



HAL
open science

Intérêt du jeu de rôle dans l'apprentissage de la relation patient-praticien en odontologie pédiatrique

Caroline Casassus

► **To cite this version:**

Caroline Casassus. Intérêt du jeu de rôle dans l'apprentissage de la relation patient-praticien en odontologie pédiatrique. Chirurgie. 2015. dumas-01172483

HAL Id: dumas-01172483

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01172483>

Submitted on 7 Jul 2015

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

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

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Caroline CASASSUS
Née le 29 juin 1989 à PAU (64)

Le 1er juillet 2015

**Intérêt du jeu de rôle dans l'apprentissage de la relation
patient-praticien en odontologie pédiatrique**

Directeur de Thèse
Docteur Yves DELBOS

Membres du Jury

Président	Pr Caroline BERTRAND	Professeur des Universités
Directeur	Dr Yves DELBOS	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	Dr Jean-François PELI	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	Dr Patrick ROUAS	Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Président	M.	Manuel TUNON de LARA	
Directeur de Collège des Sciences de la Santé	M.	Jean-Luc PELLEGRIN	

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme	Caroline BERTRAND	58-02
Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale	Mme	Dominique ORIEZ	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M.	Jean-Christophe FRICAIN	57-02
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M.	Jean-François LASSERRE	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Jean-Pierre	BLANCHARD	Prothèse dentaire	58-02
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Reynald	DA COSTA NOBLE	Parodontologie	57-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences biologiques	57-03
M.	Terence	BARSBY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Aurélié	BARSBY-EL-KHODER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CLINKEMAILLIE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Guillaume	CRESTE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Hélène	DENOST	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-02
Mme	Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Matthieu	MEYER	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
Mme	Virginie	PANNEREC	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01

17/02/2015

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Caroline BERTRAND
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques
Sous-section Prothèse 58-02

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour l'attention que vous portez à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Yves DELBOS
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Odontologie Pédiatrique – 56-01

Vous m'avez confié ce travail, que j'ai mené du mieux possible. Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait de diriger ce travail : merci pour votre aide précieuse, merci pour votre gentillesse et merci pour votre disponibilité. Voyez en l'accomplissement de ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Patrick ROUAS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie Pédiatrique – 56-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de juger ce travail et d'en être le rapporteur. Je vous suis particulièrement reconnaissante d'avoir pris le temps de corriger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Jean-François PELI

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie Conservatrice – Endodontie 58-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance de vous compter parmi mon jury.

A ma famille

A mon grand-père,

Merci pour ta générosité, tous les souvenirs d'enfance, les sessions foie gras/belote, les cousinades... Tu as accepté de me supporter en cumulé cinq mois sous ton toit et pour cela : chapeau !!! Tu es le plus chouette des grands-pères qu'on puisse rêver d'avoir.

A mes parents, merci pour l'amour et l'éducation que vous m'avez donné. Voyez dans ce travail la fin d'un long parcours, mais aussi la preuve d'un grand amour et d'une reconnaissance infinie.

- **A mon père,**

Merci d'avoir su me motiver, de m'avoir maintenue la tête hors de l'eau lors de la fameuse P1 et d'avoir toujours été là pour moi. Merci pour tes blagues, les sessions de montagne et toutes ces belles choses qui, j'espère, dureront encore longtemps !

- **A ma mère,**

Merci car tu as toujours été là pour moi : le mercredi et le week-end petite, que ce soit sport, musique, devoirs (beurk) ou jeux ; tous les jours plus grande, que ce soit pour des ballades, des conseils ou des idées. Merci aussi pour les repas de famille pour lesquels tu travailles dur ! Que ces choses là ne s'arrêtent pas...

A mes frères et à ma sœur, aussi mes parrains et ma marraine, les pros de l'animation d'anniversaire du primaire ! L'écart d'âge n'a jamais affecté l'amour et l'admiration que j'ai pour vous.

- **Fred,**

Aîné et digne de ce nom, tu as ouvert le bal : quitté la maison, créé ton nid, te marier et avoir des enfants... J'étais un peu petite quand tu as quitté la maison, mais les liens se sont créés et c'est le principal ! Merci d'avoir toujours été là pour moi sur Bordeaux, merci pour les repas quand je passe à l'improviste chez toi et merci pour ta joie de vivre. Tu vis toujours à 100 à l'heure, même à la tête d'une grande famille : un gros bisou à Léo, Juju, Ynes et Mattéo !

- **Lilou,**

Tu es la deuxième fille de la maison et on se soutient face à la tornade masculine des deux frères ! Les deux filles à la maison à un moment donné, nous nous sommes rapprochées même si ton aménagement sur Pau et le mien sur Bordeaux nous ont un peu éloignées... Je te souhaite le meilleur pour l'avenir.

- **Nico,**

Je suis arrivée 10 ans après pour te piquer la place de petit dernier (clin d'œil à tes remerciements) ! Nos liens sont tout de même étroits : je sais que je peux compter sur toi en cas de coup dur et te demander conseil. Tu m'as donné envie de faire ce métier et je t'en remercie. J'espère que nous continuerons à nous soutenir dans la vie comme dans les 10Km d'Oloront (à côté de Gant).

A Quentin,

Quatre ans que tu partages ma vie et que tu en fais un bonheur tous les jours. Quatre ans de rigolades et de bonne humeur, quatre ans de joie. Tu comprends mes peurs et sais me calmer. J'espère que cette belle histoire n'aura pas de fin, car nous l'écrivons tous les jours un peu plus ensemble. Merci à toi, tueur à gage d'araignées, chasseur de loirs !!

A toute ma famille,

Mes cousins et cousines : Julie (et Pascal), Romain (et Audrey), Alex (et Yoko), Guigui (et Dorothée), Maxou, Arnaud (et Laure), Bastien (et Chloé), Florence (et Guy), Céline, Mélanie, Laurent, Benoît, Claire, Audrey et Philippe. Mes oncles et tantes : Alain, Agnès, Bernard (et Françoise), Michel, Pierre et Catherine.

Merci pour les cousinades, en espérant en avoir encore de nombreuses à venir.

A toute ma belle famille,

Merci de m'avoir accueillie au sein de votre famille comme vous avez si bien su le faire. Merci pour votre gentillesse, votre bienveillance et les découvertes culinaires que vous me permettez de faire. Gautier et Benoît : je ne vous souhaite que le meilleur pour la suite, ponctué de quelques barbeuc de retrouvailles !

A Papi Pau, Mamie Bonal, Mamita et Gérard,

Je vous aime de tout mon cœur et je ne vous oublierai jamais.

A mes amis

Aux amis d'enfance, on se connaît depuis l'époque du bac à sable et on radotera toujours sur le bon vieux temps devant un chocolat chaud de Francis Miot : j'espère que ces moments dureront l'éternité !

- **Julie,**

Tu es à la fois Choubi, Rourik et Brutox !!! A la fois fofolle et atypique, tu es surtout toi, avec un peu de moi en toi (si si, dans ton genou!). J'espère que ton changement d'orientation te comblera et mais que tu ne partiras pas trop loin de nous tout de même. Vive les pandas (et les vaches!!) !

- **Anne-So,**

On s'est suivies de notre enfance à maintenant : même maternelle, même primaire, même collègue, même fac, car tu as choisi la même voie que moi ! Un grand merci pour les bons moments que l'on a passés ensemble, depuis les 20 ans que tu me supportes ! Gros bisous petit ours des Pyrénées, je ne te souhaite que le meilleur à venir. Keuteumeu !!!

- **Leslie,**

Tu nous as quittées pour Paris (pas forcément par choix) et tu nous manques. Parce que dès que je vois un chow-chow je pense à toi, parce que les vacances à Capbreton me manquent (très

belle imitation du cochon!), j'espère que tu reviendras bien vite dans notre Sud Ouest, pour en faire un petit coin de paradis...

Aux copines du collège : Julie, Géraldine et Lorraine.

Au plaisir de vous avoir revues et en espérant avoir de nombreuses autres retrouvailles !!

A la meilleure des amies du lycée : Gège,

Depuis le temps qu'on se connaît, je rigole toujours autant en ta compagnie !! Que de bons souvenirs, du lycée à maintenant !!! J'espère qu'on gardera cette complicité encore longtemps, que ce soit lors de nos exploits sportifs ou autres !

Aux copains de fac : Je ne vous souhaite que le meilleur pour la suite.

- **Clémence,**

Parce que toi aussi tu aimes les gâteaux au chocolat et les princesses Disney, parce que toi aussi tu aimes la vie et les mojiiiiiiiitos !!! Merci pour ta joie de vivre et tous les potins !

- **Marc,**

Pour toutes les histoires abracadabrantesques que tu as à raconter, dont les bêtises de petit Willy ! A très vite sur Limoges (avec un gros plat de falafels tant qu'à faire!!!!).

- **Damien,**

Je ne te souhaite que le meilleur à venir !

- **Pierre et Natalia,**

Merci pour les dîners Top Chef, le lapin aux champignons et votre bonne humeur !

- **Guillaume (et Christelle),**

Tu étais mon voisin de cabinet en D2, covoitureur du matin (voire du midi) mais pas adepte de Kamaro : c'est ma copine Guillaume ! Tu as trouvé chaussure à ton pied, j'en suis très heureuse pour toi (en plus elle fait des supers tiramisus!). Et surtout : A demain !

- **Enzo,**

Merci pour les soirées chez toi, mention spéciale à ton délicieux punch !!! Même si ce n'est pas ta recette que j'ai utilisée pour le pot, elle reste dans un petit coin de mémoire !!!!!

Et plus précisément à :

- **Pascaline,**

Binôme de D2 et D3, on s'est tenu les coudes pour le grand saut toutes les deux ! Après deux ans de révisions intenses à la BU (voyons voir pour la Spix?), deux années de clinique pleines de rire et d'anecdotes. Maintenant sur Soulac Beach, un grand avenir t'attend. J'espère qu'on continuera les soirées déguisées.... Et surtout : vive le vernis rouge !! ;)

- **Florian et Carole,**

Double petite surprise deviendra grande !!!! J'espère qu'ils vous rendront heureux et que,

malgré votre déménagement à l'autre bout de la France, on gardera toujours contact, en continuant les sessions Smallworld/Mojito (encore 5 mois à tenir Carole!!!) ! A quand la fameuse rando ?

- **Coco,**

On s'est un peu perdues de vue puis retrouvées. Merci pour tous les bons repas que tu fais, pour ta bonne humeur et pour ton soutien lors de l'épreuve du Semi Marathon de Bordeaux : dur dur !!!! J'espère qu'on continuera à s'encourager dans la vie comme on l'a fait ce jour là. Je te souhaite le meilleur pour plus tard !

A Sandra,

Merci pour ta bonne humeur, tes idées folles, tes bonnes recettes et tes petites anecdotes. Merci pour les sessions BU/café, qui m'ont permises de rester motivée durant le dur labeur des lectures. Merci pour les pauses potin. Je te souhaite le meilleur pour la suite, que du bonheur et bon voyage !

Merci à Julien, pour m'avoir laissé faire mes « premières armes » dans son cabinet et pour m'offrir chaque année la possibilité d'apprendre un peu plus chez lui.

Merci à Antoine, le meilleur des tuteurs de stage actif ;)

Table des matières

Introduction.....	10
1 La pédagogie : Concepts au service du projet.....	11
1.1 Les grands concepts pédagogiques.....	11
1.1.1 Le triangle pédagogique de HOUSSAYE	11
1.1.2 Les courants pédagogiques.....	12
1.1.3 Styles d'enseignement.....	15
1.2 Replacer les courants pédagogiques.....	18
1.2.1 Situer les principaux courants.....	18
1.2.2 Pédagogie traditionnelle ou Ecole nouvelle ?.....	19
1.2.3 Approche par objectif par problème ou par compétence ?.....	20
1.3 Le Jeu de rôle et sa place.....	28
1.3.1 Intérêt du jeu de rôle.....	28
1.3.2 Objectifs et organisation.....	29
1.3.3 Rétroaction.....	31
2 Jeu de rôle de simulation : principe et enquête.....	34
2.1 ED de simulation en cabinet dentaire.....	34
2.1.1 Objectif.....	34
2.1.2 Matériel et méthode.....	35
2.1.3 Évolution.....	43
2.2 Enquête par questionnaire.....	44
2.2.1 Matériel et méthode.....	44
2.2.2 Déroulement de l'enquête.....	47
2.3 Résultats de l'enquête (analyse descriptive) (Cf annexe 2).....	47
2.3.1 Variables socio-démographiques.....	47
2.3.2 Intérêt perçu par les étudiants.....	47
2.3.3 Avenir et prospective.....	50
3 Discussion.....	52
3.1 Résumé des résultats.....	52
3.1.1 Intérêt perçu par les étudiants.....	52
3.1.2 Avenir et prospective.....	53
3.1.3 Avis des étudiants sur la rétroaction de l'ED.....	53
3.2 Discussion des principaux résultats.....	53
3.2.1 Une expérience globalement positive.....	53
3.2.2 Rétroaction et enregistrement vidéo.....	55
3.2.3 Bénéfices et attentes.....	57
3.3 Limites.....	61
Conclusion.....	63
Annexes.....	64
1. Annexe 1 : Questionnaire.....	64
2. Annexe 2 : Tableaux croisés.....	67
3. Annexe 3 : Commentaires libres (Q19) et réponses.....	84
4. Annexe 4 : Souvenir marquant (Q9).....	87
5. Annexes 5 : Interviews.....	90
Bibliographie.....	94

Introduction

Depuis toujours, la communication entre praticien et patient constitue un principe clef du soin. Il s'en suit une alliance thérapeutique qui permet la mise en confiance du patient puis sa coopération. Cette relation a beaucoup varié durant les dernières décennies : avec l'évolution de la population, les prochaines générations de dentistes devront communiquer de manière efficace malgré les différences linguistiques, ethniques, socioéconomiques et culturelles [92].

Or les odontologistes participent au maintien de la santé générale de la population en prenant en charge la santé bucco-dentaire des patients. Les jeunes diplômés ont pour mission de garantir une pratique indépendante et sans danger pour les patients [56]. Il est donc primordial que ceux-ci apprennent les bases d'une relation qui n'est pas toujours évidente, surtout en pédodontie où il faut prendre en compte le fait qu'il s'effectue une relation tripartite entre praticien, enfant et parent.

De nos jours, les courants pédagogiques pour enseigner cette communication ont beaucoup changé. A une pédagogie traditionnelle dans laquelle le professeur tient le rôle principal s'ensuit une pédagogie dite "nouvelle" ou "active". Ici c'est l'étudiant qui porte ce rôle : il va lui même permettre son apprentissage. Ceci est réalisable grâce à diverses techniques.

Nous nous attarderons principalement sur celle du jeu de rôle, dans lequel l'étudiant a la possibilité de se mettre à la place du praticien ou du patient par exemple. Le futur dentiste va avoir ainsi l'opportunité d'évoluer dans un environnement sécurisé et contrôlé pour améliorer ses compétences en communication avant de commencer la clinique [69].

Pour cela, un jeu de rôle a été créé dans la faculté d'Odontologie de BORDEAUX. Comme nous voudrions connaître l'avis des étudiants quant à cet Enseignement dirigé (ED), une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des étudiants ayant participé aux séances.

Dans un premier temps, nous montrerons que tout ne peut pas être enseigné via les cours magistraux : la communication se voit associée au Savoir-être du praticien et fait partie de ces exceptions. Après avoir expliqué l'intérêt du jeu de rôle, nous décrirons le déroulement de l'ED de simulation en cabinet pédagogique et l'établissement des questionnaires destinés aux étudiants. Les résultats de l'enquête seront exposés et enfin, nous discuterons de ces données.

1 La pédagogie : Concepts au service du projet

Le mot « pédagogie » dérive du grec *παιδαγωγία*, de *παιδός* (/ˈpaɪdɔs/), « l'enfant », et *ἄγω* (/ˈa.gɔ/), « conduire, mener, accompagner, élever ». Elle est considérée à la fois comme un art et une science [30]. La définition de Jean HOUSSAYE, que des spécialistes de la pédagogie comme FABRE, HAMELINE, SOETARD, MEIRIEU admettent, est que « la pédagogie est l'enveloppement mutuel et dialectique de la théorie et de la pratique éducatives par la même personne, sur la même personne » [97]. Cette définition, qui peut nous faire réfléchir longtemps, a le mérite d'insister sur le fait que le pédagogue est un praticien–théoricien de l'action éducative, qui cherche à conjoindre la théorie et la pratique à partir de sa propre action et à obtenir une conjonction de l'une et de l'autre (tâche à la fois indispensable et impossible en totalité).

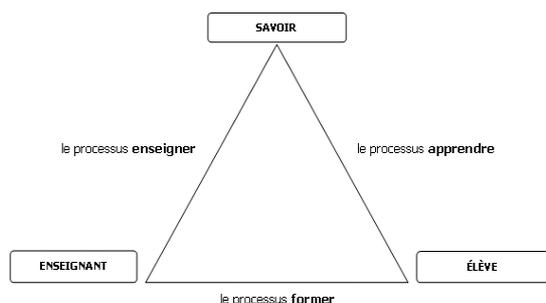
Dans l'Antiquité grecque, le pédagogue n'est pas un enseignant mais un esclave. Il accompagne l'enfant à l'école, lui porte ses affaires, mais aussi lui fait réciter ses leçons et faire ses devoirs. C'est au XII^e siècle qu'apparaît la volonté de construire un savoir méthodique particulier [73]. De nos jours, le pédagogue est le maître, qui donne la classe aux élèves et transmet son savoir en exerçant une pédagogie de groupe.

Il existe de nombreux courants pédagogiques, fixés par des pédagogues, ainsi que différents styles d'enseignement (selon le professeur) ou d'apprentissage (selon l'élève). Nous allons les expliquer séparément puis voir comment ceux-ci sont étroitement liés entre eux.

1.1 Les grands concepts pédagogiques

1.1.1 Le triangle pédagogique de HOUSSAYE

Décrit par Jean HOUSSAYE en 1988, le triangle pédagogique définit une situation d'apprentissage (ou situation pédagogique), c'est-à-dire la relation entre Savoir, professeur et élève. Selon lui, ce triangle est composé de trois éléments : le Savoir (S), le professeur (P), les élèves (E) [43] [45] [44]. Des complexes d'interactions se jouent entre les trois pôles de ce triangle. Celui-ci



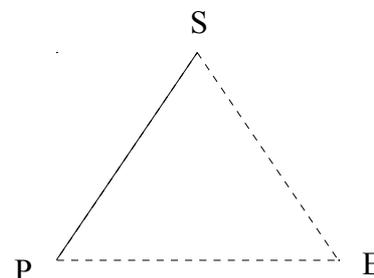
s'inscrit lui-même dans un cercle qui représente l'institution.

Figure 1-Le triangle pédagogique de Jean HOUSSAYE [43, 44, 45]

La relation privilégiée entre deux éléments met le troisième en exclusion : deux constituent les sujets, le troisième acceptera la « place du mort ». Selon les deux sujets en action, on aura un processus différent :

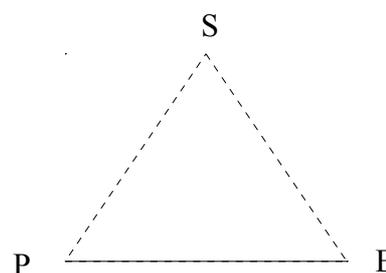
Processus « enseigner » :

Il privilégie l'axe professeur-Savoir (l'élève a la place du mort). Il correspond à une relation didactique : on retrouve l'enseignement et le travail didactique de gestion de l'information. L'enseignant est alors centré sur le cadre didactique, l'organisation, la structuration des cours, le contenu du savoir, sa discipline enseignée, et la méthode pédagogique employée est celle du cours magistral. Il néglige la relation pédagogique avec les élèves. Nous sommes là dans la pédagogie traditionnelle.



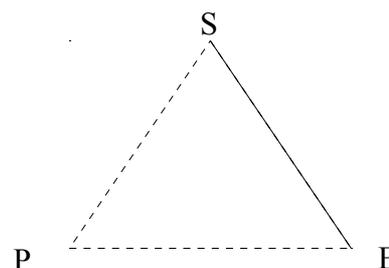
Processus « former » :

Il privilégie l'axe professeur-élève (le Savoir a la place du mort). Il correspond à une relation pédagogique : on retrouve l'éducation et la formation. La relation professeur-élèves est exacerbée au point de s'engager dans une relation d'échange proche de la séduction, qui est favorisée au détriment du savoir. Le professeur offre davantage de conseils et une orientation à suivre plus qu'un contenu structuré. Il faut de l'empathie entre les deux partenaires.



Processus « apprendre » :

Il privilégie l'axe élève-Savoir (le professeur a la place du mort). Il correspond à une relation d'apprentissage. Le professeur limite son activité à essayer de faciliter l'apprentissage des élèves par eux-mêmes : l'élève devra construire ses propres savoirs. Le plus important est la construction du savoir et non la reproduction du savoir enseigné.



Le rôle de la pédagogie est de maîtriser ces interactions en les prévoyant et en les régulant pour que l'apprentissage soit le plus efficace possible : on cherchera à atteindre un équilibre dit « métastable » entre les trois composants [96].

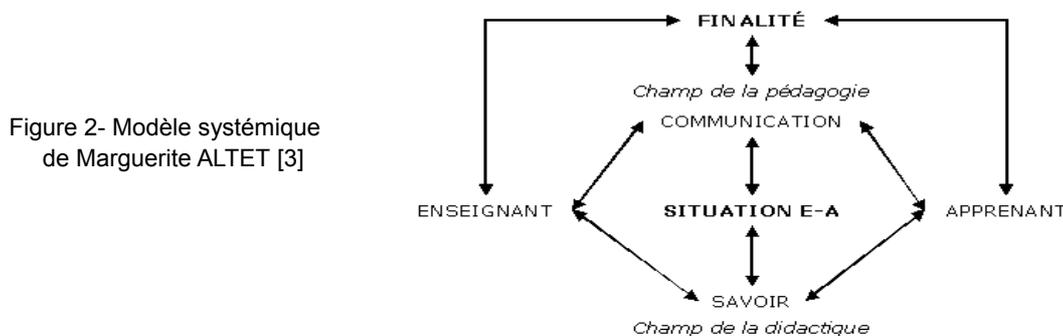
Ils traduisent autant de postures pédagogiques possibles selon que l'on délaisse l'un des trois sommets ou que l'on privilégie l'un des trois côtés du triangle ainsi formé. Ceci nous emmène donc à l'existence de différentes méthodes pédagogiques.

1.1.2 Les courants pédagogiques

La pédagogie est définie comme « le champ de transformation de l'information en savoir par la médiation de l'enseignant, par la communication, par l'action interactive dans une situation éducative donnée » [3].

La fonction de l'enseignant y est double : il va devoir structurer le savoir (c'est le domaine de la didactique) ainsi que transformer l'information en Savoir par l'organisation de situations pédagogiques (c'est le domaine de la pédagogie). Dans sa pratique en classe, il va remplir ces deux rôles, qui sont à la fois complémentaires et reliés et créent une liaison enseignement-apprentissage, qui sera différente selon le type de pédagogie utilisée.

On compte de nombreuses classifications des pédagogies, qui varient selon les critères retenus (place du Savoir, rôle de l'enseignant...). Dans leur répertoire, BERTRAND et VALOIS ont relevé plus de 80 modèles de classification en 1979 [9]! Et l'on pourrait en trouver de nombreux autres élaborés depuis. Nous nous pencherons sur la classification de Marguerite ALTET (croise plusieurs classifications pour repérer une certaine catégorie de pédagogies), qui est un modèle systémique : celui-ci prend en compte la complexité, la totalité, les interactions et les rétroactions, les ajustements successifs, les flux, la régulation fonctionnelle, la dynamique et l'énergie qui caractérisent le processus d'enseignement-apprentissage et son articulation dialectique en situation. Ce modèle va permettre de définir des « pédagogies de l'apprentissage » [2]. Celle-ci complète le triangle pédagogique de HOUSSAYE en y intégrant la notion de communication et de processus enseignement-apprentissage (situation E-A). Elle cerne la pédagogie en tant qu'articulation entre les processus enseignement-apprentissage dans une situation donnée par le biais de la communication, autour du Savoir et d'une finalité. Il existe des conditions internes d'apprentissage, propres à l'élève et des conditions externes, mises à l'œuvre par l'enseignant.



En se basant sur le modèle systémique, Marguerite ALTET a créé cinq courants pédagogiques de l'apprentissage :

- 1 Le courant magistro-centriste** : classique, il a pour finalité la transmission d'un Savoir constitué. Il privilégie le Savoir venu de la tradition, structuré par l'enseignant qui le transmet. La prestation du maître est déterminante. Le Savoir est premier, l'enseignant le prépare, tout comme il organise la situation et dirige la communication. L'élève écoute et reçoit le Savoir du maître, qui est indifférencié, le même pour tous. L'acte d'enseigner y est fondamental, on a une interaction

privilégiée entre enseignant et savoir. C'est par exemple la pédagogie traditionnelle. Finalement, ce courant privilégie l'ensemble « Savoir-enseignant » (au détriment de l'élève et de la situation).

- 2 Le courant puero-centriste** : il a pour finalité le développement, la formation et l'épanouissement de l'élève-personne : c'est « l'élève au centre ». Il est centré sur l'enfant, sa personne, il part de ses intérêts et vise la découverte et la structuration du Savoir par l'élève. L'enseignant suscite des situations, accompagne l'enfant dans sa recherche et sa construction du Savoir. La communication vient de l'élève et elle est horizontale entre l'élève et l'enseignant. L'apprentissage est un processus de construction personnelle. La pédagogie est fondée sur la capacité de l'enseignant à laisser agir l'élève puis l'aider à réorganiser son Savoir et à ajuster son action à la personne de l'enfant. Ces pédagogies ont une vision positive de l'enfant. C'est par exemple la pédagogie active qui est axée sur les intérêts de l'apprenant, qui va être stimulé par l'enseignant. Finalement, ce courant privilégie l'ensemble « apprenant-enseignant » (au détriment du savoir et de la situation).
- 3 Le courant socio-centriste** : il a pour finalité la formation d'un homme social. Il met en œuvre l'idée d'une école centrée sur l'enfant, mais l'apprentissage y est socialisé et social. Le rôle de l'enseignant y est donc d'éduquer, c'est à dire d'intégrer l'élève dans la société. Le pédagogue permet à l'apprenant d'être conscient de la réalité en le faisant agir pour qu'il se fabrique lui-même. On aura des travaux communautaires et une coopération entre les élèves. C'est par exemple la pédagogie marxiste (de MAKARENKO) ou la pédagogie progressiste (de SNYDERS). Finalement, ce courant privilégie l'ensemble « apprenant-communication-situation ».
- 4 Le courant techno-centriste** : il a pour finalité d'être efficace et d'adapter l'élève à la société. Il s'agit de rendre l'élève actif en lui proposant un Savoir programmé à découvrir ou à reconstruire. C'est l'enseignant qui conçoit et organise ce que l'élève exécute, il programme le Savoir et la situation. Le rôle de l'enseignant consiste à analyser les problèmes liés à l'enseignement-apprentissage en terme de gestion de programmes, d'optimisation des ressources et d'évaluation des produits et des processus pour réaliser au mieux les objectifs que l'on se fixe. C'est par exemple la pédagogie par objectifs. L'enseignant privilégie ici l'ensemble « apprenant-situation ».
- 5 Le courant centré sur l'apprentissage** (= les pédagogies de l'apprentissage) : il a pour finalité d'aider l'apprenant à construire son Savoir par lui-même et à se l'approprier, et donc par extension la réussite du processus d'apprentissage : l'objectif d'apprentissage est le savoir-faire de l'élève. L'acte pédagogique est défini ici du point de vue de l'élève qui apprend, et non du point de vue de l'enseignant. Celui-ci a un rôle de personne « ressource » qui s'adapte aux élèves afin d'organiser les conditions d'apprentissage qui font réussir l'élève dans son apprentissage. Il va pour cela animer des situations d'apprentissage afin d'avoir des contextes qui favorisent la construction active et originale du savoir par chaque élève. La communication s'appuie sur des relations de médiation, d'écoute et d'échange, de négociation, sur un dialogue adapté qui permet l'individualisation des apprentissages. Ce courant privilégie l'ensemble « apprenant-savoir-enseignant » par la communication.

Ces différents courants pédagogiques peuvent être replacés sur le triangle pédagogique de HOUSSAYE comme nous allons le voir. Cependant, nous pouvons noter deux types d'éducatrices qui se détachent : l'École traditionnelle et l'École nouvelle sur lesquelles nous reviendrons.

1.1.3 Styles d'enseignement

Dans le dictionnaire de l'éducation de Legendre Larousse 1988, on lit la définition : « enseignement : processus de communication en vue de susciter l'apprentissage » [55]. Dans cette perspective, enseigner n'est pas seulement transmettre une information mais c'est surtout provoquer ou encore organiser ou encore faciliter ou gérer un apprentissage. Pour cela, il existe différents types d'enseignement, qui varient selon le pédagogue.

Il existe différentes classifications des styles d'enseignement. Nous nous attarderons sur celle de THERER et WILLEMART [89] qui, en s'inspirant des travaux de BLAKE et MOUTON sur la notion de management, ont identifié en 1984 quatre styles d'enseignement, représentatifs des pratiques pédagogiques observables, à partir d'un modèle bidimensionnel (attitude vis à vis de la matière, attitude vis à vis des apprenants). Chaque style d'enseignement peut se définir à partir des différents types d'interactions qui peuvent être observées entre l'enseignant et les étudiants qui constituent une classe. Chacune de ces attitudes s'exprime à des degrés divers, faibles ou forts, désintérêt ou intérêt. La combinaison de ces deux attitudes permet d'identifier quatre styles de base :

- 1 Le style Actif (=associatif) :** centré sur les apprenants (1.9), l'enseignant régule et facilite le débat entre les étudiants : le tuteur est « gestionnaire » des relations dans le groupe d'élèves. Il est utilisé dans l'Ecole nouvelle (pédagogie par compétences).
- 2 Le style Transmissif :** centré sur la matière (9.1), il n'y a pas d'interaction entre les étudiants. L'essentiel du style transmissif porte sur le déroulement expositif de la stratégie cognitive de l'enseignant face aux étudiants : le tuteur est « orateur ». Il est utilisé dans l'Ecole traditionnelle.
- 3 Le style Incitatif :** centré à la fois sur la matière et les apprenants (9.9), il est donc hybride entre les styles Actif et Transmissif. Ici, l'enseignant tente de faire s'exprimer les étudiants. Les interactions s'effectuent entre l'enseignant et un ou plusieurs étudiants : le tuteur est une « personne-ressource ». Il est utilisé dans l'Ecole nouvelle (pédagogie par objectifs).
- 4 Le style Permissif :** ni centré sur l'apprenant, ni centré sur la matière (1.1), il n'existe aucune interaction des étudiants vers l'enseignant mais uniquement entre les étudiants : le tuteur est un « observateur passif ».

THERER et WILLEMART ont créé un diagramme de deux axes sur lequel on peut replacer les différents styles décrits ci-contre. Il prend en compte l'intérêt que l'enseignant accorde à l'apprenant ou à la matière.

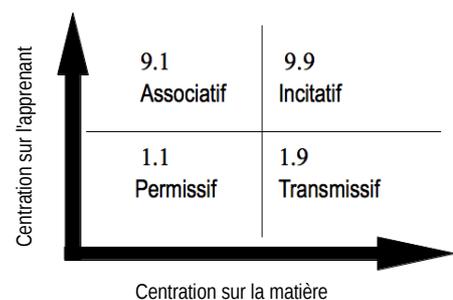


Figure 3– Grille de THERER et WILLEMART [89]

Il n'existe pas de bon style en toute circonstance. Chacun de ces quatre styles peut se révéler efficace ou inefficace en fonction des situations et en fonction des interventions plus spécifiques de l'enseignant ou du formateur. Il faudra donc adapter le style d'enseignement au type de Savoir à transmettre à l'apprenant et varier de style d'enseignement pour améliorer l'apprentissage en profondeur de l'élève [23]. Ainsi, le choix du style d'enseignement dépend de:

1. **-La nature des objectifs éducatifs:** Les objectifs socio-affectifs de haut niveau (esprit critique, capacité de travail en groupe,...) sont atteints plus aisément par les styles incitatifs et associatifs faisant appel à des stratégies telles que discussions de groupe, méthode des cas. Quant aux objectifs psychomoteurs en sciences (par exemple le titrage, les manipulations...), ils requièrent nécessairement le recours à tous les styles et à de multiples stratégies comme la démonstration, les travaux pratiques.
2. **-Le degré de motivation des étudiants :** Une stratégie d'enseignement est opportune si elle induit chez l'étudiant un sentiment de réussite, de progrès personnel, de responsabilité... Les stratégies centrées sur l'étudiant favorisent ces attitudes et induisent ainsi un apprentissage intrinsèquement motivant. Il convient pourtant de préparer progressivement les étudiants à ces stratégies moins directives. Le professeur donnera d'abord un « cadre général » et des informations fondamentales puis il s'orientera vers un style de plus en plus associatif.
3. **-La capacité des étudiants:** Les étudiants moins «performants » préféreraient au départ un enseignement plus directif et plus formalisé alors que les étudiants plus performants ou très performants préféreraient quant à eux des stratégies plus associatives. C'est dans ce sens qu'on a pu dire et écrire que la pédagogie non-directive renforce parfois les handicaps cognitifs.
4. **-Le style d'apprentissage de l'étudiant:** les stratégies d'enseignement peuvent être inefficaces sur certains styles d'apprentissage. Chaque élève a un style d'apprentissage qui prédomine, mais il n'est pas exclusif: le style d'apprentissage dominant est la manière préférentielle de résoudre un problème. De plus, selon le type d'apprentissage de l'élève, un style d'enseignement sera plus ou moins efficace. Il existe différentes classifications des styles d'apprentissage, mais nous nous attarderons sur celle de KOLB. On en différencie quatre, qui sont différents mais complémentaires [51].
 - ***Accomodateur - le manipulateur*** : impliqué dans la planification et la réalisation d'activités, il a tendance à résoudre les problèmes par essais/erreurs plutôt que par la logique. Il va se fier aux réflexions des autres plutôt que sur sa propre analyse et accepter de prendre des risques. Les activités qui l'intéressent sont les jeux ou jeux de rôles, les échanges de commentaires ou la participation à des activités et à des exercices en petits groupes. Les élèves utilisant ce style d'apprentissage excellent dans l'École nouvelle.
 - ***Divergent - l'observateur*** : habile à percevoir un objet ou un problème sous différents angles, il excelle bien dans les activités novatrices telles que les séances de remue-méninges. Il a une imagination fertile, il s'intéresse aux personnes et accorde beaucoup d'importance aux sentiments. Les activités qui l'intéressent sont apprendre par de nouvelles expériences : jeux de rôle ou jeux, échanger et discuter avec les pairs, suivre des cours particuliers, observer, synthétiser et tirer des conclusions. Les élèves utilisant ce style d'apprentissage excellent dans l'École nouvelle.
 - ***Convergent - le penseur expérimental*** : habile à mettre en pratique des idées et des théories, à résoudre des problèmes et à prendre des décisions, il préfère cependant résoudre des problèmes dont la solution est unique. Il a plus de facilités à exécuter des tâches

techniques qu'à s'impliquer dans des controverses interpersonnelles ou sociales. Les activités qui l'intéressent sont le temps d'étude non dirigé, les études de cas et les projets et activités individuels autogérés.

- **Assimilateur - le conceptualisateur** : habile à réorganiser logiquement des informations disparates, il a tendance à préférer jongler avec les idées et les théories plutôt qu'avec leur application pratique. Les activités qui l'intéressent sont les cours théoriques, les examens objectifs et la lecture au sujet de différentes théories. Les élèves utilisant ce style d'apprentissage excellent à l'École traditionnelle.

Ces quatre styles d'apprentissage sont dynamiques et peuvent être placés sur un diagramme de deux axes sur lequel on peut replacer les différents styles décrits ci-dessus : on retrouve un axe « expérience », allant de l'expérience concrète à l'expérience conceptuelle, abstraite, et un axe « transformation de l'expérience », allant de l'observation réfléchie à l'expérimentation active [50].

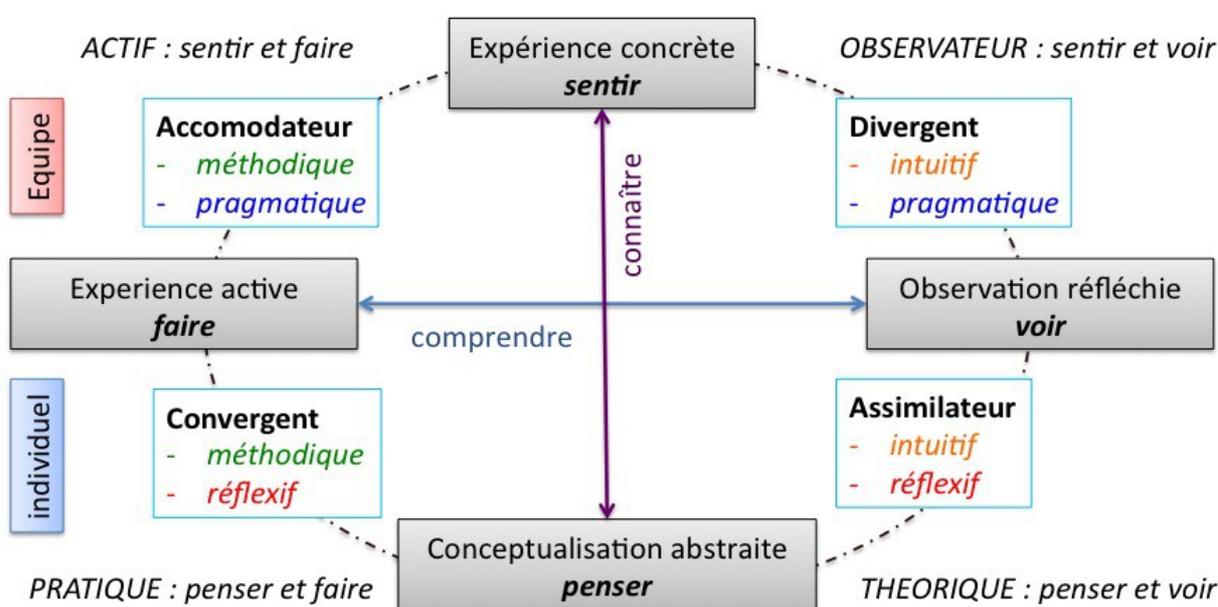


Figure 4 – Style d'apprentissage de KOLB, modifié d'après [50]

Ainsi, pour chaque activité scolaire, le style d'apprentissage et le style d'enseignement peuvent convenir plus ou moins aux élèves, sachant qu'il y en aura toujours des réfractaires à l'enseignement.

1.2 Replacer les courants pédagogiques

1.2.1 Situer les principaux courants

Ici, nous nous intéresserons principalement à trois courants : le courant magistro-centriste, techno-centriste et centré sur l'apprentissage. Nous avons vu précédemment que les courants pédagogiques de Marguerite ALTET correspondent à une École Traditionnelle ou à une École Nouvelle [3].

Ces courants peuvent être repositionnés sur le triangle pédagogique de HOUSSAYE. Les diverses pédagogies intègrent plus facilement un des deux processus annexes et, tout en s'inscrivant sur le même axe, elles se rapprochent de façon privilégiée d'un des deux autres. Ainsi :

1. **Sur l'axe « enseigner »**, on retrouve la pédagogie traditionnelle magistrale, mais aussi le cours très actuel qui procède par questions-réponses (=cours vivant).
2. **Sur l'axe "former"**, on retrouve les pédagogies libertaires (NEILL, HAMBOURG), certains pédagogues socialistes (MAKARENKO), certains promoteurs de l'Éducation nouvelle en internat (KORCZAK) pour qui l'important relève d'une structuration maître-élève à engendrer et à renouveler en permanence, mais qui s'appuient souvent sur des fonctions très classiques, proches d'"enseigner". Toujours sur cet axe se trouvent les pédagogies non directives (ROGERS), les pédagogies institutionnelles (OURY et FONVIEILLE), qui donnent une place centrale à la parole des élèves, des étudiants, au conseil aussi, comme instance génératrice d'un travail entre le maître et les élèves sur le rapport à la loi. On est dans triangle pédagogique centré sur la relation entre l'apprenant et le savoir .
3. **Sur l'axe "apprendre"**, on retrouve l'Éducation nouvelle, FREINET, le travail autonome, certaines formes de pédagogies différenciées. Mais aussi l'Enseignement Assisté par Ordinateur (EAO), l'enseignement programmé et certaines formes de pédagogies par objectifs [44] [45].

Pour chaque axe, les pédagogies peuvent ainsi être situées les unes par rapport aux autres, en les plaçant d'un pôle à l'autre. Les unes et les autres étant plus ou moins proches d'un des deux pôles. Ainsi, par exemple, pour l'axe "apprendre", si la priorité reste la même, les moyens mis en œuvre dans l'enseignement assisté par ordinateur ont tendance à être beaucoup plus structurés et organisés en progressions préalables que certaines pratiques de l'Éducation nouvelle, ce qui les rapproche de la logique "enseigner". Placée presque au point de contact avec un des sommets du triangle, il est parfois difficile de savoir si une pédagogie relève plus d'un axe ou d'un autre. En ressortiront des méthodes pédagogiques qui mènent progressivement d'une pédagogie où seul l'enseignant est actif à une pédagogie où seul l'élève agit...

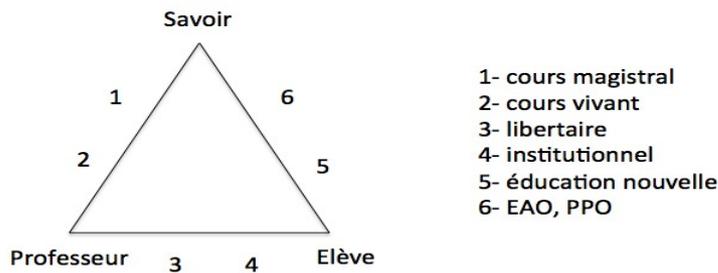


Figure 5– Triangle de HOUSSAYE [44]

1.2.2 Pédagogie traditionnelle ou Ecole nouvelle ?

1.2.2.1 Pédagogie traditionnelle

Il s'agit d'une manière de faire la classe héritée du XVII^e siècle. Fondée dans le souci de structurer la transmission des contenus, elle assure le contrôle de la conduite des élèves et accorde au maître le contrôle des Savoirs à enseigner (les mêmes pour tous les élèves), ainsi que celui du temps, de l'espace, des déplacements, de la posture et de la conduite des élèves par la distribution de récompenses et de punitions [34]. C'est une pédagogie dite de transmission (transmissible, centrées sur le contenu), de la connaissance ou de l'empreinte.

L'enseignant utilise des procédés d'exposition qu'il tente d'ajuster en fonction des buts visés. On parle alors de méthode expositive lorsqu'il développe oralement une question sans faire intervenir les élèves. Il va enseigner des Savoirs [21]. Ici, l'enseignant occupe une place prépondérante et l'élève est ignorant.

Elle va donc privilégier la relation didactique, c'est à dire le processus "enseigner" (axe enseignant-Savoir du triangle de HOUSSAYE) [72] et le maître (qui a un statut de dépositaire du Savoir) refuse les intermédiaires entre lui-même et le Savoir [43]. Ici, l'enseignant expose un Savoir sous forme de cours magistral (dans lequel le Savoir est le même pour tous et est le plus souvent frontal collectif), généralement suivi d'exercices ou/et de leçons à apprendre. L'élève doit intégrer et appliquer le Savoir exposé. La pédagogie traditionnelle, centrée sur la transmission d'un Savoir constitué, est par le fait même articulée sur les examens, noyaux du système d'enseignement. Fondée sur l'angoisse et la méfiance en imposant des règles abstraites censées représenter l'intérêt général [43], on aura un effet à court terme sur l'apprentissage car l'élève est passif et pense qu'il a besoin du maître. Donc l'acte d'enseigner implique chez l'élève le fait de recevoir un Savoir déjà

structuré par l'enseignant et de le transformer en « réponses, performances, Savoir », mais pas nécessairement le fait de le construire (c'est-à-dire de se l'approprier personnellement). Ce type de pédagogie sous-estime le rôle de l'élève et de ses processus cognitifs dans la construction de son Savoir par lui-même. Ici, le maître idéal est autoritaire alors que l'élève idéal est passif, obéissant et docile.

Elle peut être résumée en 7 caractéristiques: le maître est central, la relation pédagogique impersonnelle, c'est l'élève qui a besoin du maître, la transmission du savoir est coupée de la vie, et c'est un modèle à la fois normatif, bureaucratique et charismatique [42]. La pédagogie traditionnelle est donc celle du Savoir, du modèle, de l'autorité, de l'effort, de l'individualisme et de la sanction. Ce courant est assimilable au magistro-centrisme de Marguerite ALTET.

1.2.2.2 Education nouvelle

John DEWEY est considéré comme son fondateur, ROUSSEAU comme son précurseur [21]. Ce courant de pensée est né à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle en réaction à la pédagogie traditionnelle [34]. Elle est centrée sur l'élève (non le Savoir): en découle donc une modification de la relation didactique [21]. Ici, la pédagogie se base sur une notion d'individualité et est une démarche adaptée et progressive, qui définit le Savoir en fonction de l'apprenant, à l'opposé de l'école traditionnelle qui le considère comme "un vase à remplir" [72]. Dans l'Ecole nouvelle, le rôle de l'éducation est de rendre l'élève autonome [43]. L'enseignant va aider et soutenir l'élève, en respectant quelques principes de base [43]: il n'est plus celui à qui l'élève s'identifie mais un médiateur qui met en place les structures par le groupe-classe [43]. Contrairement à l'Ecole traditionnelle, ici l'élève n'agit que par lui-même, volontairement et avec plaisir et il existe une individualisation de la pédagogie [21].

1.2.3 Approche par objectif par problème ou par compétence ?

1.2.3.1 Pédagogie par objectif (PPO)

La mise en place d'une Pédagogie par objectifs [13] est apparue d'abord comme une alternative à l'opposition entre l'Ecole traditionnelle et l'Education nouvelle [62]. En s'inspirant des travaux de Ralph TYLER (1935), Benjamin BLOOM considérait que l'important dans l'enseignement n'était pas de comparer les résultats des étudiants mais d'aider ceux-ci à atteindre les

objectifs des programmes qu'ils suivaient : selon lui, 95% des apprenants, si on leur procure des conditions d'apprentissage favorables, peuvent atteindre un haut niveau de maîtrise, d'autant que leurs aptitudes à apprendre, leur vitesse d'apprentissage et leurs motivations sont en réalité tout à fait comparables [44]. L'objectif est une intention communiquée par une déclaration qui précise la transformation comportementale attendue de l'étudiant qui suit avec succès une formation donnée. Ayant pour but principal le fait d'atteindre ces objectifs, il fallait axer le processus pédagogique sur la conception de tâches permettant de conduire l'étudiant, lentement mais sûrement, vers la réalisation des objectifs correspondant à son programme d'études : c'est une pédagogie qui importe la gestion des organisations vers la pédagogie [62]. C'est une pédagogie centrée sur les apprenants [21] qui permet de substituer la notion d'égalité des résultats à la notion d'égalité des chances [44].

La taxonomie des objectifs pédagogiques (=du grec taxis et nomos: science des lois de la classification) est un système de classification pédao-logico-psychologique [13] car, dans ce modèle, l'apprentissage dépend du comportement cognitif et des caractéristique affectives d'entrée ainsi que de la qualité de l'enseignement [44]. Elle fait référence à des manifestations cognitives de l'apprentissage, soit des connaissances, des habiletés et des capacités intellectuelles. Les objectifs affectifs poursuivis dépendent eux de l'aménagement des situations d'apprentissage, c'est-à-dire des priorités désignées par le professeur, et du rôle que les étudiants sont amenés à jouer dans leur propre éducation [43].

Selon BLOOM, l'objectif pédagogique est une déclaration claire de ce que l'action éducative doit amener comme changement chez l'étudiant et la finalité première de sa taxonomie des objectifs éducationnels est de catégoriser les niveaux d'activité intellectuelle sollicités par l'objectif [65]. Elle regroupe six niveaux d'apprentissage, subdivisés en sous-catégories et ordonnancés de manière hiérarchique en fonction de leur degré d'abstraction et de complexité. Il s'agit des catégories suivantes : l'acquisition de connaissances, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation. La connaissance fait référence au simple rappel de faits, de méthodes, de processus, de modèles, de structures ou d'ordres. La compréhension consiste à connaître l'information qui est communiquée et à savoir s'en servir, sans nécessairement établir de lien avec d'autres informations ni à en saisir toute la portée. L'application et l'analyse sont respectivement définies comme l'utilisation des représentations abstraites dans des cas particuliers et concrets et la séparation des éléments ou parties constituantes d'une communication de manière à éclaircir la hiérarchie relative des idées et des rapports entre les idées exprimées. La synthèse est

une opération qui consiste à réunir et à combiner des éléments de manière à former un plan ou une structure que l'on ne distinguait pas clairement auparavant. Enfin, l'évaluation consiste à porter un jugement de valeur sur un objet dans un but précis [8].

Le tout est résumé dans la roue de la Taxonomie du domaine cognitif de BLOOM:

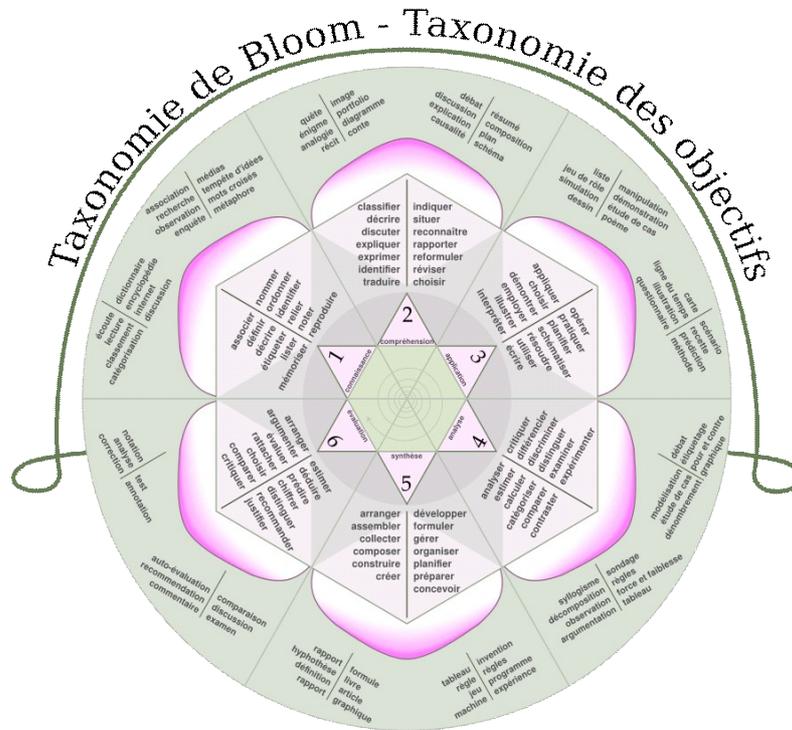


Figure 6– Roue de la Taxonomie de BLOOM, modifiée par Patrick HETU (Wikipédia)

Ce type de pédagogie vise avant tout à définir des objectifs de formation facilement quantifiables et observables et énoncer clairement ce que les étudiants devraient apprendre. Leur but est d'adapter l'homme aux besoins et valeurs de la société, vérifiables par des comportements attendus, et non pas de chercher à élever son niveau de conscience. La pédagogie par objectifs se veut rationnellement construite et immédiatement évaluable sur des critères quantifiés. L'évaluation des résultats de l'apprenant y constitue le moyen de contrôle et de validation de la justesse des critères et moyens de la formation.

Les maîtres sont aussi formés dans cette perspective et il y a un développement de certaines compétences et attitudes [12]. Les leçons données sont fixées pour longtemps car, pendant de longues années d'études, l'étudiant est imprégné à la fois de manière subtile et cohérente. Les leçons pénètrent l'expérience quotidienne et sont donc fermement apprises.

La pyramide de BLOOM hiérarchise les niveaux d'apprentissage : la connaissance, la compréhension et l'application sont la base de cette pyramide (qui est à l'envers). L'analyse, l'évaluation et la synthèse en sont le sommet et se situent au même niveau. Il faut donc déjà maîtriser les trois niveaux de base pour effectuer l'un des trois niveaux supérieurs d'apprentissage (afin de travailler dans la partie supérieure de la pyramide, les étudiants sont obligés de contrôler aussi les niveaux sous-jacents). Par exemple, lorsque des élèves créent une synthèse, ils doivent aussi posséder les acquis dont ils ont besoin (connaissances) pour la réaliser. BLOOM en 1956 constatait que 80 % des questions d'examens correspondaient aux deux niveaux inférieurs de sa grille taxonomique cognitive (connaître et comprendre) [11]. Ce courant est assimilable au technocentrisme de Marguerite ALTET.

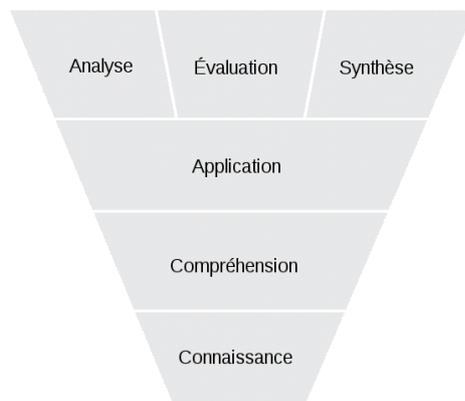


Figure 7– Pyramide de la Taxonomie de BLOOM, modifié par NESBIT (Wikipédia)

1.2.3.2 Approche par compétence (APC)

L'émergence du concept de compétence et le développement progressif de l'approche par compétences en formation universitaire constituent une réponse aux limites de l'approche par objectifs. Depuis une quinzaine d'années, les écrits en pédagogie médicale utilisent abondamment le terme de « compétences » et le concept qui y est attaché semble devenir central dans la réflexion concernant la formation des professionnels de santé, au point que l'on puisse penser qu'il se substitue peu à peu à celui d'objectif pédagogique [65].

L'APC est définie par FRANK [33] comme une approche de la préparation pour la pratique

qui est fondamentalement orientée vers un diplôme de capacité de résultats et organisée autour des compétences issues d'une analyse des soins au patient. C'est une pédagogie fondée sur les théories cognitivistes: l'apprentissage implique des processus internes actifs du sujet qui interagissent avec le milieu environnant. Il va réactiver ses connaissances antérieures et créer des liens avec le contexte professionnel futur. On aura des apprentissages en profondeur et donc au long terme, avec le développement d'un raisonnement hypothético-déductif [24].

Mais qu'est-ce qu'une compétence? Il s'agit d'un ensemble de ressources personnelles devant être mobilisées en contexte professionnel réel pour résoudre un problème ou une situation. C'est donc le fait de posséder du Savoir, Savoir-faire, Savoir-être, savoir communiquer, capacités et aptitudes prises en compte comme ressources professionnelles devant être utilisées avec pertinence au regard des besoins de l'environnement socio-professionnel de chaque société. C'est aussi l'art de pouvoir gérer rationnellement des Savoirs (scientifiques ou techniques) dans le temps et l'espace [91]. Pour TARDIF, elle se réfère à l'ordre de l'action et concerne des Savoirs en acte ou des séquences d'action [88]. Selon VOORHEES, la compétence est une intégration des habiletés, des connaissances et des capacités nécessaires à l'accomplissement d'une tâche spécifique [91]. Enfin, une compétence ne se limite pas à un simple Savoir-faire mais relève d'un authentique Savoir-agir. La notion de compétence explicite le caractère intrinsèquement lié à l'action des Savoirs qui sont en jeu dans une compétence : c'est dans l'action que les compétences peuvent être développées et inférées [81]. Les dispositifs de formation dédiés au développement des compétences doivent privilégier la confrontation des étudiants à des tâches en lien avec des situations-problèmes les plus authentiques possibles. On va parler d'enseignement contextualisé lorsque les notions théoriques sont apprises dans le contexte d'une activité professionnelle. La notion de compétences est abordée d'une manière complexe. Ainsi, le médecin (et le dentiste) vont avoir des compétences fondamentales à acquérir : ce sont celles d'expert médical, de communicateur (empathie), de collaborateur, de gestionnaire, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel [71].

Centré sur l'apprenant, l'APC a renversé le rapport maître-élève : c'est une méthode pédagogique qui cherche à optimiser l'acquisition des connaissances, en prenant notamment en compte des principes issus des acquis de la psychologie cognitive [63]. Les objectifs d'enseignement n'y sont plus de l'ordre de contenus à transférer mais plutôt d'une capacité d'action à atteindre par l'apprenant [27]. De plus, il s'agit d'une méthode dite « active » car elle provoque et utilise l'activité de l'apprenant: elles font du Savoir le produit de l'activité de l'élève. Celui-ci sera

donc autonome et l'enseignant aura un rôle d'intermédiaire entre le Savoir et l'apprenant. Il accepte de se mettre lui-même en situation de construction (et non de transmission des Savoirs). L'enseignant n'est plus le seul possesseur du Savoir mais il a un rôle indispensable car il devient alors celui du guide, du facilitateur du fait qu'il met en place des situations qui permettent à l'éduquer de construire son savoir. L'élève aura toujours besoin de modèles, de guides, de correcteurs et de formateurs à côté de lui car le processus d'apprentissage est complexe. Mais le travail du maître n'est achevé que lorsque l'élève est capable de mobiliser et d'utiliser les différentes connaissances qu'il a acquises lors des enseignements [62]. L'APC procède à l'inversion du processus pédagogique en se décentrant du processus d'enseignement pour privilégier celui de l'apprentissage. Donc, à la différence de l'approche traditionnelle qui repose sur une série de stages dont les objectifs ne tiennent compte ni des autres étapes du parcours d'apprentissage, ni du niveau atteint par les étudiants, l'approche par compétences, mise sur des principes d'intégration, de continuité, de réflexion et d'autonomie dans l'apprentissage [53]. Ce courant est assimilable au courant centré sur l'apprentissage de Marguerite ALTET.

L'APC crée un lien entre théorique et pratique. Le professeur va donc mettre en place des « situations problèmes » que les élèves doivent résoudre par eux-mêmes. Il s'agit d'une situation d'apprentissage où une énigme est proposée à l'élève : elle ne peut être dénouée que s'il remanie une représentation précisément identifiée ou s'il requiert une compétence qui lui fait défaut, c'est-à-dire qu'il surmonte l'obstacle. C'est en vue de ce progrès que la situation est bâtie [46]. Dans ce cas, c'est le professeur qui prépare les progressions et ajuste les obstacles pour permettre aux élèves d'apprendre. Si les obstacles sont trop faibles les élèves n'apprennent rien, à contrario les obstacles sont trop élevés, l'élève n'y parviendra pas [87].

C'est le principe de la Zone Proximale de Développement (ZDP) de VYGOTSKY : il part du principe que pour stimuler le développement d'un élève, il faut que celui-ci se retrouve dans une situation légèrement en avance sur son niveau de développement actuel [72]. La ZDP est définie comme un espace cognitif délimité par deux bornes: l'une, inférieure, correspond au niveau de développement actuel de l'enfant. Il représente les contenus cognitifs (connaissances, procédures,...) et les activités cognitives (raisonnement, opération de pensée,...) que le sujet peut mobiliser de manière autonome; l'autre, supérieure, correspond au niveau de développement potentiel de l'enfant. Ce sont les contenus et activités cognitifs que l'individu peut mobiliser uniquement s'il est aidé par autrui. La ZDP représente donc une connaissance que le sujet n'est pas encore capable de mettre en

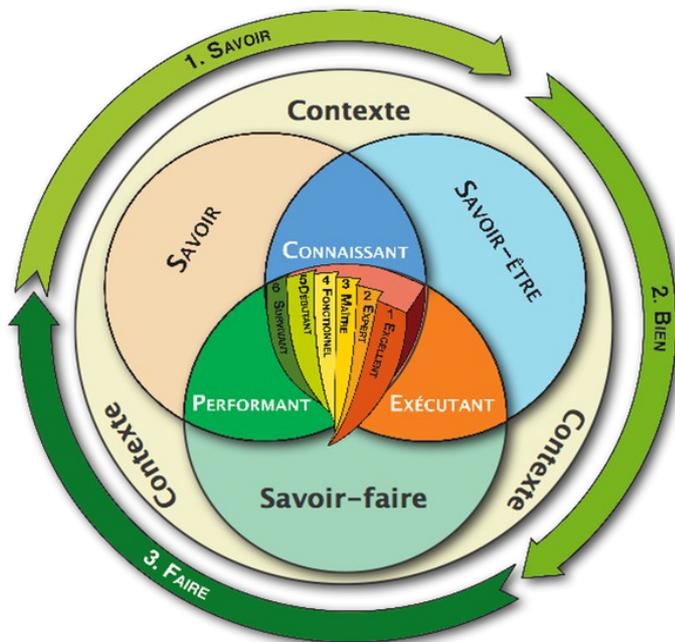
oeuvre lorsqu'il est seul mais à l'aide d'un tiers. On aura une phase inter-individuelle dans laquelle l'enseignant aide l'élève à utiliser des outils de pensée (c'est une phase d'apprentissage) et une phase intra-individuelle dans laquelle l'élève intériorise et s'approprie son apprentissage [74]. Mais l'inspiration vygotkienne porte peu d'attention aux faits bruts tels que la maturité, l'âge, la perception sensorielle, la fatigue et la manière dont ces facteurs influent sur le type d'activité et ce qui est appris [10].

Ce type de pédagogie favorise donc le développement d'aptitudes métacognitives chez les étudiants, c'est-à-dire de capacité d'autoévaluation de leur apprentissage car l'élève va prendre conscience de son comportement (va identifier de manière pertinente la situation). On parle de métacognition quand il y a du recul par rapport à l'action pour pouvoir l'analyser et comprendre comment on a fait. Elle s'apprend grâce aux activités situées dans la ZDP [46].

L'APC favorise le recours à des situations d'évaluation exploitant des problèmes de type complexe acceptant plusieurs solutions possibles. Elle va transposer des situations de référence afin qu'elles deviennent des situations à visée didactique. Certaines situations sont plus importantes que d'autres à maîtriser car elles désignent un bon professionnel: l'enseignant va donc intégrer à la formation des situations délicates pour que l'étudiant apprenne à se comporter intelligemment dans une situation difficile [74]. Les compétences transversales sont celles qui nous intéressent dans la formation en odontologie: il s'agit de celles reliées à la communication (relation dentiste-patient) par exemple et qui ne peuvent se construire indépendamment des contextes et des contenus spécifiques à une profession.

Ainsi, nous appliquerons l'APC à l'apprentissage de l'odontologie. L'étudiant apprend le Savoir (qui touche la tête: le traitement de l'information, la compréhension et le raisonnement) en cours magistral, mais les Savoir-faire et Savoir-être ne peuvent pas être enseignés tels quels. Le Savoir-faire touche les mains, avec les décisions, les gestes et les mouvements. Ceux-ci sont donc enseignés lors des stages cliniques à l'hôpital. Le Savoir-être touche le cœur, avec les émotions, la cognition et l'action. L'émotion est l'élément clef du Savoir-être: elle joue un rôle en rapport avec la motivation et le processus d'apprentissage. Elle devient objet d'apprentissage, car elle a une incidence directe sur le comportement de l'apprenant. La référence du Savoir-faire se retrouve dans les méthodes, protocoles, procédures, instructions et pratiques des experts. La référence du savoir-être est en lien avec une action d'un individu selon la situation de travail, la tâche à réaliser, les

événements à gérer et les circonstances qui l'influencent. Cette action se retrouve sous la forme d'un comportement manifesté qui est le reflet de ce que l'apprenant peut comprendre de la situation où il se trouve et des sentiments que cette situation provoque chez lui sur la base de ses convictions de ce qu'il évalue comme étant bien ou mauvais [16].



Il est important que le dentiste combine à la fois Savoir, Savoir-être et Savoir-faire car, selon BOUDREAULT [16], il n'est compétent que s'il combine les trois à la fois dans un contexte particulier.

- S'il a le Savoir et Savoir-faire, il sera dit "performant".
- S'il a le Savoir et le Savoir-être, il sera dit "connaissant".
- Enfin, s'il a le Savoir-faire et le Savoir-être, il sera dit "exécutant".

Figure 8- Compétence professionnelle par BOUDREAULT (<http://supor.org/representations/competence.html>)

1.2.3.3 Apprentissage par problèmes

Mais le Savoir-être ne peut pas être enseigné dans un cours magistral: la meilleure manière d'inculquer la relation praticien-patient est de mettre l'étudiant en situation. Pour cela, l'enseignant va avoir recours à l'APC, à l'APP (apprentissage par problèmes) [63], à l'ARP (Apprentissage par résolution de problèmes), à l'ARC (apprentissage au raisonnement clinique), au jeu de rôle... L'avantage de ce genre d'enseignement est que l'étudiant se crée une expérience clinique authentique dans un environnement contrôlé. Vu qu'il peut apprendre dans un milieu protégé, s'il fait mal cela n'a pas de conséquence.

Des méthodes pédagogiques, telles que l'apprentissage par problèmes (APP) qui introduisent précocement l'enseignement en milieu clinique, ont progressivement été adoptées par un nombre croissant d'universités telles que les enseignants agricoles, techniques et professionnels,

[42] ou les comptables, l'éducation primaire et secondaire, la gestion, la dentisterie [15], en management ou psychologie des entreprises [90], les ingénieurs [84] ainsi que lors des préparations pour les entretiens d'embauche [27] ou relation vendeur-client par exemple [57]. Elle est même utilisée dans la sécurité routière par le ministère auprès des enfants afin de les sensibiliser à la dangerosité de la route [61].

Ces pédagogies actives permettent de faire ressentir des choses qui sont difficilement transmissibles par le cours magistral. Ici nous nous attarderons sur le jeu de rôle, centre même de l'Enseignement Dirigé que nous étudierons plus tard. C'est une pédagogie qui permet l'apprentissage en particulier du Savoir-être en faisant vivre la situation de l'intérieur à l'étudiant qui se retrouve projeté dans le jeu, comme nous le verrons ci-dessous.

1.3 Le Jeu de rôle et sa place

1.3.1 Intérêt du jeu de rôle

Les habiletés de communication ne sont pas innées et doivent être apprises car c'est une composante essentielle de la compétence clinique globale. Certaines personnes ont plus de facilités que d'autres à mettre les gens à l'aise, mais tout le monde est capable de montrer une certaine empathie. Une communication efficace avec les patients est un élément essentiel de la pratique dentaire.

Une bonne communication entre le dentiste et son patient permet de former une alliance thérapeutique [47], ce qui va permettre de diminuer l'anxiété du patient ainsi que d'augmenter sa satisfaction, sa motivation et l'adhésion à des comportements sains, à une meilleure hygiène bucco-dentaire ou à un plan de traitement [79]. Enseigner cette communication, c'est en faire percevoir aux étudiants les enjeux en pointant les écueils. Cette relation est une interaction entre le dentiste et son patient: le patient réagira à certaines situations selon son histoire personnelle, alors que le dentiste réagira avec des attitudes conscientes ou inconscientes qui peuvent révéler des émotions, des sentiments ou des désirs et qui dépendent de la personnalité ou du vécu professionnel [28].

Nous parlons ici des jeux de rôle à visée pédagogique, qui sont donc démarqués de toute préoccupation psychologique: il est fondé sur l'improvisation spontanée des participants. Les joueurs vont avoir une identité fictive et réagir de la manière la plus crédible possible: ils sont

libres de se comporter comme il bon leur semble. Ainsi tout peut se produire, selon leur inspiration [94]. De plus, l'acteur qui incarnera le patient subira un renversement de rôle, c'est-à-dire qu'il va jouer le rôle de la personne qui se trouve habituellement face à lui et comprendre son point de vue (et donc anticiper les répliques dans sa pratique future) [40].

Le jeu de rôle fournit quelques possibilités éducatives spécifiques et uniques, qui ne sont pas disponibles avec les méthodes traditionnelles d'enseignement comme nous l'avons vu plus haut. C'est une technique pédagogique qui consiste en l'apprentissage des habiletés relationnelles. Il va aider les étudiants à appréhender leur future profession dans toute sa complexité, en ne se centrant pas exclusivement sur les aspects biocliniques mais en considérant légitimement le patient [14]. L'étudiant va donc apprendre en particulier la communication (verbale et non verbale), qui est régulièrement utilisée, notamment avec les confrères, le médecin, le patient et sa famille, le prothésiste, [39] ... Pour cela il va falloir simuler une situation vraisemblable mais en partie imprévisible [28], parfois même difficile mais productrice de sens.

Le jeu de rôle a huit avantages :

1. observer et évaluer directement les compétences du sujet
2. renforcer la confiance et consolider des compétences par la répétition
3. élargir les cas rencontrés en présentant différentes situations moins familières
4. apprendre à gérer des émotions et transformer les réactions inappropriées
5. renforcer le raisonnement clinique
6. gagner en confort avec les nouvelles techniques d'entrevue
7. renforcer le contrôle par enregistrement vidéo
8. proposer une technique de modélisation [6].

1.3.2 Objectifs et organisation

Les objectifs généraux de la formation par jeu de rôle sont de prendre conscience de la dimension humaine et relationnelle dans la pratique médicale, repérer la dynamique entre les protagonistes de l'acte médical, aider l'étudiant à percevoir la démarche du patient et de comprendre le point de vue d'autrui, et préparer l'étudiant à sa fonction de soignant. Les objectifs spécifiques au jeu de rôle sont de prendre conscience du ressenti du patient dans certaines situations, de ses attitudes spontanées en s'observant soi-même et des effets des attitudes du soignant sur l'interlocuteur [31].

L'apprentissage de ces habiletés de communication exige l'acquisition d'un Savoir, Savoir-être et Savoir-faire. Ces nouvelles connaissances sont apprises et retenues en se liant au réseau des

Savoirs déjà ancrés dans la mémoire à long terme. Cette réactivation sera facilitée par un travail répété et en petit groupe [60]. De plus, il a été prouvé qu'un adulte ne retient que seulement 20% de ce qu'il lit ou entend, alors qu'il apprend 80% de ce qu'il dit et 90% de ce qu'il fait et commente [26].

Le jeu de rôle a été inventé par Jacob Levy MORENO en 1928. Il s'agit d'une scène improvisée entre deux ou plusieurs membres d'un groupe, à partir d'un thème (professionnel, social, familial, actuel ou futur) suffisamment général pour permettre à chaque personnage de jouer le rôle à sa manière avec toutes les possibilités formatives par prise de conscience, qu'entraîne une telle méthode active [40]. Le rôle n'est pas attribué mais choisi par les participants [26].

Il s'agit d'un théâtre d'improvisation qui apprend aux participants à accepter l'ambiguïté et l'incertitude de certaines situations. En effet, le dentiste doit développer une agilité mentale pour penser de façon créative et reconnaître les situations à évolution rapide, tout en maintenant un froid professionnel [93]. Le formateur va devoir faire naître un questionnement chez l'apprenant, correspondant à une situation complexe liée au réel qui peut s'ouvrir sur plusieurs solutions et créer une ou des ruptures amenant les apprenants à déconstruire leurs modèles explicatifs initiaux s'ils sont erronés [46]. C'est une activité dans laquelle le joueur est libre de ses initiatives et de ses décisions, dans le cadre de règles explicites. Ici, le jeu contourne le "moi" ce qui évite ainsi des résistances inconscientes [26]. De plus, on aura recours à la mémoire corporelle dans l'apprentissage des gestes et du ressenti. Celui-ci va se dérouler dans un milieu didactique, qui va réagir aux actions de l'élève: l'apprentissage est alors considéré comme un processus qui conduit l'apprenant à élaborer des connaissances en s'affrontant à un milieu didactique [80]. Il doit utiliser du matériel et des espaces dédiés à ce jeu, l'idéal étant une pièce de taille moyenne [66].

Le jeu de rôle s'effectue en petit groupe, susceptible de garantir un climat bon enfant et drôle [26]. Il ne faut pas faire de groupes trop grands sinon la communication peut devenir un obstacle [74]. Un bon tuteur est l'élément clef d'un bon jeu de rôle: il doit savoir gérer les interactions du groupe pour faciliter et réguler le travail au moment de la mise en place du scénario, encourager la réflexion et analyser les réactions lors du jeu. Son intervention doit être neutre, non directive (pour éviter le mimétisme) indirecte et discrète [36].

Un jeu de rôle présente plusieurs étapes [7]. On aura en premier un temps de réalisation, comprenant une préparation dans laquelle l'enseignant va définir les objectifs pédagogiques et préparer le jeu de rôle, ainsi qu'une mise en place, où il va assigner les rôles aux élèves. Il va décrire précisément la façon dont va se dérouler le jeu (description des tâches que doit effectuer chaque

joueur), donner les règles et expliquer à chaque joueur son rôle et les tâches qu'il doit effectuer. Cette partie dure entre 10 et 20 minutes [82]. S'ensuit le temps de déroulement du jeu de rôle (qui dure de 10 à 20 minutes) puis d'analyse, de débriefing (qui dure entre 30 et 40 minutes) pour un déroulement total de 1h30 [26].

1.3.3 Rétroaction

Le feedback (ou rétroaction ou débriefing) va avoir une action très importante sur l'apprentissage. En simulation médicale, le débriefing est un processus d'apprentissage réflexif intentionnel dans lequel étudiants et enseignants réexaminent ensemble la situation clinique en favorisant le développement de la réflexion clinique ainsi que les capacités de jugement de l'apprenant [66]. C'est une boucle courte dans laquelle se succèdent action, observation, interprétation et redirection. Il peut être appliqué à tout scénario dans lequel le but visé est un changement de comportement : comportements observables et remédiables de l'étudiant (donc pas sur sa personnalité). La rétroaction sera donnée le plus vite possible et mettant l'accent sur les points positifs. On peut faire des commentaires négatifs, mais ceux-ci seront mieux reçus accompagnés de commentaires positifs (= feedback sandwich) [68]. Il aide les étudiants à atteindre leur plein potentiel au cours de la formation par le développement de la conscience de soi en ce qui concerne les points forts et les domaines à améliorer. Avant tout, le maître de jeu doit délivrer ce feedback en étant respectueux et professionnel, en reconnaissant les points forts et à améliorer. L'étudiant doit recevoir celui-ci sans le prendre comme une attaque personnelle mais comme un moyen de progresser [86].

Il existe différents types de feedbacks :

- 1. les feedbacks internes et externes** : le feedback interne est comparable à une auto-évaluation. Il est basé sur une comparaison de sa propre performance avec sa compréhension des normes. A l'inverse, le feedback externe provient d'autres personnes et permet donc d'éviter la plupart des pièges de l'autoévaluation (norme interne trop élevée ou trop basse) mais est moins subjective que le feedback interne [38].
- 2. les feedbacks négatifs et positifs**: le feedback négatif diminue le sentiment d'autonomie et de compétence du joueur : celui-ci va vouloir rattraper sa performance. On aura un effet positif au court terme. A l'inverse, le feedback positif se concentre sur les points forts de la prestation : il augmente le sentiment de compétence, d'autonomie et la motivation intrinsèque . L'effet au long terme sera positif. L'idéal est de combiner à la fois les feedbacks positif et négatif pour avoir une hausse de la motivation [18].
- 3. les feedbacks comparatifs, descriptifs et évaluatifs** : le feedback descriptif est un résumé de la scène jouée. Le feedback comparatif compare les performances de l'acteur par

rapport à celles des autres et va donc augmenter la motivation intrinsèque de l'apprenant. Le feedback évaluatif, quant à lui, est plus efficace lorsqu'il fait référence à l'évaluation et va augmenter l'autonomie et la compétence [18].

- 4. les feedbacks simples et élaborés** : le feedback simple est assimilé comme une confirmation à une réponse correcte. A l'opposé, le feedback élaboré inclut une longue explication, ce qui va produire un effet positif important sur l'apprentissage et la motivation [18].

La correction des erreurs par le débriefing est nécessaire pour un encodage approprié. Pour être efficace, le feedback doit signifier l'exactitude de la réponse et fournir l'information pour corriger l'erreur si nécessaire [85]. Il doit aussi être livré fréquemment, lié aux comportements spécifiques (et non généraux) et être formatifs (non sommatifs), c'est-à-dire orienté vers l'amélioration des compétences [38]. Le maître de jeu rajoute quelques éléments méthodologiques complémentaires sur le comportement à acquérir [26]. Un débriefing immédiat est préféré par les étudiants [58]. Il a été prouvé qu'il n'existe pas de différence significative entre le débriefing avec et le débriefing sans vidéo [77] mais, cependant, la mise en place d'un support vidéo permet de montrer sans contestation les actions entreprises. Il serait très délétère de la positionner en juge car, dans ce cas-là, l'apprenant se retrancherait dans ses positions et couperait tout dialogue pédagogique. Le support vidéo a pour gros avantage de donner de l'expérience par la visualisation des actions et erreurs des autres et de permettre à l'apprenant de réaliser qu'il existe une réelle différence entre son ressenti et la réalité [58].

Dans l'ED que nous allons présenter dans la partie suivante, nous serons dans un jeu de rôle d'exploration, qui enseigne le Savoir-être (et non procédural, qui lui enseigne le Savoir-faire) : celui-ci va donc demander un investissement personnel de l'acteur dans l'interprétation du rôle [35]. Il s'agit d'un "macrotraining" (stratégie pédagogique pour la formation des compétences en entrevues cliniques complexes en une seule séance) : en fonction de la complexité de la tâche, une session de "macrotraining" dure habituellement d'une demi-heure à 4 heures [83]. Il s'agit d'une situation concrète dont les caractéristiques visent à reproduire les conditions essentielles communes à un ensemble de situations réelles [76]. Dans une situation de scène unique (un groupe d'acteur joue et le reste du groupe observe), le rôle devra être spontané, c'est-à-dire que les acteurs doivent réagir comme ils le feraient naturellement: dans le rôle professionnel du dentiste, ou l'assistante, ou le patient [35].

Comme nous l'avons rappelé plus haut, il existe une multitude de courants pédagogiques, de styles d'enseignement et d'apprentissage... Ainsi, le jeu de rôle est une pédagogie active où l'étudiant participe à son apprentissage, ce qui apparaît comme le meilleur moyen d'enseignement de la communication aux élèves et d'apprendre une relation patient-praticien. C'est dans cet esprit que cet ED du cabinet pédagogique a été créé: ouvrir les yeux aux étudiants sur l'importance de la communication, verbale ou non verbale, dans un cadre particulier et protégé, en y associant une rétroaction pour leur permettre de s'améliorer. Il est évident que le jeu de rôle peut ne pas convenir à tous les étudiants, car nous l'avons évoqué, tout le monde n'a pas le même style d'apprentissage, mais il reste tout de même plus approprié qu'un cours magistral pour se préparer à la rencontre clinique.

2 Jeu de rôle de simulation : principe et enquête

2.1 ED de simulation en cabinet dentaire

Cet Enseignement Dirigé (ED) est un jeu de rôle. Comme nous l'avons vu ci-dessus, il a pour but l'apprentissage de la communication pour une meilleure relation patient-praticien, tout particulièrement ici en odontologie pédiatrique. Sa cible est de faire prendre conscience des bonnes attitudes comportementales aux étudiants car elles déterminent une bonne prise en charge de l'enfant.

2.1.1 Objectif

En 1985, il a été démontré que 74% des dentistes apprennent comment parler à leurs patients anxieux par les procès et les erreurs [67]. L'objectif de cet ED de simulation est de faire prendre conscience aux étudiants de l'importance de la part relationnelle dans le métier de dentiste. L'étudiant pourra aussi prendre conscience du ressenti du patient dans certaines situations. La combinaison de l'expérience active et de l'émotion lors du jeu permet un apprentissage à long terme. De plus, en s'observant grâce à la vidéo, l'élève va se rendre compte de ses attitudes spontanées et de leurs effets sur l'interlocuteur.

Il existe trois types de communication: verbale, para-verbale et non verbale. La communication non verbale est définie comme l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores [5]. Selon MEHRABIAN, 7% de la communication est verbale (signification des mots), 38% est vocale (intonation et son de la voix), 55% est visuelle (expressions du visage et du langage corporel) [59] [1]. La communication non verbale prend donc une place majoritaire dans la conversation et il est donc important de la travailler. De plus, il faut savoir que la signification des gestes est différente selon la culture, donc un même geste peut avoir un sens différent [20].

Inconsciemment, le patient est beaucoup plus ouvert à ce qui se passe autour de lui lorsqu'il est stressé, axé sur une communication non verbale. Il sera très sensible à l'incohérence entre ce qui

est dit et fait. La communication est dite "*congruente*" lorsqu'il y a concordance entre les communications verbale et non verbale et "*incongruente*" quand elles ne sont pas concordantes [37]. Et dans tous les cas, la communication non verbale domine la communication verbale [59] C'est-à-dire que nos patients auront tendance à croire nos actes et notre gestuelle plus que nos paroles, et ils auront tendance à croire plus fortement nos paroles si nos actes sont en harmonie.

2.1.2 Matériel et méthode

Cet ED se déroule au sein de la faculté d'odontologie, dans une salle conçue spécialement à cet effet : le cabinet pédagogique. Il fut créé en 2010, à l'initiative du Doyen J-F PELI grâce à un appel à projet du Conseil Régional d'Aquitaine CRA (33) : 40% du total des travaux ont été pris en charge par le CRA tandis que les 60% restant ont été financés par la faculté elle-même (ainsi que des sponsors).

Ce cabinet comprend un fauteuil en état de marche avec aspiration et scialytique, des meubles de cabinet dentaire contenant du matériel (sets d'examen, masques, gants ou seringue d'anesthésie par exemple), un poste de radio (non fonctionnel), des blouses et un bureau pour simuler la zone d'accueil et pour donner les rendez-vous en fin de consultation. Mais il comprend aussi une installation spécifique qui servira à filmer les séquences de jeu de rôle. En effet, chaque séance est enregistrée par l'équipe pédagogique, puis commentée par l'enseignant avant d'être postée sur le site de la faculté. Ainsi, en plus de l'équipement d'un cabinet dentaire habituel, nous aurons une partie technique avec micro, caméra et ordinateur : une personne sera donc assignée à ce poste et restera sur place tout au long de la simulation.

L'inauguration du cabinet a eu lieu en 2011 pour la première saison de l'ED qui consiste en la simulation d'une première consultation d'un enfant au cabinet effectuée par les étudiants de 4^{ème} année, en début d'année universitaire. Mais se pose le problème de l'organisation...

L'idéal serait de faire passer toute la promotion, que tous les étudiants puissent jouer en tant qu'acteur et profiter de l'avantage pédagogique qu'il présente. Mais pour cela il faudrait disposer de beaucoup de temps. Or il est difficile de trouver une journée durant laquelle les étudiants n'ont ni cours, ni stage hospitalier, ni Travaux Pratiques (TP). Il faut donc créer un roulement en tenant compte de ces paramètres, ce qui ne nous laisse pas beaucoup de créneaux pour profiter de cet ED.

En relation médicale, il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse : on ne connaît pas à l'avance la fin de la scène. Pour voir une évolution dans celle-ci, il est nécessaire de la laisser se dérouler en intégralité afin de mettre le doigt sur certains comportements que l'on veut montrer (positifs ou négatifs). Nous sommes donc face à un dilemme : si on fait passer tout le monde, on n'aura pas beaucoup de temps à accorder à chaque scène, ce qui ne nous permettra pas de voir les situations évoluer suffisamment pour être exploitables.

Le parti-pris a été de faire passer peu d'acteurs, avec un ED étalé sur deux après-midi, ce qui permet d'avoir des scènes complètes. La promotion de 4ème année est découpée en six groupes (environ 15 personnes) et trois groupes passent par après-midi, soient deux heures accordées à chaque groupe pour le jeu et la rétroaction qui s'ensuit (soit oralement, soit par oral et vidéo).

Le montage vidéo effectué par le Docteur Yves DELBOS permet de découper les séquences et de souligner les moments importants. Elles sont postées sur le site de la faculté, dans le mois qui suit l'ED depuis 2012 (le premier ED en 2011 a été mis à disposition au semestre suivant, ce qui a été jugé trop tardif). Elles permettent aux acteurs de se voir agir, et donc de prendre conscience de certains problèmes qu'ils ont rencontrés durant la séance. Mais elles permettent aussi aux autres étudiants (qui n'ont pas été acteurs) de profiter de l'enseignement, car la vidéo et les commentaires sont ouverts à tous.

Les groupes seront créés en début d'ED. En général, les étudiants sont choisis sur la base du volontariat. Ils sont désignés en cas d'absence de volontaire, ce qui n'est pas fréquent. On comptera ainsi deux groupes : un groupe en situation, composé de quatre acteurs, et un groupe en observation.

L'équipe en observation, qui ne connaît pas les consignes, reste dans une salle séparée, équipée pour la retransmission. L'autre équipe, qui part en situation, compte quatre étudiants qui ont le choix du rôle : praticien, assistante, parent et patient. Deux binômes sont ainsi constitués : praticien/assistante d'un côté, parent/patient de l'autre. Le binôme patient/parent prend connaissance du scénario après avoir décidé du contexte avec l'enseignant. Il ne s'agit pas d'un scénario très détaillé mais simplement d'une situation problématique pour l'équipe soignante. Il s'agit simplement de trouver un motif de consultation et de définir les profils parent/patient en fonction de ce dont le binôme se sent capable. Les acteurs sont libres de leur interprétation. Le binôme praticien/assistante peut échanger sur les conduites à tenir mais ignore les consignes données à l'autre binôme. Dans une vraie situation au cabinet, le praticien n'est pas toujours averti du motif de consultation de son

patient et va le découvrir lors de l'entretien. Le fait de ne pas communiquer le scénario à l'équipe soignante est à l'origine de la spontanéité des réactions. Cela va laisser une marge dans le jeu, en nous rapprochant de la réalité et en rendant la situation plus crédible.

Le scénario présente toujours une situation problématique, sinon cela n'aurait pas d'intérêt. La difficulté provient soit du parent soit de l'enfant, soit des deux et ils sont invités à forcer un peu le trait de façon à provoquer la réaction de l'équipe soignante, qui devra se positionner rapidement. Au fur et à mesure du temps qui passe, les acteurs rentrent dans leur rôle et sont de plus en plus proches de la réalité. Les réactions spontanées révèlent alors les erreurs de discours ou de positionnement et surtout de concordance entre les deux, ce qui est l'objectif recherché. Les diverses interruptions mettent le praticien sous pression et l'oblige à gérer plusieurs tâches, à faire des choix... comme il devra le faire un jour dans son cabinet.

En odontologie pédiatrique, il s'effectue une relation tripartite: bien que l'on privilégie une relation directe avec l'enfant, les parents ne sont pas exclus. Le plus souvent, l'enfant est accompagné de sa mère mais on peut avoir plusieurs mères archétypales :

- La mère surprotectrice, trop présente, va communiquer sa peur à son enfant et être une source de stress.
- La mère permissive qui accepte tous les caprices de son enfant va le laisser défier l'autorité du praticien.
- La mère autoritaire veut un enfant parfaitement sous contrôle, mais celui-ci sera plutôt anxieux.
- La mère bienveillante accepte le comportement de son enfant, ne cherche pas avoir un rôle de toute puissance, mais va faire du renforcement positif pour aider le dentiste à soigner son enfant [64].

Il est donc important de déterminer le trait de caractère des acteurs avant le début du jeu, car il déterminera la relation qu'il existe dans la dyade mère/enfant. La possibilité de mixer les caractères des acteurs permet de définir plusieurs scénarios de base. Concernant l'enfant, il sera par exemple un patient coopérant (sage), coopérant agité (qui accepte les soins mais qui doit être recadré), anxieux (qui accepte les soins mais qui doit être rassuré en permanence) ou opposant (qui refuse les soins). La même chose pour l'accompagnant : on aura par exemple un parent facilitant (qui accepte les soins pour son enfant et répond de façon positive aux demandes de l'équipe soignante), surprotecteur (qui accepte les soins pour son enfant mais doit être rassuré et recadré en permanence) ou hostile/exigeant.

Avant le début de la scène, un motif de consultation est choisi. Seuls l'enfant, le parent et les professeurs connaîtront celui qui a été fixé. Citons par exemple le cas d'un enfant qui se plaint de douleurs unilatérales à la mastication, celui d'un enfant ayant fait une chute, avec fracture ou luxation d'une dent antérieure, ou celui d'un enfant ayant des « dents noires devant » et se plaignant de temps en temps.

Une fois la mise en place de la situation terminée, les quatre étudiants partent pour le cabinet de simulation. Il est important de faire cet exercice dans un cadre proche de la réalité de l'exercice professionnel car le décor aide à se « mettre dans la peau du personnage ». Ainsi, les acteurs auront plus de facilité à rentrer dans le jeu de rôle, ce qui rendra la scène d'autant plus crédible.

A leur arrivée, un enseignant est déjà là. Celui-ci doit s'assurer du respect des consignes et du temps imparti, de débloquer les situations au point mort, d'assurer la logistique et de relayer les propos du collègue resté en salle d'observation. Il prépare aussi la salle avant l'entrée du binôme dans le cabinet de simulation. Pour cela il va mettre les instruments en désordre ou visibles sur le plan de travail par exemple. Le binôme praticien/assistante devra commencer par ranger le cabinet et se mettre en position pour le début de séance. N'oublions pas qu'ici il s'agit d'une première consultation, donc il faut bien présenter devant le patient. L'enseignant doit laisser jouer au maximum pour voir les réactions et prendre des notes sur les actions des différentes personnes pour le débriefing à venir.

Praticien et assistante se positionnent dans le cabinet de simulation. Dès que le feu vert est donné, le binôme dispose de deux minutes dans le cabinet avant de faire rentrer le patient qui attend devant la porte du cabinet ou dans le couloir (équivalent de la salle d'attente). Durant le temps imparti, ils vont effectuer un état des lieux, c'est-à-dire identifier les ressources disponibles et leur emploi possible. Ils vont aussi faire du rangement (débarrasser le plan de travail et les tablettes, mettre le cabinet en ordre) puis vérifier le bon fonctionnement du fauteuil et des appareils disponibles. Pour faciliter le suivi de la vidéo finale, depuis 2012, le dentiste portera une blouse blanche, l'assistante une blouse rose. Le binôme en place doit aussi décider qui va chercher le patient. Sur décision de l'enseignant coordonnateur, le patient et son accompagnateur peuvent entrer.

Le jeu de rôle va durer une vingtaine de minutes durant lesquelles il faudra conduire un examen, établir un diagnostic puis proposer une thérapeutique. Tout commence par l'accueil de

l'enfant: la première rencontre est déterminante. L'enfant ne choisit pas d'aller chez le dentiste : ce sont les parents qui l'y forcent. Il faut donc prendre le temps de parler avec l'enfant et le mettre en confiance. Si on va trop vite, la suite de la consultation peut se compliquer. De plus, un accueil chaleureux ne compromet en rien l'autorité du dentiste mais met l'enfant à l'aise. Chirurgien-dentiste et assistante forment une alliance stratégique qui concourt au bon développement de la consultation au cabinet. Les deux doivent donc toujours agir dans le même sens [4]. Ils doivent pouvoir résister à la pression du binôme parent/patient pour pouvoir faire les soins nécessaires.

Certains éléments font consensus comme appeler le patient par son prénom et se mettre à sa hauteur pour qu'il reste le centre d'intérêt. Recueillir le prénom de l'enfant et son âge avant le motif de consultation va permettre de cibler l'état émotionnel du patient, ainsi que son caractère, ses rapports avec ses parents et l'attitude de ceux-ci [64]. Il faut évaluer dès l'entrée si la présence de l'accompagnant peut être bénéfique ou négative qu'il reste lors de la consultation. Les avis sur la présence ou non des accompagnants sont plus partagés.

Cela dépend entre autres de l'âge de l'enfant: la présence d'un parent est indispensable lors des soins sur un enfant qui a moins de trois ans et lors de la consultation avec un enfant jusqu'à 11 ans [52]. Il faut aussi faire attention au caractère de l'accompagnant (décrit plus haut), car sa présence peut être néfaste au bon déroulement de la consultation, s'il interpose entre le praticien et l'enfant, s'il est trop autoritaire ou trop protecteur. La présence d'un parent rassurant qui pratique le renforcement positif est en revanche bénéfique.

Dans un deuxième temps de la consultation, il faut installer le patient sur le fauteuil. Si l'accueil n'est pas fait correctement, si l'enfant n'est pas rapidement mis en confiance, la situation va devenir très compliquée par la suite. Attention si l'approche a été trop rapide, il est difficile d'avoir une trop grande proximité avec l'enfant. Suivant les principes de la proxémique [95], il existe des distances sociales à respecter. Ces distances vont de la distance publique (2,1 à 7,5 mètres), qui correspond aux salutations à distance dans la rue, à la distance intime (contact physique à 45 centimètres), qui existe dans un haut degré d'intimité [29]. Or c'est cette distance-là qui sera utilisée, car, par la nature même de son travail, le dentiste doit envahir l'espace personnel du patient. Si cette distance est franchie trop vite, l'enfant peut se sentir agressé et ne pas être coopératif [4]. D'où l'importance d'avoir pris avant le temps de discuter avec l'enfant.

Une fois que l'enfant est installé sur le fauteuil, le praticien va effectuer son examen, et donc utiliser toute une panoplie d'instruments qui ne sont pas forcément rassurants. Il doit parler avec l'enfant et le parent pour obtenir des réponses à ses questions. Il doit élaborer un diagnostic, puis va expliquer au patient en reformulant, ce qui permet de réduire les tensions et de proposer les solutions adaptées. Il est essentiel que le praticien anticipe les réactions du parent et de l'enfant et qu'il y apporte les réponses. De plus, tout au long de la consultation, il se doit de recadrer immédiatement le comportement de l'enfant si celui-ci n'est pas coopératif : il impose son autorité sans animosité. Quant à elle, l'assistante doit anticiper et faciliter le travail du praticien.

Dans la salle d'observation, le groupe est scindé en deux : un groupe suivra les réactions du binôme patient/parent, un autre celles du binôme praticien/assistante. L'enseignant doit favoriser l'interaction entre les observateurs, les inciter à rechercher les comportements positifs ou négatifs, et noter les réactions. Il va aussi demander à des étudiants d'intervenir pendant la mise en situation, comme « élément perturbateur ». Les acteurs secondaires sont choisis d'office par l'enseignant et vont générer des situations plus ou moins tendues chez le praticien, pour le pousser à réagir. Ces interruptions sont aussi l'occasion d'expérimenter le « multitâche » qui s'impose souvent au praticien et de faire prendre conscience que l'on n'est plus en TP. Ce pourra être par exemple, l'intrusion du deuxième parent (divorcé ou non), d'un livreur, de la secrétaire, appel de l'URSSAF...

L'équipe est constituée d'au moins trois personnes :

1. **Un ou deux enseignants en salle d'observation**, dont un qui reste toujours sur place et éventuellement un mobile qui peut accompagner les acteurs.
2. **Un enseignant et un technicien en salle de simulation**, en charge de la gestion sur le terrain et de filmer les séquences.

Les deux salles sont sonorisées ce qui permet aux enseignants de communiquer entre eux. Ils ont également la possibilité de le faire de façon plus discrète si nécessaire par le portable (SMS ou appel), pour orienter le jeu par exemple ou pour délivrer un message sans interférer avec la prise de son.

Une fois la scène terminée, les acteurs reviennent dans la salle d'observation pour un retour à la réalité. Il s'ensuit d'un débriefing en présence des deux équipes qui va durer environ 30 minutes. Celui-ci doit avoir lieu dès que possible après la séance : comme les enregistrements ne sont pas encore disponibles, ce sont des séquences filmées les années précédentes qui sont utilisées pour illustrer le propos. Il s'agit de repérer les bons et moins bons comportements et de favoriser la discussion entre étudiants. Le but est de montrer l'importance de la communication non verbale, du

temps à prendre pour mettre l'enfant en confiance et de l'importance d'avoir un accord entre ce que l'on dit et ce que l'on fait (entre communications verbale et non verbale). Pour une communication aisée entre les participants, il est préférable d'avoir une pièce de taille moyenne et confortable, ce qui favorise l'expression individuelle [78]. Les acteurs sont ensuite remerciés tandis que les observateurs doivent rédiger un petit compte rendu par équipe en fonction du binôme qu'ils ont suivi.

En complément de cette séance, le Docteur DELBOS effectue un montage avec les séquences filmées afin de bien mettre en avant les comportements à adopter et ceux à éviter. Ces vidéos sont en libre accès pour les étudiants sur le site de la faculté (Apolline sur odonto.u-bordeaux2.fr). On y retrouvera toutes les séquences qui ont été filmées depuis 2011, avec des explications : actuellement une vingtaine de vidéos sont disponibles. Des ralentis et des commentaires sont intégrés dans le film et un petit résumé explicatif se situe sous chaque vidéo dont voici quelques exemples :

• **Saison 2 • 2012-13, La mère vénère : l'arme de contrition massive...**

« Une entrée remarquée qui bouscule le praticien et son assistante : la mère envahit l'espace et donne le rythme à la consultation. Devant cette situation, le binôme praticien - assistante peine à réagir et cherche ses marques : il reste groupé et subit le feu roulant des remontrances et des questions assassines au lieu d'essayer de s'organiser pour reprendre le contrôle. Par exemple ce n'est pas le fait que ce soit la mère qui installe l'enfant qui est préjudiciable en soi, c'est plutôt le fait que le praticien ne lui ait pas demandé de le faire... Le praticien et son assistante se voient imposer un contexte hospitalier qu'elles auraient pu contester et qui les place dans une position de faiblesse pour négocier. A la fin de séance, bien qu'elles n'aient pas réussi à positionner correctement le patient, elles semblent se ressaisir et réussissent à imposer le soin puis à trouver une issue honorable pour la sortie »



Fig 9. Accueil ; vision de l'entrée au ralenti (Photo Y. DELBOS)



Fig 10. Interférence de la mère (Photo Y. DELBOS)

• Saison 3 • 2013-14, Alice au pays du dentiste

« Devant une mère un peu trop présente qui confisque la parole, le praticien ne se laisse pas démonter en dépit des multiples interférences. Pour parvenir à établir un contact direct et commencer les soins nécessaires, la mère est temporairement exclue de la salle de soin... Une consultation bien gérée malgré un final un peu expéditif. »



Fig 11. Accueil ; vision de l'entrée au ralenti (Photo Y. DELBOS)



Fig 12. Intrusion : gérer l'imprévu (Photo Y. DELBOS)

Saison 4 • 2014-15, Le retour du morveux

« Un tandem infernal composé d'une mère autoritaire et de son insupportable progéniture rencontre un praticien peu enthousiaste qui peine à trouver sa place. Il est heureusement secondé par une assistante attentive, quand elle n'est pas détournée par des tâches annexes comme la porte ou le téléphone. La communication avec l'enfant, qui cherche visiblement à attirer l'attention, reste très marquée par une mère castratrice souvent rejointe par l'assistante, alors que le praticien s'efface sans remettre les différents acteurs à leur place. La consultation se déroule donc laborieusement dans un climat pesant pour l'équipe soignante, déstabilisée à chaque interruption qui laisse le praticien seul et perdu dans un abîme de perplexité jusqu'à ce qu'il soit délivré par le gong final. »



Fig 13. Accueil ; vision de l'entrée au ralenti (Photo Y. DELBOS)



Fig 14. Remise de cadeau en fin de séance (Photo Y. DELBOS)

Le libre accès aux vidéos a pour but de permettre à tous de conserver une trace de ce qui s'est passé. Cela permet aussi aux acteurs de voir le résultat de leur prestation et de mieux comprendre ce qu'ils devraient améliorer si nécessaire. De plus, les étudiants ont accès à toutes les vidéos et peuvent donc regarder celles des promotions antérieures, ce qui augmente le nombre de cas disponibles.

2.1.3 Évolution

Cet ED, comme nous l'avons vu, a été créé pour l'année universitaire 2011-2012. Actuellement en 2014-2015, quatre « saisons » ont vu le jour. Quelques petites modifications ont été effectuées au fil des ans : nous en noterons trois.

La première concerne la répartition des rôles. Initialement, un tirage au sort (avec un jeu de cartes) était utilisé pour définir les rôles de chaque acteur, ainsi que le motif de consultation, le caractère de l'accompagnant et celui de l'enfant. Par exemple, le choix du rôle était défini comme suit : l'étudiant qui tire le roi de cœur jouera le rôle du praticien. La dame de cœur correspond à l'assistante, la dame de trèfle au parent et le valet de pique à l'enfant. Cette procédure n'est utilisée que si les étudiants n'arrivent pas à se mettre d'accord, ce qui arrive en fait très rarement.

La deuxième modification est l'apport de blouses, blanche pour le dentiste et rose pour l'assistante, ce qui permet de mieux suivre chacun sur les vidéos.

Enfin, la troisième modification concerne la rétroaction par vidéo. En effet, lors de la première saison, les vidéos étaient découpées selon l'avancée dans la consultation : l'accueil, la consultation, l'action et la fin de séance. Ainsi, le même jeu de rôle était découpé en quatre morceaux. Ceci était fait pour les 6 jeux de rôle de la promotion, puis les scènes regroupées par thème : donc 6 mini scènes pour l'accueil, et idem pour les autres temps de jeu. Maintenant, le jeu est laissé en intégralité, ce qui permet de mieux voir le déroulement de la consultation ainsi que les difficultés, si elles ont été rencontrées.

Toutes ces modifications ont permis une amélioration de l'ED. Cependant, d'autres seront peut-être encore à venir, afin de correspondre au mieux aux attentes des étudiants.

2.2 Enquête par questionnaire

La qualité de la formation offerte à l'université est un sujet légitime de préoccupation. L'étudiant en odontologie doit, au cours de sa formation, s'adapter aux cours théoriques, aux enseignements dirigés et aux stages hospitaliers afin de développer des compétences médicales qu'il devra utiliser dans sa pratique journalière. Si les étudiants ne sont pas satisfaits de l'enseignement qu'ils reçoivent, les répercussions sur la formation des futurs dentistes peuvent être négatives.

Pour cela, nous avons souhaité connaître leur avis sur cet ED de simulation en cabinet dentaire. Leur opinion nous est très importante car ce sont eux les destinataires de l'enseignement. Il serait donc illusoire de prétendre évaluer la qualité d'un enseignement sans prendre en compte leur avis.

Un questionnaire a donc été créé afin de connaître l'idée que se font les étudiants de cet ED. La rédaction du questionnaire est la pierre angulaire de l'étude, l'étape la plus longue et difficile. La méthode utilisée dans ce travail est adaptée pour répondre à nos objectifs de manière réalisable. Son avantage est de nous fournir une image visible de la population étudiée selon un caractère quantifiable et précis. En revanche, en étant basée uniquement sur les propos des répondants, elle présente un biais déclaratif. Mais elle nous permet aussi l'évaluation de l'avis des étudiants sur cet ED, et donc de savoir comment y apporter les améliorations nécessaires.

2.2.1 Matériel et méthode

2.2.1.1 Questionnaire

Nous avons réalisé une enquête d'usage auprès des étudiants ayant participé à cet ED, c'est-à-dire de 4ème, 5ème et 6ème année. Cette étude transversale a été accomplie à l'aide d'un questionnaire dont les données sont confidentielles et anonymes. Pour cela, les questionnaires et les questions sont codés : il s'agit de les identifier et de les distinguer par des caractères numériques [25]. Le questionnaire compte un total de 19 items (sans englober l'entête dans laquelle les données personnelles de l'étudiant(e) sont renseignées). (Cf annexe 1)

Il est composé de 17 questions fermées pour lesquelles les étudiants n'ont qu'à cocher la case correspondant à leur choix de réponse. Ainsi, pour chaque question fermée, il existe 5 degrés

d'appréciation sur l'échelle de LIKERT impaire (à 5 niveaux) dont les valeurs sont les suivantes : 1=pas d'accord du tout ; 2=plutôt pas d'accord ; 3=ne sait pas ; 4=plutôt d'accord ; 5=tout à fait d'accord [19].

Le questionnaire est aussi composé de deux questions ouvertes. L'une portant sur un souvenir qui a marqué l'étudiant durant le jeu de rôle ; l'autre sur la proposition d'améliorations à apporter. Le problème de ce genre de questions est la déperdition des informations.

2.2.1.2 Population étudiée

Le recueil des données a été effectué, comme nous l'avons déjà précisé, auprès des étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année ayant pratiqué l'ED de simulation durant leur cursus universitaire.

La promotion de 4^{ème} année compte un total de 99 étudiants, celle de 5^{ème} année 102 et celle de 6^{ème} année 88. Le tout pour un total de 288 étudiants à interroger.

Nous n'avons pas reçu une réponse de la totalité des étudiants. On compte 91 réponses (91,91%) en 4^{ème} année, 100 (98,04%) en 5^{ème} année et enfin 66 (75%) en 6^{ème} année : le nombre total de participants s'élève à 257 étudiants, dont la majorité est représentée par les 5^{ème} année (38,91% des réponses totales), suivie de près par les 4^{ème} année (35,41%) puis de loin par les 6^{ème} année (25,68%).

2.2.1.3 Variables d'intérêt

Elles ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé. Celui-ci est organisé en sept parties :

La première partie (correspondant à l'entête) comprend le recueil d'informations socio-démographiques :

- *Le sexe*
- *l'âge*
- *la promotion*

Dans un second temps, nous avons recueilli l'intérêt que perçoivent les étudiants quant à une formation dans la relation patient-praticien (question 1) ainsi que leur perception de l'avantage de cet ED :

- *AVANT de commencer cet ED de simulation, pensiez-vous que la méthode du « jeu de rôle » puisse être utile à votre apprentissage ? (question 2)*
- *Pensez-vous que les situations cliniques présentées lors de l'ED puissent être utiles à mieux maîtriser les éléments relationnels d'une consultation ? (question 3)*
- *APRES avoir fait l'ED, trouvez-vous que celui-ci ait été utile à votre apprentissage ?*

(question 4)

Après avoir précisé si l'étudiant a été acteur ou non lors de l'ED (question 5), la troisième partie de ce questionnaire a permis de recueillir la perception seulement des étudiants acteurs :

- *Quel a été votre rôle ?* (question 6)
- *Les consignes qui vous ont été données avant de commencer étaient-elles claires ?* (question 6.a)
- *Avez-vous pris cet exercice au sérieux ?* (question 6.b)
- *Avez-vous été surpris par l'évolution de la consultation ?* (question 6.c)
- *Avez-vous été surpris par vos propres réactions ?* (question 6.d)
- *Avez-vous été surpris par les réactions de l'autre équipe ?* (question 6.e)
- *Avez-vous été gêné par la caméra ou le dispositif d'enregistrement ?* (question 6.f)

La quatrième partie du questionnaire permet quant à elle de recueillir la perception seulement des étudiants observateurs :

- *Quel binôme deviez-vous suivre ?* (question 7)
- *Avez-vous compris l'intérêt de cette mise en situation ?* (question 7.a)
- *Avez-vous pris cet exercice au sérieux ?* (question 7.b)
- *Avez-vous été surpris par l'évolution de la consultation ?* (question 7.c)
- *Avez-vous apprécié de pouvoir suivre la retransmission ?* (question 7.d)
- *Auriez-vous souhaité participer comme acteur ?* (question 7.e)
- *Le débat qui a suivi entre vous vous a-t-il intéressé ?* (question 7.f)

La cinquième partie du questionnaire cherche à cibler si oui ou non les acquis de cet ED ont été utilisés :

- *Cette formation vous a-t-elle fait prendre conscience de l'importance de certains détails dans la relation patient / praticien ?* (question 8)
- *Pouvez-vous citer un exemple qui vous a marqué ?* (question 9)
- *Depuis, avez-vous changé ou essayé de changer votre attitude personnelle ?* (question 10)
- *Êtes-vous plus attentif au comportement non verbal du patient ?* (question 11)

La sixième partie va nous permettre d'évaluer si les étudiants estiment qu'il faut ou non plus pousser la formation :

- *Pensez-vous qu'il serait nécessaire d'avoir un cours sur le comportement à adopter avec les patients avant l'ED ?* (question 12)
- *Pensez-vous que faire ce type d'ED une seule fois dans votre parcours universitaire est suffisant ?* (question 13)
- *Pensez-vous que cet ED arrive à un moment opportun dans le déroulement de vos études ?* (question 14)
- *Si l'on devait proposer une nouvelle séance, quel serait le choix le plus judicieux selon vous ?* (question 15)
- *Si vous aviez la possibilité de participer à nouveau à ce programme sans obligation, le feriez-vous ?* (question 16)

Enfin, la septième partie recueille l'avis des étudiants sur la rétroaction de l'ED :

- *Pouvez-vous évaluer les commentaires de l'enseignant quant au comportement des étudiants dans les situations rencontrées ?* (question 17)

- Avez-vous consulté les vidéos postées sur Apolline ? (question 18)
- Commentaires libres : (question 19)

2.2.2 Déroulement de l'enquête

Nous avons réalisé l'enquête durant l'année scolaire 2014-2015. L'ED s'est déroulé en septembre et les questionnaires ont été distribués en mars. Six mois ce sont donc écoulés entre les deux pour les 4ème année, ce qui peut être à l'origine d'oublis et de difficultés pour remplir le questionnaire.

Pour le recueil des données, notre souci était d'être le plus efficace possible en interrogeant un maximum d'étudiants : pour cela les questionnaires ont été distribués en début de cours obligatoire (ou Travaux Pratiques), afin d'avoir le plus de présences possibles (et donc un maximum de réponses). En agissant comme cela, nous avons récolté 257 réponses sur 288 (taux de réponses de 89,24%).

Le temps de remplissage du questionnaire varie d'un étudiant à l'autre, selon la vitesse de lecture et la réflexion demandée. Il faut en moyenne compter 5 minutes pour répondre.

2.3 Résultats de l'enquête (analyse descriptive) (Cf annexe 2)

2.3.1 Variables socio-démographiques

- Sexe : Au total, 257 étudiants ont répondu au questionnaire, dont 154 femmes (59,92%) et 101 hommes (39,3%). La promotion de 4ème année se répartit comme tel : 30 garçons (32,97%), 60 filles (65,93%) et une non réponse (1,1%). Celle de 5ème année est composée de 37 garçons (37%), 62 filles (62%) et 1 non réponse (1%). Quant à elle, celle de 6ème année comporte 34 garçons (51,51%) et 32 filles (48,48%).
- Age : La moyenne d'âge de 5ème année, promotion la plus nombreuse, est de 23,22 ans. Celle de 6ème année (23,79 ans) est proche alors que les étudiants de 4ème année sont plus jeunes (21,74 ans).
- Année scolaire : Sur le total de 257 étudiants, nous avons récolté les réponses de 91 étudiants de 4ème année (35,41%), 100 en 5ème année (38,91%) et 66 en 6ème année (25,68%).

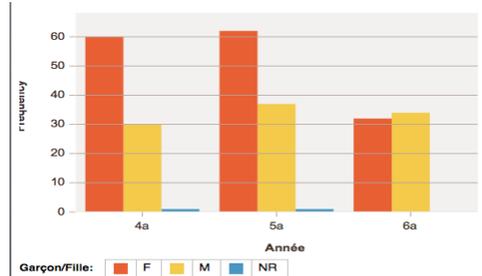


Fig 15 : Population étudiée

2.3.2 Intérêt perçu par les étudiants

2.3.2.1 Perception générale

- Q1 : L'ensemble de la cohorte (n=257) est convaincu de l'importance de la relation patient/praticien (96,98%) : il s'agit majoritairement des 4^{ème} année (98,9%) et des 5^{ème} année (98%) (6^{ème} année=96,9%).
- Q2 : De plus, les étudiants semblent penser que les situations cliniques présentées lors de l'ED peuvent être utiles à mieux maîtriser les éléments relationnels d'une consultation (74,71%) : il s'agit majoritairement des 4^{ème} année avec 81,32% de réponses affirmatives (6^{ème} année=72,73% ; 5^{ème} année=70%).
- Q3 : La méthode du « jeu de rôle » est perçue comme pouvant être utile à l'apprentissage avant de commencer cet ED de simulation : la cohorte a un avis assez homogène avec un accord moyen de 66,15% (69% pour les 5^{ème} année, 64,84% pour les 4^{ème} année et 63,64% pour les 6^{ème} année).
- Q4 : Cet avis ne change pas après avoir fait l'ED : l'ensemble de la cohorte déclare cet ED utile à 66,15%. Il s'agit principalement des 4^{ème} année avec 71,43% de réponses favorables (6^{ème} année=63,63% et 5^{ème} année=63%).

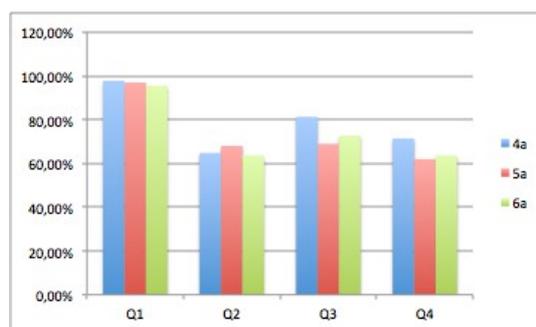


Fig 16: Q1,2,3,4 Réponses positives cumulées (plutôt d'accord, tout à fait d'accord) en % par promotion

2.3.2.2 Perception des étudiants acteurs

- Q6a : Pour l'ensemble de la cohorte des acteurs (n=96), les consignes étaient claires : elles ont été bien comprises à 73,96%, s'agissant majoritairement des 6^{ème} année avec 80% de réponses positives (4^{ème} année=76,92% ; 5^{ème} année=70%).
- Q6b : 79,17% des acteurs déclarent avoir pris l'exercice au sérieux : majoritairement les 6^{ème} et 4^{ème} année avec respectivement 85% et 84,62% de réponses favorables (5^{ème} année=74%).
- Q6c-d-e : L'évolution de la consultation a surpris 75% des acteurs, principalement les 4^{ème} année (=84,62% ; 5^{ème} année=72% ; 6^{ème} année=70%). Cependant, seulement 40,63 % se déclarent étonnés par leurs propres réactions (4^{ème} année= 46,15% ; 6^{ème} année=45% ; 5^{ème} année=36%), et 60,42% par les réactions de l'autre équipe (4^{ème} année=69,23% ; 6^{ème} année=60% ; 5^{ème} année=56%).
- Q6f : La caméra (ou le dispositif d'enregistrement) a gêné 45,85% de la cohorte acteurs (n=96) (6^{ème} année=60% ; 4^{ème} année= 42,31% ; 5^{ème} année=42%).

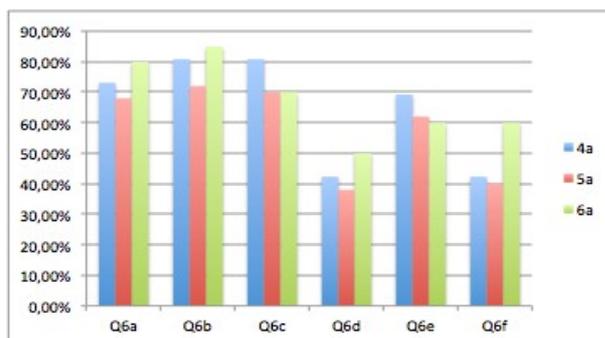


Fig 17 : Q6a, b, c, d, e, f Réponses positives cumulées (plutôt d'accord, tout à fait d'accord) en % par promotion

2.3.2.3 Perception des étudiants observateurs

- Q7a : L'ensemble de la cohorte des observateurs (n=159) déclare avoir compris l'intérêt de cette mise en situation (89,31%) : il s'agit majoritairement des 4^{ème} année avec 92,3% de réponses positives (6^{ème} année=86,96% ; 5^{ème} année=87,5%).
- Q7b : Elle déclare aussi à 71,7% avoir pris l'exercice au sérieux : il s'agit majoritairement des 4^{ème} année avec 80,3% de réponses favorables (6^{ème} année=65,22% ; 5^{ème} année=66,67%).
- Q7c : L'évolution de la consultation a étonné les étudiants, mais les résultats sont plus mitigés. En effet, seulement 57,86% de la cohorte des observateurs (n=159) ont été surpris : il s'agit majoritairement des 4^{ème} année (=67,7% ; 6^{ème} année=54,35% ; 5^{ème} année=47,92%).
- Q7d : Le fait de pouvoir suivre la retransmission a recueilli une majorité d'avis positifs : 89,94% d'avis favorables, majoritairement des 4^{ème} année avec 92,31% (6^{ème} année=91,3% ; 5^{ème} année=85,42%).
- Q7e : Seulement 27,67% auraient bien voulu figurer en tant qu'acteurs, majoritairement des 6^{ème} année (=32,61% ; 4^{ème} année=26,15% et 5^{ème} année=25%).
- Q7f : 76,1% des étudiants ont été intéressés par le débat qui a suivi le jeu de rôle, principalement les 6^{ème} année avec 80,04% de réponses favorables (4^{ème} année=76,92% et 5^{ème} année=70,83%).

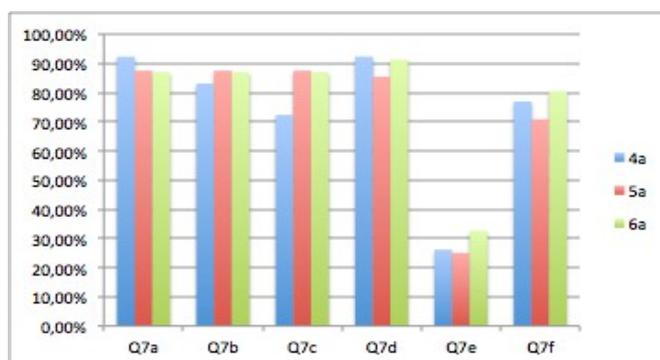


Fig18 : Q7a, b, c, d, e, f Réponses positives cumulées (plutôt d'accord, tout à fait d'accord) en % par promotion

2.3.3 Avenir et prospective

2.3.3.1 Bénéfice de cet ED

- Q8 : L'ensemble de la cohorte (n=257) déclare avoir pris conscience de l'importance et de certains détails de la relation patient/praticien (82,49%) : il s'agit majoritairement des 4^{ème} année avec 87,91% de réponses positives (6^{ème} année=80,3% ; 5^{ème} année=79%).
- Q9 : Seulement 42% de la cohorte (108 sur 257 étudiants) ont répondu à cette question ouverte (Cf annexe 4).
- Q10 : Cependant, les résultats sont à relativiser : seulement 59,92% des étudiants (n=257) déclarent avoir changé ou essayé de changer ses habitudes, majoritairement des 4^{ème} année (=71,43% ; 6^{ème} année=62,12% ; 5^{ème} année=40%).
- Q11 : Point positif : 80,54% des étudiants déclarent être plus attentifs au comportement non verbal du patient. Il s'agit majoritairement des 5^{ème} année (= 82% ; 4^{ème} année=80,22% ; 6^{ème} année=78,79%).

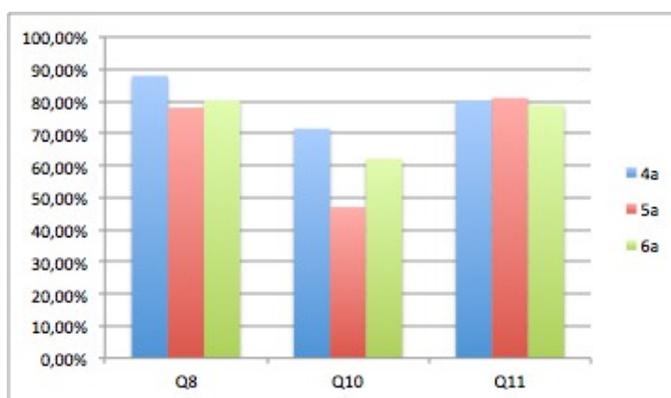


Fig 19 : Q8, 10, 11, Réponses positives cumulées (plutôt d'accord, tout à fait d'accord) en % par promotion

2.3.3.2 Faut-il pousser plus la formation ?

- Q12 : L'ensemble de la cohorte (n=257) déclare être favorable à un cours préalable sur le comportement à adopter avec les patients avant de commencer l'ED (79,3%) : il s'agit majoritairement des 6^{ème} année (=81,82% ; 5^{ème} année=79,8% ; 4^{ème} année=76,9%).
- Q13 : Seulement environ 1/3 de la cohorte (33,85%) déclare qu'un seul ED de ce type est satisfaisant, alors qu'environ la moitié (49,03%) pense que non. Les résultats des 5^{ème} année et 6^{ème} année sont très proches des chiffres moyens. Ceux des 4^{ème} année sont plus éloignés (38,46% pour et 45,05% en désaccord).
- Q14-15: Pour 62,26% de la cohorte, le moment de l'ED est opportun. Toutefois les 4^{ème} année sont plus en accord avec cette proposition (72,53%) que les autres promotions (5^{ème} année=57% ; 6^{ème} année=56,06%). La 3^{ème} année (38,91%) arrive en tête sur l'année choisie par les étudiants pour effectuer cette séance d'ED, devant la 4^{ème} (22,18%) la 5^{ème} (15,18%) ou la 6^{ème} année (2,33%). Pour 13,62% de la cohorte, il devrait être fait dans plusieurs années (3-4 ; 3-4-5 ; 3-4-5-6 ; 3-5 ; 3-4-5-6 ; 4-5, 4-5-6 ; 5-6).

- Q 16 : Cependant, seulement 46,48% des étudiants souhaitent participer à un nouvel ED de ce type sans obligation, à savoir les 4^{ème} année pour la majorité avec 56,04% de réponses positives (6^{ème} année=42,4% ; 5^{ème} année=40,4%).

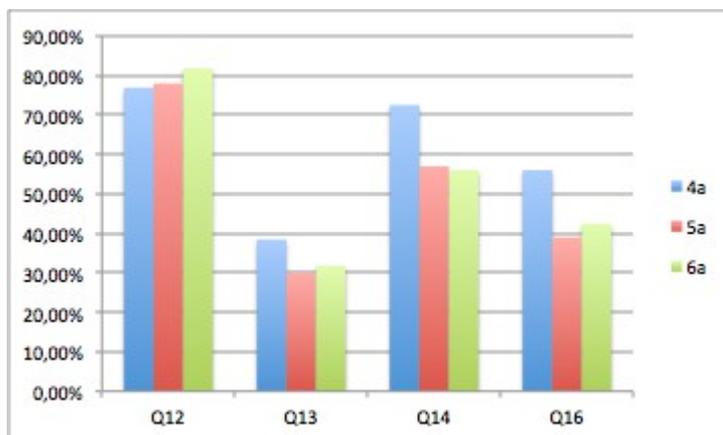


Fig 20 : Q12, 13, 14, 16 Réponses positives cumulées (plutôt d'accord, tout à fait d'accord) en % par promotion

2.3.3.3 Rétroaction de l'ED

- Q 17 : Les commentaires de l'enseignant sont évalués de façon positive par l'ensemble de la cohorte (n=257) à 73,93% : il s'agit majoritairement des 4^{ème} année avec 82,2% de réponses positives (6^{ème} année=71,2% ; 5^{ème} année=70%).
- Q 18 : Cependant, 1/3 des étudiants déclarent ne pas avoir vu les vidéos postées sur internet (33,85%). Seulement un peu plus de la moitié les a consultées (54,47%) et majoritairement celles de leur promotion.

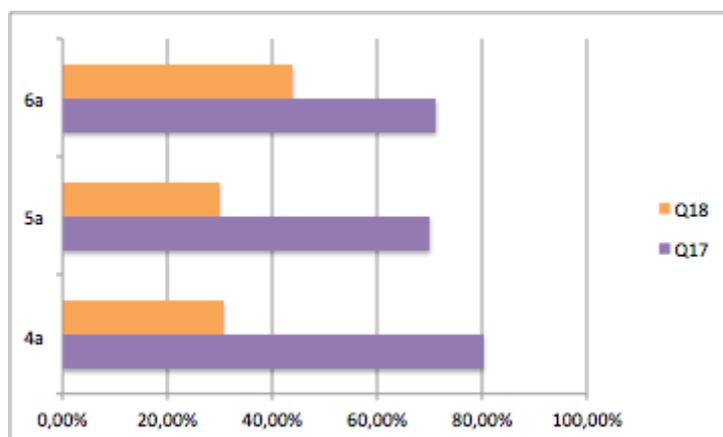


Fig 21 : 17 Réponses positives cumulées (plutôt d'accord, tout à fait d'accord) en % par promotion et Q18 (consultation des vidéos)

3 Discussion

3.1 Résumé des résultats

Dans notre échantillon constitué de 257 étudiants, plus de la moitié des participants étaient des filles (59,92%). Nous n'avons pas remarqué de différence significative sur le résultat entre les filles et les garçons.

3.1.1 Intérêt perçu par les étudiants

3.1.1.1 Perception générale

L'importance de la relation praticien/patient semble avoir été perçue par la quasi totalité des étudiants (96,98% de réponses positives). Ils pensent aussi que l'Enseignement Dirigé permet de mieux maîtriser les éléments relationnels d'une consultation (74,71%). Il serait aussi utile à l'apprentissage (66,15%), principalement grâce à la méthode du jeu de rôle (66,15%).

3.1.1.2 Perception des étudiants acteurs

Ceux-ci représentent une minorité des étudiants interrogés, mais leur avis est essentiel. Les consignes ont été claires (73,96%) et le jeu pris au sérieux (79,17%). L'évolution de la consultation a surpris les acteurs (75%) : ils ont plus été étonnés par le comportement de l'équipe adverse (60,42%) que par le leur (40,63%). Enfin, le dispositif d'enregistrement a gêné 45,85% d'entre eux.

3.1.1.3 Perception des étudiants observateurs

Ceux-ci représentent la majorité des étudiants interrogés : leur avis est des plus importants. Pour eux, la mise en situation présente un intérêt (89,31%) et l'exercice a été pris au sérieux (71,7%). L'évolution de la consultation a surpris les observateurs (57,86%). Ils ont apprécié le fait d'avoir pu regarder la scène en direct par retransmission vidéo (89,94%) et ont été intéressés par le débat qui a suivi (76,1%). Cependant, seulement 27,67% des acteurs auraient souhaité se retrouver en tant qu'acteur.

3.1.2 Avenir et prospective

3.1.2.1 Utilisation des acquis de cet ED

L'ED a permis aux étudiants de prendre conscience de l'importance de certains détails de la relation praticien/patient (82,49%). Ils déclarent plus attentifs au comportement non verbal du patient (80,54%) mais essayent peu pour autant de changer leurs attitudes personnelles (59,92%).

3.1.2.2 Faut-il plus pousser la formation ?

Les étudiants pensent qu'un cours sur les comportements à adopter avec les patients devrait être fait avant l'ED (79,3%) et qu'un seul ED ne suffit pas (49,03%), mais seulement 46,48% des étudiants referaient celui-ci de manière non obligatoire. Pour eux, il arrive à un moment opportun dans leurs études (62,26%) mais l'année la plus sollicitée pour l'effectuer est la 3ème année.

3.1.3 Avis des étudiants sur la rétroaction de l'ED

Les commentaires de l'enseignant semblent adaptés (79,93%) mais les vidéos n'ont été vues que par 54,47% de la promotion (majoritairement celle de la promotion de l'étudiant).

3.2 Discussion des principaux résultats

3.2.1 Une expérience globalement positive

Il ressort des résultats une impression globale de satisfaction. En effet, **l'apprentissage des relations patient/praticien et le bénéfice du jeu de rôle** sur celui-ci est accepté par les étudiants. Cela paraît en accord avec nos revues bibliographiques car, comme nous l'avons discuté dans notre première partie, tout ne peut pas être enseigné par les cours magistraux, et surtout pas le Savoir-être.

Celui-ci ne peut être inculqué uniquement grâce au jeu de rôle et aux stages. On peut penser que le stage clinique soit une bonne façon d'apprendre les qualités relationnelles, mais il n'en est rien : en effet, celui-ci n'est pas nécessairement orienté vers la transmission du Savoir-être, mais plus vers la transmission du Savoir-faire. Lors du stage, l'aspect relationnel est souvent négligé au profit de l'acquisition de compétences techniques : il est indispensable, mais souvent insuffisant car l'étudiant a de nombreuses choses à faire et à apprendre. Sa demande sera donc plus technique que relationnelle. Alors, le stage représente certes une confrontation à la réalité indispensable pour la pratique future, mais la seule rétroaction qui sera reçue sera technique (est-ce qu'on a bien fait ou

non?) et l'étudiant n'apprendra rien sur le plan relationnel. Quant au stage d'observation chez un praticien, il ne peut être bénéfique que si, et uniquement si, l'étudiant est intéressé et attentif. Sinon il ne verra pas les subtilités qui peuvent faire toute la différence dans une relation.

Certains étudiants préféreraient être filmés lors de consultations à l'hôpital pour mieux apprendre, comme en témoignent des extraits de commentaires libres (Cf annexe 3) : « *On apprendrait plus avec les professeurs à l'hôpital qu'en ED* », « *Il faudrait mieux adapter cet ED à l'hôpital* ». Ce pourrait être une autre manière intéressante d'enseigner cette relation en y appliquant par la suite une rétroaction (de Savoir-être). Cette option-là n'est malheureusement pas envisageable à l'hôpital par rapport aux patients dans le contexte actuel.

Que ce soit **avant ou après avoir effectué le jeu de rôle**, l'avis des étudiants quant à son utilité ne change pas (66,15% avant et 66,15% après). Cela peut être dû au fait que nous avons posé les deux questions le même jour, quasiment l'une après l'autre. Cela peut avoir créé un biais qui n'aurait pas existé si les deux questions avaient été posées sur des jours différents. Cependant, on peut noter que les étudiants en accord avec le fait que le jeu de rôle puisse être utile dans l'apprentissage de la communication (66,15%) sont moins nombreux que ceux qui trouvent la relation praticien/patient importante (96,98%).

Il peut être noté que les acteurs ont un peu plus **pris le jeu de rôle au sérieux** (79,17%) que les observateurs (71,7%). Pour un(e) étudiant(e) (Cf annexe 3), « *Il faudrait voir si l'ED est pris au sérieux mais c'est une expérience intéressante* ». Ces résultats peuvent être dus à une trop grande connivence entre les étudiants. Celle-ci va compliquer la mise en place du jeu de rôle car les étudiants auront des difficultés à prendre l'exercice au sérieux [28] : les observateurs vont plus regarder leurs camarades jouer que réellement se concentrer sur la vidéo, ce qui peut expliquer la différence de résultats. Or si l'étudiant voit le jeu de rôle comme une plaisanterie, la réflexion devient vide de sens et l'apprentissage n'est plus ancré dans une expérience significative [70]. Pour faciliter la prise au sérieux du jeu de rôle, il a été proposé de faire participer les assistants : « *On pourrait l'améliorer en le rendant plus « crédible » : il suffirait que des assistant(e)s ou professeurs jouent dans le jeu de rôle. Si les acteurs n'étaient pas que des étudiants, je pense qu'on serait plus sérieux et plus impliqués, la simulation plus prise au sérieux et encore plus bénéfique pour nous ! Plus qu'elle ne l'est déjà !!* » (Cf annexe 5). Cependant attention : avec l'utilisation de caméras fixes, on peut facilement perdre des comportements subtils comme la direction du regard du praticien.

Cette perte peut être causée par certaines positions de soin du dentiste ou de l'assistante, qui peuvent occulter les caméras [75]. De plus, lors d'un travail en groupe, il est possible que les étudiants les moins investis ne prennent pas vraiment part à la réflexion finale et ne s'interrogent pas sur leurs propres limites [24].

De plus, les acteurs ont aussi été plus **surpris par l'évolution de la consultation** (75%) que les observateurs (57,86%). Dans le jeu, on cherche à marquer le trait de certains caractères accordés au parent ou à l'enfant : le praticien va ainsi se sentir embarrassé, voire agressé. Cela va permettre de faire émerger de ces situations des comportements qui sont normalement longs à se manifester : en forçant le trait on va les emmener plus vite.

Cependant, les acteurs ont été plus **surpris par les réactions de l'autre équipe** (60,42%) que par **leurs propres réactions** (40,63%). Ceci peut être dû au fait que l'acteur se connaît et peut anticiper ses propres comportements. Il est cependant difficile de se juger soi-même, d'où l'importance qu'une rétroaction effectuée par une personne extérieure (feedback extérieur) [38]. Il aura par contre plus de mal à prévoir ceux de la personne en face de lui, ce qui peut expliquer le résultat un peu plus élevé. Il est cependant à noter que les acteurs qui ont joué le dentiste semblent avoir été plus surpris de leur propre réaction (50%) que ceux qui jouaient le parent (29,17%), mais les échantillons d'acteurs (dentiste : n=22 ; parent : n=24) sont trop faibles pour affirmer cela avec certitude.

3.2.2 Rétroaction et enregistrement vidéo

Le **dispositif d'enregistrement** a gêné 45,85% des étudiants acteurs : le fait d'être filmé peut stresser. Les acteurs ont peur d'avoir un manque de connaissances médicales, d'être jugés incompetents ou de se regarder en vidéo par la suite avec les autres étudiants. De nombreux commentaires libres témoignent en ce sens (Cf annexes 3 et 5) : « *L'exercice est gênant* », « *La caméra fausse le comportement* », « *L'ED est biaisé par le stress ressenti devant la caméra et la réaction exagérée de l'étudiant qui joue l'enfant* », « *Je pense aussi que si les étudiants n'étaient pas filmés, ils seraient plus à l'aise lors du jeu* ». La combinaison « stress/peur du jugement par les pairs » constitue un frein à l'apprentissage qui baisse la performance. La vidéo est considérée comme un outil pédagogique pertinent permettant de développer le diagnostic des forces et faiblesses des acteurs ainsi que d'évaluer les répercussions du stress, de la communication verbale,

des aptitudes psychomotrices et de la prise de décision sur le jeu. Elle a aussi le gros avantage de collecter un grand nombre de cas cliniques en un court laps de temps pour augmenter rapidement l'expérience des étudiants [49]. Mais attention : elle peut être dérangeante si trop ciblée sur un individu. Elle aide aussi à l'analyse des comportements en permettant de montrer objectivement certaines actions menées dont les acteurs n'ont pas conscience [78]. Se voir soi-même communiquer avec les patients en regardant les vidéos aide à envisager la consultation selon la perspective du patient. L'observation d'une scène enregistrée associée à une rétroaction aide considérablement les apprenants à améliorer leur technique d'entretien et leur capacité de mener à bien une consultation [69]. L'anxiété due à une consultation diminue considérablement avec l'augmentation de la pratique et de l'expérience : le jeu de rôle devrait être introduit tôt dans le cursus universitaire afin d'atténuer le stress plus tard [66]. Il est à noter que l'on observe d'ailleurs un très faible taux d'étudiants observateurs ayant souhaité **participer comme acteurs** (27,67%), peut-être dû au fait que les séances de jeu de rôle soient filmées.

Grâce au dispositif d'enregistrement vidéo, les étudiants observateurs ont pu suivre la **retransmission en direct** de la scène jouée dans le cabinet pédagogique. Cela a été très apprécié (76,1%). Cette transmission simultanée de la simulation signifie que les étudiants qui observaient ont pu commencer une analyse de la situation avant même le débriefing. Les caméras ont contribué à la réflexion tout le long de la simulation et pas seulement durant le débriefing [70]. Toutefois, seulement 54,47% des étudiants déclarent avoir pris le temps d'aller **regarder les vidéos sur le site de la fac**, dont une très large majorité a visionné celles de leur promotion (84,29% des vidéos regardées). Cela peut être dû à un phénomène de narcissisme : la visualisation de sa propre vidéo porte un très grand intérêt pour les étudiants [49]. Les étudiants veulent se voir (eux ou leurs camarades) jouer lors de l'ED mais il est à craindre que la forme cannibalise le fond si le seul but de ceux qui visualisent les vidéos consiste à commenter les performances théâtrales des autres étudiants plus que d'analyser et de réfléchir à ce qu'est la relation patient/praticien. Nous avons récupéré, grâce au réseau informatique de la faculté, le nombre d'étudiants de 4ème année qui se sont connectés sur Apolline : 39 se sont connectés sur le site et ont effectué 200 visionnages de vidéos (toutes promotions confondues, on compte 25 vidéos disponibles). Or 49 étudiants ont déclaré avoir visualisé ces vidéos (8 : celle dans laquelle ils ont participé ; 41 : celles de leur promotion). Il est à noter une différence de 10 étudiants entre ces deux chiffres. Cependant, lorsqu'un étudiant lance le visionnage d'une vidéo depuis son ordinateur, nous ne pouvons pas savoir s'il regarde seul le film ou s'il est accompagné. Il est aussi possible que les vidéos aient été

postées sur une plateforme autre qu'Apolline : ceci expliquerait que nous ayons plus d'étudiants déclarant avoir vu les vidéos par rapport à ce que nous avons sur le réseau informatique.

Nombre de vidéos vues	1	2	3	4	5	6	7	8	Supérieur à 10	Total
Nombre d'étudiants	11	4	5	4	4	3	2	1	5	39

Tableau 1 : Répartition des étudiants par rapport au nombre de vues des vidéos

Les étudiants trouvent que les **commentaires de l'enseignant** sont adaptés (79,93%). Le débriefing est effectué avec à l'appui les vidéos des promotions précédentes. Peut-être que le fait d'utiliser la vidéo qui vient d'être tournée (de leur année) pour la rétroaction permettrait un plus grand intérêt des étudiants. Interrogé à ce sujet (Cf annexe 5), l'enseignant responsable nous a confirmé que cela était possible techniquement mais que l'exploitation immédiate d'un matériel brut lui avait semblé plus difficile. Le choix d'une diffusion différée permet de procéder au montage qui met en relief les temps forts de la séquence. Il semble que cette option soit à l'étude pour la prochaine saison.

3.2.3 Bénéfices et attentes

Une large majorité des étudiants se déclare **plus attentive au comportement non verbal du patient** (80,54%), ce qui est en accord avec les résultats du taux d'étudiants déclarant avoir **pris conscience de l'importance de la relation praticien/patient** grâce à l'ED (82,49%). Cependant, nous pouvons noter une forte différence avec le pourcentage d'étudiants déclarant avoir **changé ou essayé de changer leur attitude personnelle** (59,92%). Peut-être les étudiants ont-ils acquiescé en masse la première affirmation sans réellement le penser ou sans peser la réelle valeur du « *Tout à fait d'accord* » ou du « *Plutôt d'accord* ». Il est aussi possible que les observateurs (la majorité de l'échantillon) n'aient pas conscience de leur communication non verbale et s'imaginent mieux communiquer que ce qu'ils font en réalité. Cela peut expliquer le fait qu'ils n'essayent que très peu de changer de comportement. De plus (pour les étudiants ayant changé ou essayé de changer de comportement), il est aussi important de réaliser qu'il est pratiquement impossible de distinguer si la modification d'un comportement spécifique est plus survenue en raison des effets de la rétroaction par vidéo ou suite à l'expérience clinique acquise [48].

Nous pouvons aussi noter qu'une large proportion des étudiants souhaiterait un **cours magistral** précédant cet ED (79,3%). Il semblerait donc qu'ils aient été conquis par l'expérience de l'ED et voudraient approfondir leur apprentissage dans cette voie. Un commentaire libre témoigne en ce sens (Cf annexe 3) : « *Des cours de psychologie clinique seraient intéressants* » ainsi qu'une interview (Cf annexe 5) : « *L'idéal serait de combiner à la fois cours magistral (mais que théorique) et ED de pratique (dans lequel les étudiants apprennent mieux)* ». Cependant, il ne serait pas possible de créer un cours magistral à ce propos : le Savoir-être s'acquière par la pratique et l'expérience, et non par un cours magistral. A l'opposé, seulement la moitié des étudiants (49,03%) pensent qu'il faudrait un **deuxième ED à venir**. Pourtant, de très nombreux commentaires libres témoignent en ce sens (Cf annexe 3) : « *Il faudrait que l'ED soit développé, pour faire plus de séances, avec des cas adultes, des personnalités différentes, présenter des devis ou expliquer des traitements* », « *Pas assez de séances d'ED, pas de cas adulte et vision d'un seul professeur* », « *Il faudrait plusieurs séances dans l'année afin de permettre à plus d'étudiants de participer* », « *Il faudrait faire au moins deux séances pour voir l'évolution des étudiants entre les deux* », « *Devrait être fait plus souvent pour voir l'évolution de notre comportement* », « *Il faudrait que tous les étudiants puissent faire le jeu de rôle* », « *Tout le monde devrait pouvoir être acteur* ». Dans les interviews, nous retrouvons la même impression (Cf annexe 5) : « *Je pense que l'on peut améliorer cet ED en effectuant plusieurs séances. Tous les étudiants ne peuvent pas participer et c'est dommage car il n'y a rien de mieux que de faire soi-même le jeu (plutôt que de le voir jouer)* ».

Selon Bernard MILETTE [60], une pratique répétée faciliterait l'apprentissage des habiletés de communication et renforcerait la capacité de les utiliser lorsqu'elles sont requises. Une séance ou quelques brèves sessions non répétées auraient un effet quasiment nul. Cependant, la création de plusieurs séances d'ED n'est cependant pas réalisable : comme nous l'avons décrit en début de deuxième partie, il n'est pas possible de trouver plusieurs créneaux de temps disponibles entre stages, TP, ED, cours... Il a été pris le parti d'avoir de longues séances d'ED pour voir une évolution dans le jeu : en contre-partie, tous ne pourront pas passer en tant qu'acteurs. De plus, seulement 46,48% des étudiants **referaient ce programme sans hésitation**. Ces faibles chiffres peuvent être expliqués par le fait que certains étudiants voudraient bien refaire un jeu de rôle, mais pas nécessairement en odontologie pédiatrique. Les résultats sont aussi en opposition avec le fait que la large majorité des étudiants souhaiterait assister à un cours magistral sur le relationnel à appliquer avec son patient : au vu de la fréquentation très relative des cours de psychologie, nous pouvons nous interroger sur le bien-fondé de cette demande. D'autre part, nous avons déjà évoqué les limites

de l'enseignement en amphithéâtre en matière de communication appliquée alors que les ED et les jeux de rôle semblent plus adaptés.

Pour 62,26% des étudiants interrogés, l'ED arrive à un **moment opportun** dans les études. La meilleure année pour apprendre ce genre d'aptitudes serait la **3ème année** (38,91%). Certains commentaires libres en témoignent (Cf annexe 3) : « *Il faudrait réaliser plusieurs ED avant de commencer la clinique* », « *Le cabinet pédagogique devrait surtout être fait en 2ème et 3ème années* », « *Cet ED arrive trop tardivement dans notre formation : l'idéal aurait été la fin de la D1* », « *Il devrait être fait avant que l'on ne débute l'hôpital* ». Cependant, le jeu de rôle n'est pas réalisable en 3ème année : les étudiants n'ont pas encore assez d'expérience au cabinet et ne perçoivent pas du tout les bénéfices qui pourraient être apportés par ce type d'enseignement. Ils n'en tireraient aucun avantage. 22,18% pensent que la meilleure année pour réaliser cet ED serait la **4ème année**. Là, les étudiants ont commencé l'hôpital : ils ont été confrontés aux enfants et aux difficultés qui peuvent en découler. Par conséquent, ils seront plus en demande de ce type d'enseignement car ils y perçoivent un avantage. D'autres étudiants pensent qu'il vaut mieux effectuer cet ED en **5ème** (15,18%) ou **6ème** (2,33%) année (Cf annexe 3) : « *En 4ème année, on ne se rend pas bien compte de la difficulté clinique avec les enfants* ». Enfin, 13,62% des étudiants pensent qu'il est préférable de réaliser l'ED sur **plusieurs années**. Ce ressenti émerge des interviews (Cf annexe 5) : « *Cet ED est profitable mais il devrait être fait plus tôt, comme par exemple en fin de D1 ou toute première semaine de D2, quand les étudiants ont pas encore trop installé de patients* », « *Il faudrait effectuer cet ED en fin de D1 en expliquant aux étudiants que là on leur montrer des situations qui pourront se présenter plus tard, que c'est à ce moment là qu'ils verront l'intérêt de la simulation. Il faudrait aussi le refaire en fin de D2 pour voir les modifications dans notre comportement* », « *J'aurais bien aimé refaire cet ED en fin de 4ème année pour voir l'évolution de notre comportement, acquis grâce à l'expérience* ».

Seulement 108 / 257 étudiants (42%) ont répondu à la question ouverte : « *Pouvez-vous citer un exemple qui vous a marqué ?* » (Cf annexe 4). Majoritairement, qu'ils aient été acteurs ou observateurs, ils restent marqués par la confrontation, principalement avec l'accompagnant. Si certains prennent conscience du rôle de l'assistante, très peu d'entre eux font allusion à la nature des interactions susceptibles de faire évoluer la situation, à savoir une attitude adaptée de l'équipe soignante. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une grande partie du jeu repose sur l'asymétrie d'information entre les acteurs. Le praticien et son assistante reçoivent un nouveau patient dont ils ignorent tout, et qui est a priori problématique. De plus, ils sont distraits dans leur mission par

quelques interruptions qui rajoutent à la confusion initiale. Cela peut aussi s'expliquer par le temps imparti et le concept même du jeu nécessite de faire remonter rapidement une situation au cours de laquelle des erreurs seront commises et qui seront commentées par la suite. Enfin, cela peut être expliqué par leur manque d'expérience de la consultation, généralement limitée à un stage d'observation chez le praticien et au stage préclinique, au cours desquels ils sont davantage en quête de la compréhension des protocoles thérapeutiques et n'ont pas eu à gérer de problèmes conflictuels.

NB sur Rôle Étiquettes de lignes	Étiquettes de colonnes			Total
	acteur	autre	observateur	
F	26	1	40	67
4a	9		23	32
5a	11	1	14	26
6a	6		3	9
M	16		25	41
4a	4		15	19
5a	9		4	13
6a	3		6	9
Total	42	1	65	108

Tableau 2 : Répartition des étudiants ayant noté un souvenir marquant

Il est néanmoins judicieux de s'interroger sur la pertinence du jeu en rapport avec les objectifs initiaux : se former à la relation patient-praticien. Le futur praticien est d'abord concentré sur la compréhension du diagnostic et de la thérapeutique. Ce n'est que confronté au patient qu'il prendra conscience qu'il ne suffit pas de savoir pour faire accepter un traitement, et que l'apprentissage de cette relation demande plus de subtilité. Suivant les disponibilités naturelles de chacun, cet apprentissage sera plus ou moins aisé et demandera donc plus ou moins de temps.

Si certains se sont polarisés sur la dimension théâtrale, elle reste incontournable mais il ne faut pas oublier qu'elle ne sert que de révélateur à d'autres plans sous-jacents. Il est intéressant de constater que personne n'a fait état d'un autre ED filmé consacré à l'anesthésie locale chez l'enfant, où il s'agit simplement de reproduire une séquence gestuelle, sans autres éléments de fiction. Utile, certes, mais moins marquant. Il est plus facile de « mimer » un acte que de reproduire une consultation qui paraîtrait bien ennuyeuse si l'on avait en face de soi que des parents modèles et des enfants compliants.

3.3 Limites

Dans cette étude, nous avons cherché à identifier le ressenti des étudiants quant à l'utilité du jeu de rôle dans l'apprentissage de la communication dans la relation patient/praticien. Plusieurs limites apparaissent.

1. **Biais déclaratif** : ce type d'enquête est basé uniquement sur les réponses des étudiants, a priori sincères et objectives. Toutefois celles-ci peuvent influencer, notamment par les circonstances particulières de recueil (avant ou après un cours, par exemple) ou encore par simple effet Hawthorne...
2. **Biais de mesure** : La valeur scientifique d'un instrument de mesure est estimée au moyen des qualités métrologiques ou psychométriques. A côté des caractéristiques décrites relatives à l'évaluation de la compétence clinique, les instruments doivent posséder les qualités attendues de tout instrument d'évaluation, c'est-à-dire fidélité, validité, sensibilité et faisabilité. Ce qui reste toujours délicat dans l'utilisation de ce type de questionnaire [19] [41] [22]. Le recueil des données est effectué grâce à un questionnaire qui est considéré comme une méthode indirecte d'observation présentant des inconvénients, tels que le risque qu'une question soit mal comprise sans possibilité de rattrapage, ainsi que le manque d'incitation des étudiants à répondre aux questions. En effet, plusieurs questionnaires nous sont retournés incomplets. De plus, le système de questionnaire ne permet pas aux individus de développer leurs propos : il leur impose un cadre rigide et risque de suggérer des réponses qui ne correspondent pas toujours à la réalité de leurs pratiques et de leurs représentations. La longueur du questionnaire peut aussi lasser les étudiants comme veut en témoigner le nombre de « non-réponse ». Le questionnaire peut donc entraîner un biais de mesure. De plus, cette étude par questionnaire concerne l'appréciation du degré de perception de satisfaction des étudiants: on observe un taux de satisfaction global très élevé. L'évaluation permet de mettre en évidence l'excellente appréciation des étudiants mais ne permet pas d'apprécier réellement les apprentissages développés [31].
3. **Biais de codage** : l'utilisation de l'échelle de LIKERT à cinq modalités est moins fiable que

celle à sept qui donne des résultats plus précis. Sur l'échelle impaire, il existe une modalité centrale représentée par le « *Ne sait pas* » : cette réponse se voit utilisée comme modalité de refuge pour ne pas avoir à se prononcer. Elle peut aussi marquer l'indifférence des répondants vis-à-vis du sujet abordé [54]. Les résultats pourraient être différents avec une expression plus neutre: « *Ni d'accord, ni pas d'accord* ». Les pourcentages de « Ne sait pas » (Cf annexe 2) ne dépassent pas les 20%, sauf dans les questions 6d, 6e, 7c, 7e et 10. Il est à noter que toutes les questions ayant posé problème aux étudiants concernent la surprise sur l'évolution de la consultation, la réaction des autres acteurs, et le fait d'être acteur. Ces résultats peuvent être dus au fait que les étudiants ne comprennent pas bien la question, ou encore au fait que les étudiants ne savent pas comment se positionner quant à la réponse à apporter car ils ne savent pas évaluer des réactions. Pour avoir une baisse du taux de réponse de « Ne sait pas », il y aurait eu deux solutions. La première consiste en l'élaboration d'une échelle de LIKERT à sept modalités, ce qui permettrait à l'étudiant un plus grand choix de réponses. La deuxième consiste en la réduire à une échelle de quatre modalités, forçant ainsi l'étudiant à se positionner, plus du côté « *D'accord* » ou plus du côté « *Pas d'accord* ». Cependant, le risque serait de n'avoir aucune réponse à cette question.

4. **Biais d'influence** : nous avons pu observer que les étudiants communiquaient entre eux lors du remplissage du questionnaire d'enquête. Les résultats peuvent donc se trouver un peu faussés car ils ont pu s'influencer mutuellement dans le choix des réponses. Cela ne refléterait donc pas totalement leur ressenti personnel.
5. **Biais chronologique d'exposition** : il est important de préciser que les étudiants ont eu un certain temps de latence (pas le même pour toutes les promotions) entre la réalisation du jeu de rôle (T0) et l'enquête par questionnaire (T1). En effet, l'ED n'est réalisé seulement qu'en 4^{ème} année. Pour la promotion de 4^{ème} année, seulement 5 mois se sont écoulés entre T0 et T1. A l'opposé, les écarts sont allongés pour les 5^{ème} (1 an et 5 mois) et pour les 6^{ème} (2 ans et 5 mois) année. Cela pourrait expliquer un plus haut taux de réponses « Ne sait pas ».

Conclusion

« *Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends.* ». Cette citation de Benjamin FRANKLIN [32], datant du 18^{ème} siècle, nous rappelle que la perspective actionnelle adoptée lors de notre ED n'est pas une idée neuve datant des années 2000. Certains professionnels du monde de l'éducation pensent avoir trouvé en l'outil ludique du jeu de rôle une solution pour faire des apprenants d'aujourd'hui les acteurs de l'apprentissage de demain, au service des compétences à développer en odontologie. En effet, de nos jours, aux États-Unis, 65% des écoles de médecine enseignent les habiletés de communication (contre 35% en 1978), et ce généralement dans les années pré-cliniques [47].

Les démarches d'évaluation de cet enseignement que nous avons réalisées mettent en évidence une appréciation positive de la part des étudiants à son égard, mais pas l'estimation réelle des apprentissages développés. Cependant, il ressort de notre étude un fort intérêt des étudiants pour l'apprentissage de la relation patient/praticien grâce au jeu de rôle. Il permet de renforcer l'hygiène, la posture et l'ergonomie de l'étudiant ainsi que d'élargir son expérience pré-clinique en imitant de véritables conditions rencontrées dans la pratique future [17]. La rétroaction vidéo associée permet aux étudiants de visualiser leur comportement, prendre conscience d'une attitude inadéquate puis de la rectifier. Toutefois, elle est aussi considérée comme gênante par d'autres, notamment dans la mesure où elles sont susceptibles d'être diffusées sur internet.

Ce travail met en évidence l'intérêt de cette pédagogie active dans notre cursus, mais aussi les difficultés de mise en œuvre. Si certaines améliorations peuvent être apportées à ce jeu de rôle conformément aux remarques des participants, il est raisonnable de penser que ce type d'enseignement devrait être plus largement intégré dans notre formation.

Annexes

1. Annexe 1 : Questionnaire

Date :	N° :
QUESTIONNAIRE	
sur l'ED CABINET de SIMULATION en ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE	

Ce questionnaire, est très simple à remplir : il suffit de cocher la case qui vous semble la mieux correspondre ou inscrivez votre réponse sur les lignes prévues à cet effet. Il n'y a ni bonne réponse, ni mauvaise réponse mais votre participation est très importante pour moi dans le cadre de mon travail de thèse. Les réponses à ce questionnaire sont strictement confidentielles et anonymes. Merci encore de votre participation.

Vous êtes...	
- un Étudiant <input type="checkbox"/> /une Étudiante <input type="checkbox"/>	
- âgé(e) de	
- inscrit(e) en 4 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 5 ^{ème} année <input type="checkbox"/> 6 ^{ème} année <input type="checkbox"/>	

1. Une préparation aux relations patients-praticien vous paraît-elle importante pour votre formation ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

2. AVANT de commencer cet ED de simulation, pensiez-vous que la méthode du « jeu de rôle » puisse être utile à votre apprentissage ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

3. Pensez-vous que les situations cliniques présentées lors de l'ED puissent être utiles à mieux maîtriser les éléments relationnels d'une consultation ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

4. APRES avoir fait l'ED, trouvez-vous que celui-ci a été utile à votre apprentissage ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

5. Avez-vous été acteur lors de votre ED ? :

Oui Passez à la question n°6 / Non Passez directement à la question n°7

6. Si oui : Quel a été votre rôle ? Praticien / Assistante / Enfant / Parent /

a) Les consignes qui vous ont été données avant de commencer étaient-elles claires ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

b) Avez-vous pris cet exercice au sérieux ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

c) Avez-vous été surpris(e) par l'évolution de la consultation ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

d) Avez-vous été surpris(e) par vos propres réactions ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

e) Avez-vous été surpris(e) par les réactions de l'autre équipe ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Ne sais pas Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

f) Avez-vous été gêné(e) par la caméra ou le dispositif d'enregistrement ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

7. Si non : Quel binôme deviez-vous suivre ? Praticien -Assistante / Enfant -Parent /

a) Avez-vous compris l'intérêt de cette mise en situation ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

b) Avez-vous pris cet exercice au sérieux ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

c) Avez-vous été surpris(e) par l'évolution de la consultation ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

d) Avez-vous apprécié de pouvoir suivre la retransmission vidéo ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

e) Auriez-vous souhaité participer comme acteur ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

f) Le débat qui a suivi entre vous vous a-t-il intéressé ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

8. Cette formation vous a-t-elle fait prendre conscience de l'importance de certains détails dans la relation patient / praticien ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

9. Pouvez-vous citer un exemple qui vous a marqué :

10. Depuis, avez-vous changé ou essayé de changer votre attitude personnelle ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

11. Êtes-vous plus attentif (attentive) au comportement non verbal du patient ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

12. Pensez-vous qu'il serait nécessaire d'avoir un cours sur le comportement à adopter avec les patients avant l'ED ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

13. Pensez-vous que faire ce type d'ED une seule fois dans votre parcours universitaire est suffisant ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

14. Pensez-vous que cet ED arrive à un moment opportun dans le déroulement de vos études ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

15. Si l'on devait proposer une nouvelle séance, quel serait le choix le plus judicieux selon vous ?

En 3ème année *En 4ème année* *En 5ème année* *En 6ème année* *Sans intérêt*

16. Si vous aviez la possibilité de participer à nouveau à ce programme sans obligation, le feriez-vous ?

Tout à fait d'accord *Plutôt d'accord* *Ne sais pas* *Plutôt pas d'accord* *Pas d'accord du tout*

17. Pouvez-vous évaluer les commentaires de l'enseignant quant au comportement des étudiants dans les situations rencontrées ?

Adaptés *Plutôt adaptés* *Ne sais pas* *Plutôt pas adaptés* *Pas adaptés du tout*

18. Avez-vous consulté les vidéos postées sur Apolline ?

Oui, celle où j'ai participé *Oui, celles de ma promo* *Pas encore mais je vais le faire* *Aucune*

19. Commentaires libres (au dos de la feuille):

2. Annexe 2 : Tableaux croisés

			Q1		Données											
			1		2	3	4	5			Total NB - Q1	Total NB - Q1				
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q1	NB - Q1	NB - Q1	NB - Q1	NB - Q1	NB - Q1	NB - Q1	NB - Q1	Total NB - Q1	Total NB - Q1				
4a					1	0,39%			30	11,67%	60	23,35%	91	35,41%		
	F	acteur			1	0,39%			17	6,61%	42	16,34%	60	23,35%		
			observateur					2	0,78%	13	5,06%	15	5,84%			
	M	acteur			1	0,39%			15	5,84%	29	11,28%	45	17,51%		
			observateur					12	4,67%	18	7,00%	30	11,67%			
NR	acteur							5	1,95%	5	1,95%	10	3,89%			
								7	2,72%	13	5,06%	20	7,78%			
5a					1	0,39%	1	0,39%	32	12,45%	66	25,68%	100	38,91%		
	F	acteur					1	0,39%	16	6,23%	45	17,51%	62	24,12%		
			autre				1	0,39%	9	3,50%	21	8,17%	31	12,06%		
			observateur						1	0,39%	1	0,39%	1	0,39%		
	M	acteur			1	0,39%			15	5,84%	21	8,17%	37	14,40%		
observateur					1	0,39%			5	1,95%	13	5,06%	19	7,39%		
NR	acteur							9	3,50%	7	2,72%	16	6,23%			
								1	0,39%	1	0,39%	2	0,78%			
6a			2	0,78%	2	0,78%	1	0,39%	14	5,45%	47	18,29%	66	25,68%		
	F	acteur			1	0,39%			10	3,89%	21	8,17%	32	12,45%		
			observateur			1	0,39%			3	1,17%	8	3,11%	11	4,28%	
	M	acteur			2	0,78%	1	0,39%	1	0,39%	4	1,56%	26	10,12%	34	13,23%
			observateur			2	0,78%	1	0,39%	1	0,39%	7	2,72%	9	3,50%	
				2	0,78%			3	1,17%	19	7,39%	25	9,73%			
Total Résultat			2	0,78%	4	1,56%	2	0,78%	76	29,57%	173	67,32%	257	100,00%		

Q1. Une préparation aux relations patients-praticien vous paraît-elle importante pour votre formation ?

			Q2		Données											
			1		2	3	4	5			Total NB - Q2	Total NB - Q2				
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q2	NB - Q2	NB - Q2	NB - Q2	NB - Q2	NB - Q2	NB - Q2	NB - Q2	Total NB - Q2	Total NB - Q2				
4a			1	0,39%	13	5,06%	18	7,00%	44	17,12%	15	5,84%	91	35,41%		
	F	acteur			10	3,89%	11	4,28%	28	10,89%	11	4,28%	60	23,35%		
			observateur			1	0,39%	4	1,56%	7	2,72%	3	1,17%	15	5,84%	
	M	acteur			9	3,50%	7	2,72%	21	8,17%	8	3,11%	45	17,51%		
			observateur	1	0,39%	2	0,78%	7	2,72%	16	6,23%	4	1,56%	30	11,67%	
NR	acteur			1	0,39%	2	0,78%	4	1,56%	3	1,17%	10	3,89%			
			1	0,39%	1	0,39%	5	1,95%	12	4,67%	1	0,39%	20	7,78%		
5a			2	0,78%	11	4,28%	18	7,00%	51	19,84%	18	7,00%	100	38,91%		
	F	acteur			1	0,39%	8	3,11%	9	3,50%	34	13,23%	62	24,12%		
			autre			4	1,56%	4	1,56%	17	6,61%	6	2,33%	31	12,06%	
			observateur	1	0,39%	4	1,56%	5	1,95%	17	6,61%	3	1,17%	30	11,67%	
	M	acteur			1	0,39%	3	1,17%	9	3,50%	16	6,23%	8	3,11%	37	14,40%
observateur			1	0,39%	2	0,78%	4	1,56%	7	2,72%	5	1,95%	19	7,39%		
NR	acteur			1	0,39%	5	1,95%	8	3,11%	2	0,78%	16	6,23%			
								1	0,39%	1	0,39%	2	0,78%			
6a			2	0,78%	7	2,72%	15	5,84%	26	10,12%	16	6,23%	66	25,68%		
	F	acteur			1	0,39%	5	1,95%	9	3,50%	13	5,06%	4	1,56%	32	12,45%
			observateur	1	0,39%	1	0,39%	3	1,17%	5	1,95%	1	0,39%	11	4,28%	
	M	acteur			4	1,56%	6	2,33%	8	3,11%	3	1,17%	21	8,17%		
			observateur	1	0,39%	2	0,78%	6	2,33%	13	5,06%	12	4,67%	34	13,23%	
				1	0,39%	1	0,39%	2	0,78%	4	1,56%	9	3,50%			
			1	0,39%	1	0,39%	4	1,56%	11	4,28%	8	3,11%	25	9,73%		
Total Résultat			5	1,95%	31	12,06%	51	19,84%	121	47,08%	49	19,07%	257	100,00%		

Q2. AVANT de commencer cet ED de simulation, pensiez-vous que la méthode du « jeu de rôle » puisse être utile à votre apprentissage ?

			Q3		Données											
Année	Garçon/Fille	Rôle	1		2		3		4		5		Total NB - Q3	Total NB - Q3		
			NB - Q3	NB - Q3	NB - Q3	NB - Q3	NB - Q3	NB - Q3	NB - Q3	NB - Q3						
4a			1	0,39%	7	2,72%	9	3,50%	48	18,68%	26	10,12%	91	35,41%		
	F	acteur			3	1,17%	8	3,11%	31	12,06%	18	7,00%	60	23,35%		
		obsenateur			3	1,17%	2	0,78%	10	3,89%	3	1,17%	15	5,84%		
	M	acteur	1	0,39%	3	1,17%	1	0,39%	17	6,61%	8	3,11%	30	11,67%		
		obsenateur	1	0,39%	3	1,17%	1	0,39%	7	2,72%	3	1,17%	10	3,89%		
	NR					1	0,39%			10	3,89%	5	1,95%	20	7,78%	
		acteur			1	0,39%							1	0,39%		
	5a			1	0,39%	10	3,89%	19	7,39%	47	18,29%	23	8,95%	100	38,91%	
F		acteur	1	0,39%	6	2,33%	12	4,67%	29	11,28%	14	5,45%	62	24,12%		
		autre			3	1,17%	6	2,33%	15	5,84%	7	2,72%	31	12,06%		
		obsenateur	1	0,39%	3	1,17%	6	2,33%	13	5,06%	7	2,72%	30	11,67%		
M		acteur			4	1,56%	7	2,72%	17	6,61%	9	3,50%	37	14,40%		
		obsenateur			1	0,39%	2	0,78%	11	4,28%	5	1,95%	19	7,39%		
		(vide)			3	1,17%	5	1,95%	5	1,95%	3	1,17%	16	6,23%		
NR									1	0,39%	1	0,39%	2	0,78%		
	acteur							1	0,39%			1	0,39%			
6a			1	0,39%	6	2,33%	11	4,28%	31	12,06%	17	6,61%	66	25,68%		
	F	acteur			3	1,17%	7	2,72%	12	4,67%	10	3,89%	32	12,45%		
		obsenateur			3	1,17%	3	1,17%	5	1,95%	3	1,17%	11	4,28%		
						3	1,17%	4	1,56%	7	2,72%	7	2,72%	21	8,17%	
	M	acteur	1	0,39%	3	1,17%	4	1,56%	19	7,39%	7	2,72%	34	13,23%		
		obsenateur	1	0,39%	3	1,17%	1	0,39%	6	2,33%	2	0,78%	9	3,50%		
	NR								13	5,06%	5	1,95%	25	9,73%		
		acteur														
Total Résultat			3	1,17%	23	8,95%	39	15,18%	126	49,03%	66	25,68%	257	100,00%		

Q3. Pensez-vous que les situations cliniques présentées lors de l'ED puissent être utiles à mieux maîtriser les éléments relationnels d'une consultation ?

			Q4		Données											
Année	Garçon/Fille	Rôle	1		2		3		4		5		Total NB - Q4	Total NB - Q4		
			NB - Q4	NB - Q4	NB - Q4	NB - Q4	NB - Q4	NB - Q4	NB - Q4	NB - Q4						
4a			2	0,78%	8	3,11%	16	6,23%	43	16,73%	22	8,56%	91	35,41%		
	F	acteur			6	2,33%	10	3,89%	25	9,73%	19	7,39%	60	23,35%		
		obsenateur			1	0,39%	4	1,56%	4	1,56%	6	2,33%	15	5,84%		
	M	acteur	2	0,78%	1	0,39%	6	2,33%	18	7,00%	3	1,17%	30	11,67%		
		obsenateur	1	0,39%	1	0,39%	6	2,33%	7	2,72%	2	0,78%	10	3,89%		
	NR					1	0,39%	6	2,33%	11	4,28%	1	0,39%	20	7,78%	
		acteur			1	0,39%							1	0,39%		
	5a			3	1,17%	17	6,61%	17	6,61%	44	17,12%	19	7,39%	100	38,91%	
F		acteur			10	3,89%	11	4,28%	32	12,45%	9	3,50%	62	24,12%		
		autre			6	2,33%	6	2,33%	13	5,06%	6	2,33%	31	12,06%		
		obsenateur			4	1,56%	4	1,56%	19	7,39%	3	1,17%	30	11,67%		
M		acteur	3	1,17%	7	2,72%	6	2,33%	11	4,28%	10	3,89%	37	14,40%		
		obsenateur	2	0,78%			5	1,95%	7	2,72%	5	1,95%	19	7,39%		
		(vide)	1	0,39%	6	2,33%	1	0,39%	4	1,56%	4	1,56%	16	6,23%		
NR						1	0,39%			1	0,39%	1	0,39%	2	0,78%	
	acteur							1	0,39%			1	0,39%			
6a			1	0,39%	10	3,89%	13	5,06%	30	11,67%	12	4,67%	66	25,68%		
	F	acteur			5	1,95%	5	1,95%	17	6,61%	5	1,95%	32	12,45%		
		obsenateur			1	0,39%	1	0,39%	7	2,72%	2	0,78%	11	4,28%		
						4	1,56%	4	1,56%	10	3,89%	3	1,17%	21	8,17%	
	M	acteur	1	0,39%	5	1,95%	8	3,11%	13	5,06%	7	2,72%	34	13,23%		
		obsenateur			5	1,95%	2	0,78%	5	1,95%	2	0,78%	9	3,50%		
	NR					6	2,33%	6	2,33%	8	3,11%	5	1,95%	25	9,73%	
		acteur														
Total Résultat			6	2,33%	35	13,62%	46	17,90%	117	45,53%	53	20,62%	257	100,00%		

Q4. APRES avoir fait l'ED, trouvez-vous que celui-ci ait été utile à votre apprentissage ?

			Q6a		Données												Total NB - Q6a
Année	Garçon/Fille	Q6	1		2		3		4		5		(vide)				
			NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a	NB - Q6a		
4a			3	3,13%	2	2,08%	1	1,04%	8	8,33%	12	12,50%					26
	F		1	1,04%	1	1,04%			4	4,17%	9	9,38%					15
		assist	1	1,04%							1	1,04%					2
		erit							3	3,13%	2	2,08%					5
		parent			1	1,04%			1	1,04%	4	4,17%					6
		prat									2	2,08%					2
	M		2	2,08%	1	1,04%	1	1,04%	4	4,17%	2	2,08%					10
		assist	1	1,04%					1	1,04%							2
		erit							2	2,08%	1	1,04%					3
		parent	1	1,04%			1	1,04%									2
	prat			1	1,04%			1	1,04%	1	1,04%					3	
NR												1	1,04%			1	
	prat											1	1,04%			1	
5a			1	1,04%	7	7,29%	7	7,29%	21	21,88%	14	14,58%					50
	F		1	1,04%	4	4,17%	4	4,17%	12	12,50%	9	9,38%					30
		assist	1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%	3	3,13%	2	2,08%					8
		erit			3	3,13%	1	1,04%	3	3,13%	3	3,13%					10
		parent					2	2,08%	5	5,21%	2	2,08%					9
		prat							1	1,04%	2	2,08%					3
		(vide)															
	M				3	3,13%	3	3,13%	8	8,33%	5	5,21%					19
		assist			1	1,04%			1	1,04%							2
		erit					1	1,04%	2	2,08%	1	1,04%					4
parent								1	1,04%	2	2,08%					3	
prat				1	1,04%	2	2,08%	3	3,13%	2	2,08%					8	
	sœur							1	1,04%							1	
	(vide)			1	1,04%											1	
NR								1	1,04%							1	
	erit							1	1,04%							1	
6a					2	2,08%	2	2,08%	10	10,42%	6	6,25%					20
	F			2	2,08%	1	1,04%	5	5,21%	3	3,13%					11	
		assist			1	1,04%			2	2,08%	2	2,08%					5
		erit							1	1,04%							1
		parent							1	1,04%	1	1,04%					2
		prat			1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%							3
	M						1	1,04%	5	5,21%	3	3,13%					9
		assist							2	2,08%	1	1,04%					1
erit						1	1,04%	2	2,08%	1	1,04%					4	
parent								2	2,08%							2	
	prat							1	1,04%	1	1,04%					2	
Total Résultat			4	4,17%	11	11,46%	10	10,42%	39	40,63%	32	33,33%				96	

Q6a. Les consignes qui vous ont été données avant de commencer étaient-elles claires ?

		Q6b		Données												Total NB - Q6b	
				1		2		3		4		5		(vide)			
Année	Garçon/Fille	Q6	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b	NB - Q6b		
4a					2	2,08%		2	2,08%	14	14,58%	8	8,33%			26	
	F				1	1,04%				8	8,33%	6	6,25%			15	
		assist										2	2,08%			2	
		enit				1	1,04%			2	2,08%	2	2,08%			5	
		parent								5	5,21%	1	1,04%			6	
										1	1,04%	1	1,04%			2	
	M					1	1,04%		2	2,08%	5	5,21%	2	2,08%			10
		assist							1	1,04%	1	1,04%					2
		enit									2	2,08%	1	1,04%			3
		parent				1	1,04%			1	1,04%	1	1,04%			2	
									1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%			3
	NR										1	1,04%					1
prat										1	1,04%					1	
5a			3	3,13%	1	1,04%		9	9,38%	23	23,96%	14	14,58%			50	
	F		3	3,13%	1	1,04%		6	6,25%	12	12,50%	8	8,33%			30	
		assist	1	1,04%				2	2,08%	2	2,08%	3	3,13%			8	
		enit	1	1,04%	1	1,04%				7	7,29%	1	1,04%			10	
		parent	1	1,04%				4	4,17%	2	2,08%	2	2,08%			9	
										1	1,04%	2	2,08%			3	
	M							3	3,13%	10	10,42%	6	6,25%			19	
		assist								1	1,04%	1	1,04%			2	
		enit						1	1,04%	2	2,08%	1	1,04%			4	
		parent								2	2,08%	1	1,04%			3	
								2	2,08%	3	3,13%	3	3,13%			8	
										1	1,04%					1	
									1	1,04%					1		
NR										1	1,04%					1	
	enit									1	1,04%					1	
6a							3	3,13%	10	10,42%	7	7,29%			20		
	F						2	2,08%	5	5,21%	4	4,17%			11		
		assist						2	2,08%	1	1,04%	2	2,08%			5	
		enit										1	1,04%			1	
		parent								1	1,04%	1	1,04%			2	
									3	3,13%					3		
	M							1	1,04%	5	5,21%	3	3,13%			9	
		assist									1	1,04%			1		
enit							1	1,04%	1	1,04%	2	2,08%			4		
parent									2	2,08%					2		
								2	2,08%					2			
Total Résultat		3	3,13%	3	3,13%	14	14,58%	47	48,96%	29	30,21%			96			

Q6b. Avez-vous pris cet exercice au sérieux ?

			Q6c		Données												Total NB - Q6	
Année	Garçon/Fille	Q6	1		2		3		4		5		(vide)					
			NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c	NB - Q6c				
4a			1	1,04%	2	2,08%	1	1,04%	10	10,42%	12	12,50%					26	
	F		1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%	6	6,25%	6	6,25%					15	
		assist	1	1,04%							1	1,04%					2	
		erit							3	3,13%	2	2,08%					5	
		parent			1	1,04%	1	1,04%	2	2,08%	2	2,08%					6	
		prat							1	1,04%	1	1,04%					2	
	M					1	1,04%			3	3,13%	6	6,25%					10
		assist									2	2,08%					2	
		erit							1	1,04%	2	2,08%					3	
		parent			1	1,04%			1	1,04%							2	
	prat							1	1,04%	2	2,08%					3		
NR									1	1,04%							1	
	prat								1	1,04%							1	
5a			2	2,08%	5	5,21%	7	7,29%	21	21,88%	15	15,63%					50	
	F		2	2,08%	3	3,13%	4	4,17%	11	11,46%	10	10,42%					30	
		assist	1	1,04%			2	2,08%	2	2,08%	3	3,13%					8	
		erit	1	1,04%	1	1,04%			5	5,21%	3	3,13%					10	
		parent			1	1,04%	2	2,08%	3	3,13%	3	3,13%					9	
		prat			1	1,04%			1	1,04%	1	1,04%					3	
		(vide)																
	M					2	2,08%	3	3,13%	9	9,38%	5	5,21%					19
		assist							2	2,08%							2	
		erit			1	1,04%			2	2,08%	1	1,04%					4	
parent						1	1,04%	2	2,08%							3		
prat				1	1,04%	2	2,08%	2	2,08%	3	3,13%					8		
	sœur							1	1,04%							1		
	(vide)									1	1,04%					1		
NR									1	1,04%							1	
	erit								1	1,04%							1	
6a					3	3,13%	3	3,13%	8	8,33%	6	6,25%					20	
	F				1	1,04%	3	3,13%	3	3,13%	4	4,17%					11	
		assist					2	2,08%	1	1,04%	2	2,08%					5	
		erit							1	1,04%							1	
		parent			1	1,04%	1	1,04%									2	
		prat							1	1,04%	2	2,08%					3	
	M					2	2,08%			5	5,21%	2	2,08%					9
		assist							1	1,04%							1	
		erit			1	1,04%			1	1,04%	2	2,08%					4	
		parent			1	1,04%			1	1,04%							2	
	prat							2	2,08%							2		
Total Résultat			3	3,13%	10	10,42%	11	11,46%	39	40,63%	33	34,38%					96	

Q6c. Avez-vous été surpris par l'évolution de la consultation ?

		Q6d		Données												Total NB - Q6
		1		2		3		4		5		(vide)				
Année	Garçon/Fille	Q6	NB - Q6d													
4a			1	1,04%	4	4,17%	9	9,38%	7	7,29%	5	5,21%		26		
	F				4	4,17%	7	7,29%	3	3,13%	1	1,04%		15		
		assist					2	2,08%						2		
		enit				1	1,04%	3	3,13%	1	1,04%			5		
		parent				3	3,13%	1	1,04%	2	2,08%			6		
	prat						1	1,04%			1	1,04%		2		
	M			1	1,04%			2	2,08%	3	3,13%	4	4,17%		10	
		assist							1	1,04%	1	1,04%		2		
		enit							1	1,04%	2	2,08%		3		
		parent		1	1,04%			1	1,04%					2		
prat						1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%		3			
NR								1	1,04%				1			
	prat							1	1,04%				1			
5a			4	4,17%	12	12,50%	16	16,67%	9	9,38%	9	9,38%		50		
	F		3	3,13%	6	6,25%	10	10,42%	5	5,21%	6	6,25%		30		
		assist	1	1,04%	1	1,04%	4	4,17%			2	2,08%		8		
		enit	1	1,04%	2	2,08%	3	3,13%	3	3,13%	1	1,04%		10		
		parent	1	1,04%	2	2,08%	3	3,13%	1	1,04%	2	2,08%		9		
		prat			1	1,04%			1	1,04%	1	1,04%		3		
	(vide)															
	M		1	1,04%	6	6,25%	6	6,25%	3	3,13%	3	3,13%		19		
		assist			1	1,04%					1	1,04%		2		
		enit			3	3,13%			1	1,04%				4		
parent				1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%				3			
prat		1	1,04%	1	1,04%	5	5,21%			1	1,04%		8			
sœur							1	1,04%				1				
(vide)									1	1,04%		1				
NR								1	1,04%				1			
	enit							1	1,04%				1			
6a			1	1,04%	4	4,17%	6	6,25%	5	5,21%	4	4,17%		20		
	F		1	1,04%	3	3,13%	3	3,13%	2	2,08%	2	2,08%		11		
		assist	1	1,04%	1	1,04%	2	2,08%	1	1,04%				5		
		enit									1	1,04%		1		
		parent			2	2,08%								2		
	prat					1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%		3			
	M				1	1,04%	3	3,13%	3	3,13%	2	2,08%		9		
		assist					3	3,13%	1	1,04%				1		
enit								3	3,13%	1	1,04%		4			
parent				1	1,04%			1	1,04%	1	1,04%		2			
prat							1	1,04%	1	1,04%		2				
Total Résultat			6	6,25%	20	20,83%	31	32,29%	21	21,88%	18	18,75%		96		

Q6d. Avez-vous été surpris par vos propres réactions ?

		Q6e		Données												Total NB - Q6
		1		2		3		4		5		(vide)				
Année	Garçon/Fille	Q6	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e	NB - Q6e		
4a					4	4,17%	4	4,17%	9	9,38%	9	9,38%			26	
	F				3	3,13%	3	3,13%	4	4,17%	5	5,21%			15	
		assist							2	2,08%					2	
		enif							2	2,08%	2	2,08%			5	
		parent				3	3,13%	1	1,04%	1	1,04%	2	2,08%			6
	M	prat							1	1,04%	1	1,04%			2	
		assist							5	5,21%	4	4,17%			10	
		enif							1	1,04%	1	1,04%			2	
		parent							2	2,08%	1	1,04%			3	
	NR	prat							1	1,04%	1	1,04%			2	
enif					1	1,04%				2	2,08%			3		
					1	1,04%								1		
					1	1,04%								1		
5a			3	3,13%	6	6,25%	13	13,54%	14	14,58%	14	14,58%			50	
	F		2	2,08%	3	3,13%	8	8,33%	9	9,38%	8	8,33%			30	
		assist	1	1,04%	1	1,04%	2	2,08%	1	1,04%	3	3,13%			8	
		enif	1	1,04%	1	1,04%	4	4,17%	2	2,08%	2	2,08%			10	
		parent				1	1,04%	1	1,04%	5	5,21%	2	2,08%			9
	M	prat							1	1,04%	1	1,04%			3	
		assist				1	1,04%	5	5,21%	4	4,17%	6	6,25%			19
		enif				1	1,04%			1	1,04%	2	2,08%			4
		parent							1	1,04%	1	1,04%			3	
	NR	prat	1	1,04%	1	1,04%	4	4,17%	1	1,04%	1	1,04%			8	
sœur								1	1,04%					1		
										1	1,04%			1		
										1	1,04%			1		
6a					2	2,08%	6	6,25%	10	10,42%	2	2,08%			20	
	F				2	2,08%	3	3,13%	4	4,17%	2	2,08%			11	
		assist							1	1,04%	2	2,08%			5	
		enif							2	2,08%	1	1,04%			1	
		parent				1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%				2	
	M	prat				1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%				3	
		assist							3	3,13%	6	6,25%			9	
		enif							3	3,13%	1	1,04%			1	
parent								1	1,04%	2	2,08%			4		
								2	2,08%	2	2,08%			2		
								2	2,08%					2		
Total Résultat			3	3,13%	12	12,50%	23	23,96%	33	34,38%	25	26,04%			96	

Q6e. Avez-vous été surpris par les réactions de l'autre équipe ?

			Q6f		Données										Total NB - Q6
			1		2		3		4		5		(vide)		
Année	Garçon/Fille	Q6	NB - Q6f	NB - Q6f	NB - Q6f	NB - Q6f									
4a			9	9,38%	4	4,17%	2	2,08%	7	7,29%	4	4,17%			26
	F		4	4,17%	2	2,08%	1	1,04%	4	4,17%	4	4,17%			15
		assist					1	1,04%			1	1,04%			2
		enft		2	2,08%	2	2,08%					1	1,04%		5
		parent		2	2,08%					3	3,13%	1	1,04%		6
		prat							1	1,04%	1	1,04%			2
	M			5	5,21%	1	1,04%	1	1,04%	3	3,13%				10
		assist							2	2,08%					2
		enft		2	2,08%	1	1,04%								3
		parent		1	1,04%			1	1,04%						2
		prat		2	2,08%					1	1,04%				3
	NR					1	1,04%								1
prat					1	1,04%								1	
5a			17	17,71%	5	5,21%	7	7,29%	8	8,33%	13	13,54%			50
	F		11	11,46%	1	1,04%	3	3,13%	4	4,17%	11	11,46%			30
		assist		2	2,08%	1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%	3	3,13%		8
		enft		5	5,21%			1	1,04%	2	2,08%	2	2,08%		10
		parent		2	2,08%			1	1,04%	1	1,04%	5	5,21%		9
		prat		2	2,08%							1	1,04%		3
		(vide)													
	M			6	6,25%	4	4,17%	4	4,17%	3	3,13%	2	2,08%		19
		assist							2	2,08%				2	
		enft		1	1,04%	1	1,04%	1	1,04%			1	1,04%		4
		parent		2	2,08%	1	1,04%								3
		prat		3	3,13%	2	2,08%	2	2,08%			1	1,04%		8
	sœur					1	1,04%						1		
	(vide)							1	1,04%				1		
NR								1	1,04%					1	
	enft							1	1,04%					1	
6a			1	1,04%	5	5,21%	2	2,08%	10	10,42%	2	2,08%			20
	F				3	3,13%	1	1,04%	5	5,21%	2	2,08%			11
		assist					1	1,04%	3	3,13%	1	1,04%			5
		enft							1	1,04%					1
		parent				2	2,08%								2
		prat				1	1,04%			1	1,04%	1	1,04%	3	
	M			1	1,04%	2	2,08%	1	1,04%	5	5,21%				9
		assist							1	1,04%					1
enft			1	1,04%			1	1,04%	2	2,08%				4	
parent					1	1,04%			1	1,04%				2	
	prat				1	1,04%			1	1,04%				2	
Total Résultat			27	28,13%	14	14,58%	11	11,46%	25	26,04%	19	19,79%		96	

Q6f. Avez-vous été gêné par la caméra ou le dispositif d'enregistrement ?

			Q7c		Données		1		2		3		4		5		Total NB - Q7	Total NB - Q7
Année	Garçon/Fille	Q7	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c	NB - Q7c		
4a	F		2	1,26%	11	6,92%	8	5,03%	24	15,09%		20	12,58%				65	40,88%
		3	1	0,63%	10	6,29%	6	3,77%	15	9,43%		13	8,18%			45	28,30%	
		EnPa			2	1,26%	1	0,63%	1	0,63%		1	0,63%			5	3,14%	
		PrAs			3	1,89%	2	1,26%	7	4,40%		2	1,26%			14	8,81%	
			1	0,63%	5	3,14%	3	1,89%	7	4,40%		10	6,29%			26	16,35%	
			1	0,63%	1	0,63%	2	1,26%	9	5,66%		7	4,40%			20	12,58%	
5a	F				8	5,03%	17	10,69%	19	11,95%		4	2,52%				48	30,19%
		3			5	3,14%	9	5,66%	15	9,43%		2	1,26%			31	19,50%	
		EnPa			1	0,63%	3	1,89%	4	2,52%					8	5,03%		
		PrAs			1	0,63%	1	0,63%	5	3,14%		1	0,63%			8	5,03%	
			3	1,89%	5	3,14%	6	3,77%		1	0,63%				15	9,43%		
			3	1,89%	3	1,89%	8	5,03%	4	2,52%		2	1,26%			17	10,69%	
6a	F		1	0,63%	9	5,66%	11	6,92%	13	8,18%		12	7,55%				46	28,93%
		3			6	3,77%	4	2,52%	7	4,40%		4	2,52%			21	13,21%	
		EnPa			1	0,63%	1	0,63%	2	1,26%					3	1,89%		
		PrAs			3	1,89%	3	1,89%	1	0,63%		2	1,26%			6	3,77%	
			3	1,89%	3	1,89%	3	1,89%	4	2,52%		2	1,26%			12	7,55%	
			1	0,63%	3	1,89%	7	4,40%	6	3,77%		8	5,03%			25	15,72%	
7a	F				2	1,26%	5	3,14%	23	14,47%		18	11,32%				48	30,19%
		3			2	1,26%	2	1,26%	14	8,81%		13	8,18%			31	19,50%	
		EnPa			1	0,63%	1	0,63%	3	1,89%		3	1,89%			8	5,03%	
		PrAs			1	0,63%	1	0,63%	5	3,14%		3	1,89%			8	5,03%	
			1	0,63%	1	0,63%	6	3,77%		7	4,40%				15	9,43%		
			3	1,89%	3	1,89%	9	5,66%	9	5,66%		5	3,14%			17	10,69%	
8a	F		1	0,63%			3	1,89%	12	7,55%		30	18,87%				46	28,93%
		3					2	1,26%	8	5,03%		11	6,92%			21	13,21%	
		EnPa					1	0,63%				2	1,26%			3	1,89%	
		PrAs					1	0,63%	6	3,77%		4	2,52%			6	3,77%	
			1	0,63%	6	3,77%	5	3,14%		5	3,14%				12	7,55%		
			1	0,63%	1	0,63%	4	2,52%	4	2,52%		19	11,95%			25	15,72%	
9a	F						1	0,63%	1	0,63%		3	1,89%				4	2,52%
		3					1	0,63%	5	3,14%		3	1,89%			9	5,66%	
		EnPa					2	1,26%	2	1,26%		2	1,26%			4	2,52%	
		PrAs					1	0,63%	5	3,14%		3	1,89%			9	5,66%	
			1	0,63%	3	1,89%	2	1,26%	4	2,52%		8	5,03%			10	6,29%	
			1	0,63%	3	1,89%	2	1,26%	1	0,63%		8	5,03%			11	6,92%	
Total Résultat			3	1,89%	28	17,61%	36	22,64%	56	35,22%	36	22,64%	159	100,00%				

Q7c. Avez-vous été surpris par l'évolution de la consultation ?

			Q7d		Données		1		2		3		4		5		Total NB - Q7	Total NB - Q7
Année	Garçon/Fille	Q7	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d	NB - Q7d		
4a	F				2	1,26%	3	1,89%	22	13,84%		38	23,90%				65	40,88%
		3			1	0,63%	2	1,26%	13	8,18%		29	18,24%			45	28,30%	
		EnPa			1	0,63%	1	0,63%	2	1,26%		2	1,26%			5	3,14%	
		PrAs			1	0,63%	1	0,63%	3	1,89%		9	5,66%			14	8,81%	
			8	5,03%	18	11,32%										26	16,35%	
			1	0,63%	1	0,63%	9	5,66%	9	5,66%		9	5,66%			20	12,58%	
5a	F				2	1,26%	5	3,14%	23	14,47%		18	11,32%				48	30,19%
		3			2	1,26%	2	1,26%	14	8,81%		13	8,18%			31	19,50%	
		EnPa			1	0,63%	1	0,63%	3	1,89%		3	1,89%			8	5,03%	
		PrAs			1	0,63%	1	0,63%	5	3,14%		3	1,89%			8	5,03%	
			6	3,77%	7	4,40%										15	9,43%	
			3	1,89%	3	1,89%	9	5,66%	9	5,66%		5	3,14%			17	10,69%	
6a	F		1	0,63%			3	1,89%	12	7,55%		30	18,87%				46	28,93%
		3					2	1,26%	8	5,03%		11	6,92%			21	13,21%	
		EnPa					1	0,63%				2	1,26%			3	1,89%	
		PrAs					1	0,63%	6	3,77%		4	2,52%			6	3,77%	
			6	3,77%	5	3,14%										12	7,55%	
			1	0,63%	4	2,52%	4	2,52%	19	11,95%		3	1,89%			25	15,72%	
7a	F						1	0,63%	1	0,63%		3	1,89%				4	2,52%
		3					1	0,63%	5	3,14%		3	1,89%			9	5,66%	
		EnPa					2	1,26%	2	1,26%		2	1,26%			4	2,52%	
		PrAs					1	0,63%	5	3,14%		3	1,89%			9	5,66%	
			1	0,63%	3	1,89%	2	1,26%	4	2,52%		8	5,03%			10	6,29%	
			1	0,63%	3	1,89%	2	1,26%	1	0,63%		8	5,03%			11	6,92%	
Total Résultat			1	0,63%	4	2,52%	11	6,92%	57	35,85%	86	54,09%	159	100,00%				

Q7d. Avez-vous apprécié de pouvoir suivre la retransmission vidéo ?

			Q7e		Données		1		2		3		4		5		Total NB - Q7	Total NB - Q7	
Année	Garçon/Fille	Q7	NB - Q7e																
4a	F		19	11,95%	13	8,18%	16	10,06%	9	5,66%	8	5,03%	65	40,88%					
		3	15	9,43%	11	6,92%	9	5,66%	6	3,77%	4	2,52%	45	28,30%					
		EnPa	4	2,52%					1	0,63%	1	0,63%	5	3,14%					
		PrAs	6	3,77%	5	3,14%	1	0,63%	2	1,26%	2	1,26%	14	8,81%					
			5	3,14%	6	3,77%	8	5,03%	3	1,89%	4	2,52%	26	16,35%					
			4	2,52%	2	1,26%	7	4,40%	3	1,89%	4	2,52%	20	12,58%					
	M	3							1	0,63%	2	1,26%	3	1,89%					
		EnPa			1	0,63%	1	0,63%			2	1,26%	4	2,52%					
		PrAs	4	2,52%	1	0,63%	5	3,14%	1	0,63%	2	1,26%	13	8,18%					
			9	5,66%	13	8,18%	14	8,81%	7	4,40%	5	3,14%	48	30,19%					
			7	4,40%	7	4,40%	10	6,29%	3	1,89%	4	2,52%	31	19,50%					
			3	1,89%	1	0,63%	3	1,89%			1	0,63%	8	5,03%					
6a	F		2	1,26%	1	0,63%	4	2,52%	4	2,52%	1	0,63%	8	5,03%					
		3	3	1,89%	1	0,63%	3	1,89%			1	0,63%	8	5,03%					
		EnPa	2	1,26%	1	0,63%	4	2,52%			1	0,63%	8	5,03%					
		PrAs	2	1,26%	5	3,14%	3	1,89%	3	1,89%	2	1,26%	15	9,43%					
			2	1,26%	6	3,77%	4	2,52%	4	2,52%	1	0,63%	17	10,69%					
			1	0,63%	2	1,26%	2	1,26%	1	0,63%	1	0,63%	4	2,52%					
	M	3											1	0,63%	17	10,69%			
		EnPa			2	1,26%	1	0,63%	1	0,63%			4	2,52%					
		PrAs	1	0,63%	4	2,52%	1	0,63%	2	1,26%	1	0,63%	9	5,66%					
			13	8,18%	12	7,55%	6	3,77%	11	6,92%	4	2,52%	46	28,93%					
			8	5,03%	5	3,14%	1	0,63%	5	3,14%	2	1,26%	21	13,21%					
			2	1,26%	1	0,63%			1	0,63%	1	0,63%	3	1,89%					
6a	F		2	1,26%	2	1,26%	1	0,63%			1	0,63%	6	3,77%					
		3	4	2,52%	2	1,26%	1	0,63%	4	2,52%	1	0,63%	12	7,55%					
		EnPa																	
		PrAs	5	3,14%	7	4,40%	5	3,14%	6	3,77%	2	1,26%	25	15,72%					
			3	1,89%	1	0,63%	1	0,63%	1	0,63%	1	0,63%	4	2,52%					
			3	1,89%	2	1,26%	3	1,89%	2	1,26%	1	0,63%	10	6,29%					
	M	3											1	0,63%	11	6,92%			
		EnPa	3	1,89%	2	1,26%	3	1,89%	2	1,26%			10	6,29%					
		PrAs	2	1,26%	4	2,52%	1	0,63%	3	1,89%			11	6,92%					
			41	25,79%	38	23,90%	36	22,64%	27	16,98%	17	10,69%	159	100,00%					

Q7e. Auriez-vous souhaité participer comme acteur ?

			Q7f		Données		1		2		3		4		5		Total NB - Q7	Total NB - Q7	
Année	Garçon/Fille	Q7	NB - Q7f																
4a	F				10	6,29%	5	3,14%	34	21,38%	16	10,06%	65	40,88%					
		3			8	5,03%	1	0,63%	23	14,47%	13	8,18%	45	28,30%					
		EnPa			2	1,26%			1	0,63%	2	1,26%	5	3,14%					
		PrAs			1	0,63%	1	0,63%	9	5,66%	3	1,89%	14	8,81%					
					5	3,14%			13	8,18%	8	5,03%	26	16,35%					
					2	1,26%	4	2,52%	11	6,92%	3	1,89%	20	12,58%					
	M	3											3	1,89%					
		EnPa											2	1,26%					
		PrAs											3	1,89%					
					1	0,63%	4	2,52%	9	5,66%	12	7,55%	48	30,19%					
					4	2,52%	5	3,14%	12	7,55%	9	5,66%	31	19,50%					
					1	0,63%	1	0,63%	4	2,52%	1	0,63%	8	5,03%					
6a	F																		
		3																	
		EnPa			1	0,63%			5	3,14%	2	1,26%	8	5,03%					
		PrAs			3	1,89%	1	0,63%	6	3,77%	5	3,14%	15	9,43%					
					1	0,63%	4	2,52%	9	5,66%	22	13,84%	12	7,55%	48	30,19%			
	M	3											3	1,89%					
		EnPa											2	1,26%					
		PrAs											6	3,77%					
					3	1,89%	4	2,52%	24	15,09%	13	8,18%	46	28,93%					
					2	1,26%	1	0,63%	13	8,18%	5	3,14%	21	13,21%					
					1	0,63%	1	0,63%	2	1,26%	1	0,63%	3	1,89%					
6a	M	3																	
		EnPa																	
		PrAs																	
					3	1,89%			3	1,89%	11	6,92%	8	5,03%	25	15,72%			
													1	0,63%	4	2,52%			
					2	1,26%	2	1,26%	3	1,89%	2	1,26%	10	6,29%					
			1	0,63%			2	1,26%	7	4,40%	3	1,89%	11	6,92%					
			4	2,52%	16	10,06%	18	11,32%	80	50,31%	41	25,79%	159	100,00%					

Q7f. Le débat qui a suivi entre vous vous a-t-il intéressé ?

			Q8		Données											
			1		2		3		4		5		Total NB - Q8		Total NB - Q8	
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8	NB - Q8			
4a			2	0,78%	5	1,95%	4	1,56%	39	15,18%	41	15,95%	91	35,41%		
	F	acteur			4	1,56%	3	1,17%	25	9,73%	28	10,89%	60	23,35%		
		observateur			4	1,56%	2	0,78%	7	2,72%	7	2,72%	15	5,84%		
	M	acteur	2	0,78%			1	0,39%	14	5,45%	13	5,06%	30	11,67%		
		observateur	1	0,39%			1	0,39%	5	1,95%	3	1,17%	10	3,89%		
	NR	acteur	1	0,39%					9	3,50%	10	3,89%	20	7,78%		
						1	0,39%							1	0,39%	
	5a			2	0,78%	8	3,11%	11	4,28%	50	19,46%	29	11,28%	100	38,91%	
F		acteur	1	0,39%	3	1,17%	8	3,11%	30	11,67%	20	7,78%	62	24,12%		
		autre			3	1,17%	6	2,33%	14	5,45%	8	3,11%	31	12,06%		
		observateur	1	0,39%			2	0,78%	1	0,39%	15	5,84%	1	0,39%		
M		acteur	1	0,39%	5	1,95%	3	1,17%	19	7,39%	9	3,50%	37	14,40%		
		observateur	1	0,39%	1	0,39%	2	0,78%	9	3,50%	6	2,33%	19	7,39%		
		(vide)			4	1,56%	1	0,39%	10	3,89%	1	0,39%	16	6,23%		
NR		acteur							1	0,39%			2	0,78%	2	0,78%
									1	0,39%			1	0,39%	1	0,39%
6a				3	1,17%	4	1,56%	6	2,33%	36	14,01%	17	6,61%	66	25,68%	
	F	acteur	1	0,39%	3	1,17%	2	0,78%	18	7,00%	8	3,11%	32	12,45%		
		observateur	1	0,39%	3	1,17%	1	0,39%	9	3,50%	1	0,39%	11	4,28%		
	M	acteur	2	0,78%	1	0,39%	4	1,56%	18	7,00%	9	3,50%	34	13,23%		
		observateur	2	0,78%	1	0,39%	4	1,56%	4	1,56%	4	1,56%	9	3,50%		
									14	5,45%	5	1,95%	25	9,73%		
Total Résultat			7	2,72%	17	6,61%	21	8,17%	125	48,64%	87	33,85%	257	100,00%		

Q8. Cette formation vous a-t-elle fait prendre conscience de l'importance de certains détails dans la relation patient / praticien :

			Q10		Données											
			1		2		3		4		5		Total NB - Q10		Total NB - Q10	
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10	NB - Q10			
4a			2	0,78%	5	1,95%	19	7,39%	48	18,68%	17	6,61%	91	35,41%		
	F	acteur			3	1,17%	13	5,06%	33	12,84%	11	4,28%	60	23,35%		
		observateur			3	1,17%	7	2,72%	6	2,33%	2	0,78%	15	5,84%		
	M	acteur	2	0,78%	1	0,39%	6	2,33%	15	5,84%	6	2,33%	30	11,67%		
		observateur	2	0,78%	1	0,39%	2	0,78%	4	1,56%	1	0,39%	10	3,89%		
	NR	acteur			1	0,39%			4	1,56%	11	4,28%	5	1,95%	20	7,78%
						1	0,39%							1	0,39%	
	5a			5	1,95%	19	7,39%	28	10,89%	40	15,56%	8	3,11%	100	38,91%	
F		acteur	4	1,56%	9	3,50%	18	7,00%	25	9,73%	6	2,33%	62	24,12%		
		autre	2	0,78%	6	2,33%	10	3,89%	9	3,50%	4	1,56%	31	12,06%		
		observateur	2	0,78%	3	1,17%	8	3,11%	1	0,39%	15	5,84%	1	0,39%		
M		acteur	1	0,39%	10	3,89%	10	3,89%	14	5,45%	2	0,78%	37	14,40%		
		observateur	1	0,39%	4	1,56%	7	2,72%	7	2,72%	6	2,33%	19	7,39%		
		(vide)			6	2,33%	3	1,17%	6	2,33%	1	0,39%	16	6,23%		
NR		acteur							1	0,39%	1	0,39%	2	0,78%	2	0,78%
									1	0,39%			1	0,39%	1	0,39%
6a				2	0,78%	8	3,11%	15	5,84%	29	11,28%	12	4,67%	66	25,68%	
	F	acteur			5	1,95%	9	3,50%	14	5,45%	4	1,56%	32	12,45%		
		observateur			1	0,39%	2	0,78%	5	1,95%	3	1,17%	11	4,28%		
	M	acteur	2	0,78%	3	1,17%	6	2,33%	15	5,84%	8	3,11%	34	13,23%		
		observateur	2	0,78%	2	0,78%	5	1,95%	10	3,89%	6	2,33%	25	9,73%		
									9	3,50%	1	0,39%	9	3,50%		
Total Résultat			9	3,50%	32	12,45%	62	24,12%	117	45,53%	37	14,40%	257	100,00%		

Q10. Depuis, avez-vous changé ou essayé de changer votre attitude personnelle ?

			Q11		Données										
			1	2	3	4	5					Total NB - Q1	Total NB - Q1		
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q11	NB - Q11	NB - Q11	NB - Q11	NB - Q11	NB - Q11	NB - Q11	NB - Q11	NB - Q11				
4a			1	0,39%	2	0,78%	15	5,84%	45	17,51%	28	10,89%	91	35,41%	
	F				2	0,78%	8	3,11%	29	11,28%	21	8,17%	60	23,35%	
		acteur observateur				3	1,17%	6	2,33%	6	2,33%	15	5,84%	45	17,51%
	M			1	0,39%			6	2,33%	16	6,23%	7	2,72%	30	11,67%
		acteur observateur		1	0,39%			3	1,17%	5	1,95%	1	0,39%	10	3,89%
	NR							1	0,39%					1	0,39%
		acteur						1	0,39%					1	0,39%
	5a			5	1,95%	6	2,33%	7	2,72%	44	17,12%	38	14,79%	100	38,91%
F			5	1,95%	3	1,17%	4	1,56%	25	9,73%	25	9,73%	62	24,12%	
		acteur		3	1,17%	3	1,17%			10	3,89%	15	5,84%	31	12,06%
		autre observateur		1	0,39%									1	0,39%
M						3	1,17%	3	1,17%	18	7,00%	13	5,06%	37	14,40%
		acteur				1	0,39%	1	0,39%	10	3,89%	7	2,72%	19	7,39%
		observateur (vide)				2	0,78%	2	0,78%	7	2,72%	5	1,95%	16	6,23%
NR									1	0,39%				1	0,39%
		acteur							1	0,39%				1	0,39%
6a						3	1,17%	11	4,28%	29	11,28%	23	8,95%	66	25,68%
	F				2	0,78%	6	2,33%	17	6,61%	7	2,72%	32	12,45%	
		acteur observateur						2	0,78%	6	2,33%	3	1,17%	11	4,28%
	M					2	0,78%	4	1,56%	11	4,28%	4	1,56%	21	8,17%
		acteur observateur				1	0,39%	5	1,95%	12	4,67%	16	6,23%	34	13,23%
					1	0,39%	1	0,39%	4	1,56%	3	1,17%	9	3,50%	
Total Résultat			6	2,33%	11	4,28%	33	12,84%	118	45,91%	89	34,63%	257	100,00%	

Q11. Êtes-vous plus attentif au comportement non verbal du patient ?

			Q12		Données										Total NB - Q1
			1	2	3	4	5					(vide)			
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	NB - Q12	
4a			1	0,39%	12	4,69%	8	3,13%	41	16,02%	29	11,33%		91	
	F		1	0,39%	8	3,13%	6	2,34%	29	11,33%	16	6,25%		60	
		acteur observateur		1	0,39%			1	0,39%	8	3,13%	5	1,95%		15
	M					8	3,13%	5	1,95%	21	8,20%	11	4,30%		45
		acteur observateur				3	1,17%	2	0,78%	12	4,69%	13	5,08%		30
	NR					3	1,17%	2	0,78%	5	1,95%	5	1,95%		10
		acteur				1	0,39%	2	0,78%	7	2,73%	8	3,13%		20
	5a			1	0,39%	3	1,17%	16	6,25%	42	16,41%	37	14,45%		99
F							10	3,91%	26	10,16%	25	9,77%		61	
		acteur						5	1,95%	15	5,86%	10	3,91%		30
		autre observateur						5	1,95%	11	4,30%	14	5,47%		30
M				1	0,39%	3	1,17%	6	2,34%	15	5,86%	12	4,69%		37
		acteur		1	0,39%	2	0,78%	3	1,17%	7	2,73%	6	2,34%		19
		observateur (vide)				1	0,39%	3	1,17%	7	2,73%	5	1,95%		16
NR									1	0,39%				1	0,39%
		acteur							1	0,39%				1	0,39%
6a				2	0,78%	3	1,17%	7	2,73%	33	12,89%	21	8,20%		66
	F				3	1,17%	4	1,56%	15	5,86%	10	3,91%		32	
		acteur observateur						1	0,39%	7	2,73%	3	1,17%		11
	M					3	1,17%	3	1,17%	8	3,13%	7	2,73%		21
		acteur observateur		2	0,78%			3	1,17%	18	7,03%	11	4,30%		34
			2	0,78%			2	0,78%	6	2,34%	1	0,39%		9	
Total Résultat			4	1,56%	18	7,03%	31	12,11%	116	45,31%	87	33,98%		256	

Q12. Pensez-vous qu'il serait nécessaire d'avoir un cours sur le comportement à adopter avec les patients avant l'ED ?

			Q13		Données											
Année	Garçon/ fille	Rôle	1		2		3		4		5		Total NB - Q13	Total NB - Q13		
			NB - Q13													
4a			14	5,45%	27	10,51%	15	5,84%	25	9,73%	10	3,89%	91	35,41%		
	F		8	3,11%	13	5,06%	9	3,50%	21	8,17%	9	3,50%	60	23,35%		
		acteur	3	1,17%	3	1,17%	3	1,17%	4	1,56%	2	0,78%	15	5,84%		
		observateur	5	1,95%	10	3,89%	6	2,33%	17	6,61%	7	2,72%	45	17,51%		
	M		6	2,33%	14	5,45%	5	1,95%	4	1,56%	1	0,39%	30	11,67%		
		acteur	3	1,17%	3	1,17%	1	0,39%	2	0,78%	1	0,39%	10	3,89%		
		observateur	3	1,17%	11	4,28%	4	1,56%	2	0,78%			20	7,78%		
	NR						1	0,39%					1	0,39%		
		acteur					1	0,39%					1	0,39%		
	5a			18	7,00%	33	12,84%	18	7,00%	21	8,17%	10	3,89%	100	38,91%	
F			12	4,67%	20	7,78%	9	3,50%	15	5,84%	6	2,33%	62	24,12%		
		acteur	7	2,72%	7	2,72%	7	2,72%	8	3,11%	2	0,78%	31	12,06%		
		autre			1	0,39%							1	0,39%		
		observateur	5	1,95%	12	4,67%	2	0,78%	7	2,72%	4	1,56%	30	11,67%		
M			6	2,33%	13	5,06%	9	3,50%	5	1,95%	4	1,56%	37	14,40%		
		acteur	2	0,78%	9	3,50%	5	1,95%			3	1,17%	19	7,39%		
		observateur	3	1,17%	3	1,17%	4	1,56%	5	1,95%	1	0,39%	16	6,23%		
		(vide)	1	0,39%	1	0,39%							2	0,78%		
NR									1	0,39%			1	0,39%		
	acteur							1	0,39%			1	0,39%			
6a			12	4,67%	22	8,56%	11	4,28%	15	5,84%	6	2,33%	66	25,68%		
	F		4	1,56%	13	5,06%	6	2,33%	7	2,72%	2	0,78%	32	12,45%		
		acteur	3	1,17%	5	1,95%	1	0,39%	1	0,39%	1	0,39%	11	4,28%		
		observateur	1	0,39%	8	3,11%	5	1,95%	6	2,33%	1	0,39%	21	8,17%		
	M		8	3,11%	9	3,50%	5	1,95%	8	3,11%	4	1,56%	34	13,23%		
		acteur	2	0,78%	3	1,17%	1	0,39%	3	1,17%			9	3,50%		
		observateur	6	2,33%	6	2,33%	4	1,56%	5	1,95%	4	1,56%	25	9,73%		
	Total Résultat		44	17,12%	82	31,91%	44	17,12%	61	23,74%	26	10,12%	257	100,00%		

Q13. Pensez-vous que faire ce type d'ED une seule fois dans votre parcours universitaire est suffisant ?

			Q14		Données											
Année	Garçon/ fille	Rôle	1		2		3		4		5		Total NB - Q14	Total NB - Q14		
			NB - Q14													
4a			9	3,50%	11	4,28%	5	1,95%	41	15,95%	25	9,73%	91	35,41%		
	F		4	1,56%	7	2,72%	3	1,17%	31	12,06%	15	5,84%	60	23,35%		
		acteur	1	0,39%	2	0,78%	1	0,39%	7	2,72%	4	1,56%	15	5,84%		
		observateur	3	1,17%	5	1,95%	2	0,78%	24	9,34%	11	4,28%	45	17,51%		
	M		5	1,95%	3	1,17%	2	0,78%	10	3,89%	10	3,89%	30	11,67%		
		acteur	2	0,78%	1	0,39%			4	1,56%	3	1,17%	10	3,89%		
		observateur	3	1,17%	2	0,78%	2	0,78%	6	2,33%	7	2,72%	20	7,78%		
	NR				1	0,39%							1	0,39%		
		acteur			1	0,39%							1	0,39%		
	5a			8	3,11%	22	8,56%	13	5,06%	42	16,34%	15	5,84%	100	38,91%	
F			5	1,95%	15	5,84%	7	2,72%	24	9,34%	11	4,28%	62	24,12%		
		acteur	4	1,56%	6	2,33%	4	1,56%	11	4,28%	6	2,33%	31	12,06%		
		autre			1	0,39%			1	0,39%			1	0,39%		
		observateur	1	0,39%	9	3,50%	3	1,17%	12	4,67%	5	1,95%	30	11,67%		
M			2	0,78%	7	2,72%	6	2,33%	18	7,00%	4	1,56%	37	14,40%		
		acteur			2	0,78%	2	0,78%	13	5,06%	2	0,78%	19	7,39%		
		observateur	1	0,39%	5	1,95%	3	1,17%	5	1,95%	2	0,78%	16	6,23%		
		(vide)	1	0,39%			1	0,39%					2	0,78%		
NR					1	0,39%							1	0,39%		
	acteur			1	0,39%							1	0,39%			
6a			5	1,95%	13	5,06%	11	4,28%	25	9,73%	12	4,67%	66	25,68%		
	F		3	1,17%	8	3,11%	7	2,72%	7	2,72%	7	2,72%	32	12,45%		
		acteur	2	0,78%	2	0,78%	3	1,17%	2	0,78%	2	0,78%	11	4,28%		
		observateur	1	0,39%	6	2,33%	4	1,56%	5	1,95%	5	1,95%	21	8,17%		
	M		2	0,78%	5	1,95%	4	1,56%	18	7,00%	5	1,95%	34	13,23%		
		acteur			1	0,39%	1	0,39%	6	2,33%	1	0,39%	9	3,50%		
	observateur	2	0,78%	4	1,56%	3	1,17%	12	4,67%	4	1,56%	25	9,73%			
Total Résultat		22	8,56%	46	17,90%	29	11,28%	108	42,02%	52	20,23%	257	100,00%			

Q14. Pensez-vous que cet ED arrive à un moment opportun dans le déroulement de vos études ?

			Q15		Données											
			0		3	4	5	6	3 4	3 4 5						
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15	NB - Q15
4a	F		7	2,72%	40	15,56%	25	9,73%	6	2,33%	2	0,78%	7	2,72%	1	0,39%
		acteur	5	1,95%	24	9,34%	18	7,00%	5	1,95%	1	0,39%	5	1,95%		
	observateur	1	0,39%	9	3,50%	3	1,17%	1	0,39%			1	0,39%			
	M		4	1,56%	15	5,84%	15	5,84%	4	1,56%			4	1,56%		
		acteur	2	0,78%	16	6,23%	7	2,72%			1	0,39%	2	0,78%	1	0,39%
	observateur	1	0,39%	4	1,56%	3	1,17%					2	0,78%			
	NR		1	0,39%	12	4,67%	4	1,56%			1	0,39%			1	0,39%
acteur								1	0,39%							
								1	0,39%							
5a	F		6	2,33%	34	13,23%	22	8,56%	23	8,95%	1	0,39%	3	1,17%	2	0,78%
		acteur	3	1,17%	22	8,56%	15	5,84%	15	5,84%					1	0,39%
		autre	1	0,39%	15	5,84%	8	3,11%	5	1,95%						
	observateur	2	0,78%	7	2,72%	6	2,33%	10	3,89%					1	0,39%	
	M		3	1,17%	12	4,67%	7	2,72%	8	3,11%	1	0,39%	3	1,17%	1	0,39%
		acteur	1	0,39%	6	2,33%	3	1,17%	7	2,72%	1	0,39%	1	0,39%		
		observateur (vide)	2	0,78%	5	1,95%	3	1,17%	1	0,39%			2	0,78%	1	0,39%
NR																
acteur																
6a	F		7	2,72%	26	10,12%	10	3,89%	10	3,89%	3	1,17%			3	1,17%
		acteur	3	1,17%	12	4,67%	6	2,33%	4	1,56%	2	0,78%			1	0,39%
	observateur	3	1,17%	4	1,56%	3	1,17%	2	0,78%	1	0,39%					
	M		3	1,17%	8	3,11%	3	1,17%	2	0,78%	1	0,39%			1	0,39%
		acteur	4	1,56%	14	5,45%	4	1,56%	6	2,33%	1	0,39%			2	0,78%
observateur	2	0,78%	2	0,78%	1	0,39%	5	1,95%	1	0,39%						
NR		4	1,56%	12	4,67%	3	1,17%	1	0,39%					2	0,78%	
acteur																
Total Résultat			20	7,78%	100	38,91%	57	22,18%	39	15,18%	6	2,33%	10	3,89%	6	2,33%

Q15. Si l'on devait proposer une nouvelle séance, quel serait le choix le plus judicieux selon vous ?

			3 4 5 6		3 5		3-4-5-6		4 5		4 5 6		4-5		5 6	
Année	Garçon/Fille	Rôle	NB - Q15	NB - Q15												
4a	F		1	0,39%					2	0,78%						
		acteur	1	0,39%					1	0,39%						
	observateur	1	0,39%						1	0,39%						
	M									1	0,39%					
		acteur								1	0,39%					
NR																
acteur																
5a	F		1	0,39%				3	1,17%	3	1,17%	1	0,39%	1	0,39%	
		acteur						2	0,78%	2	0,78%	1	0,39%	1	0,39%	
		autre								1	0,39%	1	0,39%			
	observateur						2	0,78%	1	0,39%			1	0,39%		
	M		1	0,39%						1	0,39%					
acteur		1	0,39%						1	0,39%						
observateur (vide)	1	0,39%							1	0,39%						
NR							1	0,39%								
acteur							1	0,39%								
6a	F				2	0,78%			2	0,78%					3	1,17%
		acteur			1	0,39%			1	0,39%					2	0,78%
	observateur			1	0,39%				1	0,39%				2	0,78%	
	M				1	0,39%				1	0,39%				1	0,39%
acteur				1	0,39%				1	0,39%				1	0,39%	
observateur					1	0,39%			1	0,39%				1	0,39%	
Total Résultat			2	0,78%	2	0,78%	3	1,17%	7	2,72%	1	0,39%	1	0,39%	3	1,17%

Q15. Si l'on devait proposer une nouvelle séance, quel serait le choix le plus judicieux selon vous ?

Année	Garçon/Fille	Rôle	Total NB - Q15	
			Total NB - Q15	Total NB - Q15
4a			91	35,41%
	F		60	23,35%
		acteur	15	5,84%
		observateur	45	17,51%
	M		30	11,67%
		acteur	10	3,89%
		observateur	20	7,78%
NR	acteur	1	0,39%	
		1	0,39%	
5a			100	38,91%
	F		62	24,12%
		acteur	31	12,06%
		autre	1	0,39%
		observateur	30	11,67%
	M		37	14,40%
		acteur	19	7,39%
		observateur	16	6,23%
		(vide)	2	0,78%
	NR		1	0,39%
	acteur	1	0,39%	
6a			66	25,68%
	F		32	12,45%
		acteur	11	4,28%
		observateur	21	8,17%
	M		34	13,23%
acteur		9	3,50%	
	observateur	25	9,73%	
Total Résultat			257	100,00%

Q15. Si l'on devait proposer une nouvelle séance, quel serait le choix le plus judicieux selon vous ?

Année	Garçon/Fille	Rôle	Q16 Données												Total NB - Q16
			1		2		3		4		5		(vide)		
			NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16	NB - Q16			
4a			11	4,30%	8	3,13%	21	8,20%	30	11,72%	21	8,20%		91	
	F		7	2,73%	5	1,95%	16	6,25%	18	7,03%	14	5,47%		60	
		acteur	3	1,17%	1	0,39%	3	1,17%	2	0,78%	6	2,34%		15	
		observateur	4	1,56%	4	1,56%	13	5,08%	16	6,25%	8	3,13%		45	
	M		4	1,56%	2	0,78%	5	1,95%	12	4,69%	7	2,73%		30	
		acteur	3	1,17%			1	0,39%	3	1,17%	3	1,17%		10	
		observateur	1	0,39%	2	0,78%	4	1,56%	9	3,52%	4	1,56%		20	
NR				1	0,39%								1		
	acteur			1	0,39%								1		
5a			10	3,91%	17	6,64%	32	12,50%	23	8,98%	17	6,64%		99	
	F		5	1,95%	9	3,52%	23	8,98%	15	5,86%	9	3,52%		61	
		acteur	2	0,78%	6	2,34%	11	4,30%	6	2,34%	5	1,95%		30	
		autre					1	0,39%						1	
		observateur	3	1,17%	3	1,17%	11	4,30%	9	3,52%	4	1,56%		30	
	M		5	1,95%	8	3,13%	9	3,52%	8	3,13%	7	2,73%		37	
		acteur	2	0,78%	2	0,78%	6	2,34%	4	1,56%	5	1,95%		19	
		observateur	3	1,17%	5	1,95%	3	1,17%	4	1,56%	1	0,39%		16	
		(vide)			1	0,39%					1	0,39%		2	
	NR										1	0,39%		1	
	acteur									1	0,39%		1		
6a			8	3,13%	19	7,42%	11	4,30%	23	8,98%	5	1,95%		66	
	F		4	1,56%	12	4,69%	2	0,78%	12	4,69%	2	0,78%		32	
		acteur			5	1,95%			5	1,95%	1	0,39%		11	
		observateur	4	1,56%	7	2,73%	2	0,78%	7	2,73%	1	0,39%		21	
	M		4	1,56%	7	2,73%	9	3,52%	11	4,30%	3	1,17%		34	
acteur				1	0,39%	4	1,56%	4	1,56%				9		
	observateur	4	1,56%	6	2,34%	5	1,95%	7	2,73%	3	1,17%		25		
Total Résultat			29	11,33%	44	17,19%	64	25,00%	76	29,69%	43	16,80%		256	

Q16. Si vous aviez la possibilité de participer à nouveau à ce programme sans obligation, le feriez-vous ?

			Q17		Données											
Année	Garçon/Fille	Rôle	1		2		3		4		5		Total NB - Q1	Total NB - Q1		
			NB - Q17													
4a	F	acteur observateur			7	2,72%	11	4,28%	35	13,62%	38	14,79%	91	35,41%		
			5	1,95%	4	1,56%	29	11,28%	22	8,56%	60	23,35%				
			3	1,17%	2	0,78%	3	1,17%	7	2,72%	15	5,84%				
	M	acteur observateur			2	0,78%	6	2,33%	6	2,33%	16	6,23%	30	11,67%		
			1	0,39%	3	1,17%	1	0,39%	5	1,95%	10	3,89%				
			1	0,39%	3	1,17%	5	1,95%	11	4,28%	20	7,78%				
	NR	acteur					1	0,39%					1	0,39%		
						1	0,39%					1	0,39%			
Total			1	0,39%	6	2,33%	23	8,95%	39	15,18%	31	12,06%	100	38,91%		
5a	F	acteur autre observateur			1	0,39%	4	1,56%	14	5,45%	24	9,34%	19	7,39%	62	24,12%
			1	0,39%	4	1,56%	4	1,56%	11	4,28%	11	4,28%	31	12,06%		
							1	0,39%					1	0,39%		
	M	acteur observateur (vide)			2	0,78%	8	3,11%	15	5,84%	12	4,67%	37	14,40%		
			1	0,39%	3	1,17%	10	3,89%	5	1,95%	19	7,39%				
			1	0,39%	5	1,95%	4	1,56%	6	2,33%	16	6,23%				
	NR	acteur					1	0,39%					1	0,39%		
						1	0,39%					1	0,39%			
Total			1	0,39%	6	2,33%	23	8,95%	39	15,18%	31	12,06%	100	38,91%		
6a	F	acteur observateur			1	0,39%	9	3,50%	16	6,23%	6	2,33%	32	12,45%		
			1	0,39%	3	1,17%	5	1,95%	2	0,78%	11	4,28%				
					6	2,33%	11	4,28%	4	1,56%	21	8,17%				
	M	acteur observateur					9	3,50%	15	5,84%	10	3,89%	34	13,23%		
					3	1,17%	4	1,56%	2	0,78%	9	3,50%				
					6	2,33%	11	4,28%	8	3,11%	25	9,73%				
	Total			1	0,39%	18	7,00%	31	12,06%	16	6,23%	66	25,66%			

Q17. Pouvez-vous évaluer les commentaires de l'enseignant quant au comportement des étudiants dans les situations rencontrées :

			Q18		Données										
Année	Garçon/Fille	Rôle	1		2		3		4		5		Total NB - Q1	Total NB - Q1	
			NB - Q18												
4a	F	acteur observateur			8	3,11%	41	15,95%	13	5,06%	28	10,89%		91	
			3	1,17%	29	11,28%	9	3,50%	19	7,39%		60			
			2	0,78%	6	2,33%	3	1,17%	4	1,56%		15			
	M	acteur observateur			1	0,39%	23	8,95%	6	2,33%	15	5,84%		45	
			5	1,95%	12	4,67%	4	1,56%	8	3,11%	1	0,39%	30		
			3	1,17%	1	0,39%	1	0,39%	4	1,56%	1	0,39%	10		
	NR	acteur			2	0,78%	11	4,28%	3	1,17%	4	1,56%		20	
								1	0,39%			1	0,39%		
Total			7	2,72%	50	19,46%	12	4,67%	31	12,06%		100			
5a	F	acteur autre observateur			3	1,17%	32	12,45%	9	3,50%	18	7,00%		62	
			3	1,17%	20	7,78%	2	0,78%	6	2,33%		31			
					12	4,67%	7	2,72%	11	4,28%	1	0,39%	1		
	M	acteur observateur (vide)			4	1,56%	18	7,00%	3	1,17%	12	4,67%		37	
			1	0,39%	9	3,50%	3	1,17%	6	2,33%		19			
			3	1,17%	8	3,11%	5	1,95%	1	0,39%		16			
	NR	acteur			1	0,39%			1	0,39%			2	0,78%	
								1	0,39%			1	0,39%		
Total			7	2,72%	27	10,51%	3	1,17%	28	10,89%	1	0,39%	66	25,66%	
6a	F	acteur observateur			4	1,56%	12	4,67%	1	0,39%	15	5,84%		32	
			3	1,17%	5	1,95%	1	0,39%	2	0,78%		11			
			1	0,39%	7	2,72%			13	5,06%		21			
	M	acteur observateur			3	1,17%	15	5,84%	2	0,78%	13	5,06%	1	0,39%	34
					7	2,72%	1	0,39%			1	0,39%	9		
			3	1,17%	8	3,11%	1	0,39%	13	5,06%		25			
	Total			22	8,56%	118	45,91%	28	10,89%	87	33,85%	1	0,39%	257	100,00%

Q18. Avez-vous consulté les vidéos postées sur Apolline ?

3. Annexe 3 : Commentaires libres (Q19) et réponses

Ref	Sexe	An	Rôle	Commentaires des étudiants	Réponse YD
48	F	4	observateur	C'est un exercice qui à mon sens est gênant.	La mise en situation ne réussit pas à tout le monde mais que va-t-il se passer dans le monde réel ? Cela dit il faut admettre que l'apprentissage peut être différent pour chacun, ce qui est une difficulté lorsque les effectifs sont importants.
69	F	4	observateur	Devrait se faire avant de rentrer à l'hôpital.	Possible mais il n'est pas certain que l'on soit en mesure de réagir avec la même efficacité.
75	F	4	observateur	Intéressant, mais en 4ème année on ne se rend pas compte de la difficulté clinique avec les enfants.	Exact, c'est justement l'occasion de prendre conscience de certaines choses et d'adapter son comportement.
52	M	4	acteur	L'ED arrive trop tardivement dans notre formation: l'idéal aurait été fin D1/début D2.	L'ED est programmé en début D2, ce qui reste le plus évident d'un point de vue organisationnel.
27	M	4	acteur	C'était horrible, je me suis tapé une sale gamine qui ne voulait pas ouvrir la bouche !!!!	Bienvenue au club !
83	M	4	observateur	Je pense qu'il est nécessaire d'effectuer plusieurs ED pré-clinique avant d'arriver à l'hôpital le mercredi matin.	Difficile à faire mais je vais y réfléchir.
8	M	4	observateur	On pourrait utiliser plus le cabinet pédagogique, surtout en 2 et 3ème année.	Effectivement mais cela ne dépend pas que de moi.
63	F	5	acteur	Cet ED serait idéal en début de 4ème année afin de mieux anticiper et gérer le comportement des patients en parallèle du travail au cabinet.	L'ED intervient en début de 4a, il me semble qu'un premier contact avec la réalité est un préalable indispensable mais cela reste discutable.
34	F	5	acteur	Je n'ai jamais pu accéder aux vidéos.	Domage, il est vrai que la première saison a été mise en ligne plus tardivement. Désolé d'avoir essuyé les plâtres !
100	F	5	acteur	L'ED est biaisé par le stress devant la caméra et par les réactions exagérées des enfants et parents. Pour voir l'évolution de notre réaction, il faudrait au	La caméra reste le seul moyen de faire un débriefing. Certains peuvent être plus stressés, mais heureusement que la majorité semble oublier d'être filmé.

				minimum en faire 2 et voir l'évolution avant/après. L'idée de cet ED est bonne mais la caméra est un frein d'expression.	
74	F	5	acteur	La caméra enregistrant les vidéos pour les années suivantes fausse et perturbe notre comportement !!! ED correct, intéressant, mais sans vidéo. Alternative vidéo : étudiant volontaire, jouant différentes attitudes.	OK, je suis preneur du script mais je serai curieux de voir comment l'organiser.
72	F	5	acteur	Les vidéos de ma promo n'ont jamais été disponibles sur Apolline mais j'avais regardé celles des promos d'avant qui, elles, étaient disponibles.	Comme dit précédemment, nous avons mis plus de temps à traiter la première expérience, j'essaye de faire ça dans le mois ce qui représente un gros travail.
43	F	5	acteur	Pas assez de séances, pas de cas d'adultes et vision d'un seul enseignant.	Merci de ces encouragements, il suffit de faire passer le message...
97	F	5	observateur	Cet ED est très intéressant et interactif. Le faire au moins une fois de plus pourrait être utile pour voir l'évolution de notre comportement, comment on appréhende les situations. Il faudrait voir si cet ED est assez pris au sérieux.	Pourquoi pas mais cela demande un certain investissement.
45	F	5	observateur	Des cours de psychologie clinique seraient aussi utiles dans notre formation car notre cabinet est souvent perçu comme un lieu anxiogène pour les patients.	Une question à poser en commission pédagogique ? Il reste que les cours en amphi ne sont pas très fréquentés de nos jours...
44	F	5	observateur	Il serait intéressant de renouveler l'expérience plusieurs fois au cours de l'année pour chaque promo. Essayer de faire participer plus d'étudiants à cette expérience.	Il n'est pas certain que plus d'étudiants souhaitent réellement participer.
96	F	5	observateur	Il vaudrait mieux le faire à l'hôpital, avec des vraies situations. En début de 4ème année, on ne sait pas comment agissent les enfants, donc pour celui qui joue l'enfant, dur de faire du réel !	Je ne pense pas que le CHU soit très disposé à cet égard. Si vous saviez comment se comportent les enfants, cet ED serait inutile. Il ne s'agit pas d'une répétition mais de sortir de sa "zone de confort".
6	F	5	observateur	Peut être plus de situations, avec des adultes de personnalités différentes, avoir à présenter des	Je laisse cette suggestion à mes collègues.

				devis, expliquer des traitements....	
81	M	5	acteur	ED utile comme « première mise en condition ».	Merci !
89	M	5	acteur	Très bonne idée : il en faudrait plus et l'étendre aux cas adultes.	Il suffit de demander dans les autres sections cliniques.
66	M	5	observateur	Je ne pense pas que la simulation puisse éduquer notre comportement aux situations au cabinet.	Domage mais nous n'apprenons pas tous de la même façon.
79	M	5	observateur	On apprend plus avec les professeurs à l'hôpital qu'en ED.	Certes mais nous n'avons pas les moyens d'assurer à tous un véritable enseignement de type internat.
14	F	6	observateur	Il faudrait faire assez d'ED pour que tous les élèves fassent au moins une fois le jeu de rôle.	Difficile à faire pratiquement et il n'est pas question de "forcer" quelqu'un à le faire...
8	F	6	observateur	Pourquoi investir autant d'argent dans un cabinet fictif alors que de simples chaises auraient suffi pour ce jeu de rôle ?	Je n'en suis pas certain : le costume et le décor sont nécessaires à la plupart pour rentrer dans le jeu mais l'expérience serait intéressante
26	M	6	acteur	Un exercice intéressant mais chacun devrait avoir l'opportunité d'être acteur une fois.	Problème de ressources et de disponibilités (air connu).
12	M	6	observateur	Les comportements du patient sont un peu « clichés » (ce qui est normal vu qu'en début de 4ème année, on n'a pas suffisamment d'expérience)=> faire l'ED plus tard dans le cursus.	Pour les 4a, Il s'agit d'une préparation. Mais pour les 6a, ce serait du perfectionnement : à voir, si la demande existe vraiment.

4. Annexe 4 : Souvenir marquant (Q9)

N°Q	M/F	An	Rôle	Q9
53	F	4a	acteur	Avoir le dessus sur des parents autoritaires
34	F	4a	acteur	Discours et attitude du praticien
35	F	4a	acteur	Faire attention à ce qu'on dit !!!
43	M	4a	acteur	Gérer les parents
59	F	4a	acteur	La relation praticien/parent non coopérant
52	M	4a	acteur	Mère possessive qui s'interpose et occupe tout l'espace=>devoir faire sortir les parents
77	F	4a	acteur	Ne pas se laisser déborder par les parents
67	F	4a	acteur	Parents hystériques
26	M	4a	acteur	Parents non compliants
68	F	4a	acteur	Parents parfois aussi difficiles à gérer que les enfants
85	M	4a	acteur	Patients furieux contre le praticien
18	F	4a	acteur	Rôle de l'assistante
74	F	4a	acteur	Situation improbable

Tableau 1 : souvenir marquant 4ème année (acteurs)

N°Q	M/F	An	Rôle	Q9
7	M	4a	observateur	Éloigner le parent de l'enfant
72	F	4a	observateur	Entourage du patient qui prend une place beaucoup trop importante !!
83	M	4a	observateur	Hyperémotivité des parents
60	F	4a	observateur	Il faut être à l'écoute du patient et être ferme s'il nous manque de respect
16	F	4a	observateur	Il faut s'imposer en tant que praticien et ne pas se laisser guider par les parents
32	F	4a	observateur	L'accueil est primordial : 1er contact !
25	M	4a	observateur	L'attitude face aux parents envahissants
13	F	4a	observateur	L'importance de la positionnement spatial du praticien et des parents
17	F	4a	observateur	La discussion avec les parents
19	F	4a	observateur	La façon dont gérer un parent très intervenant et très inquiet
56	M	4a	observateur	La gestuelle du praticien, sa prestance sont importants
54	M	4a	observateur	La place de la mère : intrusive ou pas
57	M	4a	observateur	Langage des gestes
71	F	4a	observateur	Le parent trop imposant à qui le praticien doit demander de rester à sa place
75	F	4a	observateur	Le rapport de « dominance » avec l'enfant ; le devoir de rassurer, lui et ses parents
14	M	4a	observateur	Les gestes
79	M	4a	observateur	Les imprévus de réaction des parents
39	F	4a	observateur	Les imprévus peuvent arriver en cours de soin
29	F	4a	observateur	Les parents envahissants qui s'imposent trop dans le soin
21	F	4a	observateur	Les parents qui ne laissent même pas parler le praticien
6	F	4a	observateur	Ne pas montrer la seringue d'anesthésie à l'enfant ; Dispute des parents divorcés au sein du cabinet à gérer
3	F	4a	observateur	Ne pas sortir du cabinet pour accueillir les gens et garder sa place dans la cabinet
4	F	4a	observateur	Omniprésence parentale à gérer
65	M	4a	observateur	Parce que j'ai rencontré la situation en clinique par la suite (parent qui colle son enfant au fauteuil)

84	F	4a	observateur	Parents agressifs
36	F	4a	observateur	Parler aux enfants
15	M	4a	observateur	Patients non coopérants
12	F	4a	observateur	Perception de l'assistante par le patient et les accompagnateurs
20	F	4a	observateur	Postures et positions du praticien et de l'assistante par rapport aux enfants et parents « turbulents »
58	F	4a	observateur	Praticien refuse de soigner la petite trop difficile
8	M	4a	observateur	Praticien stressé qui pose le panoramique dans le mauvais sens et se fait reprendre par un parent médecin, assistante qui sert à rien
55	M	4a	observateur	Relation en triangle (parent/enfant/praticien)=> deux attitudes à adopter pour le praticien
86	M	4a	observateur	S'adresser directement à l'enfant dès le début de la séance et mettre le parent en arrière plan
70	F	4a	observateur	Relation parent/praticien
89	M	4a	observateur	Savoir être ferme et ne pas se laisser déborder
1	M	4a	observateur	Se baisser pour se mettre au niveau du patient quand on s'adresse à lui
81	F	4a	observateur	Appel de l'URSSAF
78	F	4a	observateur	Se mettre à la hauteur d'un enfant pour lui parler

Tableau 2 : souvenir marquant 4ème année (observateurs)

N°Q	M/F	An	Rôle	Q9
59	M	5a		Le praticien doit toujours respecter le patient ainsi que ses parents, sans quoi il peut y avoir des débordements...
64	M	5a	acteur	Absence de coopération de la part du patient
10	F	5a	acteur	ED dans le cadre de l'odontologie pédiatrique=> relation avec l'enfant mais aussi le parent à gérer
63	F	5a	acteur	Enfant incontrôlable qui touche à tout dès qu'on tourne le dos
15	F	5a	acteur	Faire sortir les parents du cabinet
89	M	5a	acteur	Gestion des parents
86	M	5a	acteur	Il marque des sujets comme : argent, religion, patients agressifs...
1	F	5a	acteur	L'assistante qui m'a mis l'aspiration de force dans la bouche et qui m'a blessé la gencive
29	M	5a	acteur	L'attitude fuyante de l'assistante généralement
87	M	5a	acteur	L'importance du langage non verbal et de la posture
58	F	5a	acteur	La confrontation
71	F	5a	acteur	La place des parents lors de la consultation avec un enfant
74	F	5a	acteur	La position du binôme praticien/assistante par rapport au patient
4	F	5a	acteur	Le parent doit comprendre que le cabinet est notre propriété et que c'est nous le professionnel de santé
60	F	5a	acteur	Manière de faire rentrer le patient dans le cabinet de l'accueillir
31	M	5a	acteur	Mise à l'écart du parent insistant
41	F	5a	acteur	Patient stressant
81	M	5a	acteur	Position praticien/patient ; accueil du patient
9	F	5a	acteur	Remettre les parents à leur place
12	M	5a	acteur	Savoir guider le patient de la porte au fauteuil sans qu'il ne se sente perdu
61	M	5a	acteur	Situation sans majeur présent
55	F	5a	autre	Le parent envahissant qui veut prendre la place du praticien

Tableau 3 : souvenir marquant 5ème année (acteurs)

N°Q	M/F	An	Rôle	Q9
22	F	5a	observateur	Aide de l'assistante, qui doit s'interposer entre les parents
18	F	5a	observateur	Encadrement des parents
62	F	5a	observateur	Enfant qui profite de la non concordance des parents
78	F	5a	observateur	Enfant turbulent
95	F	5a	observateur	Gérer les parents, les faire sortir du cabinet si envahissants
88	M	5a	observateur	Gestion de l'urgence
36	F	5a	observateur	L'attitude des parents face à la crainte de leur enfant n'est pas toujours adaptée
19	F	5a	observateur	La mère envahissante
70	F	5a	observateur	La place des parents lors de la consultation
6	F	5a	observateur	La réaction parfois imprévisible d'un enfant
82	F	5a	observateur	Le comportement non verbal
97	F	5a	observateur	Le fait de faire sortir le parent du cabinet car il « nuit » à la coopération de l'enfant
30	M	5a	observateur	Le praticien qui stresse
53	M	5a	observateur	Ne pas poser à l'enfant des questions, lui donner le choix entre deux possibilités
76	F	5a	observateur	Occupation de l'espace, poser des limites
79	M	5a	observateur	Patient exigeant
44	F	5a	observateur	Relation parent/praticien
73	F	5a	observateur	Une nouvelle personne qui rentre dans le cabinet et qui change la donne

Tableau 4 : souvenir marquant 5ème année (observateurs)

N°Q	M/F	An	Rôle	Q9
3	F	6a	acteur	Comment le praticien peut vite se faire dépasser par les parents
26	M	6a	acteur	Difficultés à gérer les parents
6	F	6a	acteur	Éviter de dire des mots qui peuvent déclencher des peurs chez les enfants
47	F	6a	acteur	Les caprices des enfants et la peur des parents
54	M	6a	acteur	Mettre les parents à l'écart dans certains cas
40	F	6a	acteur	Mise en situation avec un enfant
21	F	6a	acteur	Ne pas laisser les parents prendre le dessus lors de la consultation
32	M	6a	acteur	Parent trop impliqué
25	F	6a	acteur	Rapport avec les parents
5	M	6a	observateur	Enfant et parent pénible
7	F	6a	observateur	Enfant turbulent=>praticien débordé
66	F	6a	observateur	L'importance de contenir le patient dans les espaces qui lui sont réservés
12	M	6a	observateur	La mère qui ennuie le praticien et l'assistante
37	M	6a	observateur	La place des parents lors de la consultation
1	M	6a	observateur	Langage corporel
14	F	6a	observateur	Patient très anxieux qu'il fallait rassurer
48	M	6a	observateur	Prise de pouvoir sur la mère
57	M	6a	observateur	Que le praticien doit parfois éloigner la mère

Tableau 5 : souvenir marquant 6ème année (acteurs et observateurs)

5. Annexes 5 : Interviews

Lors de l'ED, on apprend plus à gérer les parents que l'enfant : l'idéal serait donc de faire quelques cas où le praticien est seul avec un enfant (de 11 ou 12 ans), qu'il puisse se concentrer uniquement sur lui. De plus, parfois les parents nous aident et nous apportent la solution pour calmer l'enfant. On peut aussi penser à refaire l'expérience avec des cas de patients adultes. J'aurais bien aimé refaire cet ED en fin de 4ème année pour voir l'évolution de notre comportement, acquis grâce à l'expérience. Avec le recul, quand je revois certaines vidéos, je me dis que je ne ferai pas certaines choses que j'ai vues (ex : seringue bien en vue du patient...). Je pense que cet ED nous a permis d'apprendre un peu de la relation patient praticien. Et c'était la première fois dans notre cursus qu'on avait à faire à un vrai cabinet, donc on a trouvé ça sympa !! Personnellement, je n'ai pas encore eu de patient trop compliqué, ni de parent trop ennuyant à l'hôpital. Et dès que c'est un peu compliqué, on a la sécurité d'avoir les professeurs pas loin, qui ont plus de poids que nous auprès des patients. Je n'ai donc pas encore pu mettre en application mon apprentissage.

Etudiant de 5ème année

Je trouve que cet ED est une très bonne idée ! Personnellement, j'ai regardé toutes les vidéos, j'ai retenu les formules et mots utilisés, que je réutilise maintenant régulièrement en consultation. Les perturbations qui ont lieu lors du jeu de rôle permettent de montrer comment on réagirait dans telle ou telle situation, comment est-ce qu'on se débrouillerait pour rebondir dans des situations complexes. Certes, il faut laisser le temps à l'étudiant de rentrer dans le rôle, mais les situations marquent : on fait attention à notre attitude en clinique par la suite. Je me souviens de quelques scènes que je ne gérerai pas comme ça maintenant. Par exemple, quand on voit le petit avec la lumière du scialytique dans les yeux ou l'assistante qui prend le téléphone dans le cabinet. Au lieu de tout simplement sortir, elle enfreint le secret médical !!! Lors du débriefing, le professeur nous a donné des conseils pour savoir comment se comporter. Personnellement : j'ai appliqué ces conseils, que ce soit en odontologie pédiatrique ou chez les adultes !! L'ED a eu lieu avant de commencer la clinique : le fait de l'avoir effectué avant m'a aidé. Car, du fait d'avoir déjà vu comment gérer des cas compliqués au niveau relationnel, je me sentais plus à l'aise lorsque j'ai débuté l'hôpital. C'est une très bonne idée !!!! On pourrait l'améliorer en le rendant plus « crédible » : il suffirait que des assistant(e)s ou professeurs jouent dans le jeu de rôle. Si les acteurs n'étaient pas que des étudiants, je pense qu'on serait plus sérieux et plus impliqués, la simulation plus prise au sérieux et encore plus bénéfique pour nous ! Plus qu'elle ne l'est déjà !! Il faudrait effectuer cet ED en fin de D1 en expliquant aux étudiants que là on leur montre des situations qui pourront se présenter plus tard, que c'est à ce moment là qu'ils verront l'intérêt de la simulation. Il faudrait aussi le refaire en fin de D2 pour voir les modifications dans notre comportement, même si j'ai conscience que c'est compliqué pour l'organisation d'organiser une deuxième séance.

Etudiante de 5ème année

Avant, on avait que la théorie. Mais il est évident que d'être mis en situation constitue un « plus » : plus on peut pratiquer les choses mieux c'est, car il existe une grosse différence entre dire et faire !!!! La théorie, en soit c'est bien, mais la pratique, c'est bien mieux. L'idéal serait de combiner à la fois cours magistral (mais que théorique) et ED de pratique (dans lequel les étudiants apprennent mieux). Cependant, si on ne devait choisir qu'un seul des deux, je pencherais pour l'ED de simulation, sans hésitation ! Je pense que l'on peut améliorer cet ED en effectuant plusieurs séances. Tous les étudiants ne peuvent pas participer et c'est dommage car il n'y a rien de mieux que de faire soi-même le jeu (plutôt que de le voir jouer). Je pense aussi qu'on pourrait le développer sur d'autres thèmes, comme c'est déjà le cas pour l'anesthésie. Ainsi que mettre en ligne sur Apolline un PDF dans lequel sont expliquées les bases de la relation praticien-patient (dans les grandes lignes) à lire par les étudiants avant la séance d'ED. En 4ème année, les étudiants débutent la clinique et sont de suite projetés dans les consultations pédodontiques : c'est compliqué pour eux ! Globalement, sur l'approche avec les enfants et les choses à ne pas dire, les étudiants se débrouillent plutôt pas mal. Donc l'intérêt de cet ED est bien présent, c'est un véritable plus !!!!

AHU

J'aurais bien aimé avoir ce type d'ED quand j'étais étudiante ! Nous on est arrivé et on a directement baigné dans le bain, à patauger. Cet ED est profitable mais il devrait être fait plus tôt, comme par exemple en fin de D1 ou toute première semaine de D2, quand les étudiants ont pas encore trop installé de patients. Par contre, comme on manque de temps, il est « hyper condensé », tout est minuté, et c'est dommage. De plus, le temps que les étudiants acteurs remontent, ils n'ont pas la chance d'entendre l'analyse qui a eu lieu sur leur prestation : il faudrait attendre un peu, qu'eux aussi aient droit aux commentaires. Je sais que l'organisation de mise en place est compliquée mais il faudrait prévoir au moins deux séances obligatoires. Mais pourquoi pas créer un optionnel pour les étudiants réceptifs et motivés, dans lequel tous passeraient et travailleraient le relationnel ? Je pense aussi que si les étudiants n'étaient pas filmés, ils seraient plus à l'aise lors du jeu. De mon point de vue, l'ED est bénéfique. En plus on en a reparlé à l'hôpital avec les étudiants et on a eu que des bons retours !! Ça les a bien aidé à aborder les patients. Certains étudiants sont plus à l'aise que d'autres en communication, mais l'ED a montré comme une sorte de guide pour ceux qui sont moins à l'aise.

AHU

J'ai toujours été étonné des difficultés relationnelles de nombreux étudiants en clinique. Leur statut d'étudiants les réduit le plus souvent à des relations avec leurs pairs dont ils maîtrisent les codes, mais ils ont plus de mal avec des personnes qui ne sont pas de leur génération. Et cela se manifeste avec d'autant plus d'acuité qu'ils doivent être en capacité d'effectuer des soins, alors qu'ils manquent d'expérience clinique : le stress les conduit à faire des erreurs qui peuvent les mettre en échec dans la prise en charge de leur patient, surtout dans le cas des enfants. Ces erreurs ont souvent pour base un comportement inapproprié. Mais comment y remédier ?

Ce qui s'apprenait autrefois par les humanités s'est vu progressivement investi par les sciences humaines (psychologie, sociologie...etc) et plus récemment encore par de nouvelles

disciplines comme la communication.

L'apprentissage des contextes est toujours ce qui demande le plus de temps. Les stages cliniques apparaissent tout naturellement comme le moyen idéal de la mise en situation réelle, toutefois les contraintes hospitalières l'emportent souvent sur la mission de formation. Certes le compagnonnage (enseignement par immersion de type internat) est une méthode ancrée sur le terrain qui a fait ses preuves mais elle :

- manque d'homogénéité dans la formation, car elle délivre autant de messages qu'il existe de maîtres de stage. Cette richesse peut être un atout, mais elle est aussi source d'inégalité...*
- est dépendante des aléas de la rencontre avec la problématique que l'on souhaite explorer. Suivant son affectation, l'étudiant n'est pas obligatoirement mis en présence avec la diversité des patients qu'il aura à traiter ...*
- reste difficile à mettre en œuvre quand les cohortes d'étudiants à former sont importantes et que l'on ne dispose pas de ressources humaines nécessaires. Ce déficit nous conduit à privilégier les expédients pour affronter l'urgence des situations, sans consacrer le temps nécessaire à la formation notamment dans ce qui apparaît comme le superflu : trouver la bonne attitude, savoir accorder sa gestuelle sur son discours.*

Le cours en amphithéâtre est de facto plus homogène, centré sur le problème et beaucoup moins gourmand en ressources, mais il s'agit d'une pédagogie transmissive qui ne rencontre plus beaucoup d'enthousiasme. Il fallait proposer une nouvelle stratégie plus dynamique basée sur l'interactivité, sous la forme d'enseignement dirigés en petits groupes et mettant à profit les moyens techniques d'enregistrement et de rediffusion dont nous pouvons disposer. L'idée du jeu de rôle s'est donc imposée mais elle n'est pas sans difficulté à mettre en œuvre :

- 1. Organisation des emplois du temps*
- 2. Mobilisation d'une équipe*
- 3. Scénarisation, implication des étudiants*
- 4. Gestion des paramètres techniques d'enregistrement et de rediffusion*
- 5. Post-production et mise en ligne*

Cela dit, si le projet reste perfectible, je suis convaincu que nous devons poursuivre dans cette voie en dépit des obstacles rencontrés. L'exercice est ardu et pose de nombreuses questions quant à sa mise en forme, tant il apparaît difficile de faire entrevoir la lune au plus grand nombre alors qu'il est plus facile de regarder le doigt qui la pointe...

Enseignant ayant créé l'ED

La mise en place du système de retransmission des ED dans le cabinet de simulation ne présente pas de grosses difficultés techniques mais demande une bonne organisation. Cette opération demande environ une heure de mise en place préalable, dans la mesure où nous travaillons sur une régie mobile. Par ailleurs je dois rester sur site tout le temps de l'ED mais j'interviens peu sur la post-production qui est prise en charge par le Dr Delbos.

Pour assurer la captation et la diffusion en direct, nous disposons du matériel suivant :

- Dans le cabinet pédagogique
 - o Fixe à demeure
 - 2 caméras Tourelle PTZ Sony EVi70***

- Une grille analogique 5i/5o
- Une table de mixage
- Ecran TV
- Prise réseau + Câble
- Mobile à déployer
 - PC Régie + logiciel Vmix
 - 2 Micros HF
 - Micro plat conférence
- Dans la salle de retour Salle de retour
 - PC mobile
 - Enceinte amplifiée
 - Micro contact orateur
 - Prise réseau + câble

Quelles sont les difficultés techniques que vous rencontrez ?

-La stabilité du réseau : indispensable car la solution repose sur un flux vidéo gourmand en bande passante, qui passe sur notre intranet. De ce fait, nous pouvons diffuser dans n'importe quelle salle de l'UFR, sans avoir de câble à tirer.

- Prise de son : problème résolu depuis l'acquisition de micros plats.

- Il subsiste certaines limitations de prise de vue du fait du manque de recul des caméras pour capter toute la pièce.

Technicien informatique

Bibliographie

- [1] ALBERT MEHRABIAN S. R. F. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *J. Consult. Psychol.* 1967. Vol. 31, n°3, p. 248-52. doi:10.1037/h0024648
- [2] ALTET M. *Les pédagogies de l'apprentissage*. Paris : Presses Universitaires de France – PUF; 1997.
- [3] ALTET M. *Les pédagogies de l'apprentissage*. Paris: Presses Universitaires de France – PUF; 2013. 111 p.
- [4] AMZALAG A, DARDENE P, EURIN B. *Codes de la relation dentiste-patient*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007. 125 p.
- [5] ARRETO CD, BRUNET-CANONNE A, FIORETTI F. *Consulter en odontologie : La relation praticien patient*. Rueil-Malmaison: Cahiers de prothèses éditions; 2006. 125 p.
- [6] BARNEY C., SHEA S. C. The Art of Effectively Teaching Clinical Interviewing Skills Using Role-playing: A Primer. *Psychiatr. Clin. North Am* juin 2007. Vol. 30, n°2, p. 31-50. doi:10.1016/j.psc.2007.03.001
- [7] BERNEY S., *Formation et Jeux de rôles, Psychothérapies* 2014/4 (Vol. 34), p. 209-210.
- [8] BERTHELETTE D., DESNOYERS L., BÉDARD A. Recherche évaluative d'un programme syndical de formation en santé et en sécurité du travail. *Relat. Ind. Ind. Relat.* 1 juillet 2001. Vol. 56, n°3, p. 516-542.
- [9] BERTRAND Y. *Les modèles éducationnels : Service pédagogique Université de Montréal*, 1979. 72 p. ISBN : 9782920096004.
- [10] BILLET S. Learning in the circumstances of work: the didactics of practice. *Éducation Didact.* 30 septembre 2011. Vol. 5, n°2, p. 125-146. doi:10.4000/educationdidactique.1251
- [11] BILODEAU H., PROVENCHER M., BOURDAGES L., DESCHÊNES A.-J., DIONNE M., GAGNÉ P., LEBEL C., RADA-DONATH A. Les objectifs pédagogiques dans les activités d'apprentissage de cours universitaires à distance. *DistanceS.* 1999. Vol. 3, n°2, p. 33–68.
- [12] BLOOM B. S. *L'innocence en pédagogie*. Education : Tribune libre d'information et de discussion pédagogiques. 1972. Vol. mai. p. 3-18
- [13] BLOOM B. S., PACAULT A., LAVALLÉE M. *Taxonomie des objectifs pédagogiques*. Tome 1, *Domaine cognitif*. Education nouvelle, 1969.
- [14] BONNAUD A., POTTIER P., BARRIER J. H., DABOUIS G., PLANCHON B., MOUZARD A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale*. août 2004. Vol. 5, n°3, p. 159-166. doi:10.1051/pmed:2004023

- [15] BORITZ J. E., CARNAGHAN C. A. Competency-Based Education and Assessment for the Accounting Profession: A Critical Review. *Can. Account. Perspect.* 1 mai 2003. Vol. 2, n°1, p. 7-42. doi:10.1506/5K7C-YT1H-0G32-90K0
- [16] BOUDREAU H. Comment développer sa compétence en développant celle des élèves?. *Vie Pédagogique.* 2002. Vol. 124, p. 9–11.
- [17] BUCHANAN J. A. Use of simulation technology in dental education. *J. Dent. Educ.* novembre 2001. Vol. 65, n°11, p. 1225-1231.
- [18] BURGERS C., EDEN A., VAN ENGELBURG M. D., BUNINGH S. How feedback boosts motivation and play in a brain-training game. *Comput. Hum. Behav.* juillet 2015. Vol. 48, p. 94-103. doi:10.1016/j.chb.2015.01.038
- [19] CARON F., PINA A., MAHONE M., COSTA J.-P., SANSREGRET A., DURAND M. Évaluer l'environnement éducatif post-gradué : traduction et validation d'un questionnaire. *Pédagogie Médicale.* mai 2014. Vol. 15, n°2, p. 91-98. doi:10.1051/pmed/2014012
- [20] CERVELLO E. Enrichissement de la communication non-verbale chez des adolescents dysphasiques : intérêts d'un atelier d'expression théâtrale. *Cognitive Sciences.* 2014. <dumas01044837>
- [21] CHADUC M.-T. Les grandes notions de pédagogie. Bordas pédagogie, 2001. 327 p.
- [22] CHARLIN B., BORDAGE G., VAN DER VLEUTEN C. L'évaluation du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale.* février 2003. Vol. 4, n°1, p. 42-52. doi:10.1051/pmed:2003015
- [23] CHILEMBA E. B., BRUCE J. C. Teaching styles used in Malawian BSN programmes: A survey of nurse educator preferences. *Nurse Educ. Today.* février 2015. Vol. 35, n°2, p. 55-60. doi:10.1016/j.nedt.2014.12.015
- [24] COLLARD A., MELOT F., BOURGUIGNON J.-P. Intérêt d'un exercice centré sur la capacité d'auto-validation des connaissances au cours d'un dispositif d'apprentissage par problèmes. *Pédagogie Médicale.* mai 2014. Vol. 15, n°2, p. 73-89. doi:10.1051/pmed/2014013
- [25] COMBESSIE J.-C. La méthode en sociologie. Repères. 2007. Vol. 5^e édition, Paris, La Découverte, Repères, 128 p.
- [26] COURAU S. Jeux et jeux de rôle en formation : toutes les clés pour réaliser des formations efficaces. ESF, 2011. 173 p.
- [27] DEBYSER F. Les jeux de rôles. 26p. Mémoire. 1997.
- [28] DEFFIEUX X., FAIVRE E., FRYDMAN R., SENAT M.-V. Enseigner la relation médecin-malade en gynécologie obstétrique par des séances de jeu de rôle. *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* mai 2008. Vol. 37, n°3, p. 291-298. doi:10.1016/j.jgyn.2007.10.007
- [29] DINICĂ R. C. Non-verbal Communication - Indispensable Complement of Oral and Written Communication. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 9 juillet 2014. Vol. 137, p. 105-111. doi:10.1016/j.sbspro.2014.05.260

- [30] DURKHEIM É. L'éducation morale. CreateSpace Independent Publishing Platform; 1925. 248 p.
- [31] EVEN G. Enseigner la relation médecin-malade: présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie Médicale*. août 2006. Vol. 7, n°3, p. 165-173. doi:10.1051/pmed:2006012
- [32] FRANKLIN B. Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends. <http://www.dico-citations.com/tu-me-dis-j-oublie-tu-m-enseignes-je-me-souviens-tu-m-impliques-j-apprends-franklin-benjamin>
- [33] FULLERTON J. T., THOMPSON J. B., JOHNSON P. Competency-based education: The essential basis of pre-service education for the professional midwifery workforce. *Midwifery*. octobre 2013. Vol. 29, n°10, p. 1129-1136. doi:10.1016/j.midw.2013.07.006
- [34] GAUTHIER C. Enseignement explicite et réussite des élèves : la gestion des apprentissages. De Boeck, 2013. 322 p.
- [35] GIRARD G., CLAVET D., BOULÉ R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. août 2005. Vol. 6, n°3, p. 178-185. doi:10.1051/pmed:2005022
- [36] DE GRANDMONT N. Le Jeu pédagogique : conseils et activités pratiques. Ed. Logiques, 1995. 167 p.
- [37] GREBELSKY-LICHTMAN T. Children's Verbal and Nonverbal Congruent and Incongruent Communication During Parent-Child Interactions. *Hum. Commun. Res.* 1 octobre 2014. Vol. 40, n°4, p. 415-441. doi:10.1111/hcre.12035
- [38] GRUPPEN L. D. Competency-Based Education, Feedback, and Humility. *Gastroenterology*. 1 janvier 2015. Vol. 148, n°1, p. 4-7. doi:10.1053/j.gastro.2014.11.021
- [39] GUIGOT M., MENARD J.-F., WEBER J., COLIN R. Mesure de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale d'étudiants en médecine de 2^e année. *Pédagogie Médicale*. février 2002. Vol. 3, n°1, p. 8-13. doi:10.1051/pmed:2002010
- [40] HANOT M. Le jeu de rôle et le sculpting : deux dispositifs pour la supervision individuelle et/ou collective. *Thérapie Fam.* 1 décembre 2011. Vol. Vol. 32, n°4, p. 467-477.
- [41] HARISPURU M. Les stratégies d'ajustement de l'enfant lors de la consultation dentaire. 148 p. Thèse de doctorat : chirurgie-dentaire. Bordeaux. 2010. numéro 64
- [42] HOUSSAYE J. La pédagogie traditionnelle; suivi de Petite histoire des savoirs sur l'éducation : une histoire de la pédagogie. Fabert, 2014. 373 p.
- [43] HOUSSAYE J. Le triangle pédagogique. P. Lang, 2000. 267 p.
- [44] HOUSSAYE J. Le triangle pédagogique : Les différentes facettes de la pédagogie. Issy-les-Moulineaux; ESF Editeur, 2014. 155 p. ISBN : 9782710126720.
- [45] HOUSSAYE J., COLLECTIF. Pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui. 9e édition.

Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur, 2013. 351 p. ISBN : 9782710125693.

- [46] HUBER M. (Se) Former par les situations-problèmes : des déstabilisations constructives. *Chronique sociale*, 2011. 232 p.
- [47] KALET A., PUGNAIRE M. P., COLE-KELLY K., JANICIK R., FERRARA E., SCHWARTZ M. D., LIPKIN M., LAZARE A. Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* juin 2004. Vol. 79, n°6, p. 511-520.
- [48] KALWITZKI M. Self-reported changes in clinical behaviour by undergraduate dental students after video-based teaching in paediatric dentistry. *Eur. J. Dent. Educ.* 1 août 2005. Vol. 9, n°3, p. 108-114. doi:10.1111/j.1600-0579.2005.00372
- [49] KALWITZKI M., ROSENDAHL R., GÖTTLE R., WEIGER R. Acceptance of video-based teaching in paediatric dentistry by undergraduate dental students. *Eur. J. Dent. Educ.* 1 mai 2003. Vol. 7, n°2, p. 66-71. doi:10.1034/j.1600-0579.2003.00286
- [50] KOLB A. Y., KOLB D. A. Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education. *Acad. Manag. Learn. Educ.* 1 juin 2005. Vol. 4, n°2, p. 193-212.
- [51] KOLB D. A. *Experiential learning : experience as the source of learning and development.* Prentice Hall, 1984. 256 p.
- [52] LAKI K., BESLOT-NEVEU A., WOLIKOW M., DAVIT-BÉAL T. Présence des parents au cours des soins dentaires. *Arch. Pédiatrie.* novembre 2010. Vol. 17, n°11, p. 1617-1624. doi:10.1016/j.arcped.2010.07.016
- [53] LAURIN S, AUDETAT MC, SANCHE G. L'approche par compétences : lubie pédagogique ou réel progrès ? *Le Médecin du Québec* 2013 ; 48 (3) : 87-90.
- [54] LEGARDINIER A. Comment limiter les biais liés au choix des échelles de mesure dans les études marketing ?. *Business administration.* 2013. <dumas-00933905>
- [55] LEGENDRE R., UNIVERSITE DU QUEBEC.MONTRÉAL. *Dictionnaire actuel de l'éducation.* Paris : Larousse, 1988. 679 p.
- [56] LEVY G. Profil et compétences du futur odontologiste européen. *ADEE.* 2009.
- [57] MARTIN G. Le recours aux jeux de rôle dans la filière vente. IUFM de l'Académie de Montpellier. 2010. Non paginé. *Mémoire professionnel : Vente*
- [58] MEGEL M. E., BAILEY C., SCHNELL A., WHITEAKER D., VOGEL A. High-Fidelity Simulation: How Are We Using the Videos?. *Clin. Simul. Nurs.* août 2013. Vol. 9, n°8, p. 305-310. doi:10.1016/j.ecns.2012.04.003
- [59] MEHRABIAN A., WIENER M. Decoding of inconsistent communications. *J. Pers. Soc. Psychol.* mai 1967. Vol. 6, n°1, p. 109-114.
- [60] MILLETTE B., LUSSIER M.-T., GOUDREAU J. L'apprentissage de la communication par

les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. mai 2004. Vol. 5, n°2, p. 110-126. doi:10.1051/pmed:2004013

- [61] MINISTÈRE. Tous en route. 2002. www.police-territoriale.fr/Tousenroute_2011.pdf
- [62] MORANDI F. Modèles et méthodes en pédagogie. Paris: Nathan Université ; 2001. 127 p.
- [63] NASR M. W., YAZIGI A., MOUSSA R. Un problème pédagogique pour initier les étudiants en médecine à ... l'apprentissage par problèmes. *Pédagogie Médicale*. mai 2004. Vol. 5, n°2, p. 103-109. doi:10.1051/pmed:2004012
- [64] NAULIN-IFI C. Odontologie pédiatrique clinique. Éd. CdP, 2011. 327p.
- [65] NGUYEN D.-Q., BLAIS J.-G. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale*. novembre 2007. Vol. 8, n°4, p. 232-251. doi:10.1051/pmed:2007026
- [66] NILSEN S., BAERHEIM A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it - a focus-group based qualitative study. *BMC Med. Educ.* 2005. Vol. 5, p. 28. doi:10.1186/1472-6920-5-28
- [67] NORMAN L. CORAH R. M. O. Dentists' management of patients' fear and anxiety. *J. Am. Dent. Assoc.* 1939. 1985. Vol. 110, n°5, p. 734-6. doi:10.14219/jada.archive.1985.0427
- [68] O'BRIEN H. V., MARKS M. B., CHARLIN B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. août 2003. Vol. 4, n°3, p. 184-191. doi:10.1051/pmed:2003008
- [69] ODHAYANI A. A., RATNAPALAN S. Enseigner l'art de la communication. *Can. Fam. Physician*. 10 janvier 2011. Vol. 57, n°10, p. 398-400.
- [70] DE OLIVEIRA S. N., PRADO M. L. DO, KEMPFER S. S., MARTINI J. G., CARAVACA-MORERA J. A., BERNARDI M. C. Experiential learning in nursing consultation education via clinical simulation with actors: Action research. *Nurse Educ. Today*. février 2015. Vol. 35, n°2, p. 50-54. doi:10.1016/j.nedt.2014.12.016
- [71] PARRATTE J., STIP E. L'apprentissage par compétences : renouveau pédagogique à l'université de Montréal. *Inf. Psychiatr.* 1 septembre 2012. Vol. Volume 88, n°7, p. 543-548.
- [72] PASTIAUX-THIRIAT G. La pédagogie. Nathan, 2011. 160 p.
- [73] PASTIAUX-THIRIAT G. Précis de pédagogie. Nathan, 2006. 159 p.
- [74] PICHAT M., MERRI M. Psychologie de l'éducation. Tome 1, L'école. Bréal éd., 2007.
- [75] PRINS P., VEERKAMP J., TER HORST G., DE JONG A., TAN L. Behavior of dentists and child patients during treatment. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1 octobre 1987. Vol. 15, n°5, p. 253-257. doi:10.1111/j.1600-0528.1987.tb00532
- [76] QUINTON A. Jeux de rôles. *Pédagogie [En ligne]*. 1995. Vol. 45. <http://www.crame.u->

bordeaux2.fr/pdf/jeu_de_roles.pdf

- [77] REED S. J., ANDREWS C. M., RAVERT P. Debriefing Simulations: Comparison of Debriefing with Video and Debriefing Alone. *Clin. Simul. Nurs.* décembre 2013. Vol. 9, n°12, p. 585-591. doi:10.1016/j.ecns.2013.05.007
- [78] RENO J. Le débriefing en simulation médicale : techniques et outils pédagogiques. *Human health and pathology.* 2012. <dumas-00787927>
- [79] ROZIER R. G., HOROWITZ A. M., PODSCHUN G. Dentist-patient communication techniques used in the United States. *J. Am. Dent. Assoc.* 1 mai 2011. Vol. 142, n°5, p. 518-530. doi:10.14219/jada.archive.2011.0222
- [80] SANCHEZ E., JOUNEAU-SION C. Les jeux, des espaces de réflexivité permettant la mise en œuvre de démarches d'investigation. *Ressour. Trav. Collect. Dans Mise En Place Démarches Investig. Dans Enseign. Sci.-Actes Journ. Sci. Lyon Fr.* [En ligne]. 2010. <http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/dies2010/05-communications-recherches/05-7-sanchez-jouneau-sion.pdf>
- [81] SCALLON G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. De Boeck, 2007.
- [82] SCHWEYER F.-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T. Créer et piloter un réseau de santé: un outil de travail pour les équipes. Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2004. ISBN : 2859528865 9782859528867.
- [83] SHEA S. C., BARNEY C. Macrotraining: A "How-To" Primer for Using Serial Role-playing to Train Complex Clinical Interviewing Tasks Such as Suicide Assessment. *Psychiatr. Clin. North Am.* juin 2007. Vol. 30, n°2, p. 1-29. doi:10.1016/j.psc.2007.03.002
- [84] SONNTAG M., LEMAÎTRE D., FRAYSSE B., BECERRIL R., OGET D. Les questions de formation dans les Ecoles d'ingénieurs Un débat reconnu. Une place pour la recherche?. *Rech. Éducatives.* 6 octobre 2008. n°1, p. 121-144.
- [85] ST-ONGE C., LANDRY M., BERGERON L., VOYER G., XHIGNESSE M. L'intégration du testing en développement professionnel continu est-elle acceptable?. *Pédagogie Médicale.* novembre 2012. Vol. 13, n°4, p. 247-255. doi:10.1051/pmed/2012021
- [86] SWANK J. M., MCCARTHY S. N. The Counselor Feedback Training Model: Teaching Counseling Students Feedback Skills. *Adultspan J.* 1 octobre 2013. Vol. 12, n°2, p. 100-112. doi:10.1002/j.2161-0029.2013.00019
- [87] TARDIF J. *Le transfert des apprentissages.* Editions Logiques, 1999.
- [88] TARDIF J. *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement.* Chenelière-éducation, 2006.
- [89] THERER J., WILLEMART C. Styles et Stratégies d'enseignement et de formation - Approche paradigmatique par vidéo, in *Éducation Tribune Libre*, février 1984. *Probio Rev.* 1984. Vol. 7, n°1.

- [90] VIERSET V., BÉDARD D., FOIDART J. M. La psychosociologie : un cadre interprétatif de la fonction de tuteur dans un dispositif d'apprentissage par problèmes. *Pédagogie Médicale*. août 2009. Vol. 10, n°3, p. 211-228. doi:10.1051/pmed/20090001
- [91] VOORHEES R., ÉD. *Measuring What Matters: Competency-Based Learning Models in Higher Education: New Directions for Institutional Research*, Number 110. 1^e édition. San Francisco : Jossey-Bass, 2001. 120 p. ISBN : 9780787914110.
- [92] WAGNER J., ARTEAGA S., D'AMBROSIO J., HODGE C. E., IOANNIDOU E., PFEIFFER C. A., YONG L., REISINE S. A patient-instructor program to promote dental students' communication skills with diverse patients. *J. Dent. Educ.* décembre 2007. Vol. 71, n°12, p. 1554-1560.
- [93] WATSON K. Perspective: Serious play: teaching medical skills with improvisational theater techniques. *Acad. Med. J. Assoc. Am. Med. Coll.* octobre 2011. Vol. 86, n°10, p. 1260-1265. doi:10.1097/ACM.0b013e31822cf858
- [94] YAICHE F. *Les simulations globales : mode d'emploi*. Hachette FLE, 1996. 189 p.
- [95] *Current Anthropology 1968* | Center for a Public Anthropology [En ligne]. Disponible sur : <http://www.publicanthropology.org/archives/current-anthropology/current-anthropology-1960/current-anthropology-1968/>
- [96] « ÉLÈVE AU CENTRE ». *Encycl. Universalis* [En ligne]. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/eleve-au-centre>
- [97] HOUSSAYE J, SOETARD M, HAMELINE D, FABRE M. *Manifeste pour les pédagogues ESF*, 2001. 126 p.

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Caroline CASASSUS, Le 1er juillet 2015

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2015 - n°53

Discipline Odontologie pédiatrique

Intérêt du jeu de rôle dans l'apprentissage de la relation patient-praticien en odontologie pédiatrique

Résumé

Depuis toujours, la communication entre praticien et patient constitue un principe clef du soin. Il s'en suit une alliance thérapeutique qui permet la mise en confiance du patient, indispensable à sa coopération. Nous nous y intéressons dans le cadre de travail à un jeu de rôle, créé à l'UFR d'Odontologie de BORDEAUX pour enseigner les bases de la relation patient-praticien : il s'agit d'une simulation de consultation mettant en scène un praticien, son assistante et un enfant accompagné. Cette séance filmée donne lieu à un débriefing immédiat ainsi qu'à la possibilité de visionner un montage des séquences d'intérêt sur la plateforme Apolline. Dans le cadre d'un cabinet pédagogique implanté au sein de la faculté, le futur chirurgien-dentiste va avoir l'opportunité d'évoluer dans un environnement sécurisé et contrôlé pour améliorer ses compétences en communication avant de commencer la clinique. Nous avons réalisé une enquête par questionnaire auprès des étudiants ayant participé aux séances pour recueillir leur appréciation. Les démarches d'évaluation de cet enseignement que nous avons réalisées mettent en évidence une appréciation des étudiants positive à son égard, mais pas l'estimation réelle des apprentissages développés.

Mots-clés : Enseignement – Jeu de rôle – Communication non verbale - Comportement

Interest of the role-play to learn the patient-practitioner relationship in pediatric dentistry

Summary

Traditionally, communication between practitioner and patient is a key principle of care. This results in a therapeutic alliance that establishes trust, necessary for the patient to be cooperative. BORDEAUX Odontology Faculty created a role game to teach the basics of patient-practitioner relationship. It simulates a consultation with a practitioner, his assistant and an accompanied child. This filmed session is followed by an immediate debriefing. Moreover, the most interesting sequences are available on the Apolline platform. Thanks to this and within the educational dental center located in the faculty, the future dentist will be able to work in a secure and controlled environment to improve his communication skills before beginning his job at the clinic. We build a questionnaire survey for students who took part to the sessions to obtain their feedback. The results show that the students have a positive feeling but are not able to describe the concrete skills they developed.

Key-words : Teaching – Role playing – Non verbal communication – Behaviour

Université de Bordeaux – Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

16-20 Cours de la Marne 33082 BORDEAUX CEDEX

