



HAL
open science

Enseigner la relation patient-praticien : apport des patients simulés pour la formation des étudiants en odontologie

Carina Cepa da Silva

► To cite this version:

Carina Cepa da Silva. Enseigner la relation patient-praticien : apport des patients simulés pour la formation des étudiants en odontologie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03948458

HAL Id: dumas-03948458

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03948458v1>

Submitted on 20 Jan 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE SANTÉ
UFR D'ODONTOLOGIE

Année 2022

N° D024

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
Présentée et soutenue publiquement le : 17 Février 2022

Par

Carina CEPA DA SILVA

**Enseigner la relation patient-praticien : apport des patients simulés
pour la formation des étudiants en odontologie**

Dirigée par Mme le Professeur Marjolaine Gosset

JURY

Mme le Professeur Sibylle Vital

Président

Mme le Professeur Marjolaine Gosset

Assesseur

Mme le Professeur Sylvie Séguier

Assesseur

Mme le Docteur Annabelle Tenenbaum

Assesseur

Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalme

Invité



L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse d'exercice comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation, auprès du ou des titulaires des droits. Le droit de citations doit s'exercer avec rigueur et discernement. Certaines citations peuvent comporter un extrait textuel de la source. Cet extrait textuel doit être relativement court (une quinzaine de lignes tout au plus), mis entre guillemets ou clairement séparé du corps du texte et bien évidemment référencé en citation. En ce qui concerne la citation sans extrait textuel (mention d'idées ou concepts originaux, données chiffrées, figures, etc.), il faut également en citer la source. Toute figure, tableau, graphique reproduit doit également être accompagné de la citation de la source. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse d'exercice. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers.

Carina CEPA DA SILVA

Tableau des enseignants de l'UFR d'Odontologie

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme M. AUJAY DE LA DURE-MOLLA Mme É. DURSUN Mme S. VITAL	Mme A.-L. BONNET M. F. COURSON Mme A. VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme E. LE NORCY	Mme M. BENAHMED M. C. DUNGLAS M. P. GARREC Mme A. KAMOOUN Mme B. VI-FANE
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme S. AZOGUI-LEVY M. P. PIRNAY	Mme A.-C. BAS Mme A. GERMA Mme V. SMAIL-FAUGERON Mme A. TENENBAUM
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme F. ANAGNOSTOU M. M. BIOSSE DUPLAN Mme M.-C. CARRA Mme M.-L. COLOMBIER Mme M. GOSSET Mme H. RANGÉ	M. A. BRUN M. D. GUEZ M. S. KERNER M. F. MORA
	CHIRURGIE ORALE	Mme G. LESCAILLE M. L. MAMAN Mme L. RADOÏ M. Y. ROCHE	Mme V. BAAROUN M. B. COURRIER Mme A.-L. EJEIL M. F. GAULTIER M. A. HADIDA M. N. MOREAU M. T. NGUYEN Mme J. ROCHEFORT Mme I. TAÏHI
	BIOLOGIE ORALE	Mme A. C. AZEVEDO (PU associée) Mme C. BARDET (PR) Mme A. BERDAL Mme C. CHAUSSAIN M. V. DESCROIX M. B. FOURNIER M. B. GOGLY Mme R. KOZYRAKI Mme S. SÉGUIER	Mme C. ANDRIQUE (MCU associée) M. C.-D. ARRETO M. J. BOUCHET (MCF) Mme H. CHARDIN M. P. COLLIN Mme M.-H. COTTET Mme A. COUDERT (MCF) M. F. FERRÉ Mme C. GORIN Mme S. HOUARI-MEJRI Mme J. ISAAC (MCF) M. O. LE MAY M. G. LIGNON (MCU associé) Mme N NOWWAROTE (MCU associé)
3. RÉHABILITATION ORALE (DÉBUT)	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme T. BOUKPESSI Mme F. CHEMLA M. P. COLON Mme C. GAUCHER	Mme F. BERÈS Mme C. BESNAULT M. É. BONTE Mme A.-M. COLLIGNON M. F. DECUP Mme A. HARTMANN M. G. KUHN Mme C. MESGOUÉZ-MENEZ Mme C. MOCQUOT Mme N. PRADELLE PLASSE Mme M. ZANINI

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
3. RÉHABILITATION ORALE (SUITE)	PROTHÈSES	Mme M.-V. BERTERETCHE Mme A. BRAUD M. O. FROMENTIN M. C. RIGNON-BRET M. B. TAVERNIER Mme C. WULFMAN	M. J.-M. CHEYLAN M. M. DAAS M. D. DOT Mme L. FRIEDLANDER M. L. DUPAGNE (MCU associé) M. N. EID M. S. ESCURE Mme I. FOUILLOUX M. P. GATEAU M. D. MAURICE M. P. MOULIN M. P. RENAULT Mme É. SARFATI M. J.-E. SOFFER M. P. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	Mme S. DOUBLIER (PR associée) Mme L. JORDAN M. J.-F. NGUYEN M. B. SALMON	M. J.-P. ATTAL M. C. AZEVEDO Mme R. BENBELAÏD Mme A. BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) Mme J. BOSCO M. D. BOUTER M. J.-L. CHARRIER M. M. CHERRUAU M. R. FELIZARDO M. B. FLEITER M. P. FRANÇOIS Mme H. FRON CHABOUIS Mme F. MANGIONE M. A. PORPORATI (MCU associé) Mme F. TILOTTA
PROFESSEURS ÉMÉRITES		M. C. BÉRENHOLC M. A. LAUTROU M. P. BOUCHARD Mme M.-L. BOY-LEFÈVRE Mme M. FOLLIGUET M. J.-L. SAFFAR	M. R. GARCIA M. G. LEVY M. B. PELLAT Mme A. POLIARD Mme M. WOLIKOW

Liste mise à jour le 28 octobre 2021

Remerciements

À Mme le Professeur Sibylle Vital ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Ancien Interne des Hôpitaux ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie – Université de Paris ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Vice-Doyen de l'UFR d'Odontologie – Université de Paris

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger en tant que présidente de mon jury. Je vous remercie également pour votre implication, votre disponibilité et votre sympathie au cours de mes années d'études et plus particulièrement au sein du service hospitalier Louis Mourier. Je garderai toujours un excellent souvenir de votre accompagnement. Vous m'aviez également suggéré le sujet de la présente thèse, et je vous en remercie.

À Mme le Professeur Marjolaine Gosset ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire ; Docteur de l'Université Pierre et Marie Curie ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie – Université de Paris ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail de thèse d'exercice. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide tout au long de la rédaction du présent manuscrit. Nos échanges ont été précieux et vos conseils ont su alimenter ma réflexion. Merci pour votre patience et votre attention à mon égard.

À Mme le Professeur Sylvie Séguier ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Habilitée à Diriger des Recherches ; Professeur des Universités, UFR d'Odontologie – Université de Paris ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Chef de service de l'hôpital Louis Mourier

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse d'exercice. Je garde un très bon souvenir de nos échanges et de notre travail au sein du service de l'hôpital Louis Mourier. Un grand merci pour votre aide et votre disponibilité. Recevez le témoignage de mon grand respect.

À Mme le Docteur Annabelle Tenenbaum ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie – Université de Paris ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Mes sincères remerciements d'avoir accepté de siéger parmi mon jury de thèse et d'avoir su vous rendre disponible. Je vous témoigne mon respect le plus profond.

À Mme le Docteur Arabelle Vanderzwalp ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur de l'Université Paris Descartes ; Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie – Université de Paris ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vous me faites l'honneur de participer à la soutenance de ma thèse d'exercice. Je vous remercie pour les excellents souvenirs de travail au sein de l'hôpital Louis Mourier, pour votre bienveillance et votre sympathie à toute épreuve. Veuillez trouver le témoignage de ma profonde gratitude.

Résumé et indexation en français et anglais

Résumé :

La relation patient-praticien est au cœur de notre métier et occupe une place très importante au sein de notre exercice. Elle est la clé des soins que nous prodiguons. Cependant, elle reste complexe et peut être difficile à appréhender : elle est basée sur des attentes mutuelles et comporte à la fois un aspect contractuel, médical, financier, juridique mais aussi social et humain. Pour toutes ces raisons, cette relation pluridimensionnelle nécessite d'être étudiée et enseignée lors du cursus universitaire des étudiants en chirurgie dentaire. Un savoirfaire semble nécessaire afin d'adopter les bonnes attitudes mais également savoir se munir des bons outils de communication. Le propos de cette thèse sera d'étudier la complexité de la relation patient-praticien ainsi que les outils pédagogiques et méthodes d'enseignements proposés à ce jour dans notre formation. Par ailleurs, la dernière partie sera consacrée à mettre en lumière un projet de « simulation en santé » mis en place par l'ARS pour l'année universitaire 2019/2020 avec l'intervention d'acteurs représentant des patients simulés au sein de notre faculté. L'objet sera d'étudier la nécessité de ce type d'outil d'enseignement et les besoins des étudiants exprimés à travers leurs réponses en questionnaires lors de la première phase du projet en vue de leur pratique hospitalière et libérale. Après en avoir expliqué le déroulement, nous discuterons également de l'impact et des bénéfices de tels enseignements pour notre formation.

Discipline ou spécialité :

Méthodes pédagogiques

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

fMeSH : Relations dentiste-patient ; Enseignement

Rameau : Relations dentiste-patient ; Odontostomatologie -- Étude et enseignement

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Abstract :

The patient-practitioner relationship is the heart of our profession and has a main rôle in its pursuit. It is the key to the care we provide. However, it remains complex and can be difficult to understand : it is based on mutual expectations and includes a contractual, medical, financial, legal but also social and human aspect. For all these reasons, this multi-dimensional relationship needs to be studied and taught during the university curriculum of dental surgery students. Knowledge is needed in order to adopt the right attitudes but also to acquire the right communication tools. The purpose of this thesis will be to study the complexity of the patient-practitioner relationship as well as the teaching tools and teaching methods proposed to date in our training. In addition, the last part will be dedicated to highlight a project of « health simulation» implemented by the ARS for the academic year 2019/2020 with the intervention of actors representing simulated patients within our faculty. The aim will be to study the need for this type of teaching tool and the needs of students expressed through their questionnaire responses during the first phase of the project : it is a need for their future hospital and liberal practice. After explaining the process, we will also discuss the impact and benefits of such teachings for our training.

Branch or specialty :

Education

English keywords (MeSH) :

Dentist-patient relations ; Teaching

Publication type (MeSH) :

Academic Dissertation

Liste des abréviations

- ARS: Agence Régionale de Santé Ordre alphabétique
- DFASO: Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques
- DFGSO: Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques
- DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
- EDs: Enseignements Dirigés
- ENT: Espace Numérique de Travail
- HAS: Haute Autorité de Santé
- ONCD: Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
- SAPIENS: Service Aux Pédagogies Innovantes et à l'Enseignement Numérique
- USPC: Université Sorbonne Paris Cité

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : LA RELATION PATIENT-PRATICIEN	4
1.1 UNE RELATION ASYMETRIQUE.....	4
1.1.1 Une consultation particulière	4
1.1.2 La dimension sociale.....	5
1.1.3 Un héritage historique lourd	8
1.2 LE CONTRAT DE SOINS	11
1.2.1 Un contrat civil et synallagmatique.....	11
1.2.2 Un cadre juridique	12
1.3 SYNTHÈSE.....	13
2 : METHODES PEDAGOGIQUES D'ENSEIGNEMENT DE LA RELATION PATIENT PRATICIEN A LA FACULTE D'ODONTOLOGIE DE L'UNIVERSITE PARIS DESCARTES – RETOUR D'EXPERIENCE	14
2.1 À LA FACULTE.....	15
2.1.1 Cours théoriques dispensés en amphithéâtre.....	15
2.1.2 Enseignements dirigés participatifs.....	16
2.2 EN SERVICE HOSPITALIER.....	17
2.2.1 Phase observationnelle.....	17
2.2.2 Phase pratique.....	17
2.2.3 Réunions d'équipe	18
2.3 EN CABINET DE VILLE.....	19
2.3.1 Immersion observationnelle précoce.....	19
2.3.2 Stage actif de liaison entre études et vie professionnelle.....	19
2.3.3 Synthèse de la formation.....	20
3 : MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE FORMATION A LA RELATION PATIENT PRATICIEN EN 2019/2020 : ENSEIGNEMENTS DIRIGES AVEC PATIENTS SIMULES	23
3.1 NATURE DU PROJET	23
3.1.1 Objectifs.....	23
3.1.2 Organisation	24
3.2 PREMIERE PHASE (PHASE PREPARATOIRE)	24
3.2.1 Mise en place de questionnaires	24
3.3 DEUXIEME PHASE.....	35
3.3.1 Les enseignements dirigés.....	35

3.4 RESULTATS ET DISCUSSION	36
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE	40
TABLE DES FIGURES.....	43
TABLE DES TABLEAUX.....	44

Introduction

La relation patient-praticien est le pilier de notre métier. Au-delà d'un aspect technique très minutieux, la profession de chirurgien-dentiste implique une part d'humanité qui ne peut être négligée. Plusieurs enjeux incombent à une même consultation : c'est d'abord la relation entre deux humains, comportant tous les codes de société qui lui sont associés. Elle répond également à un bon nombre de réglementations, ce qui en fait une relation complexe qui peut s'avérer difficile à apprivoiser(1). Pourtant, son bon déroulement est indispensable à notre exercice, qui, reposant sur des soins, doit être pratiqué dans un climat de confiance.

Connaissant cette complexité, plusieurs interrogations peuvent surgir :

Qu'est-ce qui fait de la relation entre un patient et son chirurgien-dentiste une relation si délicate ?

Comment les étudiants en chirurgie-dentaire sont-ils formés pour établir et mener cette relation ?

La formation des étudiants en chirurgie dentaire est-elle suffisante ?

Le propos de cette thèse sera de répondre à ces interrogations mais également d'évaluer l'apport d'un projet innovant mis en place au sein de la faculté d'odontologie de Montrouge (anciennement Paris Descartes) et soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France au cours de l'année universitaire 2019/2020. L'objectif du projet étant de consolider la formation des étudiants en odontologie lors des années pré cliniques sur l'aspect relationnel avec le patient et la communication avec ce dernier, nous présenterons d'abord la nécessité du développement de ce projet, sa nature et sa mise en œuvre, puis nous analyserons les résultats obtenus.

1 : La relation patient-praticien

1.1 Une relation asymétrique

Nous pouvons caractériser la relation patient-praticien comme une relation asymétrique dans son essence même. Elle lie deux individus aux vécus différents qui, lors de leur rencontre dans le cadre professionnel, ont des attentes différentes qui se doivent d'être complémentaires pour mener à bien le projet de soins.

1.1.1 Une consultation particulière

La consultation dentaire est une consultation médicale qui peut être vécue comme difficile et redoutée par les patients (2). Le chirurgien-dentiste doit, à la fin de la consultation, pouvoir poser un diagnostic, l'expliquer et expliquer le traitement adéquat puis en assurer la réalisation. Pour ce faire, des compétences intellectuelles et techniques sont nécessaires, mais la communication avec le patient restera primordiale à chaque étape de sa prise en charge (3).

Consulter, venant du latin « consultare », signifie « demander à quelqu'un son avis, son conseil » ou « prendre l'avis d'un médecin » (4). Le patient se présente donc en quête de conseils auprès d'un professionnel de la santé bucco-dentaire, discipline dont il ne possède souvent que peu de connaissances. A cette situation de « dépendance intellectuelle » s'ajoute une dépendance psycho-émotionnelle vis-à-vis du praticien, générée par le motif de consultation le plus répandu au sein de notre profession : la douleur. Cette douleur peut être somatique ou psychologique, liée à l'esthétique de la dentition par exemple, ou à des handicaps en relation avec les fonctions essentielles de la vie telles que manger, parler ou sourire ; qui ont un réel impact sur la vie du patient. Le patient attend de son chirurgien-dentiste une réponse à sa souffrance, faisant à la fois preuve de compétence technique et d'empathie (notion que nous expliciterons ultérieurement), le tout dans un climat de confiance. Cette position de dépendance peut être vécue comme réductrice pour le patient, alors qu'elle peut générer de l'appréhension et du stress pour le praticien, qui doit, parfois en quelques minutes, établir un contact, apporter une réponse à son patient tout en étant en adéquation avec ses connaissances et les données acquises de la science, le tout en construisant une relation de confiance entre les deux parties (5). Cette notion est importante puisque la confiance fait partie intégrante de toute relation entre deux personnes, et a des effets bénéfiques sur les résultats de traitements (6).

Par ailleurs, il existe un enjeu relationnel entre le patient et le praticien lié au coût des soins bucco-dentaires : nous développerons cet aspect ultérieurement pour mesurer son impact.

Enfin, la zone corporelle intéressée par la spécialité qu'est la chirurgie dentaire participe à la complexité de la relation entre le patient et son praticien. En effet, la sphère buccale est une sphère interne à l'organisme. Son examen constitue une entrée dans l'intimité et peut être vécu comme une intrusion dans une partie très importante de notre corps, puisque chez l'humain, la relation à la bouche est très particulière : c'est un lieu de « vie » qui dès le plus jeune âge nous sert à appréhender notre environnement (les nourissons portent les objets à la bouche pour les découvrir grâce à une grande sensibilité tactile), mais aussi aux fonctions essentielles de la vie : respirer, manger, parler et sourire (7).

La relation entre le chirurgien-dentiste et son patient est une relation particulière et atypique, car pour la réalisation de l'examen et le déroulement de la consultation, le patient doit « s'allonger, accepter que [le chirurgien-dentiste insère] des instruments dans sa bouche » (7). Cela constitue un geste invasif, une perte de contrôle (7) qui nécessite une confiance bien établie du patient envers son praticien, alors même que le premier contact n'a souvent été établi qu'il y a quelques secondes. De plus, les soins sont réalisés en phase d'éveil, les opérations sont vécues par le patient en direct qui, malgré une analgésie efficace ne peut s'affranchir des sensations, bruits, odeurs...

Pour toutes les raisons évoquées, la consultation en odontologie est « une interface complexe entre le praticien et le patient et non un simple examen dentaire » (8).

1.1.2 La dimension sociale

1.1.2.1 Une relation entre deux humains

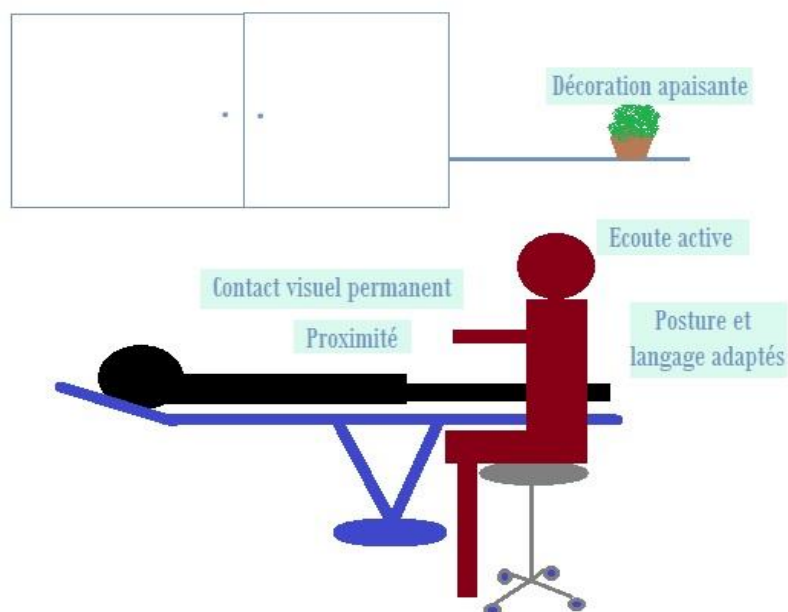
La consultation dentaire tient notamment l'asymétrie de sa dimension sociale. Elle s'établit entre un patient qui a une histoire personnelle donnée, avec un passé dont le praticien ne connaît pas la teneur, et un soignant également imprégné par son vécu, tous deux confrontés l'un à l'autre ayant chacun un objectif différent.

Pour minimiser cette asymétrie et instaurer ce climat de confiance plus équilibré entre les deux parties, le praticien doit recourir à plusieurs méthodes lors de la communication verbale : choisir ses termes et poser des questions ouvertes pour laisser libre cours au patient. Il convient également que le langage technique soit adapté et simplifié. D'autre part, la communication non verbale tient également un rôle

important. On entend par « communication non verbale » le contact visuel au cours de l'échange, l'expression du visage, les gestes utilisés, l'intonation. La position du praticien est aussi évocatrice de ses intentions et de ses sentiments : il doit adopter une position qui ouvre la porte au dialogue et entretenir une certaine proximité avec le patient, ce qui peut être interprété comme un signe d'empathie, qui est définie comme « la capacité à ressentir et partager les émotions de l'autre » (9). Par ailleurs, la présentation physique du praticien entre également en compte dans la première impression et la future relation avec le patient, tout comme la présentation du cabinet : la décoration n'est pas anodine, elle se doit de renvoyer une image apaisante et douce, pour endiguer l'anxiété du patient. En somme, le praticien doit au maximum réaliser une écoute active du patient en faisant preuve d'empathie, tenter de lui apporter les réponses attendues en les exprimant de la manière la plus adéquate.

Cependant, la frontière est mince entre humanité et perte de recul dû à un engagement affectif. Il sera plus difficile pour le chirurgien-dentiste impliqué affectivement de réaliser des gestes techniques : il lui faut trouver le juste milieu entre empathie et distance professionnelle, car les consultations sont sujettes au transfert (réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le patient à l'égard du praticien) et au contre-transfert (même réactions cette fois éprouvées par le praticien vis-à-vis du patient) (8,10).

Figure 1 : Établissement d'un climat de confiance au cabinet dentaire



Source : Auteur, 2021.

1.1.2.2 La place du chirurgien dentiste dans la société

Il convient de souligner que la position du chirurgien-dentiste au sein de la société est particulière : c'est une profession de santé, associée à un rang social et donc à un certain niveau de vie dans l'opinion publique. En effet, le dentiste est réputé pour avoir des revenus confortables : cela soulève une difficulté supplémentaire rencontrée au sein de notre métier : les soins prodigués sont variés et associés à des tarifs qui varient selon l'acte technique. Or, dans le cadre de la santé, il est difficile de recevoir rémunération contre soin, car le travail dans ce domaine est rattaché à la notion de don de soi, de solidarité et d'amour voire de devoir pour celui qui le prodigue, contrairement à d'autres métiers pour lesquels un service vaut rémunération (électriciens ou plombiers, par exemple). Cela peut rendre tabou d'associer un acte médical à un tarif, et peut soulever des tensions entre patient et praticien si la communication n'est pas suffisante.

1.1.2.3 La prise en charge des soins

La notion de prise en charge de la santé bucco-dentaire est donc souvent rattachée à une notion de coût pour les patients, ce qui n'est pas toujours bien vécu et peut générer un évitement de soins, voire une rupture du contrat de soins (que nous expliciterons plus tard).

En 2015, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a établi la répartition de prise en charge des soins en France, comme suit :



Source : Santé pratique Paris, « La prise en charge des frais de santé en France », 2017.

Cette répartition nous montre qu'à 78 %, les soins sont pris en charge par la dépense publique, à savoir l'Assurance Maladie et l'Etat. 13 % sont pris en charge par les assurances privées et régimes complémentaires et seulement 8 % sont à la charge des patients. Cette part est en constante diminution depuis 2011 et parmi les plus faibles d'Europe (11).

Ces fortes participations financières de la dépense publique et des complémentaires santé aux soins accentuent davantage la sensation de soin vécu comme « gratuit » et donc comme « don du soignant » dans le sens commun. Cette organisation du système français tend à rendre tabou le coût des soins et l'art dentaire étant à la fois profession de santé et professions technique (soins manuels, coût des matériaux, intervention de tierces personnes comme le prothésiste dentaire, coût des appareils de technologie), elle est d'autant plus confrontée à ce paradoxe. Comme souligné précédemment, cela peut impacter la relation avec le patient si les dispositions ne sont pas prises en amont. C'est pour cela que le chirurgien-dentiste doit toujours informer au mieux le patient et « déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure » (12).

1.1.3 Un héritage historique lourd

De nos jours, « la presse, la radio, les films, les spots publicitaires, les séries télévisées et la littérature réactivent tous les clichés associés aux dentistes » (7). Dès le plus jeune âge, sans n'avoir eu aucune expérience de soins ou de consultation dentaire, beaucoup d'enfants développent une forme de phobie dentaire, certainement liée aux représentations sociétales de la profession, même dans les dessins animés.

Figure 3 : Le chirurgien-dentiste, ennemi du protagoniste d'un très célèbre dessin-animé



Source : Stanton et Unkrich, *Le monde de Nemo*, 2003.

Ces « clichés » et ce sentiment de peur inconsciente que nous avons déjà décrits précédemment sont sûrement hérités du passé. En effet, les pathologies et soins dentaires sont décrits dès l'Antiquité, où l'on recherchait déjà l'origine des douleurs, des « trous » et « tâches » sur les dents(13–15). Des manuscrits ont été retrouvés portant sur les malformations et les premières obturations dentaires, à la cire d'abeille par exemple (16). Les siècles passant, les recherches et investigations ont été le fondement de nos connaissances actuelles. Couplée à l'avancement du savoir scientifique et médical, l'avancée technique s'est construite année après année. Cependant, pendant plusieurs décennies, les soins ont été pratiqués de façon « technique », sans tenir compte de la douleur, sans anesthésie. Le but étant de soigner et de pallier un « mal », quels qu'en soient le prix et la souffrance des patients. A ces époques, la question d'élimination de sensation douloureuse au moment du soin n'est que très peu abordée : l'objectif est de se débarrasser de la dent ou de la pathologie le plus rapidement possible par peur des conséquences qui, tout comme les causes de ces pathologies, étaient très peu connues. Il résulte de ces années de soins souvent décrits comme « barbares » car douloureux, une opinion générale ancrée dans la population associant les soins dentaires à la nociception (la cavité buccale étant l'une des zones le plus innervées du corps humain, la sensibilité à la douleur est très importante).

Figure 4 : Représentation de la profession dentaire à l'entrée du XXème siècle



Source : Veber, « L'arracheuse de dents », 1904.

Figure 5 : Cliché de soin dentaire sans anesthésie, patient maintenu pour affronter la douleur d'une avulsion dentaire



Source : Auteur inconnu, Photographie de soin dentaire au Royaume-Uni, 1892.

Cela n'est qu'au milieu du XIX^{ème} siècle, en 1842, qu'un progrès fondamental se fera sentir au niveau de la profession : lors d'une intervention, un médecin américain nommé Crawford Long a l'idée d'endormir un patient en lui faisant respirer de l'éther (17). S'en suivra la découverte des effets du protoxyde d'azote, encore aujourd'hui utilisé sous forme de MEOPA (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) pour ses effets anxiolytique et analgésiant.

En 1846, le chirurgien William Morton enlève une dent à un patient anesthésié avec de l'éther préalablement versé sur un mouchoir, à Boston (17). Les connaissances techniques, médicales et scientifiques ne vont cesser de se développer pour servir le confort et la santé des patients. À la fin du 20^{ème} siècle il est désormais possible de réaliser tous types de soins dentaires sans douleur, via l'analgésie (abolition de la sensibilité à la douleur, spontanée ou thérapeutique).

Cependant, encore aujourd'hui, l'héritage des expériences passées reste pesant : beaucoup de patients repoussent leurs visites au cabinet dentaire de peur d'avoir mal. Selon un sondage

d'OpinionWay de 2016, près d'un patient sur deux est anxieux à l'idée d'aller chez le dentiste, et la réelle « phobie dentaire » ou « stomatophobie » est, elle, estimée à près de 10 % de la population. Elle touche des patients aux âges et aux vécus bien différents et décrit une peur aigüe, irrationnelle et persistante du dentiste et des soins dentaires, générant un réel handicap pour ceux qui en souffrent : cette « phobie dentaire » a même été décrite dans le *Manuel statistique et diagnostic des troubles mentaux, 4^{ème} édition (DSM-IV)* publié par l'association américaine de psychiatrie (18). Le plus souvent, cela conduit à l'évitement de la consultation conseillée comme annuelle chez son dentiste traitant mais aussi des soins ; ce qui peut engendrer des états de santé bucco-dentaire altérés, parfois d'autant plus douloureux, nécessitant une prise en charge plus complexe que si le diagnostic et les soins avaient été plus précoces.

Aujourd'hui, l'approche consiste à équilibrer la relation entre le patient et le praticien et éradiquer ce modèle asymétrique qui minimise le patient (8,19), car, comme le souligne M. BALINT dans son ouvrage « The doctor, the patient and his illness » (20), la relation établie entre le soignant et le patient est une « compagnie d'investissement mutuel » où chacun des protagonistes a des avantages à procurer à l'autre. C'est la rencontre entre « la volonté de soigner et de se faire soigner » qui aboutira à la mise en place du contrat de soins.

1.2 Le contrat de soins

La relation qui unit le chirurgien-dentiste et son patient dépasse le cadre humain et la simple consultation décrite précédemment comme une « recherche de conseils », puisqu'elle s'inscrit au sein d'un réel contrat établi implicitement entre les deux parties, c'est-à-dire sans qu'un formulaire soit rédigé, lu et signé par chaque protagoniste, mais qui les engage tout de même à des droits et des devoirs.

1.2.1 Un contrat civil et synallagmatique

Ce contrat est d'abord et avant tout un contrat civil, puisqu'il est soumis aux règles du Code Civil. C'est « une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose » (21). L'Ordonnance n°2016-131 du 10 février 2016, article 2, vient le modifier en apportant quelques précisions : « le contrat est un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes, destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations ». Ces derniers mots soulignent le caractère synallagmatique du contrat de soins : c'est un

contrat bilatéral entre le patient et son praticien, impliquant des obligations réciproques entre les deux parties (article 1102 du Code Civil) mais qui peut être résilié à tout moment selon la volonté d'un des protagonistes. En cela, le pouvoir du patient est total, car il peut y mettre un terme à tout moment sans aucune contrepartie, contrairement au praticien, qui peut lui aussi résilier le contrat mais doit assurer une continuité des soins au patient, en l'orientant vers un confrère par exemple, et toujours répondre aux urgences.

1.2.2 Un cadre juridique

Le contrat de soins est régi par plusieurs textes et lois, qui sont juridiquement opposables aux deux parties en cas de conflit. (22)

D'une part, la pratique médicale du chirurgien-dentiste est encadrée par le code de Déontologie de la profession, qui reprend des dispositions réglementaires du Code de la Santé publique, régulièrement mis à jour. Le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes veille au bon respect de ces derniers. Pour exemple, l'Article 4127-233 du Code de la Santé Publique établit que « le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner ses soins à un patient s'oblige :

- A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin.
- A agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer en compatissant envers lui.
- A se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient. »

D'autre part, des textes viennent préciser la position du patient, comme la loi Kouchner du 4 mars 2002 vécue comme une vraie révolution : elle rend le patient acteur et décisionnaire de sa santé et introduit le principe de « démocratie sanitaire » (8). Désormais, le patient choisit librement son praticien, mais doit donner son consentement libre et éclairé pour les soins. Cela signifie qu'il doit témoigner de son accord selon sa volonté en ayant été préalablement informé de la teneur des soins. De plus, il possède désormais un droit de regard sur son dossier médical dont il peut demander le contenu ou la consultation à tout moment : le patient a le droit d'être informé sur son état de santé réel, à tout moment (cela inclut les diagnostics, mais aussi les différents traitements possibles avec leurs bénéfices et risques associés, ainsi qu'une notion de coût). Cette notion est reprise dans l'article 35 du code de déontologie médicale : « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou

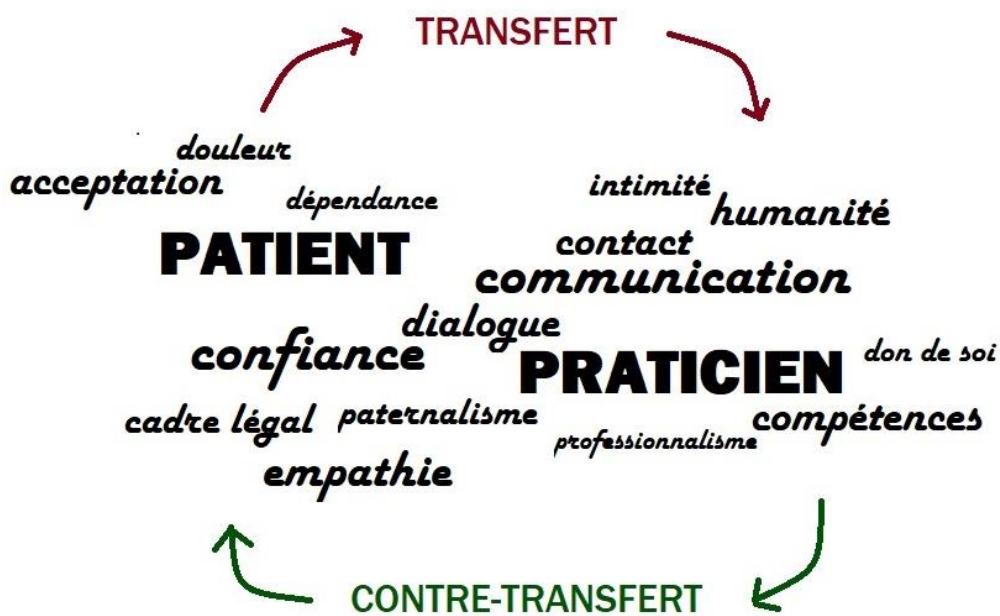
qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ».

Cette loi constitue donc également un grand tournant dans la relation soigné-soignant, le soigné ayant plus de droits, et donc une certaine forme de « pouvoir ». Elle se veut rendre plus égalitaire la relation entre un patient et son praticien et participe à l'évolution de cette relation en « alliance thérapeutique ». Par ailleurs, cette loi de 2002 instaure également, sous conditions, l'indemnisation de l'aléa thérapeutique (aggravation de l'état du patient à la suite d'un acte médical ou à un traitement, sans constatation d'une faute ni engagement de la responsabilité du soignant), auquel est fortement sujette la profession de chirurgien-dentiste.

Le contrat de soins est donc dit consensuel, car il nécessite un consentement bilatéral des deux protagonistes. Il s'inscrit à la base d'une relation patient-praticien de qualité qui exige du chirurgien-dentiste une formation préalable et un apprentissage quotidien.

1.3 Synthèse

Figure 6 : Schéma synthétique de la complexité de relation patient-praticien



Source : Auteur, 2021.

2 : Méthodes pédagogiques d'enseignement de la Relation Patient Praticien à la faculté d'Odontologie de l'Université Paris Descartes – retour d'expérience

Après avoir réussi à intégrer la faculté de chirurgie dentaire, un cursus universitaire de 5 ans attend le chirurgien-dentiste en devenir, de la deuxième (DFGSO2) à la sixième année (TCEO1). Le premier cycle est composé de la deuxième et troisième années (DFGSO2 et DFGSO3, pour le DFGSO – Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques), et le deuxième cycle de la quatrième et cinquième années (DFASO1 et DFASO2, pour le DFASO – Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Odontologiques). La sixième année (TCEO1 – troisième cycle court) vient clôturer le cursus universitaire pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie dentaire.

L'étudiant en quatrième année (DFASO1) commence, en parallèle des enseignements à la faculté et à raison de deux jours pleins par semaine, un stage hospitalier actif au cours duquel il prend en charge des patients et se retrouve face à lui, pour qui il est d'ores et déjà un soignant à part entière. L'étudiant doit alors acquérir les compétences techniques et les connaissances du métier tout en gérant son lien avec le patient. L'apprentissage de cette relation se fera ensuite tout au long de la carrière de chirurgien-dentiste mais commence bien évidemment lors du cursus universitaire, en plusieurs étapes que nous allons étudier car « l'apprentissage des habiletés de communication [avec le patient] exige l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir-être spécifiques et complexes » (23).

Au sein de la littérature, nous pouvons identifier des méthodes pédagogiques de choix pour enseigner la relation praticien-patient (23):

Méthodes reposant sur des réflexions individuelles au sujet de son propre vécu et de ses activités (carnet de bord ou portfolio à remplir par l'étudiant)

Observations d'entrevues entre un patient et un praticien, analyse et critique de ces entrevues sur support vidéo par exemple

Discussions en groupes de parole

Ces méthodes sont décrites comme étant plus efficaces si associées à un « feedback », ou « rétroactions » et un renforcement voire une répétition au cours des années d'études (24).

Nous présenterons ci-dessous les méthodes pédagogiques utilisées à la faculté de chirurgie dentaire de Montrouge (anciennement Paris Descartes) jusqu'en 2019, avant le projet d'enseignements dirigés avec patients simulés.

2.1 À la faculté

La construction de cette partie du manuscrit a été fondée sur les souvenirs de ce qu'a été ma formation à la relation patient-praticien au sein de mon cursus universitaire à la faculté de Montrouge entre 2015 et 2020 : elle est abordée comme un témoignage de mon vécu et peut montrer quelques variations par rapport à des supports « officiels » déterminant les méthodes et objectifs d'apprentissage, édités par les équipes pédagogiques.

2.1.1 Cours théoriques dispensés en amphithéâtre

Dès l'entrée en deuxième année, des enseignements portant sur la relation entre le patient et le praticien sont dispensés en amphithéâtre à toute la promotion, au même titre que les enseignements sur la théorie médicale et scientifique. Ils portent à la fois sur les notions d'éthique, qui « regroupe les principes moraux à la base de la conduite de quelqu'un » (25) et les règles de déontologie (devoirs qui régissent la profession de chirurgien dentiste) que l'on retrouve dans le serment d'Hippocrate, lu par chaque étudiant lors de sa soutenance de thèse en fin de cursus, mais aussi dans le code de déontologie et le code de santé publique, comme nous l'avons vu précédemment.

Ces cours ont pour but d'enseigner les fondements du métier de chirurgien-dentiste et de poser un cadre afin que chacun puisse construire sa personnalité soignante autour de ce dernier. D'autre part, l'aspect relationnel est étayé : la consultation médicale s'établit entre deux humains. Certains enseignements visent à étudier la psychologie du patient liée à la fois à sa personnalité mais aussi à sa demande de soins. La prise en compte du patient et de sa personnalité révèle la nécessité pour le soignant de faire preuve d'empathie, c'est-à-dire de pouvoir s'identifier au patient et à ce qu'il ressent, pour le comprendre et apporter une réponse mesurée et adéquate à sa demande(26). Comme toute relation entre deux personnes, des conflits peuvent surgir. Le propos de ces enseignements est aussi d'avoir les clés pour gérer ces situations délicates (27–29).

Pour un grand nombre d'entre eux, ces cours sont dispensés sous forme de mises en situation : le professeur expose une situation donnée et, après réflexion, les étudiants échangent et argumentent. L'objectif est de développer leur esprit critique et les aider à opter pour des réactions appropriées. Cependant, il n'y a pas de possibilité d'échange direct avec un patient pour apprendre à anticiper et à gérer les réactions d'autrui, ce sont des apprentissages théoriques. Ils laissent peu de place à la

spontanéité des réactions qu'aurait chaque étudiant face au patient : c'est dans cet aspect qu'ils trouvent leur limite.

2.1.2 Enseignements dirigés participatifs

En parallèle de ces enseignements dispensés à tous les étudiants simultanément, des enseignements dirigés en comité beaucoup plus restreint sont organisés. Ils permettent la discussion et le partage d'expériences ainsi que l'analyse plus poussée de situations de soins.

Pour exemple, au cours de la quatrième année, quelques mois après avoir débuté leur expérience de soignants dans les hôpitaux, les étudiants participent à un enseignement de psychologie, encadré par une psychologue spécialisée dans le milieu médical, pour faire part de situations difficiles qu'ils ont vécu et pour décharger l'anxiété générée par ce début d'activité clinique. Ces situations donnent lieu à des échanges et des débats entre étudiants qui partagent leur vécu, le but étant de réussir à gérer toute situation et que, positive comme négative, elle devienne enrichissante et participe à la construction de la future carrière de chacun, et à son identité de soignant.

Par ailleurs, des enseignements dirigés basés sur des jeux de rôle portant sur la douleur du patient sont organisés. En effet, et comme dit précédemment, la douleur est l'un des premiers motifs de consultation dans notre profession. Elle plonge le patient dans une situation de difficulté et de dépendance vis-à-vis du praticien qui fait face à un défi thérapeutique. Ces enseignements sont donc abordés sous forme de jeux de rôle de deux étudiants : un chirurgien dentiste face à son patient. L'objectif étant de développer ses capacités diagnostiques en étant à l'écoute de signes et symptômes, en sachant guider un entretien médical afin d'obtenir les réponses nécessaires à une bonne prise en charge ; mais également de réussir à rassurer le patient, à lui apporter des réponses et user d'une communication adéquate dans cette situation vécue comme difficile. Le jeu de rôle permet également de travailler le langage verbal et non verbal, l'intonation, la position à adopter. Lorsque la situation est terminée, les étudiants du groupe débrieffent avec le professeur pour tirer les meilleurs enseignements de la scène jouée.

Ce type d'enseignement, bien qu'enrichissant, présente une limite en l'incarnation du patient et du praticien par deux étudiants qui se connaissent, laissant une nouvelle fois peu de place à l'imprévu, comme c'est le cas lors d'une consultation réelle entre un chirurgien dentiste et son patient.

2.2 En service hospitalier

L'apprentissage de la relation soigné-soignant se fait également dans un milieu d'immersion professionnelle : le milieu hospitalier. Au cours de ses études, l'externe, et futur chirurgien-dentiste est affecté à un centre hospitalier universitaire au sein d'un service de médecine bucco-dentaire, au sein duquel il apprendra à devenir soignant, accompagné des professeurs encadrants. Pour notre faculté (ex Université Paris Descartes), il s'agit de quatre services répartis en Ile de France au sein de l'Hôpital Louis-Mourier à Colombes (92), l'Hôpital Bretonneau à Paris (18ème), l'Hôpital Charles-Foix à Ivry-sur-Seine (94) ainsi que l'hôpital Henri Mondor à Créteil (94). Tous font partie de l'AP-HP (*Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*).

2.2.1 Phase observationnelle

Dès le deuxième semestre de deuxième année d'études (pour le DFGSO – Diplôme de Formation Générale en Sciences Odontologiques) ainsi qu'au cours de toute la troisième année et à raison d'une demie-journée par semaine, l'étudiant est plongé en observation et parfois en aide opératoire aux étudiants des années supérieures, au sein de son service hospitalier d'affectation. Cela représente 3 semestres d'observation au cours desquels il faut tenter d'assimiler les gestes techniques mais aussi observer la relation entretenue entre les étudiants des années supérieures qui pratiquent déjà et les patients qui leur sont confiés. L'étudiant peut aussi s'identifier aux professeurs encadrants, déjà formés et plus expérimentés en termes de relation avec les patients. L'objectif est de pouvoir développer un esprit critique et de projeter ses propres réactions dans les différentes situations. Une approche de réflexion est attendue : l'étudiant pourra alors s'appuyer sur le carnet de stage qu'il doit remplir en relatant des situations observées.

2.2.2 Phase pratique

Dans un second temps et comme expliqué précédemment, l'entrée en quatrième année signe pour l'étudiant l'entrée de la clinique pratique dans sa formation. Il doit alors se servir de tout ce qu'il a pu observer et de ce qui lui a été enseigné pour savoir gérer son nouveau rôle. Les enseignants-cliniciens présents au sein du service dentaire sont aussi un modèle pour guider l'étudiant dans cet apprentissage : il pourra s'identifier à eux, pour reproduire ou non, selon son ressenti, ce qu'il observe. En effet, bien que préalablement informé du fonctionnement de sa prise en charge par un étudiant (lui-même encadré par des professeurs), le patient attend des soins de qualité et une relation propice à une prise en charge en toute confiance. L'étudiant doit alors endosser pleinement son rôle de

chirurgien-dentiste, alors qu'il vient tout juste de commencer son exercice. Au cours des trois années qui suivront, il pourra pratiquer tous types de soins, du techniquement simple au plus compliqué. Il apprendra à interagir avec les patients, à gérer des situations agréables mais aussi conflictuelles : c'est la construction de son profil soignant pour les années à venir.

D'autre part, pour les deux facultés parisiennes, lors de la sixième et dernière année d'études, les étudiants assurent une permanence de garde aux urgences dentaires au sein de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. Au sein du service d'odontologie, les urgences sont reçues vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Ces tours de garde sont très formateurs en termes de relationnel : lorsqu'il est reçu en consultation, le patient est très souvent en situation de souffrance, et, la plupart du temps, il a beaucoup attendu avant d'être reçu. Cela peut générer des tensions que l'étudiant doit pouvoir gérer. C'est un défi qui commence alors : apaiser le patient, apporter une réponse à sa douleur, expliquer le diagnostic et les solutions sans se laisser dépasser par l'affect et les émotions de chacun qui sont mises à rude épreuve dans ce contexte particulier.

2.2.3 Réunions d'équipe

Pour enrichir l'enseignement théorique et l'enseignement clinique, au sein des services hospitaliers, les professeurs et étudiants organisent des réunions d'équipe ou « staffs ». Cela permet de traiter des sujets techniques, médicaux ou d'avoir justement des débats, discussions autour de situations vécues. L'objectif est de prendre du recul par rapport à ces-dernières, et d'obtenir les clefs de la communication nécessaires pour entretenir une relation convenable avec les patients : entre déontologie professionnelle, compétence technique et humanité.

Cependant, l'exercice hospitalier reste un exercice particulier, qui ne se révèle pas forcément représentatif de celui que pratiqueront la majeure partie des futurs chirurgiens-dentistes. Selon l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD), à ce jour 42 188 chirurgiens-dentistes exercent en France, avec 85,1 % de libéraux et 14,9 % de salariés (30). Pour cette raison, la formation en relationnel doit être enrichie par un passage en cabinet de ville au cours des études.

2.3 En cabinet de ville

2.3.1 Immersion observationnelle précoce

Au cours de la deuxième année, parallèlement aux enseignements théoriques et à l'observation en milieu hospitalier, l'étudiant doit réaliser une immersion en cabinet de ville durant une semaine. Ce court stage permet une entrevue de la profession : organisation des journées au sein d'un cabinet mais aussi et surtout : accueil des patients, gestion des consultations en fonction des personnalités de chacun en respectant l'emploi du temps parfois « serré ». Un rapport de ce stage rapportant les faits qui l'ont le plus marqué est rempli par l'étudiant et remis à la faculté.

2.3.2 Stage actif de liaison entre études et vie professionnelle

Parallèlement à la sixième et dernière année d'études et pour sa validation, le chirurgien-dentiste en devenir doit réaliser un « stage actif » en cabinet dentaire. Ce stage constitue la transition entre les études et la vie active, puisque pendant son déroulement, bien qu'un praticien confirmé soit responsable et disponible en cas de difficulté, l'étudiant est en autonomie face au patient : il l'accueille, dépiste, pose les diagnostics et les explique, établit les projets de traitement et les présente au patient avec le coût associé. C'est d'ailleurs à ce moment qu'il est confronté en tant qu'acteur de premier plan à l'aspect financier qui, comme nous l'avons dit précédemment, peut être difficile à aborder avec le patient.

Ainsi, au cours de la formation de chirurgie-dentaire, plusieurs méthodes pédagogiques sont utilisées : la théorie, l'observation clinique en milieu hospitalier et en cabinet. Cependant, il semble nécessaire de développer la spontanéité communicative du futur praticien et passer outre le biais des situations connues et vécues communément avec les collègues étudiants et les professeurs. Il convient de toujours approfondir la formation humaine et psychologique qui se révèle très complexe pour les jeunes praticiens. C'est là le but du projet mis en place par l'ARS, que nous allons maintenant mettre en lumière.

2.3.3 Synthèse de la formation

Tableau 1 : Synthèse de la formation au cours du cursus universitaire avant le nouveau projet

Année du cursus universitaire	Méthode d'apprentissage	Objectifs d'apprentissage
2 ^{ème} année de chirurgie dentaire	Cours théoriques dispensés en amphithéâtre Observation en service dentaire hospitalier ½ journée par semaine	Connaître les textes qui régissent la relation patient-praticien et réflexion autour de situations patient-praticien données Vivre une première immersion spectatrice au sein de la relation patient-praticien
3 ^{ème} année de chirurgie dentaire	Cours théoriques dispensés en amphithéâtre Observation en service dentaire hospitalier ½ journée par semaine	Connaître les textes qui régissent la relation patient-praticien et réflexion autour de situations patient-praticien données Vivre une première immersion spectatrice au sein de la relation patient-praticien
4 ^{ème} année de chirurgie dentaire	Cours théoriques dispensés en amphithéâtre Enseignements dirigés participatifs et groupes de parole avec psychologue	Connaître les textes qui régissent la relation patient-praticien et réflexion autour de situations patient-praticien données Echanger et s'exprimer sur le vécu avec les premiers patients soignés

	Stage en tant qu'externe 2 jours par semaine au sein d'un service dentaire hospitalier	Découvrir la position de soignant en contact avec le patient, apprendre à gérer cette relation
5 ^{ème} année de chirurgie dentaire	Stage en tant qu'externe 2 jours et demi par semaine au sein d'un service dentaire hospitalier Enseignements dirigés portés sur la douleur, avec jeu de rôle étudiants (patient et praticien)	Approfondir l'expérience clinique et relationnelle avec les patients pris en charge dans le service Réussir à poser un diagnostic, savoir mener l'entretien clinique et les réactions du patient (joué par un camarade)
6 ^{ème} année de chirurgie dentaire	Stage actif en tant que praticien au sein d'un cabinet dentaire Stage en tant qu'externe 2 jours et demi par semaine au sein d'un service dentaire hospitalier	Mettre en application tout ce qui a été appris de façon plus autonome en cabinet de ville, s'enrichir de sa propre expérience auprès des patients Approfondir l'expérience clinique et relationnelle avec les patients pris en charge dans le service

Source : Auteur, 2021.

Nous pouvons constater que plusieurs méthodes d'enseignement sont utilisées lors du cursus universitaire, afin de répondre à plusieurs objectifs. Le but principal étant de préparer au mieux les étudiants pour leur pratique future.

Avant la 4^{ème} année de chirurgie dentaire, qui, pour rappel, est celle qui constitue la première année d'externat en service hospitalier, l'étudiant n'a été préparé que théoriquement et via l'observation à la relation avec le patient. L'idée a donc été de trouver une méthode pédagogique permettant à

l'étudiant de s'entraîner à communiquer avec un patient qu'il ne connaît pas et dont il ne peut pas prévoir les réactions, sans toutefois avoir la possibilité de prendre en charge de réels patients à ce stade de ses études : cela a conduit au projet des « patients simulés », que nous expliciterons en troisième partie.

3 : Mise en place d'un dispositif de formation a la relation patient praticien en 2019/2020 : enseignements dirigés avec patients simulés

3.1 Nature du projet

Ce projet pédagogique a été mis en place, pour la première fois, au sein de notre faculté de chirurgie dentaire (Université Paris Descartes) à Montrouge (92). C'est un projet innovant qui consiste à mettre en place des enseignements dirigés avec patients simulés pour enrichir l'enseignement de la relation patient-praticien pour les étudiants en années précliniques. Il a été mené avec le département SAPIENS (Service Aux Pédagogies Innovantes et à l'Enseignement Numérique) qui a « une forte implication dans le développement, l'accompagnement des initiatives, des expérimentations et des innovations pédagogiques » (31) au sein de l'USPC (Université Sorbonne Paris Cité). Sa mise en œuvre a été supportée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France (en réponse à un Appel à Projet Simulation en Santé) pour l'année universitaire 2019/2020. L'ARS est un organisme en charge du « pilotage régional en santé », prodiguant des recommandations et bonnes pratiques de soins. Elle intervient également dans « l'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé » (32). Elle peut donc être à l'initiative d'un renforcement ou d'une modification dans l'enseignement et la formation des professionnels de santé. Elle est en lien avec la HAS (Haute Autorité de Santé) qui est « une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, pour renforcer la qualité et la pérennité de notre système de santé. Elle agit pour améliorer la qualité du système de santé afin d'assurer à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficients que possible (33).»

3.1.1 Objectifs

L'objectif principal de ce projet est d'améliorer la qualité de la formation des étudiants en odontologie, au cours des années pré-cliniques, en termes de communication avec le patient. Il a vocation à mieux appréhender la complexité de la relation patient-praticien sous toutes ses dimensions dans la projection directe d'un entretien avec un patient inconnu, sans connaître au préalable le contexte (34). Faire face à l'imprévu tout en gérant ses émotions afin de conserver ses compétences cliniques et en mettant en place une écoute active sont autant de clefs nécessaires pour une relation optimale avec ses patients et pouvoir prodiguer des soins de qualité au sein d'une alliance thérapeutique saine.

Cette démarche s'inscrit dans l'idée de ne jamais faire ses premières fois sur le patient : que ce soit pour un geste technique ou une approche relationnelle, car les deux aspects nécessitent de recevoir une formation préalable (35).

3.1.2 Organisation

Le projet intéresse les étudiants de troisième année, qui vivent leur dernière année de théorie et observation avant de prendre en charge leurs patients, au début de la 4^{ème} année. Il s'articule en 2 phases principales : la première est préparatoire et la seconde se compose d'enseignements dirigés en petits groupes pendant lesquels des scénarios dans un cabinet dentaire de simulation sont joués, les patients simulés étant joués par des acteurs et les praticiens par les étudiants. L'objectif est de créer une authenticité pour la simulation par l'environnement (cabinet dentaire de simulation) et les scénarios au plus proches de la réalité clinique d'un étudiant de 4^{ème} année en odontologie externe en service hospitalier. Pour ce, l'équipe enseignante s'est appuyé sur des devoirs préparatoires aux ED patients simulés, remis par les étudiants afin d'identifier des situations fréquentes associées à des émotions fortes pour l'étudiant.(36) **L'objectif de mon travail de doctorat d'état** est d'analyser ces exercices préparatoires des étudiants portant sur l'observation de temps de relation patient –praticien lors de leurs stages hospitaliers en amont des enseignements dirigés avec patients simulés, dans ce qui sera ensuite nommé « phase préparatoire ».

3.2 Première phase (phase préparatoire)

3.2.1 Mise en place de questionnaires

La première phase vise à préparer le projet. : dans les quatre services hospitaliers rattachés à notre faculté, les étudiants en observation doivent relever des situations qui les interpellent et les noter sous forme de devoir-questionnaire à remplir et à rendre à la faculté sur l'espace numérique de travail (ENT). L'objectif de cette première phase est pédagogique vis-à-vis des étudiants, qui doivent observer, analyser et se projeter dans des situations mêlant le patient et le praticien.

Il est intéressant de noter que, pour aider les étudiants, dans les consignes des devoirs à remplir, des exemples de situations ont été donnés, ce qui a pu parfois biaiser leurs réponses (cela a pu influencer leur observation ou analyse au sein des services hospitaliers).

Ces devoirs sont composés de trois questions comme suit :

1) « Choisissez un temps de relation patient-praticien que vous avez observé »

Cette consigne laisse libre cours à l'étudiant de choisir le moment qui le marque le plus. Cela pourra donc être lié à un relationnel, générant certaines émotions. Ici, on ne s'intéressera pas à l'aspect technique de réalisation des soins.

2) « Qu'avez-vous ressenti ? »

De nouveau, c'est une question ouverte qui peut recevoir tout type de réponse et laisser place à n'importe quelle émotion ressentie par l'étudiant lui-même, mais aussi de prendre conscience de ces émotions et de conduire à leur analyse. Ces émotions sont influencées par la description de celles que l'étudiant a pu observer chez le patient et l'externe (praticien). C'est en fait une analyse de la relation entre ces derniers, mais aussi de l'impact émotionnel ressenti à la fois sur les protagonistes et l'observateur.

3) « Si vous étiez soignant, quels points auraient été difficiles pour vous ? »

Cette troisième et dernière question permet à l'étudiant de projeter son ressenti sur son exercice futur (qui, pour rappel, commencera l'année suivante, en quatrième année, en milieu hospitalier). Elle le pousse à s'identifier à la situation mais surtout à identifier ses besoins, ce qui lui aurait « manqué » face au patient.

3.2.2 Recueil et analyse des réponses

Les devoirs ont été rédigés de façon anonyme par les étudiants, et recueillis au sein de la faculté en début de stage du second semestre de la 3^{ème} année (DFGSO3)

C'est le recueil de ces derniers qui vise à mettre en lumière les besoins des étudiants et servira à l'équipe pédagogique pour la construction des scénarios qui se joueront au moment des enseignements dirigés avec patients simulés. Cependant, aucune analyse détaillée des réponses n'a été réalisée au cours du projet : c'est l'objectif de notre travail.

La méthode d'analyse mise en place est la suivante :

Sur les 148 devoirs collectés, nous avons pris le parti d'écartier les devoirs concernant la prise en charge des enfants car les enseignements dirigés et mises en situation ne portent que sur la relation patient-praticien concernant des patients adultes : la relation avec patients enfants est très complexe, est exacerbée tous les aspects de cette relation particulière et nécessite beaucoup d'analyse psychologique : des enseignements plus spécifiques sont délivrés plus tard dans le cursus universitaire, en 5^{ème} année. L'analyse à suivre porte donc sur 122 devoirs, anonymisés : nous n'avons aucune indication sur l'identité des étudiants, ni sur le service hospitalier au sein duquel ils ont assisté à la situation qu'ils décrivent.

Quatre lectures des devoirs ont permis de les classer selon le type de scène observée (énumérées ci-dessous) et le type de difficultés identifiées. Nous choisissons d'abord de regrouper les devoirs selon le type de situation choisies par les étudiants, puis d'analyser ce qui a été ressenti en fonction de la situation. Il s'agit d'abord d'une analyse qualitative que nous corrélons avec une analyse quantitative, pour avoir un aperçu de ce qui a été le plus souligné par les étudiants. Il est à noter que certains devoirs pouvaient être rangés dans plusieurs catégories de situation (exemple : douleur et anxiété du patient, (cf. catégories ci-dessous)) mais nous avons pris le parti de les classer selon les caractéristiques qui ont généré le plus d'émotion chez l'étudiant.

Exemple : « le patient montrait des signes de forte douleur et était très stressé, j'ai été mal à l'aise face à sa souffrance » → ici, l'étudiant réagit sur ses propres émotions face à la douleur du patient plus que son anxiété, cette situation sera donc dans la catégorie « Douleur du patient » et non « Anxiété du patient ».

Les résultats sont les suivants :

- ◆ **Analyse des réponses à la première question** : « Choisissez un temps de relation patient-praticien que vous observez ».

Les étudiants ont eu libre choix de sélectionner un moment de la relation soigné-soignant tout au long de leur vacation d'observation à l'hôpital. A la lecture des situations choisies, plusieurs catégories sont ressorties :

- Situation portant sur **la douleur ressentie par le patient** : 10,7 % des situations rapportées (Tableau 2). Dans la plupart des cas, il s'agit d'une consultation d'urgence dont le motif de consultation est la

douleur. Certaines situations rapportées portaient sur des douleurs liées à l'état de santé du patient rendant difficile la séance de soins (fatigue musculaire, douleurs liées à la position sur le fauteuil etc.) ou sur une douleur directement liée au soin en cours. Exemple : « *Femme de 22 ans, carie sur la 26, bien anesthésiée. Lors du curetage, la patiente hurle et bouge brusquement car elle souffre de douleur* »

- Situation portant sur **la gestion du temps par le soignant** : 9 % des situations rapportées (cf. tableau 2). Elle est souvent liée à un soin long par essence ou dont la durée est allongée par des complications per-opératoires, situation généralement difficile à accepter pour le patient, comme pour l'exemple qui suit tiré des devoirs : « *Homme de 75 ans suivi depuis plusieurs mois pour la pose d'une Prothèse amovible complète maxillaire et la réalisation de nombreux soins à la mandibule. Il commence à s'agacer et à s'impatienter par le traitement est très long et il aimerait que cela soit terminé avant les vacances de Noël.* »

- Situation portant sur **l'anxiété du patient** (23,8 % des situations rapportées (cf. tableau 2)) et dont les manifestations impactent le déroulement de la séance de soins. Exemple relaté par un étudiant : « *Patiente de 30 ans environ qui avait une parodontite et qui devait avoir une chirurgie parodontale (nécessite de faire un lambeau...) pour nettoyer les racines des dents dans le secteur 2. La patiente était très stressée et a commencé à pleurer avant le début de l'opération* »

- Situation portant sur **l'attitude et le positionnement du patient face au praticien** : 26,2 % des situations rapportées (cf. tableau 2), souvent décrite pour des patients contrariés, parfois agressifs ou au contraire désintéressés des soins, mettant en péril la confiance dans sa relation avec le praticien comme dans l'exemple suivant décrit par un étudiant : « *Dame de 58 ans diabétique [...] « scotchée » sur son téléphone qui ne considère pas l'étudiant, discute avec sa famille par message alors que l'étudiant essaye de déterminer les causes de sa douleur.* »

- Situation portant sur **les difficultés de communication entre les deux parties** : 28,7 % des situations rapportées (cf. tableau 2), constitue une rupture de l'équilibre des échanges entre le patient et le praticien, le plus souvent dû à la barrière de la langue. Exemple de situation tirée des devoirs anonymes : « *Femme de 60ans venue en garde pour une forte douleur qui perdurait depuis des jours, très souriante malgré tout et ne parlant pas français. Il était très difficile de lui expliquer que sa dent devait être extraite.* »

- Situation portant sur **l'aspect financier des soins** : 1,6 % des situations rapportées (cf. tableau 2). Ce sont des situations difficiles à gérer pour le praticien lorsque le patient est réfractaire aux soins pour une raison financière, comme décrit dans un des devoirs : « *Le patient se montre rapidement impatient car il souhaiterait que le traitement commence tout de suite. De plus, il n'est satisfait du plan de traitement qui lui est exposé par l'étudiant car il pense que ce sont des soins trop onéreux pour lui. Rapidement le patient se lance dans un discours politique sur la société, la sécurité sociale et les coûts des soins. Il est difficile de l'arrêter et de ramener la discussion sur ses soins.* »

Tableau 2 : Catégories de situations relatées par les étudiants et leurs proportions parmi les devoirs rendus

Situation portant sur les difficultés de communication	Représente 35/122 = 28,7 % des situations relatées par les étudiants
Situation portant sur l'attitude et le positionnement du patient	Représente 32/122 = 26,2 % des situations relatées par les étudiants
Situation portant sur l'anxiété du patient	Représente 29/122 = 23,8 % des situations relatées par les étudiants
Situation portant sur la douleur du patient	Représente 13/122 = 10,7 % des situations relatées par les étudiants
Situation portant sur la gestion du temps	Représente 11/122 = 9 % des situations relatées par les étudiants
Situation portant sur l'aspect financier des soins	Représente 2/122 = 1,6 % des situations relatées par les étudiants

Source : Auteur, 2021.

Nous pouvons remarquer que sur les 122 devoirs pris en compte dans notre étude, la plupart porte sur la communication avec le patient (28,7 %), la gestion de son attitude (26,2 %) et de son anxiété (23,8 %).

Ce sont donc des situations qui interpellent les étudiants : il en devient alors intéressant et nécessaire d'analyser leur ressenti en fonction de la scène qu'ils ont observée et décrite.

◆ **Analyse des réponses à la deuxième question** : « *Qu'avez-vous ressenti ?* ».

Pour chaque moment de la relation patient-praticien choisi, et après l'avoir brièvement décrit, l'étudiant doit nommer ses émotions face à cette situation.

A la lecture des devoirs, nous retrouvons plusieurs fois les mêmes sentiments décrits par les étudiants, à savoir :

- L'angoisse, le stress, l'appréhension
- La gêne, le malaise parfois décrit même comme « mal-être »
- L'admiration pour l'étudiant en charge de la consultation
- L'empathie pour le patient
- L'incompréhension

Nous avons jugé utile d'étudier ces réponses sous forme de tableau, laissant apparaître les situations les plus rapportées lors de cette phase observationnelle et les émotions plus souvent décrites qui en découlent.

Tableau 3 : Récapitulatif des émotions ressenties par les étudiants en fonction du moment patient-praticien observé

Emotions ressenties par les étudiants Thématique De la situation observée	ANGOISSE STRESS APPREHENSION	GÊNE MALAISE	ADMIRATION PRATICIEN	EMPATHIE PATIENT	INCOMPREHENSION, ETONNEMENT	
DOULEUR DU PATIENT	1	8	-	2	2	13
GESTION DU TEMPS	5	6	-	-	-	11
ANXIETE DU PATIENT	11	9	5	4	-	29
ATTITUDE PATIENT	2	21	6	3	-	32
COMMUNICATION	10	13	5	3	4	35
ASPECT FINANCIER	-	-	-	1	1	2
	29 (23,8 %)	57 (46,7 %)	16 (13,1 %)	13 (10,7 %)	7 (5,7 %)	= 122

Source : Auteur, 2021.

En synthèse des ressentis étudiants, nous pouvons voir que :

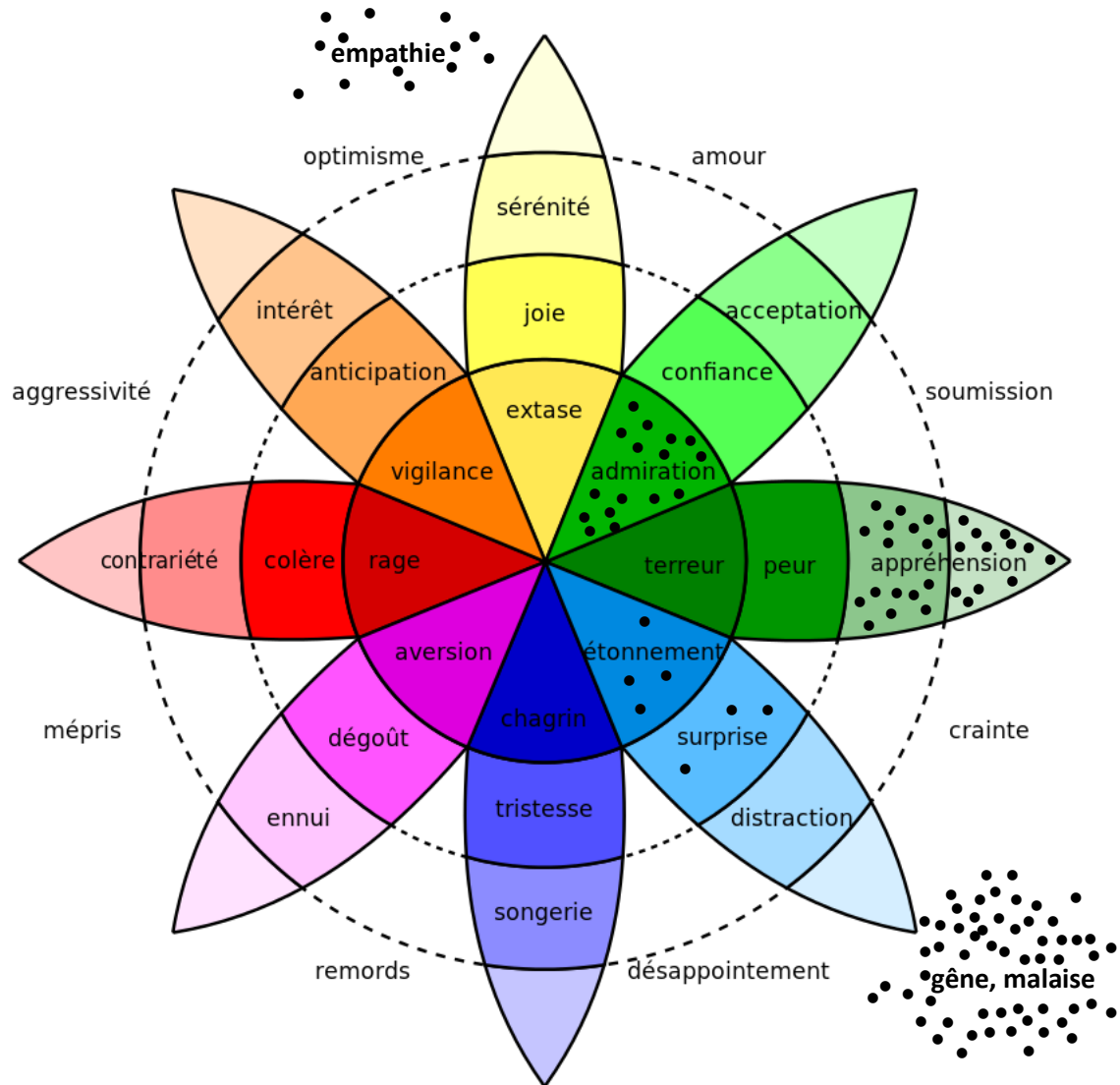
- 23,8 % des situations ont généré une forme d'appréhension, angoisse ou stress
- 46,7 % déclenchent de la gêne, un malaise
- 13,1 % sont à l'origine d'admiration envers le praticien
- 10,7 % génèrent de l'empathie envers le patient
- 5,7 % sont source d'incompréhension pour l'étudiant observateur

Par ailleurs, il est intéressant de noter que des situations mettant en jeu la communication ou l'attitude/anxiété des patients déclenchent quasi systématiquement un sentiment d'appréhension ou de malaise chez l'étudiant observateur.

Nous faisons le choix de représenter visuellement cette analyse de sentiments via la **roue des émotions de Robert Plutchik**, qui est une rosace représentant les principales émotions humaines. Les « pétales » opposés illustrent des émotions contraires et l'addition des émotions de deux pétales adjacents conduit à l'émotion mentionnée entre ces deux derniers.

Voici la représentation des émotions ressenties par les 122 étudiants lors de l'observation de différentes situations liant le patient et son praticien (chaque point correspond à un devoir) :

Figure 7 : Illustration des émotions ressenties par les étudiants sur le support « La roue des émotions » de Plutchik



Source : Auteur, 2021.

Après avoir ajouté les notions d'«empathie» et de « gêne, malaise », il est intéressant d'observer le nuage de points obtenu. En effet, dans la grande majorité, les étudiants observateurs se retrouvent en situation de repli. Des sentiments le plus souvent « froids » et négatifs, ce qui se note dans les couleurs de la rosace : l'appréhension et le malaise sont prédominants. Cela montre bien que les clés de la relation patient-praticien ne sont pas innées et qu'un apprentissage est nécessaire : un jeune praticien,

avec peu voire aucune expérience peu connaître de grandes difficultés à construire une relation de confiance avec sa patientèle.

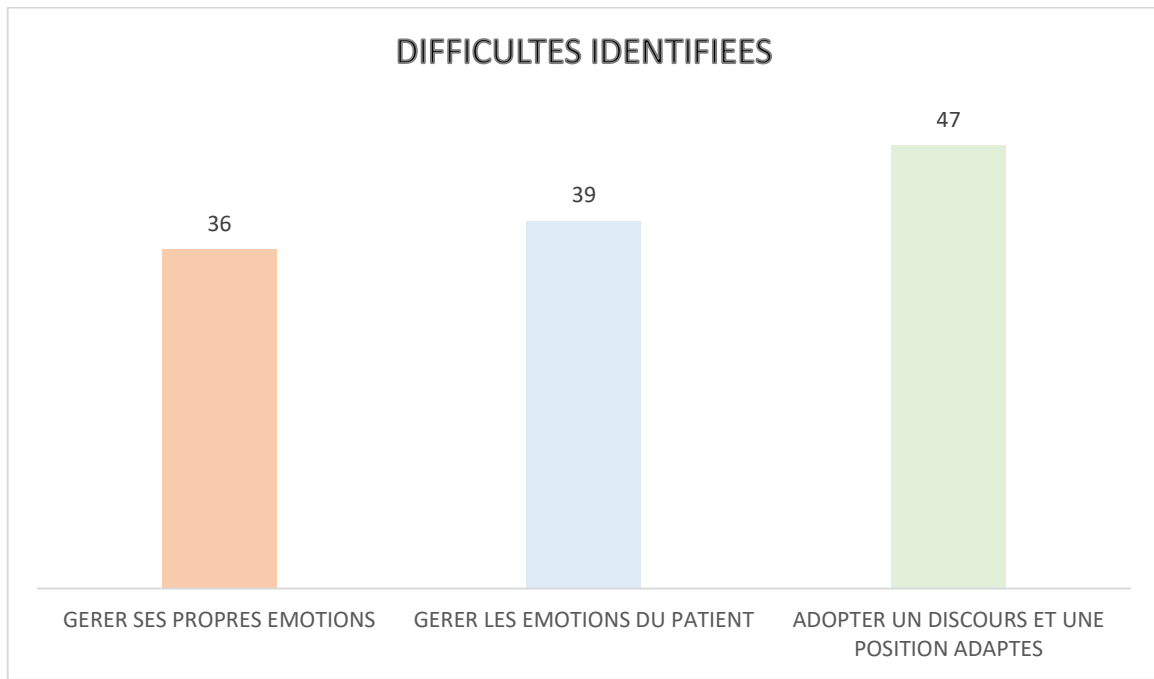
Afin d'aller plus loin, les étudiants ont tenté de verbaliser ce qui les mettait dans cet état émotionnel. Avec la troisième question du devoir, il leur a été demandé de se projeter directement en position de praticien. S'en suit l'analyse des réponses :

- ◆ **Analyse des réponses à la troisième question** : « *Qu'est ce qui aurait été difficile pour vous en tant que soignant ?* ».

Lors de cette analyse, nous avons pu regrouper les réponses des étudiants en trois groupes prédominants :

- Difficulté à **gérer ses propres émotions** : dans les devoirs, cela était caractérisé par la capacité à « ne pas perdre ses moyens » et « rester professionnel », « garder son assurance, ses capacités et ses connaissances » tout en « gérant son stress », en « restant calme » et en sachant « encaisser les remarques des patients ».
- Difficulté à **gérer les émotions du patient** : décrit par les étudiants comme la difficulté que représentait le fait de « s'adapter », « mener le soin à bien malgré l'attitude du patient », « l'accompagner » sans se faire « communiquer le stress ou l'anxiété » et tout en « gardant confiance en soi ».
- Difficulté à **adopter un discours et une position adaptés** : il s'agit là pour les étudiants de « se faire comprendre » en « trouvant les bons mots » et « mener l'entretien médical » tout en restant « crédible », tout cela en recherche d'un « équilibre entre douceur et fermeté ».

Figure 8 : Histogramme représentant les difficultés soulevées par les étudiants



Source : Auteur, 2021.

Nous pouvons voir, sur la représentation graphique ci-dessus, qu'au-delà de l'aspect « émotionnel » de la relation avec le patient, ce qui inquiète les étudiants est de ne pas réussir à tenir un discours approprié et une posture adéquate afin de tenir cette position de soignant. En effet, il semble difficile d'être projeté de la position « étudiant » à « professionnel de santé », avec tout ce que cela suppose au niveau des à priori sociétaux et de l'implication affective du patient, comme vu en première partie de notre exposé.

Ce témoignage d'appréhension nous démontre bien la nécessité d'organiser les enseignements dirigés portant, justement, sur des situations spontanées, inconnues par l'étudiant qui la vit : cela lui permet de travailler sa capacité à réagir et de s'exercer à tenir cette position de chirurgien-dentiste.

De ces devoirs, en fonction des situations relatées et des sentiments générés chez les étudiants, l'équipe enseignante, avec les acteurs, ont construit les scénarios et préparé la deuxième phase.

3.3 Deuxième phase

Après le recueil des données et leur analyse, les étudiants vont pouvoir visualiser des vidéos, tournées par l'équipe enseignante au sein des services hospitaliers, qui mettent en scène un chirurgien-dentiste, expert, et un patient dans des situations variées. Ces vidéos sont à leur disposition sur l'espace numérique de travail de la faculté. Elles illustrent des moments forts de la relation praticien-patient : l'anamnèse, l'entretien clinique, les explications de diagnostic et de traitement. Les étudiants doivent regarder ces vidéos en s'appuyant sur une grille critériée qui leur a été présentée en enseignement magistral, et s'appropriier les éléments de la communication qui sont essentiels pour mener une relation patiente-praticien de qualité, avant les enseignements dirigés.

3.3.1 Les enseignements dirigés

Les enseignements dirigés représentent le cœur du projet. Au nombre de trois, ils portent sur des thématiques différentes, à savoir :

- Mener un entretien clinique : proposé sous forme de niveau dit « simple », avec patient coopérant ; et plus complexe, avec un patient à la personnalité plus envahissante. Ce premier ED permet donc de s'exercer à la communication face à un patient qui adopte une attitude ou un positionnement particulier face au praticien, qui, pour rappel, faisait partie de l'une des trois situations les plus décrites par les étudiants (cf. tableau 2).
- Expliquer un acte technique simple : proposé avec un patient simulé avec ou sans barrière de la langue, ce qui permet aux étudiants de se confronter aux difficultés de communication, situations la plus souvent relatée par les étudiants (cf. tableau 2).
- Accompagner un patient de nature anxieuse lors d'un soin réputé « émotionnellement difficile » : ce scénario représente la 3^{ème} situation qui revenait le plus souvent dans les devoirs étudiants.

Les enseignements dirigés sont donc corrélés aux réponses trouvées dans les devoirs des étudiants, le but étant de les aider face aux difficultés qu'ils rencontrent et appréhendent le plus, lesquelles ils ont pu expliciter dans les devoirs.

Ces enseignements se déroulent en petits groupes d'étudiants avec la participation d'acteurs de l'école **Aberratio Mentalis** (école de théâtre et cinéma parisienne) Ces-derniers simulent les patients, tandis qu'un étudiant incarne le dentiste.

Les scénarios ont été préparés en amont par l'équipe enseignante et l'équipe d'acting, seuls les étudiants en ignorent la teneur, le but étant de déclencher chez eux des réactions spontanées, comme

ce serait le cas dans un réel lieu de consultation entre un patient et son chirurgien-dentiste. Les acteurs sont briefés au préalable et ont préparé les scénettes de façon objective.

Ces enseignements se veulent être un moment d'échange et de discussion. Ils sont organisés de sorte que l'étudiant, en position de soignant, soit seul avec l'acteur (le patient). Ils sont dans un cabinet dentaire simulé au sein de la faculté, et sont filmés puis retransmis en direct au reste du groupe qui analyse les réactions et note ce qui l'interpelle.

A la suite de la scénette, un debriefing est réalisé avec le professeur, les étudiants et les acteurs et un facilitateur qui est présent pour assurer le cadre bienveillant de l'enseignement. Le propos n'étant pas d'apporter des « corrections » à ce qui a été dit ou fait, mais de déclencher une discussion de groupe, voir des débats, sur ce qui pourrait faciliter la relation avec le patient ou, au contraire, quel type de situation peut mettre en difficulté et comment les « désamorcer ». Les messages pédagogiques principaux sont énoncés.

Par ailleurs, les étudiants sont invités à mener une réflexion sur ce qu'ils ont pu tirer de ces enseignements dirigés dans un carnet de bord personnel : ils doivent se poser la question de ce qu'ils ont appris lors de la séance passée mais également de ce qu'ils pourront en tirer pour application dans leur exercice futur

3.4 Résultats et discussion

Après le déroulement des EDs, une enquête de satisfaction du dispositif pédagogique par questionnaire a été mise à disposition des étudiants via Google forms®. Le lien de réponse a été envoyé aux étudiants par mail : ils avaient la possibilité d'y répondre pendant un mois.

60 étudiants ont répondu à ce questionnaire composé de 9 questions à laquelle ils avaient 4 possibilités de réponses : « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord », « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ».

Les questions posées portent d'abord sur le dispositif pédagogique dans sa globalité (de l'observation et transcription de moments de relation patient-praticien au sein de l'hôpital, aux vidéos à visionner sur l'espace numérique de travail ainsi que les enseignements dirigés).

Les questions et réponses obtenues sont les suivantes :

- « **Les objectifs d'apprentissage ont-ils été clairement définis ?** » : 50 étudiants (83,3 %) sont d'accord
- « **Le dispositif pédagogique est utile pour votre apprentissage ?** » : 44 étudiants (73,4 %) sont d'accord
- « **De façon globale, êtes-vous satisfait(e) du dispositif pédagogique ?** » : 44 étudiants (73,4 %) sont d'accord
- « **Va-t-il entraîner un changement de votre approche des patients lors de vos stages cliniques ?** » : 38 étudiants (63,4 %) sont d'accord

→ Les étudiants sont donc globalement satisfaits du dispositif pédagogique et le jugent utile pour leur apprentissage de la relation patient-praticien.

Une deuxième série de question vise à évaluer spécifiquement les enseignements dirigés avec patients simulés Les questions et réponses obtenues sont les suivantes :

- « **Les ED patients simulés sont-ils bien organisés ?** » : 46 étudiants (76,6 %) sont d'accord
- « **Les ED Patients simulés sont-ils un moyen pédagogique adapté pour travailler la relation patient-praticien ?** » : 43 étudiants (71,6 %) sont d'accord
- « **Les simulations proposées sont-elles proches de la réalité clinique ?** » : 41 étudiants (68,3 %) sont d'accord
- « **Avez-vous trouvé le climat instauré favorable aux apprentissages ?** » : 42 étudiants (70 %) sont d'accord
- « **Le carnet de bord est-il un outil utile aux apprentissages ?** » : 26 étudiants (43,3 %) sont d'accord

→ Les étudiants sont donc globalement satisfaits de l'organisation des EDs patients simulés qu'ils ont trouvés cohérents avec la réalité clinique. Ils les jugent être un outil adapté offrant un climat propice pour l'apprentissage de la relation patient praticien.

Par ailleurs, les étudiants ont pu noter leurs commentaires, observations et suggestions, ce qui leur a permis de souligner qu'ils ont beaucoup aimé les moments et discussions d'échange « sans jugement » et « dans un climat de confiance » après les scénettes, ainsi que les mises en scènes qu'ils ont jugées très réalistes (dû au décor simulant un cabinet dentaire, le jeu d'acteurs et les scénarios).

Les étudiants ont aussi noté que le carnet de bord utilisé pour noter leurs commentaires et réaliser leur pratique réflexive n'a pas été aussi utile qu'attendu malgré que le fait de « se poser des questions sur la relation patient-praticien » leur a semblé bénéfique.

Conclusion

La relation avec le patient est la clef de notre métier, mais elle n'est pas facile à appréhender. Au même titre que les connaissances scientifiques et les compétences cliniques, elle s'apprend. Les équipes pédagogiques mettent en place différents outils pour former au mieux les étudiants, et les préparer à leur exercice futur. Le projet des « patients simulés » mis en place pour la première fois lors de l'année universitaire 2019/2020 a montré que les étudiants sont satisfaits de recevoir une formation toujours plus enrichie en termes de méthodes d'apprentissage.

Cependant, il semble que la formation universitaire ne soit pas suffisante pour préparer un chirurgien-dentiste à tout ce à quoi il pourra être confronté au cours de la vie. « On ne naît pas soignant on le devient », dit Alain Amzalag dans son ouvrage « Codes de la relation dentiste-patient » en 2007. En effet, la formation au métier de soignant ne se fait pas en quelques mois ou années. C'est un apprentissage continu, tout au long d'une carrière, que ce soit en termes de connaissances techniques et scientifiques, mais aussi et surtout en termes de relations humaines. La pratique réflexive proposée aux étudiants lors de l'apprentissage de la relation-patient-praticien s'inscrit dans cette démarche.

Bibliographie

1. Vijaykumar H, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M. The enigma of doctor-patient relationship [Internet]. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(Suppl 4):S776-S781. Disponible sur : https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_96_19.
2. Association dentaire française. Perception et attentes du grand public à l'égard des soins bucco-dentaires : enquête ADF-SOFRES de septembre 2004. Dossiers ADF. Paris: Association dentaire Française; 2005.
3. Binhas E, Durand A. Les 7 secrets de la communication avec les patients : un guide des relations interpersonnelles au cabinet dentaire. Vitrolles: les Editions du Groupe Edmond Binhas; 2015. 159 p.
4. Larousse Éditions. Définitions : consulter - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consulter/18523>
5. Choukroun MG. Abrégé de psychologie à l'usage des praticiens : « lire entre les dents ». Paris: Éditions S.I.D; 1997. 231 p.
6. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians : many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med*. 2000;15(7):509-513. Disponible sur: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>.
7. Amzalag A, Dardenne P. Codes de la relation dentiste-patient. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2007. 125 p.
8. Arreto CD, Brunet-Canonne A, Fioretti F. Consulter en odontologie : la relation praticien patient. Rueil-Malmaison: Editions Cdp; 2006. 127 p.
9. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. *Curr Biol*. 2014;24(18):R875-8.
10. Choukroun MG. Au coeur de la relation thérapeutique : le transfert en odonto-stomatologie. Paris: Éditions Glyphe; 2007. 151 p.
11. Santé pratique Paris. La prise en charge des frais de santé en France [Internet]. Santé pratique Paris. 2017. Disponible sur: <https://sante-pratique-paris.fr/dossier/acces-aux-soins-acces-aux-droits-dossier/prise-charge-frais-de-sante-france/>
12. Code de la santé publique - Légifrance. Article R4127-240 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042795939#:~:text=l.,praticien%20et%20les%20circonstances%20particuli%C3%A8res.
13. Vidal F. Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours [Internet]. Académie dentaire. :32. Disponible sur : <https://academiedentaire.fr/2007/06/12/regards-sur-lhistoire-de-lart-dentaire-de-lepoque-romaine-a-nos-jours/>.
14. Maxisciences. Des dentistes au Néolithique ? [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.maxisciencias.com/dentiste/des-dentistes-au-neolithique_art26681.html

15. University of the pacific, Arthur A., dugoni school of dentistry. Virtual dental museum – exhibits from the ward museum [Internet]. Disponible sur: <https://dentalmuseum.pacific.edu/>
16. Bernardini F, Tuniz C, Coppa A, Mancini L, Dreossi D, Eichert D, et al. Beeswax as dental filling on a neolithic human tooth. PLoS One. 2012;7(9):e44904. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044904>.
17. Cercle des médecins anesthésistes – réanimateurs du grand-duché de Luxembourg. Histoire de l'anesthésie [Internet]. Disponible sur: http://www.cmarl.lu/online/www/menu_vert/11/6/FRE/index.html
18. American psychiatric association. DSM-IV-TR : diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American psychiatric association; 2000. 943 p.
19. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship [Internet]. Physiol Rev. 2013;93(3):1207-1246. Disponible sur : <https://doi.org/10.1152/physrev.00043.2012>.
20. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Londres: Pitman medical; 1957. 355 p.
21. Code civil - Légifrance. Article 1101 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006436086/1804-02-17
22. Association dentaire française. La relation patient praticien : environnement législatif et réglementaire de l'odontologie. Dossiers ADF. Paris: Association dentaire Française; 2004.
23. 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. 2004;5(2):110-126 Disponible sur : <https://doi.org/10.1051/pmed:2004013>.
24. Kurtz SM, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 1998. 396 p.
25. Larousse Éditions. Définitions : éthique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31388>
26. Laughey W, Grandal NS, Stockbridge C, Finn Christine GM. Twelve tips for teaching empathy using simulated patients. Medical Teacher. 2019;41(8):883-7.
27. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Baena-Baños M, Correro-Bermejo A, Soler-Martins PS, de la Torre-Moyano S. Empathy training in health sciences : a systematic review. Nurse Educ Pract. 2020;44:102739.
28. Spiro HM, Curnen MGM, Peschel E, James DS. Empathy and the practice of medicine : beyond pills and the scalpel. Yale University Press; 1993. 230 p.
29. Fragkos KC, Crampton PES. The effectiveness of teaching clinical empathy to medical students : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acad Med. 2020;95(6):947-57.
30. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Cartographie et données publiques : répartition de la population des chirurgiens-dentistes [Internet]. Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD). Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

31. Alliance sorbonne paris cité. Service d'accompagnement aux pédagogies innovantes et à l'enseignement numérique de l'alliance sorbonne paris cité [Internet]. Sapiens - Alliance sorbonne paris cité : formation et accompagnement à la pédagogie à l'université. Disponible sur: <https://sapiens-uspc.com/a-propos/>
32. Agence régionale de santé. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé ? [Internet]. Agence régionale de santé. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
33. Ministère des solidarités et de la santé. HAS (Haute autorité de santé) [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/article/has-haute-autorite-de-sante>
34. Atkins S, Roberts C, Hawthorne K, Greenhalgh T. Simulated consultations : a sociolinguistic perspective. BMC Med Educ. 2016;16(1):16.
35. Muddle L, O'Malley CJ, Stupans I. Learning and teaching of patient-centred communication skills in allied healthcare manual therapy students : a systematic review. Int J Osteopath Med. 2019;32:21-7.
36. Gosset M, Vital S, Bouziane A. Enseigner la relation patient-praticien en année préclinique en odontologie : analyse d'un dispositif de formation avec patients simulés. Pédagogie Médicale. 2021;22:S108-9.

Table des figures

Figure 1 : Établissement d'un climat de confiance au cabinet dentaire	6
Figure 2 : Répartition de la prise en charge des frais de santé en France en 2015 selon la DREES.....	7
Figure 3 : Le chirurgien-dentiste, ennemi du protagoniste d'un très célèbre dessin-animé	8
Figure 4 : Représentation de la profession dentaire à l'entrée du XXème siècle	9
Figure 5 : Cliché de soin dentaire sans anesthésie, patient maintenu pour affronter la douleur d'une avulsion dentaire.....	10
Figure 6 : Schéma synthétique de la complexité de relation patient-praticien.....	13
Figure 7 : Illustration des émotions ressenties par les étudiants sur le support « La roue des émotions » de Plutchik.....	32
Figure 8 : Histogramme représentant les difficultés soulevées par les étudiants	34

Table des tableaux

Tableau 1 : Synthèse de la formation au cours du cursus universitaire avant le nouveau projet.....	20
Tableau 2 : Catégories de situations relatées par les étudiants et leurs proportions parmi les devoirs rendus.....	28
Tableau 3 : Récapitulatif des émotions ressenties par les étudiants en fonction du moment patient-praticien observé.....	30

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie

Professeur Marjolaine GOSSET

Professeur Vianney DESCROIX

Vu, le Président d'Université de Paris

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Vianney DESCROIX

Enseigner la relation patient-praticien : apport des patients simulés pour la formation des étudiants en odontologie

Carina Cepa Da Silva. Enseigner la relation patient-praticien : apport des patients simulés pour la formation des étudiants en odontologie. 2022. 44 p. ill., graph., tabl. Réf. bibliographiques p. 40-42.

Sous la direction de Mme le Professeur Marjolaine Gosset

Université de Paris
UFR d'Odontologie
1, rue Maurice Arnoux - 92120 Montrouge
5, rue Garancière - 75006 Paris