entretenir des échanges ciblés avec les secrétaires sur leurs interactions avec des patients. Enfin, bien que cela n'ait pas été prévu au protocole de départ, de brèves entrevues de mi-parcours au hasard des pauses ou moments d'arrêt des participantes permirent d'échanger avec

elles informellement sur leur journées et réflexions sur les activités de formation. À la lumière de notre expérience à titre de formatrice-chercheure et de notre découverte des avantages associés à une telle position, nous concevons qu'il est possible d'entrevoir des résultats de recherche comme l'aboutissement ou l'évolution d'une conversation entre chercheure et participants. Nous considérons qu'il s'agit là d'une piste méthodologique d'intérêt en santé publique, notamment dans le contexte de l'emphase grandissante sur la science de l'intervention et celles des solutions aux problèmes liés aux inégalités sociales.¹

En conclusion, nous avançons que les voies d'amélioration de la réponse au défi de l'accès aux soins pour les personnes en situation de pauvreté dépendront des efforts, de la réflexion critique et de l'apprentissage communicatif et transformationnel, tant des personnes membres des organismes de régulation professionnelle ou des systèmes éducationnels que des professionnels issus ou tributaires de ces systèmes.

Bibliographie

1. Surgeon General. *Oral health in America: a report of the surgeon general*. Rockville, MD: National Institute of Dental and Craniofacial Research 2000.
2. Ministère de la santé et des services sociaux. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*. Québec, Québec; 2001. Report No.: 18.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*. Québec, Québec 1998.
4. Madrid C, Abarca M, Pop S, Bodenmann S, Wolff H, Bouferrache K. Santé buccale: déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités. *Revue Médicale Suisse*. 2009;5:1946-1951.
5. Liu Y, Li Z, Walker MP. Social disparities in dentition status among American adults. *Int Dent J*. 2014;64:52-57.
6. Health Canada. *Report on the Findings of the Oral Health Component of the Canadian Health Measures Survey 2007-2009*: Ministry of Health; 2010.
7. Brodeur JM, Olivier M, M. P, Benigeri M, Williamson S, Bedos C. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et de 11-14 ans*. Québec, QC: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec 1999.
8. Brodeur J-M, Payette M, Benigeri M, Olivier M, Chabot D. *Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec. Résultats du sondage*. Montréal, QC: Direction de la santé publique de Montréal-Centre; 1995
9. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. *Am J Public Health*. Jan 2002;92(1):53-58.
10. Bedos C, Loignon C, Brodeur J-M, Levine A, Tubert S. Pauvreté et accès aux services buccodentaires: entre droit et éthique. Paper presented at: 16e Congrès mondial de droit médical, 2006; Toulouse
11. Bedos C, Brodeur J-M, Levine A, Richard L, Boucheron L, Mereus W. Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal. *Am J Public Health*. Aug 2005;95(8):1340-1344.
12. Bedos C, Brodeur J-M, Boucheron L, et al. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Soc Sci Med*. Dec 2003;57(11):2089-2099.
13. Bedos C, Loignon C, Landry A, Richard L, Allison P. Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organisational, biomedical, and financial challenges. *BMC Health Services Research* 2014;14(472).
14. Bedos C, Loignon C, Landry A, Allison PJ, Richard L. How health professionals perceive and experience treating people on social assistance: a qualitative study among dentists in Montreal, Canada. *BMC Health Services Research*. 2013;Nov 5(13).
15. Yoshida T, Milgrom P, Coldwell S. How do U.S. and Canadian dental schools teach interpersonal communication skills? *J Dent Educ*. Nov 2002;66(11):1281-1288.
16. Saleh L, Kuthy RA, Chalkley Y, Mescher KM. An assessment of cross-cultural education in U.S. dental schools. *J Dent Educ*. Jun 2006;70(6):610-623.

17. Rowland ML, Bean CY, Casamassimo PS. A snapshot of cultural competency education in US dental schools. *J Dent Educ.* Sep 2006;70(9):982-990.
18. Pilcher ES, Charles LT, Lancaster CJ. Development and Assessment of a Cultural Competency Curriculum. *J Dent Educ.* September 1, 2008 2008;72(9):1020-1028.
19. Hannah A, Millichamp CJ, Ayers KMS. A communication skills course for undergraduate dental students. *J Dent Educ.* Sep 2004;68(9):970-977.
20. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller JA. Pour une science des solutions: la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action.* 2013;425:13-15.
21. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation.* Newbury Park, CA: Sage 1989.
22. Mezirow J. *Transformative Dimensions of Adult Learning.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1991.
23. Lévesque MC, Hovey RC, Bedos C. Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care. *Journal of Healthcare Leadership.* 2013;5:35-46.
24. Lévesque MC, Dupéré S, Morin N, et al. Translating knowledge on poverty to humanize care: Benefits and synergies of community engagement with the arts. *Educational Action Research.* 2015;23(2):207-224.
25. Patton MQ. *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use.* New York, New York: The Guilford Press; 2011.
26. Levesque MC, Levine A, C B. Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health. *International Journal for Equity in Health.* 2015;14(41):1-14.
27. Levesque MC, Levine A, Bedos C. Humanizing oral healthcare through continuing education on social determinants of health: Evaluative case study of a Canadian private dental clinic. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* Accepted-to be published in 2016.
28. Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013* 2013.
29. Leake J. Why Do We Need an Oral Health Care Policy in Canada? *Journal of the Canadian Dental Association.* 2006;72(4):317.
30. Ravaghi V. Comparing Inequalities in Oral and General Health: Findings of the Canadian Health Measures Survey. *Can J Public Health.* 2013;104(7):e466-e471.
31. Canadian Academy of Health Sciences. *Improving Access to Oral Health Care for Vulnerable People Living in Canada.* Ottawa, Canada 2014.
32. Moquet M-J. Inégalités sociales de santé: des déterminants multiples. *La santé de l'homme.* 2008;397:17-19.
33. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(1):1-11.
34. International centre for oral health inequalities research and policy. *Social inequalities in oral health: from evidence to action* 2015.

35. Académie canadienne des sciences de la santé. *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada, sommaire et recommandations*. Ottawa, ONT 2014.
36. Boyce WT, Den Besten PK, Stamperdahl J, et al. Social Inequalities in Childhood Dental Caries: The Convergent Roles of Stress, Bacteria and Disadvantage. *Soc Sci Med*. 2010;71(9):1644-1642.
37. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. *Santé bucco-dentaire des enfants: des inégalités dès le plus jeune âge*. France: Direction française de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2013.
38. Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KMS. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32:345-353.
39. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35:81-88.
40. Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. Feb 2006;34(1):71-79.
41. Patrick DL, Yin Lee RS, Nucci M, Grembowski D, Jolles CZ, Milgrom P. Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants. *BMC Oral Health*. 2006;6(S4).
42. Lee JY, Divaris K. The Ethical Imperative of Addressing Oral Health Disparities: A Unifying Framework *Journal of Dental Research*. 2013;93(3):224-230.
43. Organisation mondiale de la santé. *Combler le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*. Genève, Suisse 2009.
44. Chi D, Masterson EE, Carle AC, Mancl LA, Coldwell SA. Socioeconomic Status, Food Security, and Dental Caries in US Children: Mediation Analyses of Data From the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2008. *Am J Public Health*. 2014;104(5):860-864.
45. Muirhead V, Quinonez C, Figueiredo R, Locker D. Oral health disparities and food insecurity in working poor Canadians. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:294-304.
46. Sanders AE, Turell G, Slade GD. Affluent Neighborhoods Reduce Excess Risk of Tooth Loss among the Poor. *Journal of Dental Research*. 2008;87(10):969-973.
47. Piovesan C, Markezan M, Kramer PF, Bonecker M, Ardenghi TM. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39:260-267.
48. Costa SM, Martins CC, Bonfim MdLC, et al. A Systematic Review of Socioeconomic Indicators and Dental Caries in Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health Reports*. 2012;9:3540-3574.
49. Bonfim MdLC, Mattos FF, Ferreira EeF, Campos ACV, Vargas AMD. Social determinants of health and periodontal disease in Brazilian adults: a cross- sectional study. *BMC Oral Health*. 2013;13(22):1-7.

50. Bernabé E, Marcenes W. Income Inequality and Tooth Loss in the United States. *Journal of Dental Research*. 2011;90(6):724-729.
51. Bhandari B, Newton JT, Bernabé E. Income inequality, disinvestment in health care and use of dental services. *J Public Health Dent*. 2015;75(1):58–63.
52. Quinonez C. Self-reported emergency room visits for dental problems. *International Journal of Dental Hygiene*. 2011;9(1):17-20.
53. Teusner DN, Anikeeva O, Brennan DS. Self-rated dental health and dental insurance: modification by household income. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12(67).
54. Institute of Medicine. *Access to Health Care in America*. Washington D.C.: National Academy Press; 1993.
55. Guessous I, Theler JM, Durosier Izart C, et al. Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2014;14(121).
56. Al-Haboubi M, Klass C, Jones K, Bernabe E, Gallagher JE. Inequalities in the use of dental services among adults in inner South East London. *European Journal of Oral Sciences*. 2013;121 176–181.
57. Stewart M, Reutter L, Makwarimba E, et al. Determinants of Health-Service Use by Low-Income People. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2005;37(3):104-131.
58. Albino JEN, Inglehart MR, Tedesco LA. Dental Education and Changing Oral Health Care Needs: Disparities and Demands. *J Dent Educ*. 2012;76(1):75-88.
59. Mertz E, Manuel-Barkin C, Isman B, O'neil E. *Improving Oral Health Care Systems in California* San Francisco, California: Center for the Health Professions University of California; 2000.
60. Hart JT. The inverse care law. *The Lancet*. 1971;297(7696):405-412.
61. Direction de santé publique. Les inégalités sociales de santé à Montréal: Le chemin parcouru. In: Montréal Adlsedssd, ed. Montreal, QC; 2011.
62. Grembowski D, Andersen RM, Chen M. A Public Health Model of the Dental Care Process. *Medical Care Research and Review*. 1989;46:439-496.
63. Donabedian A. 'The Assessment of Need'. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge: Harvard University Press; 1973: 58-69.
64. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring Dimensions of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 1983;18(1):49-74.
65. Aday LA, Andersen RM. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 1974;9(3):208-220.
66. Andkhoie M, Pandovska-Pelivanova E, Emmanuel S, Lateef F, Szafron M, Farag ME. Demand and Burden of Dental Care in Canadian Households. *International Journal of Economics and Finance*. 2014;6(9):73-83.
67. Locker D, Maggiras J, Quiñonez C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *J Public Health Dent*. 2011;71(4):327-334.
68. Leake J. Access and care: Reports from Canadian Dental Education and Care Agencies. *Journal of Canadian Dental Association*. 2005;71(7):469-471.

69. Association dentaire canadienne. *Exposé de position de l'Association dentaire canadienne (ADC): L'accès aux soins buccodentaires pour les Canadiens* 2010.
70. Régie de l'assurance maladie du Québec. Les services couverts au Québec. *Ministère de la santé et des services sociaux* Available at: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/depliants/depl-services-dentaires-fr.pdf>. Accessed Décembre 2015.
71. Ramraj C, Weitzner E, Figueiredo R, Quiñonez C. A Macroeconomic Review of Dentistry in Canada in the 2000s. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2014;80(e55).
72. Quinonez C, Gibson D, Jokovic A, Locker D. Emergency department visits for dental care of nontraumatic origin. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(4):366-371.
73. Shulman JD, Ezemobi EO, Sutherland JN, Barsley R. Louisiana Dentists' Attitudes Toward the Dental Medicaid Program. *Pediatric Dentistry*. 2001;23(5):395-400.
74. Nainar S, Tifanoff N. Effect of Medicaid reimbursement rates on children's access to dental care. *Pediatric Dentistry*. 1997;19(5):315-316.
75. Hugues R, Damiano P, Kanellis M, Kuthy R, Slayton R. Dentists' participation and children's use of services in the Indiana dental Medicaid program and SCHIP: assessing the impact of increased fees and administrative changes. *J Am Dent Assoc*. 2005;136(4):517-523
76. Damiano PC, Brown ER, Johnson JD, Scheetz JP. Factors affecting dentist participation in a state Medicaid program. *J Dent Educ*. Nov 1990;54(11):638-643.
77. Desprès C, Guillaume S, Couralet P. *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C à Paris: une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins.*: Institut de recherche et documentation en économie de la santé 2009.
78. Ordre des dentistes du Québec. Fiche sur la profession de dentiste au Québec. Available at: <http://www.odq.qc.ca/Publications/Statistiques/tabid/290/language/fr-CA/Default.aspx>.
79. Régie de l'assurance maladie du Québec. Nombre de dispensateurs, nombre et coût des services dentaires rémunérés à l'acte selon le type de service: tableau SD.22 Services dentaires pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours premier trimestre 2013. Québec, Qc; 2015.
80. Press C. Raise medicare fees or we're out, Quebec dentists say *CBC News Health*, February 25, 2008.
81. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. Dentists' experiences with low-income patients benefiting from a public insurance program. *European Journal of Oral Sciences*. 2009;117(4):398-406.
82. Lam M, Riedy CA, Milgrom P. Improving access for Medicaid-insured children: focus on front-office personnel. *J Am Dent Assoc*. 1999;130(3):365-373.
83. Loignon C, Landry A, Allison P, Richard L, Bedos C. How do dentists perceive poverty and people on social assistance? A qualitative study conducted in Montreal, Canada. *J Dent Educ*. 2012;76(5):545-552.

84. Arpin S. *Perceptions et offre de services des dentistes à l'égard des personnes en situation de pauvreté*. Montréal, Qc: Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine, Université de Montréal; 2008.
85. Brown BR, Inglehart MR. Orthodontists' and Orthodontic Residents' Education in Treating Underserved Patients: Effects on Professional Attitudes and Behavior. *J Dent Educ*. 2009;73(5).
86. Ernst S, Mériaux I. *Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé: Faire partie du problème ou contribuer à la solution ?* Marseille, France: Faculté de médecine de Marseille; 2013.
87. Willems SJ, Swinnen W, De Maeseneer JM. The GP's perception of poverty: a qualitative study. *Family Practice*. 2005;22(2):177-183.
88. Bloch G, Rozmovits L, Giambrone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Family Practice*. 2011;12(62):2-6.
89. Cozzarelli C, Wilkinson AV, Tagler MJ. Attitudes Toward the Poor and Attributions for Poverty. *Journal of Social Issues*. 2001;57(2):207-227.
90. Weiss-Gal I, Benyamini Y, Ginzburg K, Savaya R, Peled E. Social Workers' and Service Users' Causal Attributions for Poverty. *Social Work*. 2009;54(2):125-133.
91. Bullock H. From the Front Lines of Welfare Reform: An Analysis of Social Worker and Welfare Recipient Attitudes. *The Journal of Social Psychology*. 2004;144(6):571-588.
92. Jodelet D. Représentations sociales: phénomènes, concepts et théorie. In: Moscovici S, ed. *Psychologie sociale*. Paris: PUF; 1997.
93. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference?[see comment]. *Patient Educ Couns*. Feb 2005;56(2):139-146.
94. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The Social Gradient in Doctor-Patient Communication. *International Journal for Equity in Health* 2012;11(12).
95. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Études et résultats*. 2006;481.
96. C D. La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. . *Pratiques et organisation des soins*. 2010;41(1):33-43.
97. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How People on Social Assistance Perceive, Experience and Improve Oral Health *Journal of Dental Research*. 2009;88(7):653-657.
98. Kelly SE, Binkley CJ, Neace WP, Gale BS. Barriers to care-seeking for children's oral health among low-income caregivers. *Am J Public Health*. Aug 2005;95(8):1345-1351.
99. Hyde S, Satariano WA, Weintraub JA. Welfare Dental Intervention Improves Employment and Quality of Life. *Journal of Dental Research*. 2006;85(1):79-84.
100. Régie de l'assurance maladie du Québec. Nombre de participants, nombre de services dentaires et nombre par participant, coût des services dentaires et coût par participant selon la région sociosanitaire des participants, le programme, le type de service, le sexe et le groupe d'âge des participants, rémunération à l'acte Services dentaires-Tableau SD.21. Québec, Qc.; 2015.

101. Bouchery E. Utilization of Dental Services Among Medicaid Enrolled Children. *Mathematica Policy Research*. 2012;9.
102. Muirhead V, Levine A, Nicolau B, Landry A, Bedos C. Life course experiences and lay diagnosis explain low-income parents' child dental decisions: a qualitative study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(1):13-21.
103. Isong I, Dantas L, Gerard M, Kuhlthau K. Oral Health Disparities and Unmet Dental Needs among Preschool Children in Chelsea, MA: Exploring Mechanisms, Defining Solutions. *Journal of Oral Hygiene and Health*. 2014;2.
104. Institute of Medicine. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, D.C.: National Academy of Science; 2003.
105. Raphael D. *Poverty and Policy in Canada: Implications for Health and Quality of Life*. Toronto: Canadian Scholar's Press; 2007.
106. Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010.
107. Marmot M, Allen J. Social Determinants of Health Equity. *Am J Public Health*. 2014;104(S4):S517-519.
108. Raphael D, ed. *Social Determinants of Health*. second ed. Toronto: Canadian Scholar's Press; 2009.
109. Institut national de santé publique. *Santé: Pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales se créent et se perpétuent*. Québec, Qc 2008.
110. Bryant T, Raphael D, Schrecker T, Labonté R. Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health. *Health Policy*. 2011;101(1):44–58.
111. Organization WH. The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). 2008.
112. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Rapport du Directeur de santé publique 2011: Les inégalités sociales de santé à Montréal, le chemin parcouru*. Montréal, QC: Direction de la santé publique; 2011.
113. Williamson DL, Stewart MJ, Hayward K, et al. Low-income Canadians' experiences with health-related services: implications for health care reform. *Health Policy*. Mar 2006;76(1):106-121.
114. Ma CT, Gee L, Kushel MD. Associations between housing instability and food insecurity with health care access in low-income children. *Ambulatory Pediatrics*. 2008;8(1):50-57.
115. Caron J, Liu A. Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne: comparaison de la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé. *Maladies chroniques au Canada*. 2010;30(3).
116. Dupere S, O'Neill M, De Koninck M. Why Men Experiencing Deep Poverty in Montréal Avoid Using Health and Social Services in Times of Crisis. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2012;23(2):781-796.
117. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge MA: Harvard University Press; 1973.

118. Rode A. Non-recours aux soins et autonomie assumée, Récit d'enquête. *Documents de travail de l'Odenore*. 2011.
119. Paugam S. *La disqualification sociale* Paris: Presses universitaires de France Sociologies; 1991.
120. Laderchi CR, Saith R, Stewart F. Everyone agrees we need poverty reduction, but not what this means: does this matter? Paper presented at: WIDER Conference on Inequality, Poverty and Human Wellbeing; 30-31 May 2003, 2003; Helsinki.
121. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. *Prendre la mesure de la pauvreté: Proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec*. Québec, QC: Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique; 2009.
122. Mowafi M, Khawaja M. Poverty. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59(4):260-264.
123. Projet de loi 112: Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Québec, QC: Éditeur officiel du Québec; 2002.
124. Labrie V. *La MPC et les situations de pauvreté*: Collectif pour un Québec sans pauvreté; 2008.
125. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec: État de la situation*. Québec, QC: Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique; 2013.
126. Statistiques Canada. Le revenu au Canada, 1976 à 2011. Gouvernement du Canada; 2013.
127. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. Nouveaux montants des prestations: Programme d'aide sociale et Programme de solidarité sociale. Québec, QC: Emploi Québec; 2016.
128. Tweddle A, Battle K, Torjman S. *Canada Social Report: Welfare in Canada 2012*. Ottawa, ONT: Caledon Institute of Social Policy; 2013.
129. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec. Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale. In: Direction de la statistique de l'emploi et de la formation, ed. Québec, QC: Gouvernement du Québec; 2015.
130. Schwartz MR. The pipeline from dental education to practice: the Pennsylvania experience. *J Dent Educ*. Oct 2007;71(10):1299-1313.
131. Graham BS. Educating dental students about oral health care access disparities. *J Dent Educ*. 2006;70(11):1208-1211.
132. Commission on Dental Accreditation. *Accreditation standards for dental education programs*. Chicago, IL 2010.
133. Allison P. *Les voix d'accès, colloque pour un meilleur accès aux soins dentaires pour les personnes défavorisées au Québec*. Montreal: Faculty of Dentistry, University McGill; 2006.
134. Isringhausen KT, VanderWielen LM, Vanderbilt AA. Addressing Health Care Disparities and Access to Dental Care while Improving Education: Schools of Dentistry and Federally Qualified Health Centers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2014;25(2):670-674.

135. IOM. Health Professions Education: A Bridge to Quality. Washington DC: National Academy Press; 2003.
136. Davis EL, Stewart DCL, Guelmann M, et al. Serving the public good: challenges of dental education in the twenty-first century. *J Dent Educ.* Aug 2007;71(8):1009-1019.
137. Pyle M, Andrieu SC, G. C, et al. The Case for Change in Dental Education. *J Dent Educ.* 2006;70(9):921-924.
138. Dharamsi S, MacEntee M. Dentistry and distributive justice. *Soc Sci Med.* 2002;55(2):323-329.
139. Merriam SB, Caffarella RS. *Learning in Adulthood, A Comprehensive Guide Second Edition.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1999.
140. Merriam SB. *An Update on Adult Learning Theory.* Vol 57. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1993.
141. Caffarella RS. Self-Directed Learning. In: Merriam SB, ed. *An Update on Adult Learning Theory.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1993: 25-35.
142. Lave J, Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1990.
143. Merriam SB. *Third Update on Adult Learning Theory.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
144. Taylor E, W. An update of transformative learning theory: a critical review of the empirical research (1999–2005). *Internatinal Journal of Lifelong Education.* 2007;26(2):173-191.
145. McWilliam CL. Continuing Education at the Cutting Edge: Promoting Transformative Knowledge Translation *Journal of Continuing Education in the Health Professions.* 2007 27(2):72-79.
146. Cahill SM, Bulanda M. Using Transformative Learning Theory to Enhance Professional Development. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2008;7(1).
147. Brendel W, Das Gupta S. Transformative Medicine: A Dialogue between Transformative Learning and Narrative Medicine. Paper presented at: Seventh Annual Transformative Learning Conference, 2007; University of New Mexico.
148. Pratt DD. Andragogy After Twenty-Five Years. In: Merriam SB, ed. *An Update on Adult Learning Theory.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1993: 15-23.
149. Knowles M. *The Modern Practice of Adult Education: Andragogy Versus Pedagogy.* New York, N.Y.: Associated Press; 1970.
150. Taylor EW, Cranton P. *The Handbook of Transformative Learning Theory: Theory, Research, and Practice.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012.
151. Freire P. *Pedagogy of the Oppressed (20th anniversary ed.).* New York, N.Y.: Continuum; 2000.
152. Clark C. Transformational Learning. In: Merriam SB, ed. *An Update on Adult Learning Theory.* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1993: 47-56.
153. Mezirow J. Learning to Think Like an Adult, Core Concepts of Transformation Theory. In: Taylor EW, Cranton P, eds. *The Handbook of Transformative Learning: Theory, Research and Practice.* San Francisco: Jossey-Bass; 2012: 73-95.

154. Habermas J. *The theory of communicative action, volume 1: Reason and the rationalization of society* Boston, MA: Beacon Press 1984.
155. Mezirow J. Transformative Learning Theory. In: Mezirow J, Taylor EW, eds. *Transformative Learning in Practice: Insights from Community, Workplace, and Higher Education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009.
156. Cranton P. *Understanding and Promoting Transformative Learning, A Guide for Educators of Adults*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1994.
157. Pratt DD. *Five Perspectives on Teaching in Adult and Higher Education*. Malabar, FL: Krieger Publishing Company, Inc.; 2005.
158. Brookfield SD. Critical Theory and Transformative Learning. In: Taylor EW, Cranton P, eds. *The Handbook of Transformative Learning: Theory, Research, and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012: 131-146.
159. Sweet J, Wilson J, Pugsley L. Educational innovations for dentistry. *British Dental Journal*. 2009;206(1):29-34.
160. Nadershahi NA, Bender DJ, Beck L, Lyon C, Blaseio A. An Overview of Case-Based and Problem-Based Learning Methodologies for Dental Education. *J Dent Educ*. 2013;77(10):1300-1305.
161. Masella RS, Thompson TJ. Dental Education and Evidence-Based Educational Best Practices: Bridging the Great Divide. *J Dent Educ*. 2004;68(12):1266-1271.
162. Chambers DC. Dental Education's Involvement with Dentists' Learning in Practice: Data and Theory. *J Dent Educ*. 2012;76(1):107-117.
163. Sweet J, Wilson J, Pugsley L, Schofield M. Tools to share good chairside teaching practice: a clinical scenario and appreciative questionnaire. *British Dental Journal*. 2008;205(11):603-606.
164. Schön D. From technical rationality to reflection-in-action. In: Schön D, ed. *The reflective practitioner: how professionals think in action.*: BasicBooks; 1983: 21-69.
165. Richards PS, Inglehart MR. An Interdisciplinary Approach to Case-Based Teaching: Does It Create Patient-Centered and Culturally Sensitive Providers? *J Dent Educ*. 2006;70(3):284-291.
166. Brondani MA, Clark C, Rossoff L, Aleksejuniene J. An Evolving Community-Based Dental Course on Professionalism and Community Service. *J Dent Educ*. 2008;72(10):1160-1168.
167. Levesque MC, Dupere S, Loignon C, et al. Bridging the Poverty Gap in Dental Education: How Can People Living in Poverty Help Us? *J Dent Educ*. September 1, 2009 2009;73(9):1043-1054.
168. Broder HL, Janal M. Promoting interpersonal skills and cultural sensitivity among dental students. *J Dent Educ*. Apr 2006;70(4):409-416.
169. Rubin RW. Developing cultural competence and social responsibility in preclinical dental students. *J Dent Educ*. Apr 2004;68(4):460-467.
170. Gadbury-Amyot CC, Simmer-Beck M, McCunniff M, Williams KB. Using a Multifaceted Approach Including Community-Based Service-Learning to Enrich Formal Ethics Instruction in a Dental School Setting. *Journa of Dental Education*. 2006;70(6):652-661.

171. Brondani MA, Pattanaporn K, Aleksejuniene J. How can dental public health competencies be addressed at the undergraduate level? *J Public Health Dent.* 2015 75(1):49-57.
172. Volvovsky M, Vodopyanov D, Inglehart MR. Dental Students and Faculty Members' Attitudes Towards Care for Underserved Patients and Community Service: Do Community-Based Dental Education and Voluntary Service-Learning Matter? *Journa of Dental Education.* 2014;78(8):1127-1137.
173. Rohra AK, Piskorowski WA, Inglehart MR. Community-Based Dental Education and Dentists' Attitudes and Behavior Concerning Patients from Underserved Populations. *J Dent Educ.* 2014;78(1):119-130.
174. Piskorowski WA, Stefanac SJ, Fitzgerald M, Green TG, Krell RE. Influence of Community-Based Dental Education on Dental Students' Preparation and Intent to Treat Underserved Populations. *Journa of Dental Education.* 2012;76(5):534-9(5):534-539.
175. McQuistan MR, Mohamad A, Kuthy RA. Association Between Dentists' Participation in Charitable Care and Community-Based Dental Education. *J Dent Educ.* 2014;78(1):110-118.
176. Davidson PL, Carreon DC, Baumeister SE, et al. Influence of Contextual Environment and Community-Based Dental Education on Practice Plans of Graduating Seniors. *J Dent Educ.* 2007;71(3):403-418.
177. Brondani MA. Teaching Social Responsibility Through Community Service-Learning in Predoctoral Dental Education. *Journa of Dental Education.* 2012;76(5):609-619.
178. Hendricson WD, Andrieu SC, Chadwick G, et al. Educational Strategies Associated with Development of Problem-Solving, Critical Thinking, and Self-Directed Learning. *J Dent Educ.* 2006;70(9):925-936.
179. Kunzel C, Kaur S, Ahluwalia K, et al. Considering Theory-Based Reflection in the Service-Learning Training of Advanced Education in General Dentistry (AEGD) Residents. *Journa of Dental Education.* 2010;74(1):58-64.
180. Narcisso D. *Emancipatory Pedagogy Through Serialized Heuristic Reflection: Fostering Self-Awareness of Dental Students' Prejudicial Beliefs* [Master's]. San Jose, CA: Department of Health Science, San Jose State University; 2011.
181. Thind A, Hewlett ER, Andersen RM. The Pipeline Program at The Ohio State University College of Dentistry: Oral Health Improvement through Outreach (OHIO) Project. *J Dent Educ.* 2009;73(2):S96-S107.
182. Lee ML, Hayes PA, McConnell P, Henry R, M. Students Delivering Health Care to a Vulnerable Appalachian Population Through Interprofessional Service-Learning. *Gerontology and Geriatrics Education.* 2013;34(1):43-59.
183. Hasnain M, Koronkowski MJ, Kondratowicz DM, Goliak KL. Training Future Health Providers to Care for the Underserved: A Pilot Interprofessional Experience. *Education for Health.* 2012;25(3):204-207.
184. Gillis A, Lellan MM. Service Learning with Vulnerable Populations: Review of the Literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship.* 2010;7(1).

185. Andersen RM, Davidson PL, Atchison KA, et al. Summary and Implications of the Dental Pipeline Program Evaluation. *J Dent Educ.* 2009;73(2):319-330.
186. Holtzman JS, Seirawan H. Impact of Community-Based Oral Health Experiences on Dental Students' Attitudes Towards Caring for the Underserved. *Journal of Dental Education.* 2009;73(3):303-310.
187. Kuthy RA, Heller KE, Riniker KJ, McQuistan MR, Qian F. Students' opinions about treating vulnerable populations immediately after completing community-based clinical experiences. *J Dent Educ.* May 2007;71(5):646-654.
188. Gundersen D, Bhagavatula P, Pruszyński JE, Okunseri C. Dental Students' Perceptions of Self-Efficacy and Cultural Competence with School-Based Programs. *Journal of Dental Education.* 2012;76(9):1175-1182.
189. Christiansen MP, Robinson D, Geske JA, McIlvain HE. Evaluating Physician Assistant Students' Attitudes Toward Underserved Patients: A Mixed Methods Study. *The Journal of Physician Assistant Education.* 2009;20(4):15-20.
190. Commission on Dental Accreditation of Canada. Accreditation requirements doctor of dental surgery (DDS) or doctor of dental medicine (DMD). 2013.
191. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* Jul-Aug 2003;118(4):293-302.
192. Beach MC, Price EG, Gary TL, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care.* Apr 2005;43(4):356-373.
193. IOM. Unequal Treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, D.C.: National Academy Press; 2002.
194. Formicola AJ, Stavisky J, Lewy R. Cultural competency: dentistry and medicine learning from one another. *J Dent Educ.* Aug 2003;67(8):869-875.
195. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Journal of the National Medical Association.* 2008;100(11):1275–1285.
196. Ornelas JJ. Cultural Competency at the Community Level: A Strategy for Reducing Racial and Ethnic Disparities. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics.* 2008;17:185-194.
197. Apelian N VJ-N, Bedos C. Humanizing Clinical Dentistry Through a Person-Centred Model. *International Journal of Whole Person Care.* 2014;1(2).
198. Bailint E. The possibilities of patient-centered medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners.* 1969;17:269–276.
199. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method Second Edition.* Oxon United Kingdom: Radcliffe Medical Press; 2003.
200. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51:1087-1110.
201. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, D.C. 2001.

202. Kokemueller P, Osguthorpe JD. Trends and Developments in Continuing Medical Education. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2007;40:1331-1345.
203. Ordre des dentistes du Québec. Politique sur la formation dentaire continue. Montréal, QC; 2009.
204. University of Toronto Faculty of Dentistry. Upcoming Courses. 2015.
205. Dentaltown. Continuing Education. Available at: <http://www.dentaltown.com/Dentaltown/onlinece.aspx?action=RESULTS&s=1&ca=2>.
206. Advanced Continuing Education Systems. Available at: <http://www.aces4ce.com/courses-by-date/>. Accessed Décembre 2015, 2015.
207. Romanow R. *Building on Values: the Future of Health Care in Canada-Final Report*. Ottawa, ONT: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.
208. Gouvernement du Québec. Charte des Droits et Libertés de la Personne. Québec, QC: Éditeur Officiel du Québec; 1975.
209. Gouvernement du Canada. Loi Constitutionnelle de 1982, ch. 11 (R.U.), Annexe B, Partie I: Charte canadienne des droits et libertés. Ottawa, ONT; 1982.
210. Reason P, Bradbury H. *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice, Second Edition* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008.
211. Minkler M, Wallerstein N. *Community-based participatory research for health: From process to outcomes, second edition*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
212. Winter R, Munn-Giddings C. *A Handbook for Action Research in Health and Social Care*. New York: Routledge; 2001.
213. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:325-350.
214. Quality AfHRA. Community-based Participatory Research: Assessing the Evidence. In: Services USDoHaH, ed. Rockville, MD; 2004.
215. Wallerstein N, Duran B. The Conceptual, Historical, and Practice Roots of Community-Based Participatory Research and Related Participatory Traditions. In: Winkler M, Wallerstein N, eds. *Community-Based Participatory Research for Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
216. Lévesque MC, Bedos C. La pauvreté: un défi pour notre société, et pour les professionnels de la santé buccodentaire. *L'explorateur*. 2009;19(1):58-60.
217. Lévesque MC, Bedos C. « À l'écoute les uns des autres »: Une initiative pour améliorer les relations avec les membres mal desservis de notre société. *L'explorateur*. 2012;22(2):34-35.
218. Groupe de recherche Quart Monde-Université et Quart Monde-Partenaire. *Le croisement des savoirs et des pratiques: quand des personnes en situation de pauvreté, des universitaires et des professionnels pensent et se forment ensemble*: Édition de l'Atelier/Édition Quart Monde; 2008.
219. Boal A. *Theatre of the Oppressed*. New York, N.Y.: Theatre Communications Group; 1979.
220. Creswell JW. *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches (second edition)* Thousand Oaks CA: Sage Publications; 2007.

221. Stake R. Case Studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, eds. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994: 236-247.
222. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research*. Newpark, CA: Sage; 1989.
223. Lussier JP, Benigeri, M. . L'organisation de la pratique de médecine dentaire au Québec. Résultats du sondage de l'ODQ de 2006 – Première partie *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*. 2007;44.
224. Lussier JP, Benigeri, M. 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*. 2008(45).
225. Merriam SB. *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998.
226. Contandriopoulos AP, Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., Boyle, P. *Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les presses de l'université de Montréal; 1990.
227. Patton M. Strategic Themes in Qualitative Inquiry. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd ed: Sage Publications; 2002: 37-73.
228. Miles MB, Huberman, A.M. *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Beverly Hills, CA: Sage.; 1984.
229. QDA Miner 3.2 [computer program]. Version; 2009.
230. Tesch R. *Qualitative research: Analysis types and software tools*. New York: Falmer Press; 1990.
231. Field PA, Morse, J.M. . *Nursing research: The application of qualitative approaches* Rockville MD: Aspen; 1985.
232. Smith JA, Osborn M. Interpretative Phenomenological Analysis. In: Smith JA, ed. *Qualitative Psychology, A Practical Guide to Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008: 53-80.
233. Lopez KA, Willis DG. Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their Contributions to Nursing Knowledge. *Qualitative Health Research*. 2004;14(5):726-735.
234. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 1986;8:27-37.
235. Pourtois. J.P. D, H. . Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique *Réseaux*. 1989;55:13-35.
236. Contandriopoulos AP. La régulation d'un système de santé sans murs. In: (éds). J-PCea, ed. *La Santé demain. Vers un système de santé sans murs*. Paris: Economica; 1999: p.87-102.
237. Clinique dentaire privée (confidentiel). Vision de l'entreprise. Montréal, QC: Confidentiel; 2005: 2.
238. Quinonez C, Figueiredo, R, Azarpazhooh A, Locker, D. Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38:152-158.

239. Quinonez C, Figueiredo, R, Locker, D. Canadian Dentists' Opinions on Publicly Financed Dental Care. *American Association of Public Health Dentistry*. 2009;69(2):64-73.
240. Dharamsi S, Pratt DD, MacEntee MI. How Dentists Account for Social Responsibility: Economic Imperatives and Professional Obligations. *J Dent Educ*. 2007;71(12):1583-1591.
241. Institute of Medicine. *Improving Access to Oral Health Care for Vulnerable and Underserved Populations*. Washington, D.C.: National Academy of Science 2011.
242. Canadian Academy of Health Sciences. Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada: A presentation for Public Health Ontario. 2015.
243. Allison PA, C. Stern, J. *L'accès aux soins dentaires des personnes défavorisées au Québec: problématique et pistes de solutions*. Montréal: Faculty of dentistry, McGill University 2004.
244. Canadian Centre for Policy Alternatives. *Putting Our Money Where Our Mouth Is: The Future of Dental Care in Canada*. Ottawat, ON 2011.
245. Leake JL, Birch S. Public policy and the market for dental services. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2008;36:287-295.
246. Émilie Corriveau. Le secteur privé au Québec - La bureaucratie privée est beaucoup plus lourde et plus coûteuse que celle du réseau public; Le nombre de médecins non participants ou désengagés est en hausse. *Le Devoir*. 15 septembre 2012, 2012.
247. Alain Dubuc. Le privé en santé. *La Presse*. 7 avril 2014, 2014.
248. Maryon-Davis A. How can we better embed the social determinants of health into postgraduate medical training? *Clinical Medicine*. 2011;11(1):61-63.
249. Klein M, Vaughn LM. Teaching social determinants of child health in a pediatric advocacy rotation: Small intervention, big impact. *Medical Teacher*. 2010;32(9):754–759.
250. Garg A, Jack B, Zuckerman B. Addressing the Social Determinants of Health Within the Patient-Centered Medical Home: Lessons From Pediatrics. *Journal of the American Medical Association*. 2013;309(19):2001-2002.
251. Denny K. Taking social determinants of health seriously: A health services perspective. *Healthcare Management Forum*. 2012;25(3):142-145.
252. Atkinson S, Cottam B. How doctors can close the gap: tackling the social determinants of health. *Clinical Medicine*. 2011;11(1):57-60.
253. Lee JY, Divaris K. The Ethical Imperative of Addressing Oral Health Disparities: A Unifying Framework. *Journal of Dental Research*. 2014;93(3):224-230.
254. Straus S, Tetroe J, Graham I. Introduction: Knowledge Translation: What it is and What it isn't. In: Straus S, Tetroe J, Graham I, eds. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice, Second Edition*. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 2013: 3-13.
255. Lavis JN. Research, Public Policymaking, and Knowledge-Translation Processes: Canadian Efforts to Build Bridges. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006;26(1):37–45.

256. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? . *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006;26(1):13-24.
257. Légaré F, Zhang P. Barriers and Facilitators; Strategies for identification and measurement. In: Straus S, Tetroe J, Graham I, eds. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice, second edition*. Chichester, UK: John Wiley and Sons; 2013: 121-136.
258. Reutter L, Kushner KE. 'Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry* 2010;17(3):269–280.
259. Ordre des dentistes du Québec. L'accès aux soins dentaires pour les moins de 10 ans: un programme essentiel selon l'Ordre des dentistes 2014.
260. Burgess DJ, Warren J, Phelan S, Dovidio J, van Ryn M. Stereotype Threat and Health Disparities: What Medical Educators and Future Physicians Need to Know. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25((Suppl 2)):169-177.
261. Morin N. Modifications au Questionnaire du dentiste. In: Lévesque MC, ed. *Conversation* ed. Montréal, QC; 2015.
262. Taylor EW. A Critical Review of Research on Transformative Learning Theory, 2006-2010. In: Taylor EW, Cranton P, eds. *The Handbook of Transformative Learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012: 37-.
263. Curry-Stevens A. New Forms of Transformative Education: Pedagogy for the Privileged. *Journal of Transformative Education*. 2007;5(1):33-58.
264. Instituts de recherche en santé du Canada. Guide de planification de l'application des connaissances aux IRSC: approches intégrées et de fin de subvention. Available at: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45321.html#a3>. Accessed Janvier 2016.
265. Donaldson JF. Fostering Transformative Learning in Leadership Development. In: Mezirow J, Taylor EW, eds. *Transformative Learning in Practice: Insights from Community, Workplace, and Higher Education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009: 67-77.

Annexe 1: Contributions et autorisations des co-auteurs des articles de thèse

ARTICLE 1:

Journal of Healthcare Leadership

Dovepress

open access to scientific and medical research

 Open Access Full Text Article

REVIEW

Advancing patient-centered care through transformative educational leadership: a critical review of health care professional preparation for patient-centered care

This article was published in the following Dove Press Journal:

Journal of Healthcare Leadership

12 July 2013

[Number of times this article has been viewed](#)

Martine C Lévesque^{1,2}
Richard Bruce Hovey^{2,3}
Christophe Bedos^{2,4}

¹Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada; ²Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University, Montreal, QC, Canada; ³Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary, AB, Canada; ⁴Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

Abstract: Following a historical brief on the development of patient-centered care (PCC), we discuss PCC's value and role in counterbalancing the evidence-based movement in health care. We in turn make a case for a philosophical shift in thinking about the PCC concept, one based on a consideration for how knowledge is produced, used, and valued within care provision processes. A "shared epistemology" foundation is presented, defined, and promoted as essential to the authentic and ethical realization of "shared decision making" between patient and health care provider, and, more generally, of PCC. In accordance with these views, this article critically reviews the literature on health care professional education for the development of PCC. We uncover the disturbing ways in which education frequently undermines the development of patient centeredness, despite curricular emphasis on professionalism and ethical PCC. We also establish the need to raise awareness of how dominant approaches to evaluating student or practitioner performance often fail to reinforce or promote patient centeredness. Finally, we identify successful and inspiring cases of teaching and learning experiences that have achieved perspective transformation on PCC and on new ways of providing care. The pertinence of adopting the theoretical foundations of adult transformative learning is argued, and a call to action is proposed to the leadership of health professional educators across all disciplines.

Keywords: patient-centered care, health professional education, transformative learning

CONTRIBUTIONS :

La conceptualisation de l'angle d'analyse critique de l'article ci-dessus est le résultat d'une collaboration entre les trois auteurs. Toutefois, le travail d'identification et de révision des articles, et la rédaction du corps du texte ont été réalisés par la première auteure. Les deuxième et troisième auteurs ont contribué à la forme et l'organisation de sections du

manuscrit et donner leur avis critique sur son contenu. Tous ont lu et approuvé la version finale avant la soumission.

ARTICLE 2 :

Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts

Martine Cécile Lévesque^{a,b,*}, Sophie Dupéré^c, Nathalie Morin^d, Johanne Côté^e, Nancy Roberge^f, Isabelle Laurin^a, Anne Charbonneau^g, Christine Loignon^h and Christophe Bedos^b

^aSchool of Public Health, University of Montréal, Montréal, QC, Canada; ^bFaculty of Dentistry, McGill University, Montréal, QC, Canada; ^cFaculty of Nursing, Université Laval, Québec, QC, Canada; ^dQuébec Order of Dentists, Montréal, QC, Canada; ^eQuébec Order of Dental Hygienists, Montréal, QC, Canada; ^fMise au jeu, Montréal, QC, Canada; ^gFaculty of Dentistry, University of Montréal, Montréal, QC, Canada; ^hFaculty of Medicine, University of Sherbrooke, Longueuil, QC, Canada

(Received 21 January 2014; accepted 14 October 2014)

The knowledge translation movement in health has led to the production of vast amounts of knowledge tools aimed at broadening clinicians' evidence base and improving the quality and efficacy of their practices. However important, these tools, largely oriented towards biomedical and technological aspects of care, are of limited potential for addressing the complex interactions between patients' socio-economic contexts and their health. Yet health professionals frequently lack the sensitivity, knowledge and ability to incorporate approaches to poverty within their practices; this is partly due to their limited understanding of the lived experience of poverty and of the complexity of barriers underprivileged people face to achieve and maintain health. In a context of persisting social inequalities in oral health, the Montreal-based Listening to Others multi-stakeholder partnership has been engaged in developing health professional education on poverty since 2006. In this article, we describe and reflect on how service users representing the Québec antipoverty coalition, academics from University of Montreal and McGill University, representatives of Québec dental regulatory bodies and artists collaborated to produce an educational film on poverty. Project partners' specific contributions to the film script are highlighted, emphasizing their potential to enrich the health professional educator's practice knowledge base. In doing so, this article provides an explicit and concrete example of how participatory processes can support co-learning and knowledge co-production through engagement with the arts. The overall aim is to demonstrate how participatory research can enhance knowledge translation by producing educational tools that promote critical reflection and address complexity.

Keywords: participatory action research; knowledge translation; health professional education; underprivileged

CONTRIBUTIONS :

L'article ci-dessus est le résultat d'une collaboration impliquant **toutes** les auteures concernées. Ces dernières, au cours des années 2009 à 2012 ont participé à l'élaboration du scénario et/ou de la production du film dont il est question dans l'article. Par ailleurs, l'ensemble des auteures ont contribué leurs idées sur des sections importantes de l'article (le

corps ou la discussion), soit par entrevue téléphonique avec la première auteure, soit par écrit. Le travail de rédaction a été réalisé à environ 70% par la première auteure et à 30% par notre deuxième et dernier auteur. Toutes les auteures ont pris connaissance et approuvé la version finale du manuscrit.

ARTICLE 3 :

RESEARCH

Open Access

Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health

Martine C. Lévesque^{1,2*}, Alissa Levine² and Christophe Bedos^{2,3}

Abstract

Background: Front line providers of care are frequently lacking in knowledge on and sensitivity to social and structural determinants of underprivileged patients' health. Developing and evaluating approaches to raising health professional awareness and capacity to respond to social determinants is a crucial step in addressing this issue. McGill University, in partnership with Université de Montréal, Québec dental regulatory authorities, and the Québec anti-poverty coalition, co-developed a continuing education (CE) intervention that aims to transfer knowledge and improve the practices of oral health professionals with people living on welfare. Through the use of original educational tools integrating patient narratives and a short film, the onsite course aims to elicit affective learning and critical reflection on practices, as well as provide staff coaching.

Methods: A qualitative case study was conducted, in Montreal Canada, among members of a dental team who participated in this innovative CE course over a period of four months. Data collection consisted in a series of semi-structured individual interviews conducted with 15 members of the dental team throughout the training, digitally recorded group discussions linked to the CE activities, clinic administrative documents and researcher-trainer field notes and journal. In line with adult transformative learning theory, interpretive analysis aimed to reveal learning processes, perceived outcomes and collective perspectives that constrain individual and organizational change.

Results: The findings presented in this article consist in four interactive themes, reflective of clinic culture and context, that act as barriers to humanizing patient care: 1) belief in the "ineluctable" commoditization of dentistry; 2) "equal treatment", a belief constraining concern for equity and the recognition of discriminatory practices; 3) a predominantly biomedical orientation to care; and 4) stereotypical categorization of publically insured patients into "deserving" vs. "non-deserving" poor. We discuss implications for oral health policy, orientations for dental education, as well as the role dental regulatory authorities should play in addressing discrimination and prejudice.

Conclusion: Humanizing care and developing oral health practitioners' capacity to respond to social determinants of health, are challenged by significant ideological roadblocks. These require multi-level and multi-sectorial action if gains in social equity in oral health are to be made.

CONTRIBUTIONS À L'ARTICLE 3:

Authors' contributions

ML coordinated the development of the educational tools and co-conceptualized the CE course and research design; she delivered the CE program, collected all the data, lead the analysis and drafted the manuscript. AL participated in the development of the educational tools, participated in the qualitative data coding and interpretation, and contributed to sections of the manuscript. CB was responsible for securing funding, participated in the development of the educational tools, co-conceptualized the research design, provided on-going feedback throughout the data collection and analysis, contributed to the interpretation of findings and to the organization of the manuscript. All authors revised and approved the final draft.

ARTICLE 4 :

Article accepté pour publication dans Journal of Health Care for the Poor and Underserved

Humanizing Oral Health Care through Continuing Education on Social

Determinants of Health: Evaluative Case Study of a Canadian Private Dental Clinic

Abstract: Primary care practitioners are frequently unprepared to take into account the effects of social determinants on underprivileged patients' health and health management. To address this issue among dental professionals, an original onsite continuing education (CE) course on poverty was co-developed by researchers, dental professionals, and community organizations. Integrating patient narratives and a short film, course material aims to elicit critical reflection and provide coaching for practice improvements. A qualitative case study conducted with a large Montreal Canada dental team reveals CE course participants' newfound understandings and increased sensitivity to the causes of poverty and the nature

of life on welfare. Participants also describe revised interpretations of certain patient behaviors, subtle changes in communication with patients and improved equity in appointment-giving policy. Unintended outcomes include reinforced judgment and a tendency to moralize certain patient categories. Implications for health professional educators, researchers and dental regulatory authorities are discussed.

Auteurs :

1. Lévesque, Martine C., PhD candidate in Public Health, École de santé publique de l'Université de Montréal, Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Visiting scholar, Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University, Montréal, Canada.

Email:

2. Alissa Levine, PhD, Research Associate, Division of Oral Health and Society, Faculty of Dentistry, McGill University, Montréal, Canada.

Email:

3. Christophe Bedos, PhD, Division of Oral Health and society, Faculty of Dentistry, McGill University, Montréal, Canada; Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), Montréal, Canada.

Email :

CONTRIBUTIONS À L'ARTICLE 4:

ML coordinated the development of the educational tools and co-conceptualized the CE course and research design; she delivered the CE program, collected all the data, lead the analysis and drafted the manuscript. AL participated in the development of the educational tools, participated in the qualitative data coding and interpretation, and contributed to sections of the manuscript. CB was responsible for securing funding, participated in the development of the educational tools, co-conceptualized the research design, provided on-going feedback

throughout the data collection and analysis, contributed to the interpretation of findings and to the organization of the manuscript. All authors revised and approved the final draft. Martine Lévesque-Preuves d'acceptation des co-auteurs pour l'inclusion des articles de thèse

Article 1 : “Advancing patient-centered care (PCC) through transformative educational leadership: A critical review of healthcare professional preparation for PCC”.

RE: authorization for article inclusion

Richard B. Hovey

À : Martine Lévesque, Ms

- Vous avez répondu le 2015-11-26 15:03.

Hi Martine,

Yes of course use it as you need!

Take care,

Richard

From: Martine Lévesque, Ms

Sent: Thursday, November 26, 2015 2:10 PM

To: Richard B. Hovey

Subject: authorization for article inclusion

Dear Dr. Hovey,

I hereby kindly request of you your permission to include our paper (front page hereby attached) in my doctoral thesis, to be submitted shortly.

I thank you in advance and express my gratitude for your contribution and collaboration on this publication,

Martine Lévesque

PhD candidate, Public Health

Répondre Répondre à tous Transférer         

Re: autorisation

Christophe Bedos, Dr.

À : [Martine Levesque, Ms](#)

10 avril 2016 10:33

J'accepte!
Christophe

Le 9 avr. 2016 à 20:09, Martine Levesque, Ms

· a écrit :

Bonjour Christophe,

Est-ce que tu acceptes que j'inclus à ma thèse de doctorat l'article suivant, sur lequel tu es auteur:

"Advancing patient-centered care (PCC) through transformative educational leadership: A critical review of healthcare professional preparation for PCC".

Merci beaucoup!

Martine

Article 2 : Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts

RE: Permission d'inclure notre article dans ma thèse

Charbonneau Anne

À : [Martine Levesque, Ms](#)

26 novembre 2015 13:55

• Vous avez répondu le 2015-11-26 14:01.

Bien sûr ma chère!

De : Martine Levesque, Ms |

Envoyé : 26 novembre 2015 13:27

Cc : Martine Levesque, Ms

Objet : Permission d'inclure notre article dans ma thèse

Bonjour à vous toutes,

J'espère que vous allez bien. Je vous présente une demande particulière: seriez-vous d'accord que j'indue dans ma thèse de doctorat l'article sur lequel nous avons collaboré et dont l'abrégé est ci-contre attaché?

Vous serait-il possible de me faire un bref retour, d'ici une semaine, m'indiquant votre réponse?

Je vous remercie d'avance, et vous souhaite un très beau début du temps des fêtes!

Cordialement,
Martine

Re: Permission d'inclure notre article dans ma thèse

Johanne Côté

À : [Martine Levesque, Ms](#)

Cc :

26 novembre 2015, 14

- Vous avez répondu le 2015-11-06 15:00.

Bonjour à vous,
Tu as ma permission , pas de problème !
Johanne

Johanne Côté HD, ASC, Adm.A

Le 26 nov. 2015 à 13:26, Martine Levesque, Ms

- a écrit :

Bonjour à vous toutes,

J'espère que vous allez bien. Je vous présente une demande particulière: seriez-vous d'accord que j'inclue dans ma thèse de doctorat l'article sur lequel nous avons collaboré et dont l'abrégé est ci-contre attaché?

Vous serait-il possible de me faire un bref retour, d'ici une semaine, m'indiquant votre réponse?

Je vous remercie d'avance, et vous souhaite un très beau début du temps des fêtes!

Cordialement,
Martine

<Screen Shot 2015-11-25 at 11.21.03 PM.png>

Re: Permission d'inclure notre article dans ma thèse

Christine Loignon |

À : [Martine Levesque, Ms](#)

26 novembre 2015 18

Ben oui!

Christine Loignon, PhD
Professeure-chercheure
Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine
Département de médecine de famille
Université de Sherbrooke
Longueuil, Qc, Canada

Le 26 nov. 2015 à 13:26, Martine Levesque, Ms ·

écrit :

Bonjour à vous toutes,

J'espère que vous allez bien. Je vous présente une demande particulière: seriez-vous d'accord que j'inclue dans ma thèse de doctorat l'article sur lequel nous avons collaboré et dont l'abrégé est ci-contre attaché?

Vous serait-il possible de me faire un bref retour, d'ici une semaine, m'indiquant votre réponse?

Je vous remercie d'avance, et vous souhaite un très beau début du temps des fêtes!

Cordialement,
Martine

<Screen Shot 2015-11-25 at 11.21.03 PM.png>

Répondre Répondre à tous Transférer         



RE Permission d'inclure notre article dans ma thèse

À : [Martine Levesque, Ms](#)

27 novembre 2015 05:34

Bien oui!
Isabelle

Répondre Répondre à tous Transférer          

Re: demande d'autorisation

Christophe Bedos, Dr.

À : [Martine Levesque, Ms](#)

10 avril 2016 10

Bonjour Martine. Oui, j'accepte...

Ciao

Christophe

Le 9 avr. 2016 à 20:19, Martine Levesque, Ms

a écrit :

Bonjour Christophe,

Est-ce que tu acceptes que j'inclus à ma thèse de doctorat l'article suivant,

Article 2 : Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts ?

Merci beaucoup,

Martine

Les articles 3 (Humanizing Oral Health Care through Continuing Education on Social Determinants of Health: Evaluative Case Study of a Canadian Private Dental Clinic) et 4 (Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health):

répondre répondre à tous transférer

Re: Demande d'autorisation à inclure articles

Christophe Bedos, Dr.

À : [Martine Levesque, Ms](#)

10 avril 201

• Vous avez répondu le 2016-04-10 11:05.

l'accepte!
Christophe

Le 9 avr. 2016 à 20:03, Martine Levesque, Ms

a écrit :

Bonjour Christophe et Alissa,

Acceptez-vous que j'inclus dans ma thèse de doctorat les deux articles cités ci-bas et sur lesquels vous êtes auteurs?

Article 3 : Humanizing Oral Health Care through Continuing Education on Social Determinants of Health: Evaluative Case Study of a Canadian Private Dental Clinic

Article 4 : « Ideological roadblocks to humanizing dentistry, an evaluative case study of a continuing education course on social determinants of health. »

Merci beaucoup!!
Martine

Annexe 2: Offre de formation continue sur la pauvreté

Pauvreté et santé dentaire, relever le défi en cabinet dentaire privé

Introduction

Soigner les personnes en situation de pauvreté représente souvent un défi pour les professionnels de la santé dentaire. Des recherches, en effet, montrent que les dentistes éprouvent des frustrations, et parfois même un sentiment d'échec, que ce soit sur le plan thérapeutique, relationnel, ou financier. Cette situation est troublante pour les professionnels et exige que l'on trouve des solutions.

Voilà pourquoi l'Université McGill, en partenariat avec les Ordres professionnels dentaires et des organismes de lutte contre la pauvreté, a développé un programme original de formation continue sur ce sujet. L'objectif de ce programme est donc **d'aider les professionnels dentaires à mieux relever ces défis et soigner avec succès les personnes en situation de pauvreté.**

Plus spécifiquement, il s'agit pour les professionnels et leur personnel :

- 1) d'acquérir des connaissances sur le phénomène de la pauvreté, et de son impact sur la santé et les comportements de santé des individus;
- 2) de développer des approches et habiletés favorisant les interactions positives avec les patients en situation de pauvreté;
- 3) de mettre en place des stratégies qui soutiennent la réussite des plans de traitement et la qualité des relations thérapeutiques.

Synopsis de la formation

Cible de la formation: les dentistes et leur personnel

Approche pédagogique:

- Coaching individualisé et adapté aux besoins de chaque membre de l'équipe dentaire
- Séances individuelles et de groupe avec les membres de l'équipe dentaire
- Utilisation d'outils pédagogiques originaux : projection de court-métrage; visionnement de capsules thématiques sur la pauvreté, dialogue et échanges

Thèmes adaptés aux préoccupations de chaque membre de l'équipe; quelques exemples :

- pour le dentiste: comment maximiser la collaboration du patient et son adhésion au plan de traitement
- pour la réceptionniste: comment ajuster l'organisation des rendez-vous pour favoriser leur respect par le patient

- pour l'hygiéniste dentaire: comment mieux répondre au défi d'amélioration des habitudes de santé et d'hygiène des patients
- pour toute l'équipe: comment améliorer la communication et faciliter les interactions positives avec le patient

Durée de la formation :

- espacement des séances sur une durée de 4 mois pour permettre l'implantation, l'expérimentation et l'ajustement des stratégies proposées
- flexibilité de l'horaire des rencontres et organisation minimisant la perturbation du fonctionnement régulier de la clinique

Lieu de la formation : au sein même du bureau dentaire

Bénéfices et retombées de votre participation:

- Chaque membre de l'équipe cumulera un minimum de 6 heures de crédits de formation continue puisque la formation est accréditée par les ordres dentaires
- Amélioration du niveau de confort et de confiance des membres de l'équipe dans leur travail auprès de personnes en situation de pauvreté plus spécifiquement en ce qui a trait à la communication professionnel-patient, la gestion des rendez-vous et la planification du traitement
- Diminution potentielle des rendez-vous manqués par les clients en situation de pauvreté et amélioration potentielle de leur adhérence au traitement
- Rayonnement de la clinique à l'échelle de la communauté locale mais aussi à l'échelle provinciale et internationale via le volet recherche impliquant plusieurs activités de transfert de connaissances (publications, présentations, articles en bref dans journaux professionnels etc.)
- Contribution à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'éducation et la formation continue dentaire
- Participation à un projet à caractère humaniste cohérent avec la vision des ordres dentaires et visant ultimement la réduction des inégalités sociales en santé buccodentaire

Annexe 3: Certificat d'approbation éthique



Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montréal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

CERTIFICATION OF ETHICAL ACCEPTABILITY FOR RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

The Faculty of Medicine Institutional Review Board (IRB) is a registered University IRB working under the published guidelines of the Tri-Council Policy Statement, in compliance with the Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique, (MSSS, 1998) and the Food and Drugs Act (17 June 2001); and acts in accordance with the U.S. Code of Federal Regulations that govern research on human subjects. The IRB working procedures are consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

At a full Board meeting on February 27, 2012, the Faculty of Medicine Institutional Review Board, consisting of:

Thierry Alcindor, MD	Evgenia Garoufalidis, MD
Marilynne Gursky, BN, M.Ed.	Patricia Hamilton, BN
Marigold Hyde, B.Sc.	Roberta Palmour, PhD
David Parry, BA	Jonathan Wan, MD

Examined the research project **A02-E14-12B** titled, *Transforming oral health professional practices with underprivileged populations: developmental evaluation of an interactive continuing education program*

As proposed by: Dr. Christophe Bedos to _____
Applicant Granting Agency, if any

And consider the experimental procedures to be acceptable on ethical grounds for research involving human subjects.

27 February 2012 _____
Date Chair, IRB Dean of Faculty

Institutional Review Board Assurance Number: FWA 00004545

Annexe 4: Formulaire de consentement

Cher membre de l'équipe de soins buccodentaires de la clinique du Dr. Unetelle,

Votre employeur et propriétaire de la clinique, le Dr. Unetelle, a récemment accepté de faire bénéficier votre équipe dentaire d'une formation continue sur la pauvreté et la santé buccodentaire. Cette formation vous permettra d'acquérir des connaissances sur le phénomène de la pauvreté et de son impact sur la santé et les comportements de santé des individus. Elle vise aussi à soutenir le développement d'approches et de stratégies favorisant les interactions positives avec les patients en situation de pauvreté, ceci afin de maximiser la qualité des relations thérapeutiques et la réussite des plans de traitements.

La formation a été conçue et développée par le partenariat « À l'écoute les uns des autres » regroupant l'Ordre des dentistes du Québec, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, les Facultés de médecine dentaire de l'Université de Montréal et de l'Université McGill ainsi que le Collectif pour un Québec sans pauvreté. Elle représente une innovation importante dans le domaine de la formation continue en santé et vise à répondre à une problématique faisant état de difficultés dans les rapports entre PAS et professionnels.

En tant qu'étudiante au doctorat en santé publique à l'Université de Montréal et stagiaire à la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill, je réalise un projet de recherche directement en lien avec la formation continue à laquelle vous participez. Mon projet consiste à évaluer la mise à l'essai de cette formation au sein de votre cabinet. Plus précisément, elle vise à comprendre votre perception et expérience en regard de la formation ainsi que les processus d'apprentissage qui y sont liés. Le projet vise aussi à déterminer de quelle manière les connaissances développées se traduisent dans la pratique et comment vous en percevez les effets. Ce projet est sous la direction du Dr. Christophe Bedos, dentiste de formation et directeur de la Division de santé publique dentaire de la Faculté de médecine de l'Université McGill. Il peut être rejoint en tout temps par courriel xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) ou par téléphone (514039807203 #0129) si vous avez des questions. Vous pouvez aussi me rejoindre par courriel xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx par téléphone au 514-398-5330.

La nature de votre participation

Votre participation au volet recherche de la formation impliquerait que j'enregistre et que je transcrive le contenu des échanges prévus à l'intérieur de la formation, afin de les analyser par la suite. Aussi, vous passeriez une entrevue individuelle avec moi d'une durée d'environ une heure, une fois la formation terminée. Les questions posées me permettront de connaître votre expérience, vos perceptions ainsi que vos idées sur les améliorations possibles à apporter à la formation. Les questions sont ouvertes et simples, et il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises réponses » puisque chaque participant possède ses propres idées, opinions et expériences.

Une fois transcrites, les données en provenance des échanges et des entrevues individuelles seraient analysées pour en dégager le sens et les thèmes récurrents dans les entrevues. Vous seriez à nouveau invité à une rencontre d'environ une heure dans laquelle je vous ferais part des résultats de l'analyse et je vous demanderais votre avis sur les interprétations. Il est toutefois possible que cette démarche se fasse par l'entremise de documents et de courriels, si cela vous convient mieux. Cette étape vise à valider l'analyse et à apporter les corrections que le groupe jugerait essentielles.

Les bénéfices et retombées positives de votre participation

Votre participation à cette recherche est très importante puisque vous serez les premiers à faire l'expérience de la formation et les mieux placés pour en permettre l'évaluation. Le partenariat « À l'écoute les uns des autres » se servira des résultats de la recherche pour orienter les travaux futurs du groupe incluant l'implantation élargie de la formation, sa promotion ainsi que son expansion pour rejoindre d'autres professionnels de la santé. Ainsi, votre participation permettra de contribuer sur le plan social pas le biais des applications pratiques qui découleront de la recherche. Sur le plan de l'avancement des connaissances scientifiques, votre participation permettra de contribuer aux théories liées à l'éducation des adultes, en particulier dans le domaine de la formation continue professionnelle en santé.

Comme notre approche de recherche est participative, vous aurez l'opportunité, si vous le souhaitez, de participer à des activités de transfert des connaissances (e.g., publications, présentations orales, conférences). Cela se fera sur une base entièrement volontaire.

Risques potentiels

La recherche ne comporte aucun risque pour votre santé physique, puisque votre participation consiste à partager vos impressions, votre expérience et vos idées. Bien que d'être interviewé et invité à réfléchir puissent susciter des émotions, tant positives (e.g., fierté) que négatives (e.g., malaise ou gêne), nous estimons que les bénéfices potentiels sont plus importants que les risques, et que ces derniers demeurent toutefois négligeables. De plus, si certaines questions de l'entrevue finale vous mettaient mal à l'aise, vous aurez également le droit de ne pas y répondre.

Confidentialité

Tout comme l'identité de votre clinique, votre identité personnelle demeurera totalement confidentielle et ne sera révélée dans aucune communication scientifique ou publication. Les données brutes (e.g., enregistrements et retranscriptions d'échanges) de la recherche seront conservées dans un bureau de la faculté de médecine dentaire de McGill, fermé à clé en tout temps, et dont l'accès est limité à deux chercheurs. De plus, les cassettes audio et les questionnaires utilisés seront détruits lorsque leur contenu aura été retranscrit. Les retranscriptions ne contiendront aucun nom, ni le vôtre, ni celui des personnes que vous pourriez mentionner pendant les échanges ou l'entrevue. En bref, il

sera impossible de vous identifier à partir des éventuelles publications ou lors de conférences.

Droit de retrait

En tout temps, vous êtes libre de vous retirer de l'étude sans avoir à en justifier la décision. Cela n'affecterait en rien l'obtention des crédits de formation continue qui sera liée à votre participation à la formation continue.

Consentement

Je, soussigné(e) _____, accepte de participer à l'étude aux conditions décrites ci-dessus. Je reconnais que ma participation à ce projet est tout à fait volontaire et que je suis libre d'y participer. J'ai pris connaissance des informations inscrites sur ce formulaire et je certifie que l'on a répondu à toutes mes questions et que l'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je reconnais être libre de me retirer en tout temps sans que cela nuise aux relations avec les chercheurs et sans préjudice d'aucune sorte. Enfin, j'ai été informé du fait que mon nom n'apparaîtra sur aucun document public.

(nom du participant) (date)

Annexe 5: Guide d'entrevue individuelle initiale-étape 1 de la formation

Date _____

Nom du participant : _____ Fonction ou titre : _____

1. Quelles sont les tâches ou contextes dans lesquels vous avez des contacts avec des patients qui sont prestataires de l'aide sociale (PAS)?

2. Comment définiriez-vous vos relations avec vos patients qui sont prestataires de l'aide sociale (PAS)?

2.1 Y a-t-il des satisfactions particulières dans votre travail auprès des PAS

2.2 Y a-t-il des difficultés que vous rencontrez spécifiquement dans vos rapports avec les personnes PAS? Si oui, quelles sont-elles?

Si oui à 2.2, alors :

3. Avez-vous tenté d'apporter des solutions à/aux difficultés rencontrées? Si oui, quelles sont-elles?

Difficulté : _____

Solutions : _____

Succès?: _____

Difficulté : _____

Solutions : _____

Succès?: _____

Difficulté : _____

Solutions : _____

Annexe 6: Guide d'entrevue individuelle semi-structurée finale

Préambule

Je vous remercie de m'accorder cette entrevue. C'est une étape très importante de ma recherche; un des buts du projet concernait d'étudier la faisabilité de la formation telle qu'elle a été conçue; un deuxième objectif a rapport à votre expérience d'apprentissage à travers les différentes étapes de la formation. Je m'intéresse à ce que la formation a eu comme effets sur les participantes et sur l'équipe. Donc, de pouvoir connaître vos perceptions, vos opinions, et l'expérience que vous avez eu en cours de formation, c'est très important pour moi.

Section 1: le processus d'apprentissage

Comment décririez-vous votre expérience en tant que participante à la formation?

-comment avez-vous vécu la séance d'écoute et de discussion autour du film?

-diriez-vous que le contenu présenté et les échanges vous ont amené à réfléchir, pendant ou après et depuis la formation? Si oui, sur quoi?

-est-ce que la séance de visionnement et de discussion autour du film ont eu un impact sur votre motivation ou votre intérêt pour la phase suivante, celle de l'écoute des capsules? Si oui, pouvez-vous décrire comment?

-comment avez-vous vécu les séances d'écoute et de discussion autour des capsules?

-diriez-vous que le contenu présenté et les échanges vous ont amené à réfléchir, pendant ou après et depuis la formation? Si oui, sur quoi?

-est-ce que la séance de visionnement des premières capsules et les discussions associées ont eu un impact sur votre motivation ou intérêt pour la deuxième séance d'écoute, pour les prochaines capsules? Si oui, pouvez-vous décrire comment?

-les activités de formation se sont déroulées en grande partie à travers des discussions de groupe autour du matériel présenté; comment avez-vous vécu cette expérience de groupe?

-y a-t-il des aspects de cette approche de groupe qui vous ont paru facilitants?

-y a-t-il des aspects de cette approche de groupe qui vous ont paru nuisibles d'une manière quelconque?

-diriez-vous que vous avez vécu des émotions en lien avec le contenu de la formation et des discussions? Si oui, pouvez-vous m'en parler?

-quels aspects du contenu vous ont paru les plus significatifs et pourquoi?

Avez-vous des suggestions pour améliorer l'expérience d'apprentissage liée à la formation, que ce soit au niveau du contenu ou de la forme, ou de l'animation?

-qu'aurais-tu aimé apprendre de plus?

Section 2: les effets de la formation

Diriez-vous que le fait d'avoir participé à la formation a changé quelque chose pour vous? Si oui, qu'est-ce qui a évolué pour vous?

-est-ce que votre manière de voir ou de considérer les personnes les patients a changé? Si oui, de quelle manière?

- plus spécifiquement les patients sans assurance?
- plus spécifiquement les patients 'PSR'?
- les autres?

À quoi ou à quelles informations ou réflexion attribuez-vous ce changement?

-est-ce que votre manière de voir les relations avec les patients a changé? Si oui, de quelle manière?

- plus spécifiquement les patients sans assurance?
- plus spécifiquement les patients 'PSR'?
- les autres?

À quoi ou à quelles informations ou réflexion attribuez-vous ce changement?

-est-ce que votre perception de votre rôle en tant que membre de l'équipe dentaire a changé suite à ta participation à la formation? Si oui, qu'est-ce qui a changé?

À quoi ou à quelles informations ou réflexion attribuez-vous ce changement?

-est-ce que votre manière de vous percevoir a changé d'une manière quelconque?
Si oui, comment?

-est-ce que votre manière d'être ou d'interagir avec les patients a changé depuis la formation? Si oui, qu'est-ce qui a changé?

-plus spécifiquement avec les patients sans assurance?

-plus spécifiquement les patients 'PSR'?

-les autres?

À quoi ou à quelles informations ou réflexion attribuez-vous ce changement?

-y a-t-il des changements que vous aimeriez pouvoir apporter dans votre travail suite à la formation, mais qui sont difficiles à actualiser? Le cas échéant, quelles sont les barrières?

-percevez-vous des changements dans le fonctionnement de la clinique qui seraient en lien avec la formation? Quels sont-ils?

-dans l'environnement physique, au niveau des interactions entre les membres du personnel, face aux patients?

-Comment voyez-vous l'idée d'une approche de soins qui inclut de tenter de comprendre le contexte social du patient? (p.ex., situation en rapport au logement, au transport).

Section 3: le déroulement/déploiement de la formation

Y a-t-il eu, de ma part, une ou des attitudes ou comportement qui ont pu nuire à votre intérêt et/participation à la formation? Si oui, lesquels?

-e.g., attitude culpabilisante?

À l'inverse, des attitudes ou comportements aidants? Si oui, lesquels?

Y a-t-il d'autres facteurs ou éléments concernant la manière dont la formation a été organisée (e.g., horaires, préparation, déroulement) (PAS LE CONTENU) qui ont été nuisibles ou qui ont freiné votre intérêt pour la formation? Si oui, lesquels?

À l'inverse, des éléments aidants, lesquels?

Question à adapter pour chaque personne:

Lors de notre toute première rencontre, vous avez exprimé la préoccupation suivante:

"ce qui me dérange avec les PSR c'est quand ils arrivent avec un gros paquet de billets de 20\$ et tu te dis, ben c'est clair qu'il abuse" Comment réagissez-vous aujourd'hui à cet extrait de votre entrevue?

Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez rajouter? Des choses que j'aurais oublié d'aborder?

Me permettriez-vous de vous appeler si jamais en cours d'analyse une question de plus me vient, et qu'on pourrait en parler de manière informelle, au téléphone?

Annexe 7: Système organisationnel et de codage des données

Codes/définitions (janvier 2013)

I : Implantation :

-organisation (préparation/briefing des employés AVANT la formation, des employés, établissement des paramètres-i.e. rémunération, caractère volontaire ou pas etc.. communications, coordination)

-horaires/lieu

-rémunération

-obstacles/freins à l'implantation (e.g. contexte de rénovation, multiples congés de maternité etc.)

P : Processus d'apprentissage : (dimensions de l'apprentissage selon la théorie du « transformative adult learning »; comprend des dimensions *affectives*, *cognitives*, la *recherche d'informations* ou de connaissances, et *l'élaboration de solutions* ou *pistes d'actions possibles*)

Dimension affective (expression de vécu affectif en lien avec des aspects de la formation)

Être choquée/frustrée (e.g., par les propos des collègues, par témoignages)

Être touchée (e.g., empathie, pitié vis-à-vis des témoignages)

S'identifier à (e.g., aux personnes dans les capsules)

Douter de soi

Se sentir manipulée

Peur d'être jugée/honte

Malaise

Impuissance

Dimension cognitive/rationnelle

Réfléchir de manière critique (la personne rapporte des réflexions critiques qu'elle a eues en cours de formation ou réfléchit de manière critique à même l'entrevue; incluant les questionnements) e.g., « je me suis mise à me questionner sur... »; « je me rends compte... »; « ça me fait penser... »; « je me demande pourquoi on a tendance à penser que... »

-sur le contenu d'un/des problèmes évoqués (e.g., dans le travail auprès PAS)

-sur le processus de raisonnement (e.g., avoir conscience et avouer juger la personnes en l'absence d'informations sur celle-ci/fonder ses actions sur ce qu'on imagine être indiqué; e.g., reconnaître ses biais d'interprétation)

-réflexion critique sur ses points de vue, attentes, croyances ou « pré-supposés » derrière ces croyances (épistémiques, psychologiques, socio-linguistiques, moral-éthiques)

Mettre à l'épreuve ses pré-supposés

Exemple : demander d'autres sources d'information, d'autres statistiques pour infirmer ou remettre en question ses croyances, par exemple sur « l'abus des PAS »

S'objecter (face aux propos discutés dans la formation et face aux recommandations dans les capsules i.e. amener une idée de manière à mettre fin à un échange, changer le sujet, s'opposer à une solution émise)

-sous-catégoriser les PAS dans les capsules

-se distancier : « ça me touche pas personnellement »

-juger négativement les PAS : « PAS tous disponibles; moins stressés insouciant/irresponsables etc. »

-se déresponsabiliser : « c'est le rôle de d'autres »

-se comparer favorablement : « c'est pire ailleurs »

-se complaire : « je fais déjà tout ce qu'il faut faire pour aider »

Recherche de connaissances ou d'info

Solutions (élaborées, évoquées)

-e.g., de développer une « conversation sociale » avec le patient permettrait de faire de la conversation pendant la rencontre avec PAS, le tx-TL

E : Effets : englobe tout ce qui est perçu comme résultant de la participation aux activités de la formation (voir tableau ci-bas)

+: positifs (connaissances, attitudes (e.g., empathie/sensibilité), croyances, comportements ou actions entreprises/prévues)

-: négatifs (idem)

Tableau des effets sur les membres de l'équipe

Effets	positifs	négatifs
Connaissances		
Attitudes (e.g., empathie)		
Croyances /prises de conscience		
Actions prises/comportements		
Sentiments ds travail avec PAS		
Dynamique du groupe		
Perceptions d'effets de nouvelles pratiques sur les patients		

N-E : Non-effets : discours sur le fait que la formation n'a pas eu d'effet (sur attitudes, croyances, action)

O : Obstacles : perçus comme empêchant l'actualisation d'un changement souhaité à la suite de la formation

L'organisation du travail et de l'espace physique

-e.g., « ça roule trop vite »; «c'est pas assez intime »

Relation non-soutenue avec PAS

-e.g., pas le temps de s'informer de la situation globale du patient

Manque de connaissances

-e.g., « on connaît pas ressources extérieures »

Contexte entrepreneurial

-« le cabinet est une business, on ne peut pas... »

C : Conditions : réfère au contexte ou aux conditions pour que le « discours rationnel ou réflexif » puisse s'actualiser

Motivation pour participer à la formation

-e.g., « vouloir aider une étudiante »

Dynamiques de groupe (discussions de groupe)

(perceived/expressed/experienced by participants, but also, observed in group transcript and small group encounters)

-e.g., "j'étais à l'aise de participer, je n'osais dire mon point de vue, ça brassait"

A : Améliorations à apporter à la formation

D : Discrimination : description ou mention de pratiques discriminatives ou d'exclusion/sélection

Annexe 8: Page couverture du Guide d'animation d'un cinéma forum sur la pauvreté et la santé

LE COLLECTIF À L'ÉCOUTE LES UNS DES AUTRES,
en collaboration avec MISE AU JEU, présente

À L'ÉCOUTE

GUIDE D'ANIMATION d'un cinéma forum

pour la formation des professionnel.le.s de la santé
en relation avec les personnes en situation de pauvreté

