



**HAL**  
open science

# Enseignement de la relation patient-praticien avec patients simulés dans les années précliniques en odontologie : étude qualitative par entretien de groupe

Mélanie Sitbon

► **To cite this version:**

Mélanie Sitbon. Enseignement de la relation patient-praticien avec patients simulés dans les années précliniques en odontologie : étude qualitative par entretien de groupe. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04543977

**HAL Id: dumas-04543977**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04543977v1>**

Submitted on 12 Apr 2024

**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 PARIS CITÉ**

**FACULTÉ DE SANTÉ**

**UFR D'ODONTOLOGIE**

**Année 2023**

**N° D019**

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le : 13 février 2023

Par

**Mélanie SITBON**

**Enseignement de la relation patient-praticien avec patients simulés  
dans les années précliniques en Odontologie :  
étude qualitative par entretien de groupe**

Dirigée par Mme le professeur Marjolaine Gosset

JURY

Mme le Professeur Sibylle Vital

Président

Mme le Professeur Marjolaine Gosset

Assesseur

Mme le Docteur Annabelle Tenenbaum

Assesseur

M. le Docteur Thông Nguyen

Assesseur

M. le Professeur Jean-Noël Vergnes

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.

**Mélanie SITBON**



## 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	M. P.-J. BERAT (MCU associé) Mme A.-L. BONNET M. F. COURSON Mme M. RIOU (MCU associé) Mme A. VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme E. LE NORCY	M. C. DUNGLAS M. P. GARREC Mme A. KAMOUN 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	M. A. BRUN M. D. GUEZ M. S. JUNGO (MCU associé) M. S. KERNER
	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. N. MOREAU M. T. NGUYEN Mme J. ROCHEFORT Mme I. TAÏHI M. H. TARRAGANO
	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) M. B. PAIVA (MCF)
3. RÉHABILITATION ORALE (DÉBUT)	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme T. BOUKPESSI 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. MESGOUEZ-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 Mme H. CITTERIO Mme M.-J. CRENN M. M. DAAS M. D. DOT M. L. DUPAGNE (MCU associé) M. N. EID M. S. ESCURE Mme I. FOUILLOUX Mme L. FRIEDLANDER 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, BIOMATÉRIEAUX	M. Y. BOUCHER Mme L. JORDAN M. J.-F. N'GUYEN 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. H. DIAKONOFF (MCU associé) M. R. FELIZARDO M. B. FLEITER M. P. FRANÇOIS Mme F. MANGIONE M. A. PORPORATI (MCU associé) Mme F. TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. C. BÉRENHOLC M. P. BOUCHARD Mme M.-L. BOY-LEFÈVRE Mme M. FOLLIGUET Mme M. WOLIKOW M. R. GARCIA M. J.-J. LASFARGUES M. A. LAUTROU M. G. LEVY	M. B. PELLAT Mme A. POLIARD M. J.-L. SAFFAR

Liste mise à jour le 28 septembre 2022



## 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 Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; Vice-Doyen de l'UFR d'odontologie – Université Paris Cité ;

Je considère avoir été extrêmement privilégiée d'effectuer mon cursus universitaire auprès de vous. Tout au long de mes études, j'ai appris à vos côtés tant sur le plan technique que sur le plan comportemental. Vous êtes un exemple pour moi et être votre attachée en odontologie pédiatrique à l'hôpital Louis Mourier est un honneur et une source permanente d'apprentissage. Je ne vous remercierai jamais assez pour les valeurs que vous m'avez enseignées. J'espère être digne de votre enseignement et je ferai de mon mieux pour vous rendre hommage tout au long de mon parcours professionnel.

**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 Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de diriger ma thèse d'exercice et de m'avoir fait confiance. Tout au long de son élaboration, vous avez été à l'écoute, vous m'avez orientée, conseillée avec bienveillance. Vos remarques précises et pertinentes m'ont grandement fait progresser et, sans vous, je n'aurais pas pu faire aboutir mes travaux. À nouveau, ma profonde reconnaissance pour votre disponibilité et votre aide.

**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 Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'avoir accordé le temps nécessaire à la lecture de ma thèse. Je vous en suis extrêmement reconnaissante.



**À M. le Docteur Thông Nguyen** ; Docteur en Médecine ; Spécialiste qualifiée en Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie ; Spécialiste qualifiée en Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Ancien Interne des Hôpitaux ; Docteur de l'Université Paris-Sud ; Maître de Conférences des Universités UFR d'Odontologie – Université Paris Cité ; Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ;

Je n'oublierai jamais vos recommandations sur les plans professionnel et personnel et votre humour à nul autre pareil. Merci de votre investissement durant mon cursus à l'hôpital Louis Mourier et de votre soutien sans faille. Mille mercis.

**À M. le Professeur Jean-Noël Vergnes** ; Docteur en Chirurgie dentaire ; Docteur en épidémiologie ; Professeurs des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie ; Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada ; Maîtrise de sciences biologiques et médicales, master 2 recherche – épidémiologie clinique ; Diplôme d'Université de recherche clinique en Odontologie ; Lauréat de l'Université Paul Sabatier ; Habilitation à diriger des recherches.

Votre animation du *focus group* a permis de recueillir les appréciations et perceptions des étudiants. Vous avez eu la gentillesse de me donner des conseils sur la structuration de ma thèse et je vous en suis redevable. Mes plus sincères remerciements.



## Résumé et indexation en français et anglais

---

### Résumé :

Depuis les années soixante-dix, la relation patient-praticien a fortement évolué. D'un modèle fondé sur un praticien omnipotent qui prend toutes les décisions, nous connaissons aujourd'hui un modèle qui fait du consentement éclairé du patient un prérequis à tout acte médical. Dans ce contexte, l'enseignement dispensé auprès des étudiants en odontologie a intégré cette approche centrée patient (ACP) et, en 2019, au sein de l'Université de Paris Descartes, a été mis en œuvre un apprentissage de la relation patient-praticien avec patients simulés (PS) dans les années précliniques. Dans le prolongement du dispositif, un *focus group* composé d'étudiants ayant bénéficié de l'enseignement et d'étudiants de l'Université Paris Diderot n'en ayant pas profité a été réalisé avec pour objectif le recueil de la perception des étudiants vis-à-vis du dispositif de formation dans le cadre d'une recherche pédagogique. L'étude qualitative issue de l'analyse des *verbatim* des étudiants a conduit principalement à souligner leur besoin d'apprentissage renforcé en matière de communication. Davantage que l'approche théorique en cours magistraux, les jeux de rôle (les enseignements avec PS) sont considérés comme un apprentissage à haute valeur ajoutée permettant l'acquisition de compétences des étudiants en matière de communication en amont de leur formation en clinique. Pour renforcer le parcours pédagogique et ancrer l'apprentissage dans le temps, la démarche pourrait s'enrichir d'exercices répétés et complémentaires de mises en situation à partir de situations concrètes et, notamment, celles considérées comme les plus sensibles (enfant, handicap, patient stressé...) et d'évaluations systématiques par les professeurs (*feedback*). De nouveaux apprentissages en sciences humaines et sociales, qui entrelacent à l'odontologie les apports de l'éthique et de la philosophie, permettraient une ACP plus performante.

### 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:**

Since the 1970s, the patient-practitioner relationship has changed significantly. From a model based on an omnipotent practitioner who makes all decisions, we now know a model that makes informed consent of the patient a prerequisite for any medical act. In this context, the teaching of dentistry students has integrated this patient-centered approach and, in 2019, within the University of Paris Descartes, a training of the patient-practitioner relationship with simulated patients has been implemented in the pre-clinical years. Following the learning process, a focus group composed of students who have benefited from the teaching and students from Diderot University who have not, was carried out with the aim of evaluating the training system. The qualitative study based on the analysis of the students' verbatim reports mainly highlighted their need to learn about communication. More than the theoretical approach, role-playing with simulated patients is considered to be a high value-added learning experience, enabling students to increase their communication skills in preparation for their training in clinic. To reinforce the system and anchor learning over time, the approach should be enriched with repeated and complementary exercises based on concrete situations, particularly those considered the most sensitive (children, disabilities, stressed patients, etc.), systematic evaluations by professors. New learning in the human and social sciences, which interweave the contributions of ethics and philosophy to dentistry would enable a more effective patient-centered approach.

**Branch or specialty:**

Education

**English keywords (MeSH):**

Dentist-patient relations ; Teaching

**Publication type (MeSH):**

Academic Dissertation



## Liste des abréviations

---

- ACP: Approche centrée patient
- ADT : Analyse des données textuelles
- ECOS : Examen clinique objectif et structuré
- ED : Enseignements dirigés
- PS : Patients simulés



# Table des matières

---

<b>1 : INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
1.1 L'ÉVOLUTION DE LA RELATION PATIENT-PRATICIEN.....	4
1.2 L'IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION ENTRE PATIENT ET PRATICIEN.....	5
1.3 COMMENT FORMER LES ETUDIANTS EN SANTE A LA COMMUNICATION.....	6
1.3.1 <i>Exemple de dispositif n° 1 alliant groupes de parole et jeux de rôle – Troisième année de médecine .....</i>	<i>6</i>
1.3.2 <i>Exemple de dispositif n° 2 : cours et échanges avec du personnel médical, évaluation des compétences – Étudiants en odontologie.....</i>	<i>8</i>
1.4 LA PRESENTATION DU DISPOSITIF DE FORMATION MIS EN PLACE POUR L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION EN SANTE EN ODONTOLOGIE A PARIS .....	9
1.4.1 <i>La description du dispositif pédagogique.....</i>	<i>9</i>
1.4.2 <i>L'évaluation du dispositif pédagogique.....</i>	<i>13</i>
<b>2 : LES OBJECTIFS.....</b>	<b>16</b>
<b>3 : LES MATERIELS ET LES METHODES.....</b>	<b>17</b>
3.1 L'ÉTUDE QUALITATIVE.....	17
3.1.1 <i>Définition.....</i>	<i>17</i>
3.1.2 <i>L'équipe pédagogique .....</i>	<i>17</i>
3.1.3 <i>Les démarches éthiques .....</i>	<i>18</i>
3.2 LA TECHNIQUE DE RECUEIL DES DONNEES : LE <i>FOCUS GROUP</i> .....	19
3.2.1 <i>Qu'est-ce qu'un focus group ?.....</i>	<i>19</i>
3.2.2 <i>Le descriptif du focus group lié au projet pédagogique avec PS .....</i>	<i>20</i>
3.3 L'ÉCHANTILLONNAGE.....	20
3.3.1 <i>La taille et la représentativité de l'échantillon .....</i>	<i>20</i>
3.3.2 <i>La population étudiée.....</i>	<i>21</i>
3.4 LE DESCRIPTIF DE LA METHODE D'ANALYSE DU CONTENU THEMATIQUE .....	23
3.4.1 <i>L'analyse par théorie ancrée .....</i>	<i>23</i>
3.4.2 <i>La réflexion quant au recours à un logiciel d'analyse des données.....</i>	<i>24</i>
<b>4 : LES RESULTATS .....</b>	<b>26</b>
4.1 LES MOTIVATIONS DE LA COMMUNICATION PATIENT-PRATICIEN .....	26
4.1.1 <i>L'humanité du patient.....</i>	<i>26</i>
4.1.2 <i>La prise en compte de l'état général de santé.....</i>	<i>27</i>
4.1.3 <i>La réponse aux besoins des patients .....</i>	<i>27</i>

4.1.4	<i>La clarification des attentes du patient</i> .....	28
4.1.5	<i>L'établissement d'une relation durable et de confiance avec le patient</i> .....	28
4.1.6	<i>La garantie de la réussite des soins</i> .....	28
4.1.7	<i>L'information pour que le patient fasse le meilleur choix</i> .....	28
4.1.8	<i>L'explication des soins dispensés</i> .....	29
4.1.9	<i>La gestion du stress du patient</i> .....	29
4.1.10	<i>Le positionnement face aux premiers patients</i> .....	30
4.2	LES CANAUX D'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION.....	30
4.2.1	<i>Le caractère inné ou non de la communication</i> .....	31
4.2.2	<i>L'influence des expériences personnelles</i> .....	31
4.2.3	<i>L'importance de la pratique pour apprendre</i> .....	32
4.2.4	<i>La subjectivité de la communication</i> .....	33
4.3	L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION : LES ATTENTES DES ETUDIANTS .....	34
4.3.1	<i>Un déficit d'apprentissage des étudiants de l'Université Paris Diderot</i> .....	34
4.3.2	<i>L'aisance à l'égard du patient</i> .....	35
4.3.3	<i>La relation entre la théorie et la pratique</i> .....	35
4.3.4	<i>L'apprentissage par l'illustration</i> .....	36
4.3.5	<i>Les compétences du professeur</i> .....	36
4.3.6	<i>La communication sur le coût des soins</i> .....	37
4.4	LES ASPECTS POSITIFS DE LA PEDAGOGIE DISPENSEE .....	38
4.4.1	<i>L'acquisition d'expérience</i> .....	39
4.4.2	<i>Le climat de bienveillance</i> .....	41
4.4.3	<i>La prise de conscience de l'importance et de la complexité de la communication</i> .....	41
4.4.4	<i>Le timing de l'apprentissage dans le cursus universitaire</i> .....	42
4.4.5	<i>Le recours à des acteurs</i> .....	42
4.4.6	<i>Le feedback des acteurs</i> .....	42
4.4.7	<i>L'implication des professeurs</i> .....	43
4.4.8	<i>Le statut d'observateur pendant les ED</i> .....	43
4.4.9	<i>Les étudiants de l'Université Paris Diderot favorables à la mise en œuvre des ED dans leurs parcours</i> .....	43
4.5	LES POINTS D'AMELIORATION EXPRIMES A L'EGARD DE L'APPRENTISSAGE EN ED AVEC PS .....	44
4.5.1	<i>Le positionnement des acteurs</i> .....	44
4.5.2	<i>La planification des ED</i> .....	45
4.5.3	<i>Le positionnement des professeurs</i> .....	45
4.5.4	<i>La spécialisation des professeurs</i> .....	46
4.6	LES PISTES D'AMELIORATIONS DU DISPOSITIF PEDAGOGIQUE.....	47
4.6.1	<i>Les différentes spécialisations des professeurs</i> .....	48
4.6.2	<i>L'approche par la situation de patients</i> .....	48

4.6.3	<i>Les modalités d'organisation des ED.....</i>	50
<b>5 :</b>	<b>LES DISCUSSIONS.....</b>	<b>52</b>
5.1	L'ÉVALUATION DE LA METHODE QUALITATIVE .....	52
5.1.1	<i>Un focus group à distance.....</i>	52
5.1.2	<i>Le nombre de participants et la représentativité.....</i>	53
5.1.3	<i>La conduite des échanges.....</i>	53
5.2	LES ENSEIGNEMENTS DES ETUDES MENEES SUR L'APPRENTISSAGE MEDICAL .....	54
5.3	L'ANALYSE DU DISPOSITIF D'APPRENTISSAGE AVEC PS .....	55
5.3.1	<i>Le mixte théorique et pratique.....</i>	55
5.3.2	<i>Les bonnes pratiques.....</i>	56
5.3.3	<i>Le feedback des professeurs.....</i>	56
5.3.4	<i>Une démarche pédagogique au long cours.....</i>	57
5.3.5	<i>L'évaluation des compétences.....</i>	58
5.3.6	<i>L'exemplarité des enseignants.....</i>	58
5.3.7	<i>L'ouverture vers un enseignement aux sciences humaines.....</i>	58
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>61</b>
	<b>TABLE DES FIGURES.....</b>	<b>63</b>
	<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>64</b>
	<b>ANNEXE.....</b>	<b>65</b>

# 1 : Introduction

---

## 1.1 L'évolution de la relation patient-praticien

Depuis l'émergence de la médecine et pendant des siècles, la relation médicale s'est construite sur le modèle paternaliste. En effet, le médecin est l'expert, le sachant, il a les compétences techniques, le savoir et l'expérience. Le patient est ignorant et intrinsèquement, il est dans un état le rendant inapte à prendre des décisions. Il est donc obéissant et se voit assigner un rôle totalement passif. Il est comme un enfant face à son praticien. Ainsi que l'affirmait Louis Portes, premier président de l'Ordre des médecins : « *Au sens exact du terme, [le patient] ne voit plus clair en lui-même, car entre lui-même observant son mal et lui-même souffrant de son mal, s'est glissée une opacité et parfois même une obscurité totale ; tous ses pas dans sa connaissance de lui-même sont devenus trébuchants comme ceux d'un enfant* » (L. Portes, « Du consentement du malade à l'acte médical », communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 1950)(1). La perte d'autonomie du patient est justifiée par l'intérêt supérieur du patient. D'après Gerald Dworkin, le paternalisme consiste dans : « *Une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte* » (G. Dworkin, « Paternalism », *The Monist*, 56, 1972)(1).

Le modèle paternaliste a imprégné le premier code de déontologie médicale français et a entériné la supériorité du praticien qui peut imposer ses choix au patient : « *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail et, s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider, dans toute la mesure du possible, des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision. En cas de refus, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 24* » (article 30 du code de déontologie médicale de 1947)(2).

La montée en puissance du libéralisme dans nos sociétés fondées sur la défense des droits et libertés individuelles a impacté le monde médical et notamment la relation patient-praticien. Les notions de consentement et d'implication du patient deviennent centrales. Hugo Tristram Engelhardt Jr., l'un des pères fondateurs de la bioéthique, a clairement exprimé la supériorité de l'autonomie du patient à l'égard de la bienfaisance du praticien (T. H. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1986)(3). Par ailleurs, le modèle paternaliste, fondé sur la toute-puissance du médecin qui a réponse à tout, a montré de nombreuses faiblesses. La médecine uniquement experte

a eu des difficultés à gérer les dimensions psychosociales de la santé des individus et est demeurée surtout très concentrée sur les aspects physiologiques et biologiques. Dès les années soixante-dix, elle n'a pas su faire face aux enjeux croissants liés à la prise en charge des utilisateurs de drogues dures, aux revendications des patients en santé mentale en faveur de soins plus humains ou, encore, dans les années quatre-vingt, aux répercussions systémiques de la crise du SIDA. De même, la prévalence croissante des maladies chroniques a bousculé les fondements du modèle paternaliste. D'une part, les schémas de production et de reconnaissance des savoirs ont profondément évolué, liés aux expertises que les patients ont développées. L'utilisation d'Internet a permis la création de communautés de personnes souffrant des mêmes pathologies. Les échanges, les confrontations, les vérifications et les retours d'expérience associés à ces pratiques constituent, *in fine*, un nouveau champ de compétence en santé opposable au médecin. D'autre part, l'efficacité du modèle est battue en brèche puisque les patients ne suivent pas nécessairement les consignes, surtout dans les cas de la prévention ou du traitement des maladies chroniques(4).

Ce contexte a permis l'émergence de nouvelles approches de la relation patient-praticien. L'« approche centrée patient » (ACP), qui trouve son origine dans les travaux du médecin et psychanalyste Michael Balint, prend en compte l'expérience unique vécue par le patient : le médecin n'est plus amené à établir un diagnostic, mais à créer un espace de travail non directif dans lequel le patient pourra cheminer vers un changement souhaité(5).

Dans les années quatre-vingt-dix, la nécessité de la communication du praticien vers le patient est reconnue et s'inscrit dans la pratique et la déontologie, comme en témoigne cet extrait du code de déontologie médicale : « *Le médecin doit à la personne [...] qu'il soigne [...], une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.* » (Code de déontologie médicale de 1995, art. 35)(6).

La recherche a montré les avantages de l'ACP pour ce qui est, notamment, de la satisfaction du patient et de son adhésion au traitement, de la satisfaction du médecin et des résultats de santé (M. Stewart, J. B. Brown, A. Donner *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000)(7). Ces évolutions positives s'appuient sur des méthodes cliniques axées sur le patient et sur son vécu. Elles nécessitent un cadre de consultation, qui intègre l'écoute active du patient, et des compétences en matière de communication.

## **1.2 L'importance de la communication entre patient et praticien**

L'objectif principal de la communication est de permettre aux patients et aux praticiens de partager une vision commune du cadre thérapeutique. Le succès de la relation patient-praticien, outre la bonne

exécution de l'acte technique médical, dépend également de la prise en compte des facteurs sociaux et psychologiques, tant du patient que du praticien, par la création d'un cadre d'intervention de confiance conduisant à la satisfaction pour le patient d'avoir été soigné, et pour le praticien d'avoir soigné. Seule la communication est en mesure de permettre aux patients et aux praticiens d'atteindre ce haut niveau qualitatif dans leur relation. Le patient est acteur de sa santé et participe aux prises de décision dans le cadre d'une communication renforcée avec son dentiste.

Les soins dentaires, toujours anxiogènes pour nombre de patients, et le développement du numérique en santé renforcent encore plus la nécessité d'une communication bienveillante, d'un accompagnement pédagogique renforcé et d'une compréhension du contexte psychosocial du patient afin de mieux le soigner.

La satisfaction du patient est en enjeu important pour le dentiste puisque celle-ci est un facteur de fidélité et de recommandation. De nombreuses études ont prouvé que les patients, notamment ceux parmi les plus anxieux, privilégiaient, aux compétences techniques, le savoir être et la compréhension du dentiste à leur égard (A. Liddell, C. Ackerman, D. Locker. What Dental phobics say about their dental experiences. *J Can Dent Assoc.* 1990 ; N. L. Corah. Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *Dent Clin North Am.* 1988)(8,9).

Ces compétences en communication ne s'acquièrent pas spontanément et un enseignement adapté des professionnels de santé est nécessaire. L'apprentissage de la communication est donc aujourd'hui un enjeu majeur dans l'acquisition des compétences cliniques en odontologie.

### **1.3 Comment former les étudiants en santé à la communication**

La formation à la relation aux patients soulève des interrogations pédagogiques dans des cursus principalement orientés sur l'approche technique. L'enseignement doit effectivement se doter de volets complémentaires axés sur la communication. Les deux approches doivent donc se combiner avec une planification pertinente et des modalités efficaces et évaluables.

Différentes initiatives pédagogiques ont été mises en œuvre et évaluées dans plusieurs Universités. L'examen de deux d'entre elles nous permettra de mesurer leur efficacité et l'impact sur les étudiants.

#### **1.3.1 Exemple de dispositif n° 1 alliant groupes de parole et jeux de rôle –**

##### **Troisième année de médecine**

Le programme « enseignement d'initiation à la relation médecin-malade » développé à l'Université de médecine de Paris-Créteil depuis 2001 et dès la première année du deuxième cycle des études médicales, soit en troisième année, s'appuie sur un ensemble de principes pédagogiques qui vise à

prendre en compte à la fois des éléments cognitifs et des éléments émotionnels. Le retour d'expérience de l'enseignement a donné lieu à une publication dans la revue internationale francophone d'éducation médicale : « Enseigner la relation médecin-malade. Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil » (*Pédagogie médicale*, 2006 ; 7(3):165-73) rédigé par Guy Even, coordonnateur du département d'enseignement et de recherche en psychologie médicale – animateur de groupe Balint (Association de recherche et d'étude pour la formation à la fonction soignante – AREFFS et Société médicale Balint – SMB)(10).

L'enseignement concerne tous les étudiants d'une promotion en DCEM1 ou troisième année de médecine et fait suite à six mois de stage dans les services hospitaliers. La présence y est obligatoire. Il est considéré comme un stage (les étudiants sont « en stage dans le groupe »). Les objectifs généraux de cet enseignement sont les suivants :

- 1) Prendre conscience de la dimension humaine et relationnelle de la pratique médicale.
- 2) Repérer la dynamique qui se développe entre les protagonistes de l'acte médical et susciter un travail de réflexion sur les interactions dans la relation médecin-patient.
- 3) Aider l'étudiant à percevoir et à entendre, au-delà du symptôme présenté par la personne malade, le sens de la démarche et de la demande du patient.
- 4) Préparer les étudiants à leur fonction de soignant. Il est précisé qu'il ne s'agit pas de proposer aux étudiants un modèle positif du « bon médecin » mais de leur ouvrir un lieu et un temps de réflexion leur permettant de se former à l'analyse de la dynamique de la relation médecin-patient.

Les étudiants sont répartis en groupes de moins de vingt personnes. Ces groupes sont fixes pour l'ensemble de la séquence d'enseignement qui comporte douze séances de deux heures chacune, au rythme d'une séance par semaine. Un premier module (« groupe de parole et de réflexion sur cas »), comportant six séances, est consacré au travail à partir des premières situations rencontrées par les étudiants à l'hôpital. Un second module (6 séances) utilise le « jeu de rôle » comme technique pédagogique. L'animation des groupes est assurée par un binôme d'enseignants, l'un étant médecin généraliste (ou spécialiste), l'autre professionnel de la psychologie clinique (psychiatre, psychologue, psychanalyste). Un « polycopié », constitué d'une compilation d'articles sur la relation médecin-patient, est remis aux étudiants. Centré sur les concepts de base de la relation, il est conçu de manière à pouvoir être lu et intégré par l'ensemble des étudiants. À la fin des douze séances d'enseignement, les étudiants rédigent un mémoire sur la relation médecin-patient à partir de leur expérience de formation dans les groupes. L'évaluation de l'enseignement est opérée de la façon suivante :

- un recueil du degré de satisfaction portant sur les contenus, les méthodes pédagogiques et la qualité de l'intervention des enseignants, effectué à l'aide d'un questionnaire ;

- le recueil de l'avis des étudiants sur l'apport de l'enseignement à partir des réponses à un questionnaire portant sur des éléments caractéristiques de la relation médecin-patient ou des situations typiques de la pratique médicale.

On relève un taux de satisfaction global très positif : dans tous les groupes et quels que soient les *items* (adaptation du contenu à la pratique, méthodes pédagogiques, intervention des enseignants), le pourcentage d'étudiants satisfaits est supérieur à 80 %.

### 1.3.2 Exemple de dispositif n° 2 : cours et échanges avec du personnel médical, évaluation des compétences – Étudiants en odontologie

Les étudiants en odontologie d'une Université canadienne se voient délivrer tout au long de leur cursus un enseignement très complet sur les techniques de communication aux patients. Les formats pédagogiques varient en fonction des années d'études comme illustré dans le tableau 1.

Tableau 1 : Récapitulatif tableau du format pédagogique canadien

Formats pédagogiques	Planification	Contenu
Cours et échanges sur l'ACP	1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> années	Gestion des patients difficiles
		Communication non verbale
		Communication non exclusivement technique
Formation sur des patients avec encadrement des professeurs	3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> années	Cas sensibles, principales problématiques
Entretiens individualisés mensuels	3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> années	<i>Feedback</i> sur les qualités professionnelles en communication et sur les capacités oratoires
Examens	Tout au long du cursus	Grille d'évaluation des compétences en communication

Source : Auteur, 2022.

Une évaluation de l'enseignement a été opérée à partir d'un questionnaire en ligne sur les compétences acquises en communication. Sous le contrôle d'un comité d'éthique, les réponses des 124 étudiants ont été classées en fonction de leur sexe, leur âge, leur année d'étude, leurs origines et leur nationalité. Cette approche quantitative a été complétée par une étude qualitative (C. Ayn, L. Robinson, D. Matthews, C. Andrews. Attitudes of dental students in a Canadian university towards communication skills learning. *Eur J Dent Educ.* 2020 ; 126-133)(11). Les étudiants en odontologie se sont prononcés comme étant favorables, avec des différences en fonction de leur niveau d'étude, de leurs origines et de leur genre, à une ACP. Il est également constaté que l'intérêt pour l'apprentissage de la communication est plus élevé lors des premières années. La baisse d'intérêt, qui suit,

s'expliquerait par une charge de travail plus importante en fin de cursus (études et expérience clinique). Il est recommandé d'allier apports didactiques et expériences concrètes pour maximiser l'acquisition de compétences. Dans ce sens, les conclusions de l'étude militent pour des compléments pédagogiques avec, par exemple, des exercices avec PS filmés et suivis de séances de *feedback*. Il est préconisé que ces séances soient réalisées avant tout contact avec des patients en clinique, donc principalement en deuxième année.

## **1.4 La présentation du dispositif de formation mis en place pour l'apprentissage de la communication en santé en odontologie à Paris**

En 2019, pour la première fois, un dispositif pédagogique innovant d'apprentissage de la communication, fondé sur l'enseignement dirigé (ED) avec PS, a été déployé dans le cadre de la formation initiale en odontologie à l'Université Paris-Cité (anciennement Descartes). Nous allons tout d'abord présenter le dispositif ainsi que l'évaluation faite par les étudiants lors de cet enseignement.

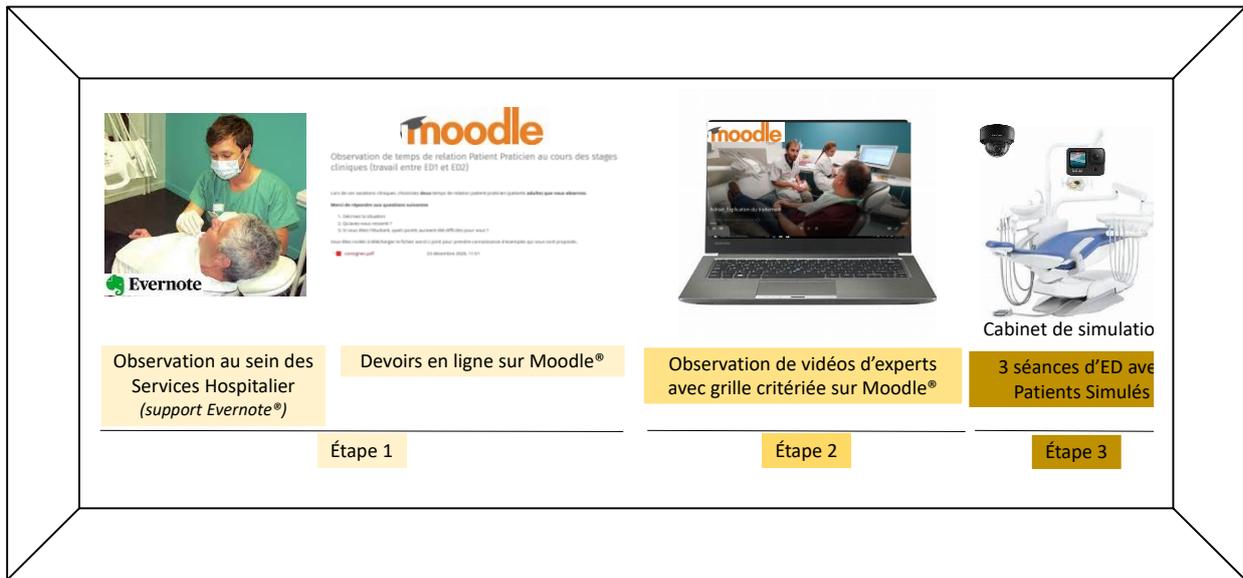
### **1.4.1 La description du dispositif pédagogique**

Lors de l'année universitaire 2019-2020, au sein de la faculté de santé d'odontologie – UFR Paris Descartes, des ED avec PS ont été mis en place pour l'apprentissage de la relation patient-praticien en troisième année d'odontologie, la dernière année préclinique. Cet enseignement présente de multiples objectifs pédagogiques :

- la formation des étudiants à la communication patient-praticien avant le début de leur stage d'externat ;
- la mise en pratique de leurs compétences en communication ;
- l'expérimentation d'une ACP ;
- l'identification de leurs acquis avec une approche réflexive.

**Nous allons décrire les trois étapes de ce dispositif pédagogique (cf. figure 1).**

Figure 1 : Les trois étapes du dispositif pédagogique



Source : Pr Gosset ,2020.

#### 1.4.1.1 La relation patient-praticien observée lors des stages d'observation

La première étape est l'analyse de la relation patient-praticien observée lors des stages d'observation dans les services hospitaliers, qui correspond à une demi-journée par semaine en compagnie des étudiants qui réalisent leur externat. L'étudiant doit rapporter sur Moodle deux situations de relation patient-praticien, qui l'ont marqué, et identifier les sentiments qu'ils ont éprouvés et les points de difficulté perçus. Le but est d'attirer l'attention des étudiants sur l'importance de la communication pour obtenir une pratique de qualité (cf figure 4 en annexe).

#### 1.4.1.2 L'analyse de vidéos d'entretiens cliniques de praticiens experts

La deuxième étape consiste en l'analyse de vidéos d'entretiens cliniques de praticiens experts sur Moodle. Ces vidéos ont été réalisées au sein des services hospitaliers et le consentement des patients a été demandé pour l'utilisation de ces images. Les étudiants ont analysé les vidéos avec une grille critériée et établie en accord avec les compétences de communication définies par Lucander *et al*(12), en 2012. Ce deuxième enseignement permet de familiariser les étudiants avec cet outil, qui sera ensuite utilisé pour analyser les futures séances avec PS.

### 1.4.1.3 La participation à trois ED avec PS

- *La présentation des scénarios de séances de simulation*

Les enseignants se sont appuyés sur l'analyse des situations cliniques décrites par les étudiants pour créer les scénarios. Six catégories de situations ont été identifiées :

- patients à besoins spécifiques (en situation de handicap cognitif, patients âgés, dépendants, enfants) ;
- patients anxieux voire phobiques ;
- patients algiques ;
- patients en situation de précarité ;
- patients ne parlant pas le français ;
- patients agressifs ou envahissants.

En parallèle, trois compétences sont abordées : mener un entretien clinique, expliquer un acte technique, prendre en charge un patient anxieux avec un soin à forte charge émotionnelle (cf tableau 2).

Tableau 2 : Compétences et organisation des simulations

Séance n°	Compétence	Situation simple/Situation complexe	Nombre de simulations
ED1	Mener un entretien clinique	Patient coopérant/Personnalité envahissante	2 Par simulation = 1 étudiant-acteur – 10 minutes
ED 2	Expliquer un acte technique	Sans/Avec barrière de langue	2 Par simulation = 1 étudiant-acteur – 10 minutes
ED 3	Accompagner un patient anxieux à réaliser un acte (extraction dentaire)	N/A	2 étudiants-acteurs (binôme) – 20 minutes

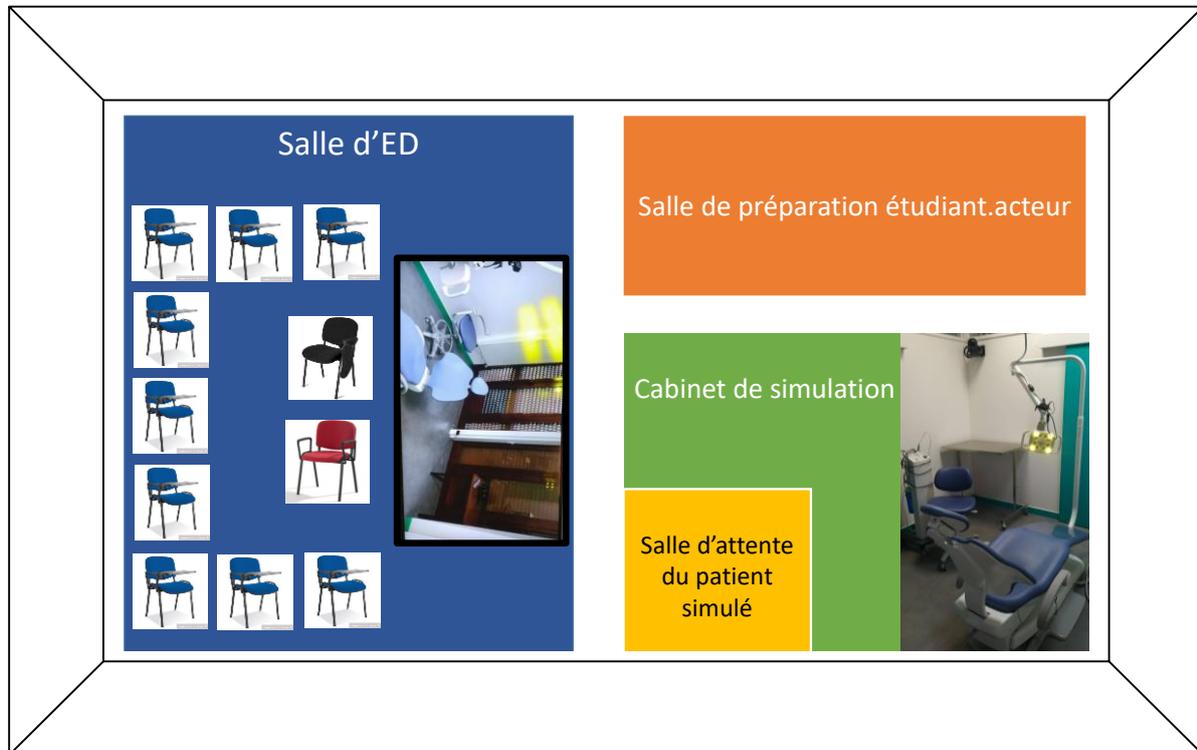
Source : Pr Gosset, 2020.

- *L'organisation des ED*

Ces ED sont encadrés par un professeur qui est garant du message pédagogique et d'un facilitateur qui s'assure du bon déroulement et de la bienveillance de chacun. Aucun jugement ne doit être porté durant les ED, chacun devant respecter l'autre. La présentation du cabinet de simulation (cf figure 2),

les objectifs de la séance et la situation clinique sont présentés aux étudiants, en début de séance d'ED, qui sont dans une salle d'enseignement attenante au cabinet de simulation.

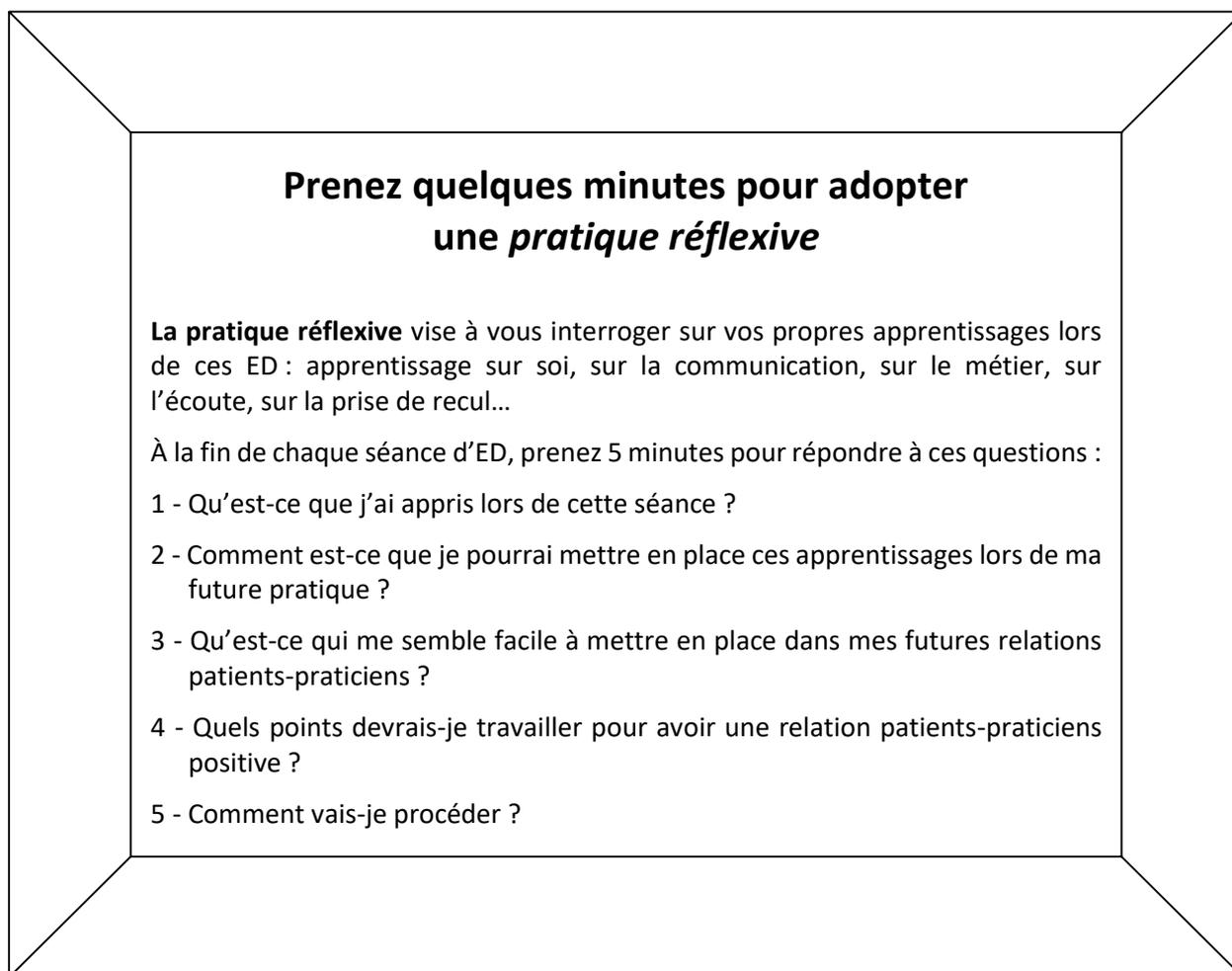
Figure 2 : Le cabinet dentaire de simulation et la salle d'ED



Source : Pr Gosset, 2020.

Par la suite, un étudiant se porte volontaire pour jouer le rôle du praticien. À l'aide de caméras installées dans le cabinet de simulation, la scène est retransmise aux étudiants restés dans la salle d'enseignement. Cette retransmission est en direct et n'est pas enregistrée. Chaque étudiant est en possession d'un carnet de bord pour analyser l'entretien sur la grille critériée issue de Lucander *et al.* Les PS sont des acteurs qui ont été briefés en amont par l'équipe pédagogique et qui ont, pour la plupart, l'habitude de ce type d'exercice. À la suite de chaque simulation, un débriefing est réalisé entre l'étudiant-acteur et le PS en privé, encadré par le facilitateur. Dans un second temps, l'ensemble du groupe réalise une analyse collective animée par l'enseignant et le facilitateur. Cette analyse collective permet aux étudiants d'échanger sur ce qu'ils ont observé et ce qu'ils auraient pu faire différemment. À l'issue de ces échanges et en suivant, chaque étudiant est invité à une pratique réflexive sur les apprentissages effectués lors de la séance dans son carnet de bord personnel (cf figure 3).

Figure 3 : Support pour une pratique réflexive des étudiants après chaque séance de simulation



Source : Pr Gosset, 2020.

## 1.4.2 L'évaluation du dispositif pédagogique

### 1.4.2.1 L'évaluation du dispositif d'enseignement par les étudiants

Une évaluation sur Google forms® (cf tableau 3) a été réalisée auprès des étudiants pour évaluer leur satisfaction concernant le dispositif pédagogique dans son ensemble (identification de scènes en stage clinique, observation de vidéos de praticiens experts et ED avec PS) grâce à un questionnaire anonyme comprenant 9 questions avec échelle de Likert et 2 questions ouvertes. En 2019, 111 étudiants ont participé à ces enseignements et 60 étudiants ont répondu au questionnaire (54 %).

61,7 % des étudiants y ont participé en tant qu'acteurs et considèrent ce dispositif comme utile à leur apprentissage de la communication (73,4 %) et pour leurs futures années cliniques (63,4 %). Dans l'ensemble, les étudiants sont contents et satisfaits de ce dispositif (73,4 %) dont ils trouvent que les objectifs d'apprentissages sont clairement définis (83,3 %) (cf tableau 3).

Tableau 3 : Évaluation du dispositif d'enseignement pédagogique par les étudiants

Évaluation du dispositif d'enseignement pédagogique				
Questions	Tout à fait d'accord (n - %)	Plutôt d'accord (n - %)	Plutôt pas d'accord (n - %)	Pas du tout d'accord (n - %)
1. Les objectifs d'apprentissages ont-ils été clairement définis ?	35 (58,3 %)	15 (25 %)	5 % (3 %)	7 (11,7 %)
2. Le dispositif pédagogique est utile pour votre apprentissage ?	28 (46,7 %)	16 (26,7 %)	11 (18,3 %)	5 (8,3 %)
3. De façon globale, êtes-vous satisfait(e) du dispositif pédagogique ?	25 (41,7 %)	19 (31,7 %)	10 (16,7 %)	6 (10 %)
4. Va-t-il entraîner un changement de votre approche des patients lors de vos stages cliniques ?	16 (26,7 %)	22 (36,7 %)	15 (25 %)	(11,7 %)

Source : Pr Gosset, 2020.

#### 1.4.2.2 L'évaluation des étudiants sur les ED avec PS

Plus particulièrement sur les ED avec PS (cf tableau 4), 76,6 % des étudiants estiment qu'ils sont bien organisés (simulation/*feedback*, collectif/synthèse des messages pédagogiques) et adaptés pour travailler leur relation patient-praticien (71,6 %). Le climat de bienveillance est souligné (70 %) et 68 % considèrent que les situations proposées sont proches de la réalité clinique.

Concernant le carnet de bord, qui permet aux étudiants de noter leurs observations et d'adopter une pratique réflexive, pour une majorité, il ne leur a pas semblé utile (56,7 % d'accord).

Tableau 4 : Évaluation des ED avec PS

Évaluation du dispositif pédagogique				
Questions	Tout à fait d'accord (n - %)	Plutôt d'accord (n - %)	Plutôt pas d'accord (n - %)	Pas du tout d'accord (n - %)
1. Les ED avec PS sont-ils bien organisés ?	32 (53,3 %)	14 (23,3 %)	7 % (11,7 %)	7 (11,7 %)
2. Les ED avec PS sont-ils un moyen pédagogique adapté pour travailler la relation patient-praticien ?	26 (43,3 %)	17 (28,3 %)	9 (15 %)	8 (13,3 %)
3. Les simulations proposées sont-elles proches de la réalité clinique ?	26 (43,3 %)	15 (25 %)	10 (16,7 %)	9 (15 %)
4. Avez-vous trouvé le climat instauré favorable aux apprentissages ?	32 (53,3 %)	10 (16,7 %)	9 (15 %)	9 (15 %)
5. Le carnet de bord est-il un outil utile aux apprentissages ?	9 (15 %)	17 (28,3 %)	22 (36,7 %)	12 (20 %)

Source : Pr Gosset, 2020.

Le dispositif d'évaluation permet, de façon globale, de déterminer la satisfaction des étudiants mais il ne définit pas avec précision l'appréciation de ceux-ci sur chacune des composantes du dispositif pédagogique et ne met pas en exergue la vision de chacun des étudiants. L'étude menée dans cette thèse a justement pour objectif de considérer l'ensemble des retours des étudiants pour établir un bilan et des perspectives d'amélioration.

## 2 : Les objectifs

---

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer en quoi et comment le dispositif de formation avec PS permet l'apprentissage de la communication par les étudiants, dans le cadre de la relation patient-praticien. La méthode d'analyse qualitative par *focus group* a été choisie pour évaluer les questions suivantes :

1. Quels sont les besoins exprimés par les étudiants en termes d'apprentissage de communication ?
2. Dans quelle mesure le dispositif de formation avec PS est pertinent pour permettre un apprentissage de la communication dans le cadre de la relation patient-praticien ?
3. Quelles sont les forces, les limites et les perspectives d'amélioration de ce dispositif ?

Pour ce, j'ai intégré pour mon doctorat d'état en chirurgie dentaire un projet d'étude qualitative qui avait été développé à la suite des ED en 2019 en année préclinique aux étudiants de l'Université Paris Descartes (actuellement Université Paris-Cité). L'équipe pédagogique a proposé à des étudiants des deux anciennes UFR Paris Descartes et Paris Diderot, aujourd'hui Université Paris-Cité, de participer à un entretien de groupe, dit *focus group*, pour qu'ils puissent exposer leurs attentes en matière de communication et leur perception de l'enseignement délivré. La méthode employée, un *focus group* avec des étudiants ayant suivi le parcours pédagogique avec ED au sein de l'Université Paris Descartes (site Montrouge) et des étudiants ne l'ayant pas suivi à l'Université Paris Diderot (site Garancière), permet de mettre en lumière l'intérêt de ces ED avec PS en comparaison de méthodes pédagogiques plus classiques.

Cette étude nous permettra de déterminer :

- les motivations de la communication patient-praticien ;
- l'impact de la communication sur la relation patient-praticien ;
- les différents canaux d'apprentissage de la communication ;
- les besoins des étudiants en matière d'apprentissage de la communication ;
- les compétences acquises ;
- les manques ressentis quant aux enseignements existants alors en termes de communication.

## 3 : Les matériels et les méthodes

---

### 3.1 L'étude qualitative

#### 3.1.1 Définition

Une étude qualitative est une démarche scientifique qui, après avoir été principalement utilisée dans les sciences sociales, se développe en sciences de la santé comme en sciences éducatives. Complémentaire de l'étude quantitative, elle n'a pas pour objectif la mesure chiffrée. Elle repose sur le recueil des données verbales et leur analyse dans le cadre d'une démarche interprétative.

Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.

Le recours à une étude qualitative nous a semblé être la méthode la plus pertinente pour atteindre les objectifs de notre projet.

#### 3.1.2 L'équipe pédagogique

L'équipe pédagogique qui participe à cette étude qualitative se compose de la façon suivante :

- Docteur Marjolaine Gosset : professeur des Universités – Praticien hospitalier – Discipline « Parodontologie » – UFR d'odontologie de l'Université de Paris.

Le professeur Gosset encadre le dispositif de formation avec PS et coordonne les enseignements relatifs à l'ACP tout au long du cursus au sein de la faculté. Elle est à l'initiative de ce projet de et son évaluation.

- Docteur Annabelle Tenenbaum : maître de conférences des Universités – Praticien hospitalier – Discipline « Santé publique » – UFR d'odontologie de l'Université de Paris.

Le professeur Tenenbaum a organisé le *focus group* et notamment le recrutement des étudiants de l'Université Paris Diderot (désormais Université de Paris).

- Docteur Jean-Noël Vergnes : maître de conférences des Universités – Praticien hospitalier – UFR d'odontologie de l'Université de Toulouse.

Le docteur Jean-Noël Vergnes a une forte expertise en recherche qualitative. Il nous a conseillés pour mettre en œuvre ce projet et a été en charge de l'animation du *focus group*.

- Mademoiselle Mélanie Sitbon : étudiante en 6<sup>e</sup> année de médecine bucco-dentaire – UFR d’odontologie de l’Université de Paris.

Je suis chargée de mener l’analyse du *focus group* avec pour objectif d’évaluer le dispositif d’apprentissage de la relation patient-praticien avec PS dans les années précliniques en odontologie. Pour note, je n’ai pas bénéficié de ces enseignements au cours de ma formation initiale.

### 3.1.3 Les démarches éthiques

L’étude qualitative est, comme une étude quantitative, soumise à des règles strictes en matière d’éthique en ce qui concerne la confidentialité des données, le consentement éclairé des étudiants, la propriété des données et leur publication. Il a été obtenu, en amont de la mise en œuvre de ce projet, l’approbation du comité d’éthique de la Société internationale francophone d’éducation médicale (SIFEM), le 17 novembre 2020.

L’étude qualitative répond aux règles suivantes :

- **Confidentialité** : une déclaration à la *Data Protection Officer* (DPO) de l’Université de Paris et à la CNIL a été réalisée. L’analyse du *focus group* a été réalisée de manière pseudonymisée.
- **Information et consentement** : les participants seront informés des objectifs de l’étude, de son organisation et du temps requis pour chaque étape dans un langage clair et compréhensible. La non-opposition à l’utilisation de leurs données à des fins de recherche et publication scientifique ainsi qu’à des fins pédagogiques a été recueillie en début du *focus group*. Les participants disposent des coordonnées du responsable du projet (Pr Gosset) afin de pouvoir la contacter et avoir, si nécessaire, de plus amples informations.
- **Propriétés des données** : le promoteur de ce travail est la faculté de santé – Université de Paris qui est le propriétaire des données et responsable des projets de diffusion des résultats anticipés et est donc le garant de l’éthique des études.
- **Publication et archivage** : la retranscription des *verbatim* du *focus group* et leur analyse seront conservées au laboratoire de recherche UR2496 « Pathologies, Imagerie et Biothérapies orofaciales » (faculté d’odontologie, Université de Paris) auquel est rattachée le Pr Gosset sur un poste informatique identifié et sécurisé. Une copie de la non-opposition est conservée dans une armoire identifiée au laboratoire de recherche UR2496 « Pathologies, Imagerie et Biothérapies orofaciales » (faculté d’odontologie, Université de Paris).

## 3.2 La technique de recueil des données : le *focus group*

### 3.2.1 Qu'est-ce qu'un *focus group* ?

Un *focus group* est une méthode d'interactions entre individus qui peut être utilisée à des fins de recherche qualitative. Cette méthode est née aux États-Unis *via* Kurt Lewin, spécialisé dans la psychologie sociale, ainsi que Robert Mertin et Paul Lazarsfeld, à l'époque de la seconde guerre mondiale dans le cadre de l'analyse de la propagande politique. Elle s'est ensuite étoffée dans les années soixante en marketing et en démographie dans les années soixante-dix. Plus généralement, les *focus group* sont particulièrement utilisés en sciences sociales (J. Kitzinger, I. Markova, N. Kalampalikis. « Qu'est-ce que les *focus groups* ? » *Bulletin de psychologie*, 2004 ; 237-243)(13), et maintenant dans le secteur médical.

Le recours aux *focus group* a permis une évaluation qualitative de nombreuses problématiques rencontrées en médecine générale (par exemple : améliorer la communication médicale, explorer les besoins en soins d'une communauté, mettre en évidence les critères de qualité de la relation patient-praticien...). Le *focus group* a pour objectif de collecter des informations sur un sujet ciblé, émises par plusieurs personnes lors d'un unique temps d'échange. La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler les différents points de vue. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « Comment ? » que les « Pourquoi ? ». L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. La discussion entre les participants apporte plus qu'une parole allouée à tour de rôle et permet de prêter attention à l'interaction produite entre les participants (A. Moreau, M.-F. Le Goaziou, M.-C. Dedienne *et al.* « Méthode de recherche – S'appropriation la méthode du *focus group* », *La revue du Praticien, médecine générale*, 2004 ; 382-84)(14).

Un *focus group* doit être animé par une personne qui a l'expertise en ce domaine, avec l'aide d'une tierce personne observatrice. L'animateur veille à ce que tous les participants aient la possibilité de s'exprimer. La discussion est libre afin d'encourager la spontanéité des réactions. La durée déterminée est au plus de deux heures car, au-delà, le niveau d'attention se délite. Aucun questionnaire préalable n'est mis à disposition des étudiants mais l'animateur construit préalablement un guide d'entretien pour mener les échanges.

### **3.2.2 Le descriptif du *focus group* lié au projet pédagogique avec PS**

Le *focus group* a eu lieu en avril 2020, soit un mois après le dernier ED avec PS. Il a été mené en distanciel avec l'outil Zoom en raison de la pandémie de Covid-19. La conduite des échanges a été assurée par M. Jean-Noël Vergnes, PU-PH à la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse, ayant l'habitude d'animer des *focus group* sans aucune connaissance ni implication dans l'apprentissage délivré aux étudiants sur la communication praticien-patient au sein de la faculté d'odontologie de l'Université Paris-Cité. Les professeures en charge du dispositif pédagogique, Marjolaine Gosset et Annabelle Tenenbaum ont participé au « Zoom » en tant qu'observatrices et sans jamais intervenir. Le consentement oral des étudiants a été obtenu en début de réunion « Zoom » et ils ont été à nouveau informés de la méthode et des objectifs de la recherche. Il a été précisé aux étudiants que leurs propos n'interféreront pas avec leur évaluation universitaire et qu'aucun jugement, ni moral ni éthique, ne sera porté sur les propos tenus. À tout moment, un étudiant peut se retirer du dispositif. Un *focus group* n'atteint ses objectifs que si l'ensemble de l'échantillon s'exprime, ce qui implique que les étudiants ne se coupent pas la parole. Sur l'outil Zoom, chacun devait donc lever la main pour prendre la parole. Sans main levée, l'animateur relance les débats en rebondissant sur les dernières prises de parole. Enfin, les phrases courtes sont favorisées pour laisser un temps de parole de l'ordre de 3 à 5 minutes par participant.

Le *focus group* a été enregistré et est disponible sur l'interface Zoom sécurisée du Pr Gosset. Dans le respect de la déontologie des études, le *verbatim* a été retranscrit à l'aide du logiciel Happy Scribe, complété d'une retranscription manuelle et pseudonymisée par le Pr Gosset avant de m'être confié pour l'analyse. Les propos des étudiants sont donc sous la forme d'un français parlé et non écrit. Ceci permet de conserver la spontanéité et le sens premier des paroles. Les hésitations, les silences, les rires ont également été retranscrits. Pour la pseudonymisation, un numéro a été affecté à chaque étudiant et, en aucun cas, l'origine des propos ne peut être révélée. Cet anonymat est absolument indispensable pour que les étudiants puissent s'exprimer sans aucune réserve. Le *verbatim* retranscrit constitue la base de données pour l'étude. L'entretien a duré 1 heure et 57 minutes.

## **3.3 L'échantillonnage**

### **3.3.1 La taille et la représentativité de l'échantillon**

Les enquêtes qualitatives emploient des échantillons restreints contrairement aux enquêtes quantitatives pour lesquelles un grand nombre de cas sont étudiés. C'est la qualité des échanges qui l'emporte sur le nombre. En effet, une seule information peut avoir autant de portée qu'une information répétée à de nombreuses reprises. L'échantillon est composé en fonction des objectifs à

atteindre par l'étude. En effet, il est important de déterminer le volume nécessaire d'échanges d'entretiens à partir desquels la valeur ajoutée d'entretiens complémentaires est pratiquement nulle : ceci correspond au principe de saturation. Dans un article devenu central en recherche qualitative, trois auteurs (Guest, Bunce et Johnson, 2006)(15) ont voulu comprendre à partir de quel moment une nouvelle *interview* n'apportait plus de connaissances nouvelles. Sur la base d'une étude qualitative réalisée dans deux pays d'Afrique (Ghana et Nigeria) (15) , ils ont déterminé que la valeur ajoutée s'amenuisait à compter d'une vingtaine d'entretiens. En l'état, il est estimé que le *focus group* mené avec dix-sept participants suffit à aborder tous les thèmes nécessaires à la pertinence et à la complétude de l'étude qualitative.

### **3.3.2 La population étudiée**

L'échantillon de l'étude est composé d'étudiants en odontologie :

- 11 en 3<sup>e</sup> année d'odontologie (DFGSO3) de l'Université de Paris Descartes (actuelle Université Paris-Cité site Montrouge) ;
- 6 en 3<sup>e</sup> année d'odontologie (DFGSO3) de l'Université de Paris Diderot (actuelle Université Paris-Cité site Garancière).

Seuls les étudiants de l'Université de Paris Descartes (Montrouge) ont bénéficié du dispositif pédagogique (ED avec PS). La participation des étudiants de l'Université de Paris Diderot (Garancière) assure une véritable représentativité de la communauté des étudiants.

Les étudiants participants issus de l'Université de Paris Diderot (Garancière) ont été identifiés par le Docteur Tenenbaum à la suite des enseignements sur la relation patient-praticien à Garancière. Les étudiants issus de l'Université de Paris Descartes (Montrouge) ont été identifiés par le Pr Gosset à la suite des ED avec PS à Montrouge. Ils se sont tous portés volontaires. Au final, l'échantillon était composé de 3 hommes et 14 femmes.

Il a été demandé aux participants de déclarer en amont du *focus group* s'ils ont des expériences ou une activité qui pourraient influencer leur regard sur la communication. Les informations collectées à cet égard sont répertoriées dans le tableau 5. Le *speaker 1* était l'animateur du groupe.

Tableau 5 : Données sur les caractéristiques des participants

Étudiants	Année de naissance	Lieu de formation	Formation initiale	Activité influençant la communication
<i>Speaker 2</i>	1999	Descartes	Paces	Scoutisme pendant 10 ans
<i>Speaker 3</i>	1999	Descartes	Paces	Non
<i>Speaker 4</i>	2000	Diderot	Paces	Non
<i>Speaker 5</i>	1997	Diderot	Passerelle	Anciennement infirmière (ayant bénéficié d'une formation à la relation patient-praticien en IFSI)
<i>Speaker 6</i>	1994	Descartes	Passerelle en 2019	Non
<i>Speaker 7</i>	2000	Descartes	Paces	Non
<i>Speaker 8</i>	1999	Descartes	Paces	Entraîneuse de gymnastique
<i>Speaker 9</i>	1999	Descartes	Paces	Formation à la prise de parole en public
<i>Speaker 10</i>	1999	Diderot	Paces	Non
<i>Speaker 11</i>	1999	Diderot	Paces en 2 ans	Non
<i>Speaker 12</i>	1999	Descartes	Paces	Rôle de chargée de communication en association
<i>Speaker 13</i>	1999	Diderot	Paces en 2 ans	Futur professeur de karaté
<i>Speaker 14</i>	1999	Descartes	Paces	Non
<i>Speaker 15</i>	Non renseigné	Descartes	Passerelle en 2019	Docteur en pharmacie
<i>Speaker 16</i>	1998	Descartes	Paces	2 ans de théâtre
<i>Speaker 17</i>	1996	Diderot	Alterpaces	Licence en psychologie
<i>Speaker 18</i>	1998	Descartes	Paces	Plateforme COVIDOM

Source : Auteur, 2022.

## 3.4 Le descriptif de la méthode d'analyse du contenu thématique

### 3.4.1 L'analyse par théorie ancrée

Parmi les méthodes d'analyse existante, nous avons choisi la méthode dite de « théorie ancrée ». C'est une méthode de recherche issue, à la fin des années 1960, des sciences sociales (ethnographie et sociologie notamment) visant à construire des théories non pas à partir d'hypothèses prédéterminées mais à partir de données et de situations de terrain que le chercheur a collectées. Au lieu de commencer par la construction d'une hypothèse dans un champ et un cadre théorique déjà fixés pour ensuite appliquer ce modèle au phénomène étudié, le chercheur commence dans cette méthode par la collecte de données, sans *a priori* (dans la mesure du possible) pour ensuite y chercher ce qui « fait sens ». Cette recherche de sens fondée sur l'analyse du matériau à notre disposition a été réalisée par une approche thématique du contenu.

Pour analyser le contenu du *verbatim*, nous procédons à des réductions des données. En pratique, nous distinguons des « thèmes » (aussi nommés « thématisations ») et des « sous-thèmes » (décomposition de certains thèmes) abordés dans le *corpus* de données pour faire émerger les sujets fondamentaux qui y sont traités. Cette méthode itérative est effectuée petit à petit pour s'assurer de proposer au final une liste de thèmes représentatifs du *verbatim* et permettant de résumer et traiter le *corpus* des données.

Ainsi, en me référant à l'ouvrage *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*, de Christophe Lejeune aux éditions De Boeck Supérieur (2<sup>e</sup> édition, 2019) (16) et aux conseils du Pr Jean-Noël Vergnes, j'ai procédé à plusieurs lectures du *corpus* avec un travail systématique de synthèse des propos « phrase à phrase ». Après avoir supprimé tous les éléments sans lien avec les objectifs de l'étude et ainsi réduit le périmètre du *verbatim*, j'ai apposé des étiquettes sur les *verbatim* des étudiants pour repérer des concepts proches ou similaires. J'ai ainsi défini des catégories en regroupant des étiquettes et déterminé les thèmes qui résument les sujets abordés, jusqu'à épuisement des données. Il a été important de toujours garder à l'esprit que chaque observation des étudiants était à prendre en compte même si elle n'était pas reprise par d'autres étudiants. Ce n'est pas la répétition d'une idée qui était recherchée mais la multitude de celles-ci. De plus, cette étape dite de codage (= étiquetage des idées) axial (= au fur et à mesure du texte) permet également d'identifier les articulations entre les concepts. Nous avons utilisé des codes couleur différents pour regrouper et opérer les liens entre les thématiques ressortant de l'analyse textuelle.

Les données ont été, au fur et à mesure, classées par thème afin d'en discerner les essentiels et de définir l'articulation entre ces thèmes. L'approche thématique de contenu permet une comparaison permanente des données établies, pour arriver jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que plus

aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens. Pour conclure, j'ai effectué un point avec mon encadrante, le Pr Gosset, afin de nous accorder sur les thèmes identifiés et leur représentativité des sujets abordés.

### **3.4.2 La réflexion quant au recours à un logiciel d'analyse des données**

Nous n'avons pas opté pour l'utilisation de logiciels d'analyse sémantique pour coder les données. L'analyse des données textuelles (ADT), aussi appelée l'analyse qualitative des données (AQD), est l'ensemble des approches, méthodes et outils informatiques qui visent à découvrir l'information contenue dans un *corpus* textuel. Son objectif est de qualifier les éléments essentiels d'un *corpus* à l'aide de catégories lexicales et/ou sémantiques et de les quantifier en analysant la répartition statistique des éléments de ce *corpus* (Younès Boughzala, Jean Moscarola, Mathilde Hervé, 2020)(17). Le développement du Web, des réseaux sociaux et du *big data* a généré de très grandes quantités de données rendant quasiment impossible la mise en œuvre des approches traditionnelles manuelles de l'analyse de données. Désormais, tout en tenant compte des acquis de ces méthodes éprouvées, le recours à des logiciels et outils linguistiques et informatiques correspond à de nouvelles exigences en termes de volume, de complexité, de sources, de moyens humains et financiers, de temps, etc. Les éditeurs de logiciels ont développé des solutions de plus en plus performantes pour répondre aux besoins des chercheurs, des entreprises et des cabinets d'études. Les outils développés, fondés sur le lexical (comptage des mots) et la sémantique (identification automatique des concepts) permettent de prendre en compte des volumes de données d'origines différentes aux structurations diverses.

Selon Fallery et Rodhain (2007)(18), plusieurs facteurs déterminent le choix du type d'analyses à utiliser, notamment le cadre méthodologique (exploratoire ou test de modèle d'hypothèses), l'implication du chercheur, l'axe temporel (analyse instantanée ou longitudinale), l'objet de l'analyse (un groupe ou un individu), la taille et la lisibilité du *corpus* (qualité), l'homogénéité du *corpus* (discours d'une seule personne ou d'un groupe), la structuration du langage et le moment de l'analyse statistique (*ex-ante* ou *ex-post*). Ils préconisent de mixer les différentes approches (thématique et sémantique) pour ne pas se retrouver figé dans une méthode fixée par un logiciel.

Parmi les solutions numériques les plus reconnues : Alceste, Tropes, Decision Explorer et N'VIVO (la revue LEXICOMETRICA qui s'adresse aux chercheurs, aux étudiants, aux professionnels de la communication et de la fouille de données textuelles). Le Computer Aided Qualitative Data Analysis Systems est très pertinent lorsque le volume des données à analyser est important. La lisibilité des données est également un critère clé car elle peut générer des mauvaises interprétations (Fallery et Rodhain, 2007) (16).

Au regard des conditions d'utilisation d'un logiciel d'analyse des données, il nous a semblé que le volume faible de contenu à traiter et la nature même du contenu (oral) ne remplissaient pas les critères

nécessaires. Néanmoins, pour mieux comprendre les modes de fonctionnement de ces solutions sémantiques, j'ai obtenu un essai gratuit d'utilisation d'un mois du logiciel N'VIVO. Après une expérimentation, j'ai confirmé la disproportion par rapport à la quantité de données dont nous disposions (60 pages en Word). Il n'a donc pas été utilisé dans l'étude.

## 4 : Les résultats

---

Le questionnaire sur l'apprentissage de la communication patient-praticien amène les étudiants à s'interroger sur les motivations de la communication entre le praticien et le patient. Un apprentissage a d'autant plus de portée que sa finalité est bien assimilée. Pour faciliter la lecture les verbatims en couleur bleu identifient les étudiants ex Paris Diderot et en couleur vert les étudiants ex Paris Descartes.

### 4.1 Les motivations de la communication patient-praticien

Il ressort clairement du *focus group* que la communication entre le patient et le praticien est un élément clé de la réussite des soins et donc de la satisfaction du patient. L'examen des ressorts de la relation patient-praticien explicite ce qui est désormais un acquis. Le patient est un être humain à part entière et le dentiste, pour le soigner, même s'il n'agit que de façon très ciblée sur les dents, doit avoir une vision claire de son état de santé. Les besoins des patients ne sont cernables et appréhendables que par le biais de la communication et c'est ainsi que le meilleur choix clinique peut être proposé. L'écoute et la pédagogie sont déterminantes pour la mise en œuvre des soins et sont les meilleurs vecteurs pour établir une relation de confiance dans la durée. Enfin, faire face au stress du patient, et l'on sait qu'il est important face à un dentiste, n'est envisageable qu'en ayant recours à la communication et il en est de même pour le praticien, notamment en début de carrière qui, par la communication, gèrera au mieux son propre stress.

#### 4.1.1 L'humanité du patient

Les étudiants expriment que derrière chaque patient, il y a un être humain avec son vécu et ses spécificités. Le rôle du dentiste est certes de prendre soin de la zone buccale du patient mais de le faire en tenant compte de sa personne.

##### *Speaker 6*

« C'est vraiment un tout, c'est de s'occuper du patient. C'est la sphère buccale d'un patient X et en prenant le patient comme individu et comme une personne, avec des sentiments, avec tout ce qui va avec. »

Plusieurs étudiants ont souligné l'importance de prendre en compte l'être humain, la personne qui est soignée et donc de devoir communiquer avec lui.

### Speaker 2

« Mais derrière, on ne soigne pas une bouche, on ne soigne pas une maladie, enfin, on ne fait pas un soin, on soigne une personne. »

### Speaker 17

« Enfin, c'est un patient, c'est à prendre en compte, c'est un être humain à part entière. C'est tout, on ne soigne pas juste sa bouche. Il faut communiquer un minimum, on ne peut pas être invasif comme ça. »

## 4.1.2 La prise en compte de l'état général de santé

Certes, le dentiste est focalisé sur les soins de la zone buccale mais il peut y avoir des interactions avec la situation médicale générale du patient dont il est primordial de tenir compte.

### Speaker 11

« [...] Je pense que l'on ne peut pas faire une prise en charge d'un patient si on n'a pas un point de vue global et complètement général sur sa santé. »

## 4.1.3 La réponse aux besoins des patients

L'écoute est considérée comme un élément clé pour répondre aux besoins du patient.

### Speaker 9

« Et c'est en communiquant et en l'écoutant encore une fois qu'on peut répondre à ces attentes. »

### Speaker 9

« Soulager en ayant écouté, et répondre aux besoins en ayant écouté également. »

La communication au sens général permet de cerner le besoin du patient.

### Speaker 14

« Il faut juste communiquer et bien comprendre la problématique du patient. »

### Speaker 6

« Ça sert à établir une relation entre le patient et le praticien pour comprendre, pour cerner qu'il y ait un problème ou non. »

### Speaker 9

« Et c'est en communiquant et en l'écoutant encore une fois qu'on peut répondre à ces attentes. »

#### 4.1.4 La clarification des attentes du patient

La communication a pour objectif de cerner au mieux la volonté du patient même si celui-ci n'est pas en capacité de l'exprimer pleinement.

##### Speaker 14

« Parfois, le patient ne sait pas forcément ce qu'il veut. Il arrive et il dit : "J'ai envie d'un beau sourire" et du coup, c'est pour ça que c'est important de communiquer, et de pas faire des bêtises là-dessus. »

#### 4.1.5 L'établissement d'une relation durable et de confiance avec le patient

L'écoute du patient, la communication permet de faire la différence entre praticiens. Elle apparaît comme un élément indispensable à la durabilité des relations patient-praticien.

##### Speaker 6

« Enfin, parmi les critères de sélection d'un chirurgien-dentiste qu'on va garder pendant des années, ça va être aussi l'écoute, mettre en confiance, etc. »

#### 4.1.6 La garantie de la réussite des soins

Pour certains étudiants, il est évident que, sans la communication, le soin ne peut être dispensé.

##### Speaker 12

« Ben, sans communication, en fait, le soin n'est pas possible.  
La communication est une garantie de la réussite des soins. »

##### Speaker 9

« Oui, moi, je ne pense pas qu'on puisse réussir un soin en termes de réponse aux besoins d'un patient sans communiquer. »

##### Speaker 17

« [...] Je pense que n'importe quel chirurgien-dentiste ne peut pas se passer de communication, c'est vraiment essentiel vis-à-vis du patient. »

#### 4.1.7 L'information pour que le patient fasse le meilleur choix

Le patient doit avoir toutes les informations nécessaires pour faire son choix lui-même.

#### Speaker 14

« [...] mais c'est surtout que le patient, il ait toutes les informations et qu'il soit toujours pleinement éclairé pour pouvoir faire son choix lui-même. »

Il appartient au praticien d'orienter le patient vers le choix le plus efficace.

#### Speaker 14

« [...] de convaincre le patient que certains soins sont à faire, parce que du coup le patient ne va pas forcément partir du principe que des soins sont essentiels. Et du coup, si on communique bien, si on lui explique tous les tenants et aboutissants, le patient va faire le soin qui est juste primordial parfois, et va pas faire un soin potentiellement moins cher, mais du coup moins efficace. »

### 4.1.8 L'explication des soins dispensés

La communication est indispensable car elle nous permet d'expliquer les soins qui seront prodigués.

#### Speaker 17

« Comme les autres l'ont dit, on ne peut pas pratiquer un soin sans expliquer au patient ce qu'on va faire, ce n'est pas normal. »

### 4.1.9 La gestion du stress du patient

Les étudiants à titre personnel et professionnel savent qu'aller chez le dentiste peut être source d'angoisse. La communication permet d'accompagner le patient et de le rassurer. Elle est essentielle au bon déroulement des soins.

#### Speaker 11

« On est face à des patients qui ont peur. Je sais qu'ils sont stressés, je sais que même nous quand on connaît ce qu'on va nous faire. Même en étant étudiante en chirurgie dentaire, je n'aime pas aller chez le dentiste, je suis un peu stressée, etc.  
Donc je trouve que c'est vraiment important l'aspect communication et un dentiste qui ne parle pas, qui ne nous explique pas, je trouve que ce n'est vraiment pas rassurant. »

#### Speaker 10

« Beaucoup de personnes ont peur du dentiste, fin je suis sûr que tout le monde ici quand on dit qu'on fait dentaire il y a toujours une personne qui dit : "Ah, j'ai super peur du dentiste." C'est très, très fréquent. »

#### 4.1.10 Le positionnement face aux premiers patients

La pédagogie autour de la communication est plus que nécessaire notamment pour des étudiants qui rencontrent leurs premiers patients et ne savent pas quelle posture adopter.

##### Speaker 3

« Au début, ça peut être stressant parce qu'on ne sait pas comment se positionner. »

##### Speaker 6

« Moi, je sais que ce soit en cabinet ou à l'hôpital, pour les premiers patients, c'était effectivement un peu à tâtons. »

En conséquence, les étudiants ressentent du stress et sont déstabilisés.

##### Speaker 12

« [...] Je l'ai vécu comme ça dans les premiers stages avec les patients en assistant les 6<sup>es</sup> années, et j'ai trouvé ça déstabilisant, alors que pourtant j'ai déjà de l'expérience auprès des patients et enfin, voilà, j'ai senti un stress qui pour moi n'est pas normal. »

De façon générale, la communication est reconnue comme faisant pleinement partie du métier de chirurgien-dentiste. Elle est considérée comme un facteur de succès de la relation patient-praticien et son apprentissage est fortement recommandé. Outre l'apprentissage, il y a également la prise de conscience par les étudiants de l'influence de leur vécu, de leur parcours, de leur expérience sur la communication. Savoir s'adapter est une nécessité car chaque situation est spécifique puisque chaque patient est différent.

## 4.2 Les canaux d'apprentissage de la communication

Face à des situations vécues, les étudiants considèrent que la communication n'est pas innée et qu'elle nécessite un apprentissage. Il n'en demeure pas moins que les expériences personnelles et le vécu sont constitutifs de la capacité des étudiants à mieux maîtriser leur communication à l'égard de leurs patients. L'expérience acquise par la pratique (stage) fait figure de vecteur principal de l'acquisition de compétences pour assurer une communication efficace. La capacité de compréhension des étudiants et leurs expériences personnelles ou professionnelles orienteront la prise en compte des besoins du patient. Chaque étudiant interprétera l'attitude du patient à l'aune de sa propre histoire en étant particulièrement vigilant à s'impliquer activement dans la relation patient-praticien grâce à une

communication adaptée. Certes les apprentissages sont nécessaires mais il dépend de chacun des praticiens d'adapter ceux-ci en fonction de leurs perceptions des situations vécues.

#### 4.2.1 Le caractère inné ou non de la communication

Les étudiants en troisième année explicitent qu'ils ont des stages d'observation auprès d'étudiants de cinquième et sixième année et qu'ils se rendent compte que la communication n'est pas innée lorsqu'ils se trouvent en position de devoir, eux, directement communiquer avec le patient.

##### Speaker 6

« Et puis en fait, on a un instant de black-out total. Au début, on se dit bah mais en fait, on ne sait pas faire et on se rend compte que ce n'est pas inné du tout, qu'il y a une zone d'inconfort de laquelle il faut qu'on sorte rapidement. »

##### Speaker 7

« Moi je suis d'accord avec speaker 6. Je pense que ça n'est vraiment pas quelque chose qui est innée. Il faut absolument l'apprendre, je pense, parce qu'on l'a bien vu pendant les ED que, selon certaines situations, on savait pas du tout comment réagir au début. »

Par ailleurs, la prise de conscience de cet inconfort a intrinsèquement son importance pour se rendre compte de la nécessité de l'apprentissage.

##### Speaker 9

« Effectivement, comme speaker 6 l'a dit, je pense que c'était important de s'en rendre compte... »

Il est souligné que c'est au début de la prise en charge que les difficultés sont les plus importantes.

##### Speaker 6

« Au bout d'un moment, clairement, on sort de cette zone d'inconfort et on prend les rênes de la situation. »

#### 4.2.2 L'influence des expériences personnelles

La maturité en matière de communication, si elle n'est pas considérée comme innée, est néanmoins influencée par les expériences personnelles. Le vécu des étudiants en dehors même des études dentaires est mis en avant dans l'apprentissage de la communication. Le *speaker 2* met ainsi en exergue son implication dans le scoutisme en qualité de responsable de groupes locaux et sa capacité à interagir avec différents profils tout en bénéficiant de formations à la communication.

### Speaker 2

« [...] Je pense, et surtout, ça dépend de la situation et de ce qu'on a déjà vécu ou pas par nos expériences personnelles, professionnelles, même en dehors de la fac ou des hôpitaux, etc. Et moi, je ne pense pas que ce soit inné, je pense que ça s'apprend soit par le personnel, notre environnement familial, quoi. Et de ça on peut être un peu plus avancé. »

#### 4.2.3 L'importance de la pratique pour apprendre

Au regard de la multitude de cas que les dentistes peuvent rencontrer, il est exprimé une prise de conscience de la complexité de la communication.

### Speaker 8

« Alors je ne pensais pas que c'était autant, et que c'était justement autant d'adaptabilité et aussi complexe. »

La nécessité de s'adapter et d'adapter sa communication est mise en avant et notamment au travers de l'expérience acquise.

### Speaker 6

« [...] On prend vite le pas. Plus on voit de patients, plus on voit des profils différents [...] et on se surprend parfois à gérer des situations, qui, à la base, on ne pensait pas pouvoir aussi bien gérer mais ça demande une adaptabilité hyper importante. »

### Speaker 3

« Donc, c'est vraiment, je pense quelque chose qui s'apprend au fur et à mesure qu'on voit différents patients, différents profils. Il faut vraiment acquérir cette capacité de s'adapter aux patients. »

### Speaker 12

« Et du coup, oui, c'est bien d'avoir des stages, et plus on voit les patients, plus on s'adapte. »

Les compétences en communication, pour une étudiante ne peuvent pas s'acquérir uniquement par des cours magistraux. Les connaissances s'acquièrent aussi par la pratique et par l'expérience au fil du temps.

### Speaker 14

« Ouai, non moi c'est vrai que le terme "apprendre" me chiffonnait un petit peu parce que je trouve ça difficile, pour moi il y a vraiment cette notion aussi d'expérimenter. Donc peut-être

*juste apprendre une attitude à avoir pour gérer, mais pas apprendre à gérer... Donc oui, peut-être avec l'expérience. »*

#### **4.2.4 La subjectivité de la communication**

Il est intéressant de relever que les étudiants notent l'importance de la communication mais ils ont bien conscience qu'il n'y a pas de vérité absolue et que plusieurs façons de prendre en charge les patients sont possibles.

##### **Speaker 8**

*« En fait, il y a vraiment plein de façons, je trouve, d'approcher un patient. »*

La relation entre le patient et le dentiste est étroite et le praticien décrypte chaque réaction du patient mais son point de vue est forcément subjectif en lien avec sa propre perception de la situation.

##### **Speaker 6**

*« C'est typiquement, voilà... la moindre réaction du patient que ce soit physique, non verbale, ou quoi..., enfin, verbale, non verbale... Ça va demander une analyse directe et une action immédiate juste après. Et ça dépend, c'est hyper subjectif. »*

##### **Speaker 18**

*« C'est la part de subjectivité, justement, des personnes préfèrent aborder le sujet d'une certaine façon. »*

L'enseignement n'a pas pour objectif de faire de chaque étudiant un spécialiste de la communication mais de lui faire prendre conscience qu'il est un acteur à part entière de cette communication.

##### **Speaker 9**

*« Il y a des choses qu'on peut détecter sur le visage d'un patient dans les émotions et c'est là que c'est intéressant. Et je ne pense pas que ce soit des enseignements qui nous fassent devenir experts de la communication, mais juste nous, nous faire nous rendre compte que c'est important et on a un rôle à jouer là-dedans. »*

L'expérience acquise est un des facteurs décisifs dans l'acquisition des compétences mais il n'est pas le seul. Les étudiants ont également exprimé leurs attentes en matière d'apprentissage pédagogique. Les échanges entre les étudiants et notamment avec ceux de l'Université Diderot (Garancière), qui n'ont pas bénéficié du dispositif d'ED avec PS et qui le regrettent, ont fait prendre conscience des

enjeux en cause en matière de communication et de la difficulté de disposer d'un « kit de communication clé en main ».

### **4.3 L'apprentissage de la communication : les attentes des étudiants**

Les étudiants de l'Université Paris Diderot (Garancière) explicitent sans détour ne pas avoir assez d'apprentissages en matière de communication même si des Moodle ont été mis en place en 2020. Sur les cinq dernières années, il est à noter la mise en œuvre à l'Université Paris Diderot, en 3<sup>e</sup> année, d'un cours magistral et d'un ED sur la relation praticien-patient.

Ils regrettent de ne pas avoir été véritablement « confrontés » à des patients. L'ensemble des étudiants réclame une approche pratique en opposition à l'approche théorique (cours magistraux) et des professeurs dispensant des cas pratiques, des retours d'expérience, des illustrations et non des formulations abstraites.

La relation au patient dans sa dimension économique fait l'objet de véritables attentes de la part des étudiants. La communication du coût des soins est clairement un sujet sensible et les étudiants sont dans l'attente d'aide pour approcher au mieux leurs patients. Ils attendent des recommandations pour convaincre les patients de la nécessité et de la qualité des soins prodigués et donc du coût associé qui peut être perçu comme élevé.

#### **4.3.1 Un déficit d'apprentissage des étudiants de l'Université Paris Diderot**

Les étudiants de l'Université Paris Diderot (Garancière) reconnaissent aussi l'importance d'être formés à la communication :

##### *Speaker 5*

« On voit très bien que la communication, elle est super importante, mais je trouve que justement, par rapport au cursus, il n'y a pas assez d'apprentissages sur la communication. »

Il est souligné que les enseignements dispensés ne privilégient pas ceux concernant la communication.

##### *Speaker 17*

« Et c'est vrai que oui, en cours, on ne nous apprend pas forcément à communiquer. »

Des jeux sérieux ont été mis en œuvre sur Moodle en 2020, ce qui est considéré comme positif mais insuffisant :

#### *Speaker 17*

« Mais moi, j'ai trouvé ça sympa. Mais c'est vrai que ce n'était pas assez. En vrai, c'est très bien qu'on apprenne vraiment à communiquer, parce que voilà, on va se retrouver face à des patients et on ne l'a jamais appris. »

### **4.3.2 L'aisance à l'égard du patient**

Deux étudiants ont souligné leur besoin d'« être à l'aise » avec leurs patients.

#### *Speaker 5*

« Moi c'est plus apprendre à être à l'aise avec le patient, à être à l'aise dans une situation clinique plutôt qu'apprendre à communiquer. »

#### *Speaker 4*

« C'est vrai qu'il nous faut des vrais petits tips pour nous mettre plus à l'aise je pense. »

À ce stade, ils se projettent difficilement dans la relation avec leurs patients, ils souhaitent juste ne pas être paralysés en face d'eux, sans savoir comment réagir. Ils n'assimilent justement pas que c'est en apprenant à communiquer qu'ils minimiseront leur stress ou leurs hésitations face à des patients.

### **4.3.3 La relation entre la théorie et la pratique**

À nouveau, un étudiant qui n'a pas bénéficié de la formation avec PS met en exergue la nécessité de lier la théorie et la pratique sous peine d'un enseignement théorique sans pertinence :

#### *Speaker 5*

« Mais je trouve justement que c'est important de lier les deux. Ce qu'on apprend et de mettre en pratique pour pas justement qu'il y ait un fossé. »

#### *Speaker 5*

« Je trouve que les cours en communication, si on ne met pas en pratique, là ils ne servent à rien... Mais si, au contraire, on les applique, là, c'est une grande aide. »

#### 4.3.4 L'apprentissage par l'illustration

Les cours magistraux ne sont pas remis en cause mais c'est la capacité des professeurs à enseigner la « mise en pratique » de la communication qui est fondamentale. Leur adhésion à l'apprentissage dépend de l'aptitude des professeurs à délivrer des informations pratiques et concrètes :

##### Speaker 4

« Si le professeur a des vraies connaissances pratiques, si je peux me permettre, on va sortir de ce cours, on va avoir des vraies clés en termes de vocabulaire, en termes de gestuelle. Si on a des vraies informations, oui moi je vais aller en cours de communication, je vais être super contente d'aller en cours de communication et je vais trouver que ce prof est vraiment hyper intéressant. C'est juste des petites informations concrètes. »

##### Speaker 6

« Oui, je pense que c'est hyper important d'avoir des cours de communication à partir du moment où on expose, on illustre les cours avec des exemples concrets que le praticien a déjà vécus dans sa vie de tous les jours, que ce soit au cabinet ou à l'hôpital, qu'on comprenne mieux plutôt que dire : "Voilà, vous regardez ça, ça, ça s'apprend dans telle catégorie du para verbale". »

##### Speaker 6

« Donc illustrer chaque propos et chaque cours par plusieurs situations. »

Et pas exclusivement des concepts :

##### Speaker 4

« Mais c'est vrai que si c'est pour aller dans un cours et qu'il [professeur] nous répète, on nous répète pendant une heure "relation de confiance, une confiance, consentement éclairé" et juste ça. »

Les illustrations peuvent également porter sur ce qu'il ne faut pas faire :

##### Speaker 9

« [...] Lors du premier cours sur la communication [cours magistral], j'ai appris qu'on ne disait pas "piquûre" et effectivement, il y a des mots qu'il vaut mieux éviter de prononcer. »

#### 4.3.5 Les compétences du professeur

Les compétences du professeur qui délivre l'apprentissage sont un enjeu important pour les étudiants. En premier lieu, il doit être un dentiste car, sans cela, sa légitimité pourrait être remise en cause. En

second lieu, la communication ne doit pas être l'apanage d'une spécialité dentaire mais de tous les dentistes. Enfin, il leur paraît indispensable que le professeur soit véritablement convaincu par l'importance de la communication.

#### **Speaker 6**

*« Je ne pense pas qu'il faut qu'il y ait une spécialité qui soit spécialiste de la communication. Je pense que c'est vraiment toutes les spécialités. »*

#### **Speaker 6**

*« Je pense qu'un professeur qui donne des cours de communication, que ce soit en CM ou que ce soit en ED, il faut aussi qu'il croie en la communication et la bonne communication. »*

### **4.3.6 La communication sur le coût des soins**

C'est un sujet sensible pour les étudiants. Plusieurs expriment, en effet, leur mal-être à aborder ce sujet. Un étudiant met en exergue la difficulté de communiquer sur le coût des soins alors même que le patient est dans une position de stress :

#### **Speaker 3**

*« On n'aime pas forcément ce qu'il nous fait et ce sont des sommes qui sont assez importantes. Donc, je trouve que quand on est étudiant, on lui fait un soin. Il [le patient] doit pas être confiant à 100 % parce qu'il sait qu'on est étudiant. Donc, il faut déjà le rassurer sur ça et, en plus, lui annoncer : "Bon, le soin il va coûter 1 000 euros et ce n'est pas remboursé du tout". Je trouve que c'est stressant, c'est gênant au début d'aborder ces sujets-là. »*

Un étudiant exprime ses difficultés à communiquer sur le sujet notamment lorsqu'il perçoit que le patient n'a pas les moyens nécessaires :

#### **Speaker 3**

*« Honnêtement, je ne me sens pas capable, l'année prochaine, d'avoir les bons mots en sachant que l'on a des patients qui, parfois, n'ont pas forcément cette somme d'argent à donner pour un soin dentaire. Et souvent, ça me mettait mal à l'aise et je me disais que ce serait bien, je ne sais pas si ça s'apprend, je ne pense pas, mais au moins d'avoir des mots qui sont faciles à dire. Comment aborder le truc ? Parce que les gens seront stressés par des soins, alors en plus, la notion d'argent, moi, je la trouve compliquée. »*

C'est à ce titre, parmi les soins proposés dont certains sont onéreux, que la communication est plus qu'utile pour défendre leur nécessité.

#### Speaker 14

« Au-delà de ça, il y a un peu cette notion de coût de convaincre le patient que certains soins sont à faire, parce que ben du coup le patient ne va pas forcément partir du principe que des soins sont essentiels. »

Un étudiant soulève que la communication est utile car les actes à expliciter sont ceux qui sont rémunérateurs pour un dentiste.

#### Speaker 2

« Bah moi, justement, c'est ce que je voulais dire, c'est par rapport un peu à ça, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, ce qui est, ce qui veut dire, ce qui nous rapporte de l'argent, évidemment, ce sont les actes et pour ça, en théorie, on a besoin de communication. »

À noter que cette relation au coût est surtout en lien avec la qualité des soins à prodiguer et que ce n'est pas la priorité.

#### Speaker 9

« Moi, je pense que quand on s'engage dans un métier pour le soin, on ne le fait pas forcément pour la rémunération. On le fait d'abord pour soigner. »

Il n'en demeure pas moins que les étudiants ne disposent pas, à ce stade, de l'apprentissage nécessaire pour communiquer sur les soins et leur coût tout en sachant que c'est essentiel dans la relation à leurs patients.

### 4.4 Les aspects positifs de la pédagogie dispensée

Pour rappel, les étudiants de l'Université Paris Diderot (Garancière) n'ont pas bénéficié du dispositif pédagogique avec PS. Leurs interventions sont intéressantes pour mesurer l'intérêt de ces enseignements et tous réclament la mise en œuvre de ce dispositif dans le cadre de leur cursus. Pour ceux qui en ont bénéficié, ils ont pris conscience de l'importance et de la complexité de la communication et ont ainsi acquis une première forme d'expérience. Sont soulignés l'implication des professeurs et des acteurs, leur bienveillance, le bon *timing* de l'apprentissage dans le cursus universitaire et la valeur ajoutée de l'observation des situations.

#### 4.4.1 L'acquisition d'expérience

Des étudiants expriment que, grâce à ces enseignements, ils acquièrent de l'expérience, des compétences et de l'assurance, avant de prendre en charge leurs premiers patients en tant qu'externes.

##### Speaker 7

« [...] Du coup, c'est vrai que ça nous donne quelques clés, même si on ne l'a pas vu beaucoup de fois. Mais au moins, on arrivera prêts [les futurs chirurgiens dentaires] devant nos patients. C'est quelque chose qu'on a déjà vu ou qu'on peut se rappeler, la manière de gérer tel ou tel patient, et c'est hyper intéressant. »

##### Speaker 8

« Bah, du coup, je pense que c'est vraiment une chance d'avoir eu ces ED et je pense que ça nous a tous apporté quelque chose. »

##### Speaker 6

« Moi, j'ai adoré les enseignements pour le coup et je préfère être stressé en ED avec mes potes à 15 dans une série plutôt que stressé à l'hôpital, devant un vrai patient, devant potentiellement des profs, devant des étudiants des années supérieures qu'on va assister plutôt qu'avec des amis. »

##### Speaker 16

« Bah, personnellement, je trouve que c'est une très grande avancée qu'on ait pu mettre en place cet enseignement-là.  
Je pense que c'est vraiment intéressant de stimuler notre analyse, d'avoir des clés qu'on n'avait pas avant et, surtout, ça nous permet de sortir un petit peu de notre zone de confort, de nous pousser un petit peu dans nos retranchements, surtout quand on passe en tant que praticien. C'est vrai qu'au début, on n'est pas vraiment prêts mais au final voilà ça nous permet d'avoir une petite expérience. Et puis, je trouve que c'était vraiment un très bon enseignement. »

##### Speaker 6

« Oui, pour le coup, merci à tous les enseignants qui ont mis en place cet ED-là et cette partie communication dans notre cursus c'est hyper, hyper, hyper important pour qu'on soit à l'aise, à l'aise en communication et à l'aise aussi dans nos soins, à l'aise aussi en globalité avec le patient, du coup mais c'était vraiment top moi j'ai vraiment adoré. »

### Speaker 6

« Je sais que j'ai clairement vu un avant et après la séance, mais dans le sens où on est beaucoup plus à l'aise après à l'hôpital avec les patients, après être déjà passés dans cet ED simulé. Personnellement, je l'avais fait à la première session [simulation avec acteur]. Je me sentais déjà un peu plus à l'aise avec les patients de l'hôpital, quoi. Et je préfère être stressée à ce moment-là qu'à l'hôpital, clairement. »

### Speaker 7

Oui, moi je suis contente d'avoir eu ces ED aussi. Moi aussi je pense que ça devrait continuer puisque ça peut nous permettre d'arriver moins stressés en quatrième année à l'hôpital. »

### Speaker 6

« Les ED ça a été un fossé énorme. Du coup, on se met dans des situations pratiques et on voit où est ce qu'on peut être à l'aise, qu'est-ce qu'on peut améliorer, etc. Et c'est hyper personnel. C'est là où on faisait un ED, où on était à 15 ou un peu plus en fonction des séries. Bref, c'est tellement personnel qu'il y a un level hop énorme entre eux, le premier ED, le deuxième et le troisième ED. »

Les ED sont perçus comme un complément nécessaire de l'approche théorique.

### Speaker 15

« On a eu des cours de communication, c'était de la théorie. On aurait pu s'arrêter là, mais je trouve que ça, c'était très bien de mettre ça en pratique, parce que ça nous a montré aussi que même en connaissant les bases de la communication verbale et non verbale, on pouvait avoir des surprises et surtout que chaque patient est différent. »

### Speaker 13

« [...] Du coup, je suis tout à fait d'accord avec speaker 15. Moi je trouve que c'est très intéressant d'avoir des ED pour avoir des mises en situation. »

### Speaker 8

« Et moi, j'ai fait l'expérience, j'ai fait le praticien, du coup, j'étais hyper stressée au début, quand je me suis portée volontaire. Et en fait, je suis trop contente parce que tout ce que j'ai fait pendant l'exercice, je l'ai retenu mot pour mot et dans cette situation je saurai ce que je dois faire. Mais la série a donné quelques conseils de ce qu'il aurait fait, etc. Moi, je suis hyper contente d'avoir vu ça en tout cas, je vous remercie parce que c'était hyper enrichissant. »

### Speaker 9

« Du coup, comme l'a dit speaker 8, je pense qu'on a les clés pour analyser. Cette année, c'est intéressant de le faire parce qu'on n'est pas stressés par les soins. Et en clinique, on a le temps, justement, d'observer la relation qui s'établit entre l'étudiant, le patient. Et oui, c'est maintenant qu'on peut le voir et qu'on peut se dire : "Bon l'année prochaine, faudrait que j'évite de refaire ces erreurs-là ou comme il a réagi à ce moment-là, c'était intéressant le patient a apprécié." Et oui, retenir le maximum. »

#### 4.4.2 Le climat de bienveillance

La mise en œuvre de l'ED avec PS est une nouveauté pour les étudiants. Ils sont filmés en *streaming* et ensuite leur attitude à l'égard du patient est analysée en groupe. Leur accompagnement et la bienveillance des participants sont soulignés par un étudiant.

### Speaker 6

« Ce qui nous a marqués au premier ED, c'est que le mot qui revenait le plus, c'était "bienveillance" de la part du professeur Gosset qu'on a eue et ça nous a directement mis à l'aise ce speech-là de 10-15 minutes.

Au début, on se dit OK, d'accord, c'est stressant parce que là, il y a une caméra. On découvrait la salle, on ne savait pas qu'il y avait cette salle-là au rez-de-chaussée, à Montrouge, qui était filmée avec des micros et une actrice. En fait, c'était hyper bienveillant. »

### Speaker 6

« Tout le monde a joué le jeu, tout le monde rentrait dedans. Personne ne se jugeait et c'était, on était clairement mis en confiance. »

#### 4.4.3 La prise de conscience de l'importance et de la complexité de la communication

L'aspect pratique des ED avec PS, et donc l'implication directe des étudiants, permet à ceux-ci de se rendre compte de l'importance et des difficultés de la communication.

### Speaker 14

« Du coup oui, merci beaucoup, je pense que c'est une très, très bonne idée. Ça ne se fait pas du tout dans les autres facs en France. C'est vraiment une super opportunité et je pense que ça permet vraiment aux étudiants de se rendre compte qu'en fait, ce n'est pas si simple et que ce n'est pas inné et que les gens qui potentiellement étaient très confiants là-dessus, qui avaient eu un CM là-dessus qui avaient dit : "Trop simple la communication", ces ED, ça a permis vraiment de se rendre compte qu'il y a vraiment un travail à faire là-dessus. »

Et également de son importance :

#### **Speaker 10**

*« Oui, du coup, je pense qu'on peut conclure que la communication, c'est super important et que mettre en place ces ED bah, ça serait bien que tout le monde le fasse, tous ceux qui font dentaire, et même les autres professions, et qu'on peut vraiment voir que ça a apporté beaucoup. Ça a apporté beaucoup aux élèves de Montrouge. »*

#### **4.4.4 Le timing de l'apprentissage dans le cursus universitaire**

Des étudiants mettent en avant la bonne position de ces enseignements (en année préclinique) dans leur cursus universitaire. Il permet d'aborder la formation clinique dans les meilleures dispositions.

#### **Speaker 18**

*« Moi, j'ai trouvé que cet enseignement était tip top pour apprendre à mettre des bases sur la communication avec les patients. Le timing parfait en D1 pour aborder la clinique et non, pas grand-chose à redire. Vraiment bon enseignement. J'ai beaucoup apprécié. »*

#### **Speaker 18**

*« Je pense que là, entre autres en troisième année, c'est très intéressant d'avoir ce genre d'enseignement après, dans la mesure où dès l'année prochaine on a des patients, on est beaucoup plus amenés à communiquer avec directement des patients. »*

#### **Speaker 18**

*« Oui, moi je suis contente d'avoir eu ces ED aussi. Moi aussi je pense que ça devrait continuer puisque ça peut nous permettre d'arriver moins stressés en quatrième année à l'hôpital, alors que c'est déjà une année très, très stressante, le début de la clinique, donc ça, c'est très bien. »*

#### **4.4.5 Le recours à des acteurs**

Un étudiant a, avec lucidité, souligné l'intérêt de recourir à des acteurs et non à de véritables patients :

#### **Speaker 6**

*« J'ai trouvé ça hyper important et ne pas le faire sur des vrais patients, entre guillemets, qui pourraient se dire : "Oula, elle n'a pas l'air de bien gérer". »*

#### **4.4.6 Le feedback des acteurs**

Un étudiant a mis en avant l'intérêt du retour des acteurs sur la perception de la scène jouée, d'autant qu'il a été frustré de ne pas avoir eu ce retour avec tous les acteurs :

### Speaker 6

« Et en tout cas, avec nous, je n'étais pas dans votre groupe, mais en tout cas, avec nous, elle ne le faisait pas trop. Il n'y avait pas trop de feedback. Je sais que la première actrice qu'on avait elle rentrait dedans, on discutait vraiment et que c'était un partage d'idées. Et c'est plus comme ça qu'on avait plein de réponses à nos questions. »

#### 4.4.7 L'implication des professeurs

La participation et l'encadrement des professeurs sont clairement un plus pour les étudiants :

### Speaker 15

« Oui, alors moi, j'ai trouvé que c'était très utile, très important. J'ai apprécié l'implication des profs parce que l'implication qu'on a eue était très bien, des acteurs aussi. »

#### 4.4.8 Le statut d'observateur pendant les ED

Un étudiant a relevé l'intérêt du statut d'observateur lors des ED, tous les étudiants n'ayant pas à jouer le rôle du dentiste, certains étant justement là pour commenter et analyser les scènes jouées. Cette observation permet une prise de recul et de s'interroger sur ce qu'il aurait fait à la place de l'étudiant dans le jeu de rôle.

### Speaker 14

« Mais je pense que personnellement, je ne suis pas passé et j'ai appris énormément de choses, simplement regarder parce que ça m'a appris à regarder ce qui se passait, ça m'a appris à regarder comment est-ce que, du coup, l'étudiant se comportait avec le patient parce que c'est aussi ça qu'on est amené à faire en clinique.

Et ça m'a appris à regarder puisque je me suis dit : "Non, mais attendez là, faut que je réfléchisse à leur position, là. Faut que je réfléchisse à leur façon de parler, là être assis c'est bien ? Être debout c'est bien." C'est ça qui m'a donné des clés pour après observer en clinique. Moi, je ne suis pas passé, mais ça a quand même été super utile là-dessus. »

#### 4.4.9 Les étudiants de l'Université Paris Diderot favorables à la mise en œuvre des ED dans leurs parcours

Au vu du *feedback* des étudiants de l'Université de Paris Descartes (Montrouge), les étudiants de l'Université Paris Diderot (Garancière) ont exprimé leur souhait de bénéficier dans le futur de ces enseignements dans le cadre de la création de l'Université Paris-Cité. Nombre d'entre eux expriment le besoin de ce type de formation en complément des approches théoriques.

### Speaker 3

« C'est super les ED parce qu'ils ont pu apprendre de leurs erreurs. Ils ont pu apprendre des notions, [...] c'est super cet échange, ça a pu les aider. Même si nous, on n'a pas fait les ED. C'est vraiment un concept super à faire à Garancière, maintenant il y a la fusion. J'espère que tout le monde le fera, mais c'est vraiment bien. »

### Speaker 3

« Je suis tout à fait d'accord avec speaker 14. Moi je trouve que c'est très intéressant d'avoir des ED pour avoir des mises en situation. »

### Speaker 13

« Du coup, je pense que je vais dire un peu la même chose que les gens de Garancière que c'était très important d'avoir des ED sur ça, que c'est primordial d'avoir des cours sur la communication. »

### Speaker 17

« Bah moi, du coup, comme je l'avais déjà dit tout à l'heure je pense que c'est très bien qu'il y ait un enseignement et que nous à Garancière on a manqué un peu de ça parce que oui, ça aurait pu nous permettre de nous entraîner un petit peu. »

## 4.5 Les points d'amélioration exprimés à l'égard de l'apprentissage en ED avec PS

Malgré la satisfaction générale, des étudiants ont exprimé des frustrations ou des manques quant à la formation délivrée.

### 4.5.1 Le positionnement des acteurs

Des critiques ont été émises à l'égard des acteurs, notamment le sentiment que les choses étaient jouées d'avance car, peu importe les arguments amenés par l'étudiant, l'impression que l'acteur ne changerait pas de posture était dominante.

### Speaker 14

« C'était le dernier ED, il y avait une patiente qui, du coup, avait trop peur de faire le soin, était trop stressée et nous, bah, du coup, la patiente [actrice], elle, n'était pas du tout briefée, je crois qu'on était les premiers à passer. À la fin, on lui demandait : "Est ce qu'on avait une chance de vous convaincre ?" Elle répondait : "Oh, je ne sais pas. Elle m'a convaincu, mais finalement, j'ai décidé d'agir comme si je n'étais pas convaincue." Et du coup, moi ça m'avait beaucoup frustré

*parce que je trouve que c'est un exercice qui est hyper intéressant d'essayer de convaincre que le soin devait être fait mais juste elle avait peur et du coup, elle ne voulait pas le faire ce qui est totalement recevable.*

*Les filles ont passé une heure à ramer dans le flou parce que la patiente avait décidé, quoi qu'il arrive, qu'elle ne le ferait pas. »*

#### **4.5.2 La planification des ED**

Un étudiant explicite qu'il aurait préféré une planification différente des enseignements au sein du dispositif pédagogique pour qu'il soit à proximité des enseignements théoriques dispensés au premier semestre.

##### **Speaker 15**

*« J'aurai peut-être plus apprécié qu'on lie plus le théorique à la pratique. On a eu la théorie au premier semestre. J'aurais peut-être préféré qu'on ait tout en même temps. »*

#### **4.5.3 Le positionnement des professeurs**

Des étudiants ont relevé le manque d'échanges et d'analyses à la suite des ED. Ils auraient apprécié que chaque cas fasse l'objet d'une conclusion, d'une synthèse, d'une véritable évaluation.

##### **Speaker 6**

*« Mais il n'y avait pas vraiment de conclusion. »*

##### **Speaker 14**

*« Je suis assez jalouse, à vrai dire du débat qu'il y a eu dans votre ED parce que nous, pour le coup, il y avait zéro débat donc, à chaque fois, y'avait vraiment zéro réflexion fin s'il y en avait un peu [...] il n'y avait qu'un seul professeur qui parlait, qui a apporté quelque chose. Et encore, ce n'était pas non plus... il y avait très peu d'interventions au niveau des professeurs. »*

Le besoin des étudiants, à l'issue des ED, est qu'un bilan soit établi par le corps enseignant.

##### **Speaker 18**

*« On ne sait pas si c'était correct de le faire. Mais il n'y avait pas de réponses concrètes et on ressortait des ED : "C'est vrai, bon du coup, on ne sait pas voilà." Et c'est vrai que ça manquait de réponses un peu plus concrètes de la part du corps enseignant pour des cas. »*

Par ailleurs, les étudiants souhaitent obtenir de la part de leurs professeurs des recommandations claires et précises sur ce qu'il faut faire ou pas mais ils ont également conscience que l'appréciation du professeur est subjective et donc ne constitue pas une vérité absolue.

#### **Speaker 18**

*« Mais au final, on n'avait pas véritablement les mots des enseignants... qui n'apportaient pas vraiment de réponses concrètes parce que c'est vrai qu'il y a une grosse part de subjectivité dans leur façon de présenter les choses. »*

#### **Speaker 8**

*« Et en fait, les professeurs n'ont à aucun moment dit : "Ça, c'est un peu limite." Enfin sans dire fin, c'est vrai, parce que c'est tellement subjectif qu'on ne peut pas dire : "Bon bah là, faut faire ça machin", mais peut-être dire : "Ça, il ne faut pas le faire" par exemple. »*

Sans prise de parole des professeurs, les étudiants doutent de la portée de leurs observations à l'égard de l'étudiant impliqué dans le jeu de rôle, notamment quand il ne partage pas leur point de vue.

#### **Speaker 8**

*« Pas trop, parce que lui, au final, en fait, on a été plusieurs à lui dire, mais lui, il n'était pas trop d'accord parce que finalement aucun professeur, aucune personne plus haut placée que nous ne lui a dit la même chose. Donc, en fait, je pense que lui ne l'a pas interprété comme si c'était quelque chose à pas faire quoi. »*

### **4.5.4 La spécialisation des professeurs**

Un ED était encadré par deux professeurs, l'un spécialisé en odontologie pédiatrique et l'autre en parodontologie. Des étudiants ont regretté que l'apprentissage soit mené par un pédodontiste avec une confrontation de point de vue avec un enseignant prenant plus en charge des adultes et, au final, des difficultés à appréhender la bonne attitude à avoir.

#### **Speaker 6**

*« C'est-à-dire que moi, j'ai trouvé ça très dommage qu'on ait un pédo [professeur] qui nous fasse les ED de simulation parce qu'effectivement, ça n'a tellement rien à voir la prise en charge d'un enfant et la prise en charge d'un adulte sur beaucoup, beaucoup de points, sur tellement de points et encore plus par rapport aux situations cliniques qu'on avait à faire dans les ED. »*

De plus, la confrontation des positions entre des spécialistes de différentes branches a été source de confusion pour l'étudiant :

### Speaker 6

« Et donc, du coup, il y avait clairement des confrontations d'idées qui étaient quand même assez importantes et assez différentes. En fait, on avait deux praticiens de deux disciplines différentes et donc on avait un paro et un pédo [professeurs], avec deux visions différentes de la prise en charge de la situation qu'on avait à faire. Et en fait, on est très vite rentrés dans une sorte de conflit assez dommageable. J'ai trouvé deux confrontations d'idée. Personne, entre les deux spécialistes qu'on avait, n'était d'accord sur comment gérer la situation et en fait, comparé à beaucoup. Beaucoup de comparaisons entre les professeurs : "Ben oui, mais non, avec les enfants, c'est fait plus comme ça. Oui, mais avec les adultes, on fait plus comme ça". »

### Speaker 6

« Mais du coup, on était un peu perdus à savoir comment on allait mettre la dimension enfant dans le truc.  
Moi, personnellement, je vais à l'hôpital le mercredi, donc c'est la journée des enfants et on voit qu'effectivement, nous, ce qu'on voit à l'hôpital, ça n'avait rien à voir avec les situations qu'on devait gérer en ED, par exemple pour s'entraîner. »

Par ailleurs, les étudiants en troisième année ne réalisent pas d'intervention sur les enfants avant la cinquième année et donc tout enseignement sur le sujet paraît moins prioritaire par rapport aux adultes.

### Speaker 6

« On est en D1 du coup, on ne fera pas de pédo avant, je ne sais pas quand. »

### Speaker 3

« [...] Mais je crois que la pédo on s'y penche surtout en quatrième année, en cinquième année... On aura déjà une expérience au niveau de la communication avec des patients déjà adultes. Peut-être que c'est une spécification qui se fera un peu plus tard. »

## 4.6 Les pistes d'améliorations du dispositif pédagogique

Comme déjà évoqué, très majoritairement, les étudiants sont satisfaits du dispositif pédagogique proposé. Dans le cadre des échanges émergent des pistes d'amélioration du dispositif qui donnent lieu à des débats entre étudiants, tous ne partageant pas la même vision.

#### 4.6.1 Les différentes spécialisations des professeurs

Il y a eu un débat entre les étudiants sur la combinaison des approches pédagogiques en lien avec les spécialisations des professeurs. Certains, comme déjà évoqué, ont regretté cette mixité alors qu'un étudiant aurait trouvé cela intéressant :

##### *Speaker 14*

*« Mais c'est vrai que moi, j'aurais adoré avoir le point de vue de quelqu'un pédo et le point de vue de quelqu'un qui fait plus de l'omni pratique.*

*Bon, c'est vrai que ça doit être confus et je ne sais pas comment ça a été fait. Et peut-être que si le débat est bizarrement traité, ça doit un peu embrouiller. Mais c'est vrai qu'avoir ces deux points de vue. Personnellement, je pense que c'est bien aussi.*

*Mais qu'il y ait deux professeurs : en pédo, on aurait fait ça, si ça avait été en paro, on aurait plus traité les patients comme ça. Je pense que c'est hyper intéressant et de les confronter aussi en face. Moi, je trouve ça intéressant parce que du coup, on voit vraiment pour chaque situation les différences. Et du coup, c'est peut-être plus concret. »*

#### 4.6.2 L'approche par la situation de patients

Les étudiants se sont également prononcés sur la possibilité de participer à des ED spécifiques en fonction de situations particulières qu'ils estiment sensibles.

##### *Speaker 16*

*« Mais c'est vrai que ce sont des cas particuliers pour lesquels on aimerait bien avoir des petits conseils. On a peur toujours de dire des choses qu'il faudrait dire, de sortir certains mots, d'avoir une position qui n'est pas adéquate et appropriée à la situation. Donc, je pense que dans ces situations-là, ça mériterait d'être un petit peu creusé. »*

##### *Speaker 9*

*« Peut-être que ça aurait été intéressant qu'on ait effectivement plus de clés par catégorie ou qu'on ait les moyens de réagir ou de s'adapter en fonction de la situation. »*

En effet, certaines situations considérées comme sensibles nécessiteraient des sessions de formations dédiées.

Parmi ces situations, on retrouve les catégories suivantes :

- les patients anxieux ;
- les enfants ;
- les patients aux difficultés financières ;

- les handicapés.

#### 4.6.2.1 Les patients anxieux

La prise en charge des patients anxieux est définitivement un sujet de préoccupation.

##### *Speaker 5*

*« Ce que j'aurais aimé dans ce genre de cursus, c'est justement des cours sur la communication, mais catégorisés... Du coup, avoir des ED et des cours en lien avec des personnes qui sont anxieuses à gérer. »*

##### *Speaker 10*

*« Oui justement, par rapport à l'anxiété, je pense que c'est très, très important de savoir gérer un patient stressé parce qu'ils réagissent tous différemment et/ou même un enfant stressé. »*

#### 4.6.2.2 Les enfants

La gestion des enfants est considérée comme complètement différente de celle des adultes et nécessite un dispositif spécifique.

##### *Speaker 8*

*« Mais je trouve que la pédo, c'est tellement une approche différente que je pense que ce sera important aussi qu'on ait de la communication pour les enfants. Par exemple, moi j'ai assisté une pédodontiste.*

*Vraiment, j'ai dit des mots en 5 minutes, la petite elle s'est mise à hurler devant moi c'était catastrophique. C'est vrai que pour la pédo encore plus, je trouve que c'est important quoi, fin voilà. »*

##### *Speaker 6*

*« Oui parce que les mots ne sont pas les mêmes, on ne va pas expliquer de la même manière. On ne va pas faire une pédagogie similaire avec un enfant avec un adulte parce que déjà, niveau d'éducation entre guillemets, ce ne sera pas le même. Il y a des mots interdits, clairement, clairement interdits. Il y a plein de tips aussi pour pouvoir mieux soigner un enfant qui ne crie pas qui ne saute pas partout, voilà, ne pas dire aiguille, parler du ballon qui gonfle, le truc de la jambe levée aussi.*

*Voilà, c'est plein de petits tips comme ça qu'on va faire pour les enfants. »*

Un autre étudiant a manifesté son intérêt pour un enseignement intégrant véritablement des enfants.

### Speaker 5

« Ou même demander à des enfants de venir ou demander à des intervenants de venir avec des enfants. Ça serait cool déjà pour juste discuter avec eux et de voir comment, d'analyser ces enfants-là et voir comment on pourrait les aborder sans les stresser en parlant du métier de dentiste, par exemple. »

#### 4.6.2.3 Les patients aux difficultés financières

Parmi les situations que les étudiants souhaiteraient voir aborder figurent les patients connaissant des difficultés financières, voire en situation de précarité.

### Speaker 5

« L'autre côté, gérer tout ce qui est aspect finance. Imaginons que je sois dentiste et j'ai mon collègue devant moi qui joue, le patient qui n'a pas d'argent ou je ne sais pas des choses comme ça.  
Et donc là moi en tant que futur dentiste, essayer de trouver des phrases pour convaincre le patient, pour qu'il accepte les soins ou de trouver une alternative. »

#### 4.6.2.4 Les situations de handicap

Un étudiant évoque la situation particulière des handicapés et l'enseignement spécifique qui peut en découler.

### Speaker 16

« [...] Et par rapport peut-être aux patients qui sont handicapés. »

Parmi ceux identifiés, ceux qui ne peuvent s'exprimer.

### Speaker 3

« Il y a des personnes qui ne peuvent pas communiquer. Ils ne peuvent pas parler.  
Donc là, le langage, la façon d'analyser la personne dans le monde verbal ou non verbal, ou je ne sais pas avec la langue des signes, par exemple, aussi un appel à un interlocuteur à côté. Je trouve que c'est une bonne catégorie. »

#### 4.6.3 Les modalités d'organisation des ED

Le dispositif des ED est organisé à partir de deux groupes : l'un qui participe au jeu de rôle avec les acteurs et l'autre qui observe le déroulement de la séquence. Un étudiant aurait souhaité que tous les étudiants puissent passer avec les acteurs.

### Speaker 15

*« Et la deuxième chose qui me paraît importante, c'est que tout le monde passe en fait avec les acteurs. Et ça, d'un point de vue logistique, c'est compliqué. Mais je pense que c'est important parce que moi aussi je regardais et je me suis dit ce n'est pas compliqué, tu devrais dire ça ou ça, mais quand je suis passé, on n'est pas au courant de la situation parce que c'est un patient lambda qui vient avec une problématique, on n'était pas préparés à entendre.*

*Et là, c'est de l'impro et je pense que c'est important que tout le monde passe. Que tout le monde goûte à ça parce que finalement, regarder, ce n'était pas suffisant. Il faudra trouver un format où ça sera facile en termes de temps de faire passer tout le monde. »*

## 5 : Les discussions

---

En tout premier lieu, avant d'entrer dans l'analyse de l'impact de l'apprentissage avec PS, il est nécessaire que nous procédions à une évaluation des composantes de l'étude qualitative.

### 5.1 L'évaluation de la méthode qualitative

La mise en œuvre de l'étude qualitative à partir des *verbatim* du *focus group* comporte plusieurs biais dont il faut tenir compte dans l'appréhension des résultats obtenus.

#### 5.1.1 Un *focus group* à distance

En raison des risques sanitaires, le *focus group* a été organisé à distance *via* Zoom. Des interrogations ont été émises par le monde de la recherche sur l'efficacité des entretiens à distance comparée aux entretiens en face à face. Il semblerait qu'il n'y ait pas de consensus, à l'heure actuelle, sur la meilleure méthode de recueillir la parole des participants. Des chercheurs utilisant le mode distanciel mettent en avant, au final, les points communs avec le présentiel et la valeur ajoutée pour les recherches(19). Par ailleurs, des études ont démontré que les *focus groups* à distance permettent de recueillir les mêmes informations que les *focus groups* en présentiel et aboutissent à des interactions similaires entre les participants. Néanmoins, les principales différences résideraient dans le volume des informations recueillies et dans leur niveau de détail. Selon les explications fournies par les chercheurs, les participants prendraient moins de temps dans leurs explications, leurs argumentations en ligne (Campbell *et al.*, 2001 ; Scholl *et al.*, 2002; Graffignia, Bosio & Olson, 2008 ; Ingram & Steger, 2015)(20).

*A contrario*, certains chercheurs considèrent que le format à distance permet de collecter des informations plus abondantes et plus qualitatives (Groenland, 2002, cité par Brüger & Williams, 2008 ; Ingram & Steger, 2015)(18), tandis que d'autres chercheurs, en revanche, considèrent qu'à distance, il ne s'agit pas réellement de *focus groups*. Ceux-ci justifient leur position par l'absence de prise en compte de la communication non verbale, la préférence des participants à donner des réponses courtes et le rôle amoindri de l'animateur (Greenbaum, 1998 ; Schneider *et al.*, 2002 ; Buhsmer, 2000, cité par Brüger & Williams, 2008)(18). Ils considèrent qu'il s'agit davantage de différentes *interviews* que d'entretiens de groupes. En revanche, le distanciel permet de recueillir la parole de personnes où qu'elles soient (Schneider *et al.*, 2002)(18).

Dans le cadre de notre *focus group*, les étudiants sont un public jeune non aguerri à la prise de parole mais familiarisé avec les outils informatiques. Néanmoins, plusieurs n'ont pas actionné leur caméra et

l'un des étudiants répondait dans la rue. La dynamique de groupe et la concentration des étudiants auraient été probablement meilleures dans un format présentiel avec, à la clé, des apports plus nourris.

### **5.1.2 Le nombre de participants et la représentativité**

Il est communément admis que, pour favoriser au mieux les échanges, le *focus group* doit compter de 4 à 8 participants (J. Kitzinger, I. Markova, N. Kalampalikis, « Qu'est-ce que les *focus groups* ? », *Bulletin de Psychologie* ;2004) (13). En l'espèce, le groupe comptait 17 participants pour une durée de deux heures. Approfondir les sujets avec les étudiants s'est avéré relativement difficile, puisque la parole devait être donnée à minima à chacun.

Par ailleurs, la participation au *focus group* était basée sur le volontariat ce qui forcément introduit des biais dans l'échantillonnage. Ainsi, la parole recueillie appartient aux étudiants portant un intérêt au sujet, ceux qui sont les plus impliqués et qui ont souvent les meilleures évaluations. L'échantillon n'est donc pas totalement représentatif de la communauté des étudiants. En outre, le *focus group* comptait 11 étudiants de l'Université de Descartes et 6 de l'Université de Paris-Diderot qui n'ont pas bénéficié de l'ED avec PS. Leur participation est donc plus faible, notamment en ce qui concerne l'amélioration du dispositif mis en place. On compte ainsi en moyenne 11 interventions des étudiants de l'Université de Descartes contre 6 pour les étudiants de l'Université Paris Diderot. Enfin, force est de constater que la population féminine représentait 82 % des participants. Nous pouvons ainsi considérer que les étudiantes se sentent davantage concernées par le sujet et qu'il y a, donc, un important biais dans la « sélection ». Il faudrait également en parallèle s'interroger sur la faible représentativité masculine et donc sur le signal envoyé quant à leur implication en matière d'apprentissage de la communication.

### **5.1.3 La conduite des échanges**

Le « Guide d'entretien » permet de définir le déroulé du *focus group* et les objectifs de l'étude, tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions. C'est un pense-bête défini avant la réalisation des entretiens et contenant la liste des thèmes qui devront être abordés. Il est recommandé, afin de favoriser les débats, d'avoir recours aux questions ouvertes ce qui permet d'éviter les réponses par « oui » ou par « non ».

En revanche, le guide ne doit pas être un carcan avec des questions prédéfinies mais doit comporter uniquement des mots-clés afin d'orienter les échanges sans remettre en cause la dynamique propre des interactions (Jean-Claude Combessie, « II. L'entretien semi-directif »)(21) .

Il n'a pas été possible de se référer au « Guide d'entretien » du *focus group* pour s'assurer que toutes les étapes de celui-ci aient bien été déroulées. Il n'est donc pas exclu que certains éléments du « Guide

d'entretien » n'aient pas fait l'objet d'échanges, ou que le déroulé type n'ait pas été suivi. En revanche, dans la conduite de l'animation, on retrouve bien l'introduction avec le cadre de l'étude et la conduite des échanges pour définir le bilan de l'apprentissage avec PS, tout en gardant les ouvertures nécessaires sur les besoins des étudiants en matière de communication.

L'étude qualitative effectuée a révélé une appétence des étudiants pour l'instruction à la communication. Le besoin est avéré mais demeure à déterminer l'efficacité dans le temps des enseignements dévolus. Quelle est la valeur ajoutée de l'apprentissage déployé à court, moyen et long terme ? Comment mesurer son impact réel ? Quelles sont les améliorations à apporter, de quels autres modèles s'inspirer pour renforcer l'efficacité de la relation patient-praticien ? Quel est le rythme et le séquençage de l'apprentissage à délivrer ? Autant de questionnements et de réponses ou tentatives de réponses associées qui pourront améliorer le dispositif proposé. Pour ce, nous allons nous référer au modèle proposé par Bernard Millette et ses collaborateurs en 2004(22).

## **5.2 Les enseignements des études menées sur l'apprentissage médical**

Depuis une vingtaine d'années, des études et des travaux de recherche ont permis de définir les facteurs clés d'une méthodologie efficace d'apprentissage de la communication dans le secteur médical. J'ai pris pour base de réflexion et d'analyse, le contenu de l'article « L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire » publié dans la revue *Pédagogie médicale* en mai 2004, Bernard Millette, Marie-Thérèse Lussier et Johanne Goudreau qui dispose que des enseignements efficaces sur la communication nécessitent :

1. Un référentiel d'enseignements, solide et basé sur les données de la recherche et permettant de structurer le processus pédagogique (travaux du groupe Calgary-Cambridge sur les étapes de l'entretien médical)(23).
2. La pratique répétée des habiletés de communication associée à une rétroaction (*feedback*) spécifique immédiate.
3. Un cursus à la communication patient-praticien intégré tout au long des études médicales.
4. L'évaluation de l'acquisition des habiletés de communication comme critère de promotion ou de certification.
5. Des activités de connaissance de soi permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation patient-praticien.

6. Des cliniciens-enseignants qui soient des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate.

À partir de cette structure cible et en la complétant des retours des étudiants lors du *focus group*, nous allons pouvoir positionner le dispositif de formation avec PS développé à l'Université de Paris par rapport au modèle d'enseignement à la communication proposé par Bernard Millette, Marie-Thérèse Lussier et Johanne Goudreau.

### **5.3 L'analyse du dispositif d'apprentissage avec PS**

#### **5.3.1 Le mixte théorique et pratique**

Un des prérequis de la bonne communication entre patients et praticiens est de reposer sur un référentiel permettant de structurer l'entrevue médicale avec des objectifs cliniques associés. Bird et Cohen-Cole puis Lazard *et al.* ont défini un modèle à trois fonctions : la collecte des données nécessaires, le développement de la relation patient-praticien et enfin l'information et la motivation du patient(24). En tenant compte de ces fonctions, Kurtz *et al.* ont défini un modèle intégrant la communication à la démarche clinique. Les auteurs du guide Calgary-Cambridge disposent que leur référentiel doit être assimilé par les étudiants et les enseignants et donc fait partie intégrante de l'apprentissage théorique. Depuis 2021, au sein de l'Université de Paris, le programme de formation à la communication, relation ACP a été enrichi de contenus théoriques en 3<sup>e</sup> année préclinique avant les ED avec PS (cours magistral sur la communication en santé du docteur Sibylle Vital).

Le déroulement type d'un entretien, les différentes étapes de l'entrevue, les informations à recueillir et à communiquer, permettent à chaque étudiant de se situer dans la relation avec le patient et de dérouler le guide de Calgary dont l'efficacité a été éprouvée. Cette approche magistrale est un prérequis qui ne peut tenir lieu d'unique apprentissage. C'est ainsi que l'enseignement délivré aux étudiants de l'Université Paris Diderot (Garancière) est trop limitatif et créateur de frustration. L'apprentissage ne s'ancre pas par manque d'illustration et n'aura donc qu'un impact très limité. Durant le *focus group*, les étudiants de l'Université Paris Diderot (Garancière) n'ayant pas bénéficié de l'ED avec PS ont exprimé leur envie de se voir proposer ce type d'enseignement pratique. C'est donc bien un mixte entre approche théorique et pratique qui est à favoriser. L'ED avec PS est un véritable complément nécessaire aux cours magistraux et, pour donner sa pleine dimension à l'apprentissage, il faudrait que tous les étudiants puissent observer et ensuite participer à un exercice simulé. Dans un cadre plus large de formation aux relations interpersonnelles entre patient et praticien, la méta-analyse de Blanch-Hartigan, Andrzejewski et Hill (2016)(25) a démontré qu'une combinaison entre

l'apport théorique (méthode didactique), la pratique ainsi que du *feedback* est l'intervention la plus efficace pour entraîner la sensibilité interpersonnelle dans le contexte médical.

### 5.3.2 Les bonnes pratiques

Durant le *focus group*, les étudiants, unanimement, ont souligné leurs besoins de bonnes pratiques, de conseils clés en main (« des *tips* »). En creux, cette demande récurrente souligne la posture des étudiants en attente d'avoir des réponses toutes faites, des sortes de formats de communication packagés leur permettant de faire face à toutes les situations. En cela, il est important d'explicitier aux étudiants que chaque situation est unique et dépend en grande partie des attitudes, du vécu des patients et de leur propre perception. Selon Carl Roger, psychologue américain fondateur de l'ACP : « *Nous ne pouvons inculquer directement à autrui un savoir ou une conduite ; nous pouvons tout au plus faciliter son apprentissage.* » (Client Centered Therapy, 1951)(26). Il s'agit davantage d'indiquer ce qui est à éviter que ce qui est à faire. D'un côté, il y a effectivement la nécessité d'un apprentissage sur une communication rassurante pour le patient (par exemple sur le langage, les expressions à bannir) et, de l'autre, il existe la volonté de permettre à chaque étudiant d'élaborer sa propre réflexion et d'avoir le recul nécessaire pour se remettre en cause sans s'en remettre systématiquement à l'avis du professeur. Penser par soi-même et être en accord avec soi-même fait partie intégrante de l'ACP et est la condition d'une prise en charge sereine et empathique du patient. Selon Carl Roger : « *Le seul savoir qui influence vraiment le comportement, c'est celui qu'on a découvert et qu'on s'est approprié soi-même* ». Tout enseignement de la communication dans la relation patient-praticien est donc supposé inciter les étudiants à penser par eux-mêmes. Dans la démarche ED avec PS, les étudiants se sont vu mettre à disposition un carnet de bord, support de leur apprentissage, qui leur propose un guide d'analyse réflexif pour leur permettre de prendre du recul sur leur rôle et de s'interroger sur les relations interpersonnelles (Gilles Chamberland et Guy Provost, *Jeu, simulation, jeu de rôle*, Presse de l'Université de Québec, 1996)(27). Au vu des résultats de l'étude quantitative (56,7 % des étudiants considèrent qu'il n'est pas utile dans l'apprentissage), les étudiants perçoivent mal son intérêt. Il serait peut-être intéressant de compléter l'évaluation à chaud par une évaluation à froid dans le cadre d'entretiens avec les professeurs pour susciter des échanges sur leurs postures et leur vision de l'ACP.

### 5.3.3 Le *feedback* des professeurs

Les étudiants ont besoin de retours de leurs professeurs sur leurs attitudes. Le *feedback* est absolument indispensable pour permettre aux étudiants de se situer dans leur courbe d'apprentissage. Winne et Butler (1994, cités par Hattie & Timperley, 2007) (28) proposent une définition sur les fonctions précises des *feedback* dans l'apprentissage : « *Ce sont des informations qui permettent à*

*l'apprenant de confirmer, compléter, remplacer, régler, ou restructurer l'information en mémoire. »*

Selon Boud et Molloy (2013) (27), le *feedback* est un processus par lequel l'apprenant obtient des informations sur son travail afin d'apprécier les similitudes et les différences entre les normes correspondant à cette tâche et les qualités de son propre travail afin de générer des travaux de meilleure qualité. Le *feedback* a moins de valeur s'il est ponctuel, juste informatif et s'il ne s'inscrit pas dans un processus. Dans cette optique et au vu du retour des étudiants, le *feedback* des professeurs pourrait être davantage structuré et personnalisé, par exemple avec des fiches analytiques et éventuellement des recommandations pour guider et accompagner les étudiants, en leur proposant des axes d'améliorations. L'étudiant est un acteur à part entière du *feedback* en exposant les raisons de son comportement et il lui est le plus utile lorsqu'il lui permet de se fixer de nouveaux objectifs. C'est donc le suivi des actions à l'issue des *feedbacks* qui est générateur de valeur dans le temps.

#### **5.3.4 Une démarche pédagogique au long cours**

Autre point important, l'acquisition d'une compétence est une démarche qui se fait dans le temps, ce qui inclut une pratique répétée et analysée pour s'évaluer et s'améliorer. La mise en œuvre de ce dispositif ne peut être une action isolée mais doit s'inscrire dans une démarche continue (au sein de la faculté) et permanente (au cours de la vie du praticien). Il serait ainsi possible d'organiser une à deux fois par an des exercices de simulation pendant les années cliniques ou pratiquer des exercices de *feedback* sur des cas réels, avec l'exploration de situations de plus en plus complexes au fur et à mesure de l'acquisition des compétences (exemple : patient en situation de handicap, patient dépendant accompagné d'un aidant, patient atteint de douleurs chroniques...). Une seule action de la sorte permet d'éveiller les consciences mais ne peut servir d'unique apprentissage pour ancrer les bonnes approches.

Dans le prolongement de ce qui vient d'être évoqué, l'apprentissage de la communication doit effectivement avoir lieu tout au long du cursus. Pour l'Université Paris Descartes, l'apprentissage de la communication débute en 2<sup>e</sup> année avec des cours magistraux et l'observation clinique a lieu au second semestre. En 3<sup>e</sup> année sont organisés les ED avec PS et toute l'année de l'observation clinique à l'hôpital. En 4<sup>e</sup> année, des jeux de rôle sont organisés entre étudiants. En 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années, les étudiants sont en stages cliniques. En perspective d'amélioration, c'est certainement le volume des actions à mener qui doit être amplifié et poursuivi même lors des deux dernières années d'étude en parallèle des stages cliniques. La prise en compte dans l'apprentissage des situations considérées comme critiques par les étudiants est indispensable car elle cristallise leurs attentes et leur stress. Ce sont les conditions pour ancrer de véritables changements dans les pratiques des futurs dentistes. On le perçoit bien dans le cadre des échanges du *focus group*. La démarche a été appréciée mais il faudrait

encore aller plus loin avec, par exemple, des exercices en petits groupes sur des jeux de rôle avec des types de patients : handicapé, stressé, des enfants « difficiles » et lors de moments clés de la relation : la communication des devis par exemple.

### **5.3.5 L'évaluation des compétences**

L'évaluation des compétences fait partie intégrante du dispositif d'ancrage de l'enseignement à la communication. La compétence communication peut être évaluée lors des ECOS sommatif de DFASO1 et de l'ECOS certifiant de DFASO2 qui correspond à l'examen certifiant les étudiants (Cömert, Plos One, 2016)(29). L'examen repose sur une évaluation par des grilles critériées d'évaluation mais sans que les étudiants reçoivent un *feedback* personnalisé sur leur posture en communication. Là encore, un *feedback* serait un plus pour mesurer les points forts et les points faibles des étudiants. Par ailleurs, l'évaluation des *soft skills* reste complexe et dépend totalement de la grille d'évaluation définie. En l'état, les stations des ECOS sont assez courtes (maximum 8 minutes) et devraient pouvoir être rallongées pour procéder à une véritable évaluation des compétences en matière de relation patient-praticien.

### **5.3.6 L'exemplarité des enseignants**

Les étudiants ont mis en avant à plusieurs reprises lors du *focus group*, le rôle primordial des enseignants. Leur exemplarité est également clé dans l'enseignement de l'ACP. Les étudiants sont fortement influencés par l'attitude des professeurs et par leurs recommandations, ce qu'on nomme « modèles », principalement lors de leurs stages cliniques d'externat. Il est donc prépondérant que l'enseignement soit encadré par des dentistes et non par des spécialistes de la communication (et qui ne seraient pas des soignants). C'est le cas dans le dispositif pédagogique déployé et comprenant des ED avec PS. L'implication d'enseignants de différentes disciplines est à favoriser pour plusieurs raisons : que les enseignants cliniciens soient au fait des enseignements en ACP réalisés pour auto-analyser leur pratique, qu'ils prennent conscience de leur posture de modèles (importance de la légitimité par l'exemplarité en évitant les discordances entre l'enseignement et la réalité observée par les étudiants) et qu'enfin les étudiants puissent constater que, quelle que soit la discipline, il y a des fondamentaux communs dans l'ACP. L'ambition à l'égard du corps professoral est forte et il est certain qu'il sera difficile d'associer tous les professeurs à l'enseignement à la communication patient-praticien.

### **5.3.7 L'ouverture vers un enseignement aux sciences humaines**

La connaissance de soi comme valeur ajoutée du processus de communication n'est pas véritablement perçue par les étudiants. Il a été question dans le *focus group* d'un enseignement sur les leviers du

comportement humain, sur la philosophie. C'est une approche qui a été peu développée car elle est minorée par rapport au besoin de mise en œuvre et de retours d'expérience. Les étudiants n'ont pas assez de recul pour définir leur système de valeur, leur approche en matière d'éthique. Le programme de formation mis en place au sein de l'Université de Paris comporte un ED en 5<sup>e</sup> année sur l'éthique en lien avec le consentement du client. Il serait intéressant, au vu de l'étude qualitative, d'adresser ces thématiques dès la 3<sup>e</sup> année pour sensibiliser encore davantage les étudiants et intégrer ces réflexions dans leur pratique clinique.

## Conclusion

---

La formation à la communication avec PS est utile pour l'acquisition des compétences des étudiants en troisième année d'odontologie. Les réactions des étudiants, qui n'ont pas bénéficié de ces enseignements, mettent en lumière l'intérêt de cette démarche complémentaire des cours magistraux. La mise en pratique, l'observation, l'analyse collective, les échanges et le vécu au final permettent d'ancrer dans l'esprit des étudiants, d'une part, les enjeux liés à la communication et, d'autre part, la nécessité de s'adapter à tout type de patient. Les limites de ces enseignements sont les suivantes :

1. les ressources nécessaires importantes pour mettre en œuvre ce programme. Dans ce sens, des exercices de jeux de rôle entre étudiants avec des professeurs en encadrement pourraient être une alternative moins coûteuse et plus facile à mettre en place. En revanche, les ED avec PS permettent une authenticité plus forte et donc des simulations plus efficaces ;
2. un autre élément sur lequel il faudrait probablement renforcer l'enseignement et qui est une source inépuisable de questionnements pour les étudiants concerne la communication sur l'enveloppe financière des soins. C'est un sujet sensible qui, même s'il n'est pas la raison d'être de la communication patient-praticien, constitue une étape majeure dans la relation de confiance à construire avec le patient. Il serait très apprécié par les étudiants de dédier des ressources pédagogiques spécifiques à cette étape de l'entretien médical.

En perspective, il est à noter que, à ce jour, ces enseignements ont été déployés à l'ensemble de la promotion d'étudiants de DFGSO3 de l'Université Paris Cité et inscrits dans un programme d'enseignements de la Communication, Relation ACP des années précliniques aux années cliniques. Il pourrait être proposé dans l'avenir des modules d'apprentissage reposant sur des cours ou des activités avec des spécialistes de la prise de parole en public, du théâtre, ou encore avec des outils tels que la médecine narrative. En effet, lors du *focus group*, on se rend compte que tous les étudiants n'ont pas les mêmes capacités à s'exprimer ou à expliciter leurs pensées. Ce serait un véritable apport pour tous de bénéficier d'un apprentissage sur l'expression orale, d'exercices de prises de parole dans différentes situations et d'exploration de situations vécues. Pouvoir s'exprimer clairement et être intelligible par autrui tout en analysant ses pratiques sont les bases de toute communication réussie et c'est bien l'objectif au final de tout apprentissage en la matière.

## Bibliographie

---

1. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit.* 2003;11(3):59-79.
2. Amiel P. Appendice électronique : Code de déontologie médicale 1947-1995. In: *Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice* [Internet]. Paris: Les Belles Lettres; 2011. Disponible sur: <https://philippeamiel.fr/DocsCobayes/CodeDeontologie1947-1995.pdf>
3. Aulisio MP. The foundations of bioethics : contingency and relevance. *J Med Philos.* 1998;23(4):428-38.
4. Brunn M, Chevreul K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé Publique.* 2013;25(1):87-94.
5. Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *J Psychol.* 2009;270(7):29-30.
6. Article 35 - Information du patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
7. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
8. Corah NL. Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *Dent Clin North Am.* 1988;32(4):779-90.
9. Liddell A, Ackerman C, Locker D. What dental phobics say about their dental experiences. *J Can Dent Assoc.* 1990;56(9):863-6.
10. Even G. Enseigner la relation médecin-malade : présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie Médicale.* 2006;7(3):165-73.
11. Ayn C, Robinson L, Matthews D, Andrews C. Attitudes of dental students in a canadian university towards communication skills learning. *Eur J Dent Educ.* 2020;24(1):126-33.
12. Lucander H, Knutsson K, Salé H, Jonsson A. « I'll never forget this » : evaluating a pilot workshop in effective communication for dental students. *J Dent Educ.* 2012;76(10):1311-6.
13. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. Qu'est-ce que les focus groups ? *Bull Psychol.* 2004;57:237-43.
14. Moreau A, Dedianne MC, Le Goaziou MF, Labarère J, Letrilliart L, Terra JL. La revue du praticien. *Médecine générale. S'approprier la méthode du focus group* 2004. 2004;18:382-4.
15. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? : an experiment with data saturation and variability. *Field Methods.* 2006;18(1):59-82.

16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Éditions De Boeck Supérieur (2ème édition, 2019). Louvain-La-Neuve;
17. Boughzala Y, Moscarola J, Hervé M. Sphinx Quali : un nouvel outil d'analyses textuelles et sémantiques In: 12es Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. In 2014. Disponible sur:  
[https://www.lesphinx-developpement.fr/wp-media/uploads/2020/01/SphinxQuali\\_YB\\_JM\\_MH\\_JADT2014.pdf](https://www.lesphinx-developpement.fr/wp-media/uploads/2020/01/SphinxQuali_YB_JM_MH_JADT2014.pdf)
18. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVI<sup>e</sup> Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS [Internet]. Montréal, Canada: AIMS; 2007. p. pp 1-16. Disponible sur:  
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448>
19. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. *Rech Qual.* 2009;28(1):133.
20. Oze N. *Current Debates in Public Relations & Communication Studies* First Edition, April 2018 IJOPEC Publication No: 2018/19 ISBN: 978-: Current Debates in Social Sciences Series Volume 28.
21. Combessie JC. II. L'entretien semi-directif. In: *La méthode en sociologie* [Internet]. Paris: La Découverte; 2007. p. 24-32. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>
22. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale.* 2004;5(2):110-26.
23. Bourdy C, Millette B, Lussier M. *Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale : les processus de communication* [Internet]. 2004. Disponible sur:  
<https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>
24. Médicales (ASSM) AS des S. *La communication dans la médecine au quotidien. Un guide pratique.* 2019; Disponible sur: <https://zenodo.org/record/3576263>
25. Blanch-Hartigan D, Andrzejewski S, Hill K. The effectiveness of training to improve person perception accuracy : a meta-analysis. *Basic Appl Soc Psychol.* 2012;34:483-98.
26. Zimring F. *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée.* 1994;24, n° 3/4:429-42.
27. Chamberland G, Provost G. *Jeu, simulation et jeu de rôle.* Presse de l'Université du Québec. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec; 1996. 17-178 p.
28. Bosc-Miné C. Caractéristiques et fonctions des feed-back dans les apprentissages. *L'Année Psychol.* 2014;114(2):315-53.
29. Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessing communication skills of medical students in objective structured clinical examinations (osce)--a systematic review of rating scales. *PLoS One.* 2016;11(3):e0152717.

## Table des figures

---

Figure 1 : Les trois étapes du dispositif pédagogique .....	10
Figure 2 : Le cabinet dentaire de simulation et la salle d'ED .....	12
Figure 3 : Support pour une pratique réflexive des étudiants après chaque séance de simulation ....	13
Figure 4 : Matrice pour le rendu d'observation de temps de relation patient-praticien. ....	65

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Récapitulatif tableau du format pédagogique canadien .....	8
Tableau 2 : Compétences et organisation des simulations.....	11
Tableau 3 : Évaluation du dispositif d'enseignement pédagogique par les étudiants.....	14
Tableau 4 : Évaluation des ED avec PS .....	14
Tableau 5 : Données sur les caractéristiques des participants .....	22

## Annexe

Figure 4 : Matrice pour le rendu d'observation de temps de relation patient-praticien.

<p><b>Consignes :</b> Lors de vos vacations cliniques, choisissez <b>deux</b> temps de relation patient-praticien (<b>patients adultes</b>) que vous observez. <i>Merci de répondre aux questions suivantes</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Décrivez la situation</li><li>2- Qu'avez-vous ressenti ?</li><li>3- Si vous étiez l'étudiant, quels points auraient été difficiles pour vous ?</li></ol> <p><b>Exemples :</b></p> <p><b>Séance 1 – Réponse de Chloé</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Choisissez un temps de relation patient-praticien (patients adultes) que vous observez :</i> femme de 67 ans, endo 36 (suite de garde), l'anesthésie ne prend pas : explication de l'échec de l'anesthésie à la patiente</li><li>✓ <i>Qu'avez-vous ressenti ?</i> mal-être (douleur patiente + étudiant en difficulté)</li><li>✓ <i>Si vous étiez l'étudiant, quels points auraient été difficiles pour vous ?</i> ne pas savoir quoi faire... démuni</li></ul> <p><b>Séance 2 – Réponses de Farid</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <i>Choisissez un temps de relation patient-praticien (patients adultes) que vous observez :</i> homme, 52 ans, très angoissé - extraction de 26 : accompagnement pendant l'extraction (paroles pour le rassurer...)</li><li>✓ <i>Qu'avez-vous ressenti ?</i> admiration</li><li>✓ <i>Si vous étiez l'étudiant, quels points auraient été difficiles pour vous ?</i> de gérer le stress et de faire l'acte en même temps</li></ul>
--



Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie

Professeur Marjolaine GOSSET

Professeur Vianney DESCROIX

Vu, le Président d'Université Paris Cité

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Vianney DESCROIX

**Enseignement de la relation patient-praticien avec patients simulés  
dans les années précliniques en Odontologie :  
étude qualitative par entretien de groupe**

Mélanie Sitbon. Enseignement de la relation patient-praticien avec patients simulés dans les années précliniques en Odontologie : étude qualitative par entretien de groupe. 2023. 65 p. ill. tabl. Réf. bibliographiques p.61-62.

Sous la direction de Mme le Professeur Marjolaine Gosset

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