

## Étude de l'impact de l'évaluation « par patient traité » sur l'activité clinique des étudiants en chirurgie dentaire

### *Impact of a "per treated patient" clinical assessment method among dental students*

Mathieu MARTY<sup>1,2,\*</sup>, Bénédicte GENDRON<sup>2</sup>, Frédéric VAYSSE<sup>1</sup>, Ivan ALSINA<sup>2</sup>, et Jean-Noel VERGNES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculté d'odontologie, Université Toulouse III Paul Sabatier, 3 chemin des Maraîchers, 31400 Toulouse, France

<sup>2</sup> LIRDEF (EA 3749), Département des Sciences de l'éducation, Université Montpellier III Paul Valéry, Montpellier, France

Manuscrit soumis le 20 septembre 2016 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 20 mai 2017 et le 18 juin 2018 ; accepté pour publication le 19 juin 2018

**Résumé – Contexte :** L'évaluation clinique des étudiants en chirurgie-dentaire est traditionnellement basée sur des critères quantitatifs, correspondant à un nombre minimum d'actes spécifiques à réaliser. Ce type de méthode est remis en question, en raison de l'environnement comptable qu'il induit auprès des étudiants, et de la déshumanisation de la relation de soins qui s'ensuit. **But :** Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact de la mise en place d'une évaluation alternative, de type « patient-traité », pour laquelle l'objet de l'évaluation est le patient et non plus seulement l'acte technique. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude unicentrique de type qualitatif, conduite à partir d'entretiens semi-dirigés auprès d'étudiants en dernière année d'étude de chirurgie dentaire, à la faculté de Toulouse durant l'année 2015–2016. Les données sont recueillies jusqu'à saturation des thèmes et analysées selon la méthode de l'analyse thématique. **Résultats :** Cette étude montre que l'évaluation quantitative est globalement acceptée par les étudiants et répond à certaines attentes sur le nombre d'actes réalisés. Elle confirme également les effets indésirables d'une évaluation clinique quantitative, comme les abandons de patients ou les modifications de plan de traitement. L'évaluation par patient-traité est perçue comme plus humaine, moins stressante et plus efficace. **Conclusion :** Des méthodes d'évaluation clinique nouvelles, mettant au centre du dispositif les étudiants et les patients, doivent être développées pour favoriser l'émergence de compétences en phase avec les évolutions sociétales.

**Mots clés :** évaluation clinique, chirurgie-dentaire, approche centrée sur la personne

**Abstract. Context:** The clinical evaluation of dental-surgery students is traditionally based on quantitative criteria, consistent with the minimum specific procedures to be performed. This method is called into question because of the accounting environment it generates among students and the ensuing dehumanization of the care relationship. **Goal:** The research is designed to assess the implementation of an alternative "treated-patient" evaluation, focused on the patient and not on the technical aspect. **Methods:** This qualitative single-centre study is based on semi-structured interviews with students in their final year of dental surgery at the University of Toulouse in 2015–2016. Data are collected until saturation of themes and analyzed using the thematic analysis method. **Results:** The study confirms the adverse effects of quantitative clinical evaluation, such as patient abandonment or changes in the treatment plan. Patient-treatment assessment is seen as more humane, less stressful and more effective. **Conclusion:** New clinical assessment methods focusing on students and patients need to be developed to foster student competencies.

**Keywords:** clinical assessment, dental surgery, person-centred approach

\*Correspondance et offprints: Mathieu MARTY, Faculté d'odontologie, Université Toulouse III Paul Sabatier, 3 chemin des Maraîchers, 31400 Toulouse, France.  
Mailto: [martyamat@hotmail.fr](mailto:martyamat@hotmail.fr)

## Introduction

En France, les chirurgiens-dentistes assurent « la prévention, le diagnostic et le traitement des pathologies acquises et congénitales de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants » [1]. Cette mission est confiée par la société aux titulaires d'un diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Ils sont donc des soignants spécialisés. La formation demande la maîtrise de nombreuses compétences techniques et manuelles, en plus de l'acquisition de connaissances et d'attitudes professionnelles. Dès lors, l'évaluation des compétences cliniques des étudiants en chirurgie-dentaire est un sujet fondamental, bien qu'aucun consensus ne puisse aujourd'hui être mis en évidence sur la manière de conduire cette évaluation.

L'analyse de la littérature internationale dans le domaine montre que les méthodes d'évaluation clinique sont le plus souvent plurielles, en intégrant des concepts quantitatifs (portant sur une évaluation comptable du nombre d'actes réalisés par l'étudiant) et qualitatifs (portant sur la qualité opératoire des actes réalisés) [2]. Les études les plus récentes montrent que les systèmes d'évaluation, quels qu'ils soient, peuvent engendrer des effets indésirables, tant sur la qualité des soins prodigués que sur l'épanouissement personnel des étudiants [3]. La définition même de compétence clinique ne fait pas l'objet d'un consensus.

Dans les facultés utilisant des critères quantitatifs [4,5], certaines associent un nombre d'actes précis à réaliser durant l'année universitaire à la notion de rentabilité de l'acte [6]. Les modalités d'application de ces évaluations sont multiples, comme des contrôles continus de compétences, ou des systèmes de récompenses pour stimuler la motivation des étudiants [7]. Cependant, l'évaluation quantitative par acte clinique réalisé (par exemple : le nombre de traitement de caries effectués dans l'année, ou le nombre de détartrages) pose des problèmes quant à la finalité de l'action du dentiste. L'évaluation sommative présente également des effets néfastes dans la pratique des étudiants, comme des retards de prise en charge et une déshumanisation de la relation de soins [8]. D'un autre côté, une évaluation exclusivement qualitative risque d'accroître les phénomènes de sélection des patients (les « bons » patients susceptibles de bien répondre aux traitements étant privilégiés dans une telle organisation). Lorsqu'elles sont initiées par le cursus de formation, il est probable que les méthodes d'évaluation influencent les attitudes professionnelles futures et que cet effet perdure dans la vie professionnelle post-universitaire. Si aucune étude concernant de façon spécifique les attentes des patients dans le domaine dentaire n'a été réalisée, il est possible d'extrapoler les résultats à partir du milieu médical dans son ensemble. Ainsi, après la gestion de la douleur, le thème le plus important pour les patients est le respect de sa dignité et de son humanité [9]. D'une façon générale, lorsque l'évaluation associe la prise en compte combinée d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs relatifs aux actes réalisés, elle est mieux acceptée et mieux comprise par tous les acteurs [10].

Certains auteurs sont allés plus loin dans la démarche d'évaluation de l'activité clinique, en proposant de changer complètement l'objet de l'évaluation, passant de l'acte technique (qu'il soit jugé quantitativement ou qualitativement) au « patient-personne ». Leur but était de limiter les effets secondaires liés à une évaluation portant sur l'acte, en lui substituant une évaluation dite par « patient traité » qui place le patient au centre du dispositif. Park [11,12] montre chez des étudiants en chirurgie-dentaire que le changement d'une évaluation purement quantitative pour une évaluation par patient-traité entraîne un faible changement du nombre et du type d'actes médicaux réalisés, mais surtout une réduction du stress et un mieux-être des étudiants. Une approche centrée sur la personne semble améliorer les compétences ressenties par l'étudiant et sa satisfaction de son expérience clinique [3].

L'évaluation clinique des étudiants en chirurgie dentaire doit donc faire appel à des concepts permettant tout à la fois de certifier des compétences techniques et de mettre en place les conditions leur permettant de faire face à la multiplicité des situations cliniques, en respectant la dignité et l'humanité du patient. Les méthodes d'évaluation centrée sur l'acte seul ne semblent pas permettre pas d'arriver à de tels objectifs. De plus, et même si la plupart des facultés de chirurgie-dentaire nord-américaines et européennes déclarent avoir mis en place des programmes centrés sur le patient (*Primarily Comprehensive Care model*) [13], de grandes variations existent dans la définition et l'application de ce modèle [14].

L'objectif de cette étude est ainsi d'analyser les effets d'une évaluation par « patient-traité » au sein du Centre hospitalier universitaire et de la Faculté de chirurgie-dentaire de Toulouse. Plus spécifiquement, il s'agit d'évaluer par une méthode qualitative l'impact sur les étudiants d'une nouvelle évaluation dite par « patient traité », à partir d'un recueil de leur point de vue concernant la façon dont leur activité clinique est évaluée.

## Méthodes

### Approche générale de recherche

Il s'agit d'une étude unicentrique. La méthodologie adoptée vise une meilleure compréhension des effets d'une évaluation par « patient traité » des étudiants en chirurgie dentaire, considérant que cette évaluation est susceptible d'influencer profondément la relation de soin. L'approche analytique est qualitative, approche adaptée pour comprendre les phénomènes sociaux dans le domaine de la santé, et déjà utilisée dans le contexte dentaire [15,16].

Pour des raisons pratiques concernant notamment la durée moyenne d'un suivi complet de patient, il a été décidé de focaliser l'étude sur l'évaluation des étudiants exerçant une activité clinique d'odontologie pédiatrique. Ainsi, le choix de l'échantillon s'est-il porté sur les étudiants de sixième année (dernière année du cycle court), qui ont une activité d'odontologie pédiatrique exclusive à raison d'une vacation par semaine.

Afin de pouvoir simultanément analyser l'influence de l'approche par acte et de l'approche par patient traité, au sein d'une même promotion et dans un même cadre temporel, deux groupes d'étudiants de sixième année ont été constitués par tirage au sort, afin de tendre vers une répartition homogène entre chaque groupe. Le tirage au sort s'est fait au moyen d'une pièce de monnaie. Tous les étudiants de sixième année du centre de soins de Rangueil ont été inclus soit 46 étudiants.

La période de suivi de l'étude s'est étendue du mois de novembre 2015 au mois d'avril 2016.

Pour la réalisation des entretiens individuels, un appel à participation a été envoyé par e-mail à l'ensemble des étudiants de l'échantillon sélectionné. Cinq étudiants ont répondu favorablement et cinq autres ont été invités à l'entretien de façon aléatoire. Un évaluateur (MM) était en charge de la constitution des échantillons.

### Interventions analysées

L'intervention a consisté en une modification des modalités d'évaluation clinique des étudiants. L'évaluation quantitative par acte a été supprimée au profit d'une évaluation par patient-traité. Afin de mettre en place cette évaluation, cinq catégories de patients ont été créés, en s'inspirant des travaux de Park [11,12]. Les catégories de patients tiennent compte des actes à réaliser, mais également des conseils à donner, du comportement de l'enfant (score Venham modifié).

La détermination du type de patient est obtenue par consensus entre l'étudiant et le praticien référent. Le type de patient est évolutif durant la prise en charge. L'étudiant responsable doit réaliser la totalité des actes nécessaires sur son patient, sans possibilité d'échange ou de changement de praticien, sauf cas médicalement justifié (par exemple un acte trop complexe nécessitant l'intervention d'un praticien hospitalier). Afin d'équilibrer les niveaux de difficulté, les membres de l'équipe clinique d'odontologie pédiatrique confiaient les patients aux étudiants en fonction des actes à réaliser.

### Recueil des données

Les entretiens individuels ont été menés dans les locaux du service d'odontologie de Toulouse. Nous avons effectué des entretiens semi-structurés sur un échantillon minimal de huit étudiants, fixé *a priori* et potentiellement évolutif en fonction du degré d'atteinte de la saturation des données. Les discussions ont été conduites en français et ont eu une durée comprise entre 20 et 30 minutes. Un guide d'entretien a été élaboré à partir d'une revue de littérature, et en particulier des résultats des travaux de Park [12]. Deux investigateurs (MM et JNV) ont mené ces entretiens. Les entretiens débutaient par des questions sur l'organisation générale de l'évaluation clinique, puis abordaient les effets potentiels de cette évaluation sur les patients et les étudiants. Au cours des entretiens, les discussions ont également abordé le thème des perspecti-

ves d'une nouvelle méthode d'évaluation. Il a été demandé aux participants des deux groupes de proposer des outils d'évaluation en prenant virtuellement la place des patients et des enseignants. Les entretiens ont été menés jusqu'à l'obtention de la saturation thématique [16].

### Analyse des données

Une analyse thématique des verbatims issus des entretiens individuels a été réalisée selon une approche de type inductif délibératoire. Les entretiens étaient enregistrés puis transcrits par traitement de texte afin d'être analysés. La collecte et l'analyse continuaient jusqu'à l'obtention de la saturation des données et de la stabilité des conclusions.

L'analyse thématique s'est faite en suivant plusieurs étapes :

- débriefing des entretiens avec les co-chercheurs et écriture d'un rapport d'entrevue (commentaires écrits par l'investigateur immédiatement après l'entretien afin de le résumer, d'identifier de nouvelles hypothèses, et de préparer l'entretien suivant) ;
- transcription des entretiens, lecture et re-lecture des données ;
- codage des données, et regroupement des données affiliées à un même code par deux investigateurs (MM et JNV). Le logiciel Nvivo (QDR international, Cambridge (MA), USA) a été utilisé pour le codage ;
- regroupement des différents codes en thèmes généraux, à la suite de l'analyse, sans détermination *a priori* ;
- organisation des thèmes (modifications, fusions et/ou suppressions) ;
- description des thèmes et illustrations avec des extraits de données ;
- rapport d'analyse, interprétation et discussion par rapport aux objectifs de la recherche.

Enfin, un troisième investigateur (FV) a soumis les résultats de l'analyse aux participants et recueilli leurs observations.

### Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée sur le plan éthique par l'équipe enseignante d'odontologie pédiatrique de la Faculté de chirurgie-dentaire et le chef du service d'odontologie du CHU de Toulouse. Avant le début de l'entretien, les étudiants volontaires ont donné leur consentement après avoir été informé de :

- l'anonymat des participants (transcriptions ne faisant pas apparaître les noms des participants ou de tiers, ou d'événements permettant d'identifier l'étudiant) ;
- la garantie que tout ce qu'ils évoqueraient au cours de l'entretien ne serait utilisé que dans le cadre d'une analyse anonyme des résultats, sans aucune conséquence possible pour son évaluation future ;
- du caractère volontaire du recrutement (possibilité de refuser).

**Tableau I.** Citations des participants illustrant les effets potentiels des méthodes d'évaluation sur les patients.

Thèmes	Citations des participants
Évaluation par acte déhumanisante	« C'est horrible mais des fois les objectifs il y en a qui disent il faut absolument mon endo molaire, mon endo molaire et du coup ils veulent plus rien faire d'autre. » (Ed 7) « Pour moi c'est peut-être arrivé inconsciemment, mais pas je ne me rendais pas compte que certains [patients] avaient plus de valeur que d'autres » (Ed 4)
Non-rappel ou abandon de patient	« La perte [des patients] elle viendrait du mécanisme: un jour je suis en diagnostic, le patient il a ça, moi ça m'intéresse pas parce que je l'ai déjà fait et en plus j'ai trop de patient donc je peux pas. » (Ed 3)
Adaptation du plan de traitement aux objectifs/mutilations possibles de patients avec évaluation quantitative	« Une dent un peu limite mais qui serait conservable <i>via</i> un traitement parodontal, des fois si ça nous arrange autant pour les points que pour le plan de traitement ce sont des dents qui seront extraites. » (Ed 1) « Elle (l'évaluation) nous conditionne vers la course au SPR donc à la prothèse. C'est vraiment l'objectif prothèse depuis la 4 <sup>e</sup> année » (Ed 8)
Évaluation par patient-traité plus humaine	« Ça évite: le patient c'est plus des objectifs, de la marchandise qu'on s'échange pour remplir ce foutu cahier. C'est plus on prend le patient dans son intégralité, c'est une prise en charge tout, sociale, relationnelle et de soins et on l'amène au bout. » (Ed 2)

## Résultats

### Effets potentiels des méthodes d'évaluation sur les patients (Tableau I)

#### Une évaluation quantitative perçue comme injuste

Lorsqu'ils sont interrogés sur l'évaluation par actes, les étudiants des deux groupes considèrent qu'elle n'est pas juste pour les patients et même, à propos des objectifs pédagogiques, « *qu'ils ne faut pas qu'ils [les patients] le sachent* » (Ed 6). L'obtention des objectifs clinique est corrélée à l'obtention du « bon patient », vécue comme le fruit du hasard ou de la chance, ce qui peut conduire à une sélection des patients : « *Il faut avoir les patients pour. On n'a pas tous la « chance » d'avoir le patient qui va nécessiter un mainteneur d'espace ou autre* » (Ed 1).

#### L'évaluation quantitative peut conduire à des retards de prise en charge ou des abandons de patients

Dès lors, des stratégies se mettent en place pour obtenir ces objectifs. Cela commence par la sélection des patients : « (ce patient n'est) *pas intéressant au niveau des actes restants à faire, si la dernière case qui manque à signer sur le carnet vous l'avez au fauteuil vous allez lui trouver de la place* » (Ed 2). Cette sélection peut avoir comme effet pervers des pertes de patients qui ne sont plus jamais rappelés : « *Ben c'est le système d'évaluation qui fait ça quoi. Quand on n'en a pas besoin en fait on... moi ça m'est arrivé une fois j'ai complètement oublié de le rappeler* » (Ed 6).

#### L'évaluation quantitative influence le plan de traitement et peut entraîner des actes non nécessaires

Les étudiants ont également tendance à orienter le plan de traitement pour réaliser les objectifs demandés : « *Un*

*patient qui pourrait avoir un bridge antérieur si ça nous arrange oui je pense qu'on pourrait le pousser [à le faire]* » (Ed 6).

Dans le discours des étudiants, il est notable que lorsque les objectifs sont abordés, les patients sont déshumanisés et réduits aux actes qui sont à réaliser dans leur bouche : « *Il (le patient) a l'impression d'être baladé entre étudiants ; on se le refile ça donne l'impression qu'on le considère pas tellement... que comme quelqu'un qui va nous faire remplir nos points, plus que comme une personne.* » (Ed 6).

Plus inquiétant, les étudiants pourraient avoir tendance à bâcler le travail, ou à en diminuer la qualité pour atteindre les objectifs : « *Des fois on se met la pression pour avoir par exemple l'objectif "endo molaire" [traitement endodontique d'une molaire] en une séance, on se dit il faut absolument que j'y arrive et forcément on bâcle, on fait des conneries, on se stresse* » (Ed 6). Enfin, cette course à l'acte peut entraîner la réalisation d'actes inutiles, voire de mutilations : « *On m'a raconté par exemple qu'un mec qui a besoin de faire de l'endo [traitement endodontique] il pouvait faire de l'endo sur des dents vivantes sans raison* » (Ed 4).

Les étudiants du groupe test, ayant bénéficié de l'évaluation par patient-traité, ont pu donner leur opinion et comparer cette méthode à la méthode par acte. Les participants ont jugé cette évaluation plus humaine que la précédente : « *Ça évite que le patient... Ce n'est plus des objectifs, de la marchandise qu'on s'échange pour remplir ce foutu cahier. C'est plus "on prend le patient dans son intégralité", c'est une prise en charge de tout, sociale, relationnelle et de soins et on la mène au bout.* » (Ed 2).

**Tableau II.** Citations des participants illustrant les effets potentiels des méthodes d'évaluation sur les étudiants.

Thème	Citations des participants
L'évaluation par patient-traité moins stressante	« L'évaluation par patient est plus cool » (Ed 4) « c'est moins stressant parce qu'on est clairement évalué en fonction de : est-ce qu'on bosse ou pas » (Ed 1)
L'évaluation par patient-traité n'entraîne pas de changement dans l'implication	« j'ai pas vu de changement j'ai fait comme d'habitude » (Ed 6)
L'évaluation conditionne la pratique future	« Elle [l'évaluation] nous conditionne vers la course au SPR donc à la prothèse. C'est vraiment l'objectif prothèse depuis la 4 <sup>e</sup> année » (Ed 8)

### Effets potentiels des méthodes d'évaluation sur les étudiants (Tableau II)

#### Une évaluation quantitative acceptée...

Il est intéressant de noter que la méthode quantitative traditionnelle est globalement acceptée par les étudiants, qui expriment le fait que réaliser différents types d'actes est nécessaire pour apprendre leur futur métier : « *Qu'on note t'as fait tant de couronne, de machin, c'est normal, je ne pense pas qu'il y ait d'autres façon de faire* » (Ed 1). Cette évaluation est aussi, aux dires des étudiants, efficace pour mettre en évidence les comportements problématiques et retarder alors l'accès aux années supérieures : « *Il y a une corrélation entre la qualité et la quantité. Ce sont certaines personnes qui sont dans cette situation-là, qui ne foutent rien et qui arrivent défoncées en clinique, forcément ils ne vont pas avoir les objectifs* » (Ed 2). Pour un étudiant, obtenir les points nécessaires n'est en outre pas difficile ni stressant : « *il y a énormément de patients, il y a vraiment beaucoup, beaucoup de patients* » (Ed 6).

#### ...Mais source d'un stress important

D'un autre côté, pour la plupart des autres étudiants, l'obtention des points ou des objectifs est difficile et source de stress : « *Il y a beaucoup de points à avoir, donc c'est une pression en plus. Parce qu'on se dit : si jamais on n'a pas tant de points on va redoubler, on va encore rester ici.* » (Ed 4). Cela est d'autant plus dommageable que cette évaluation est globalement perçue comme peu efficace : « *Un acte on peut le faire quinze fois, mais on ne le sait pas forcément plus que si on le fait deux fois bien* » (Ed 3). Enfin, les sanctions mises en place (essentiellement le redoublement) sont perçues comme inefficaces : « *Donc au final le redoublement va plus les pénaliser que s'ils étaient restés (dans leur promotion d'origine) et mieux encadrés la fois d'après.* » (Ed 2).

#### L'évaluation par patient-traité est perçue comme moins stressante et plus humaine

L'évaluation par patient-traité est clairement souhaitée par la majorité des étudiants, qui veulent montrer leur travail et pas des listes d'objectifs : « *c'est moins stressant*

*parce qu'on est clairement évalué en fonction de : est-ce qu'on bosse ou pas* » (Ed 1). Ainsi, cette méthode est moins source de stress pour les étudiants, qui peuvent prendre en charge pleinement leur patient : « *C'est moins stressant parce qu'on n'a pas cet aspect "il faut qu'on ait fait une dent temporaire"* » (Ed 6). De façon plus pratique, le fait de ne plus avoir à faire signer le cahier d'objectif est également un soulagement pour les étudiants : « *Là peut-être ça m'a fait une pression en moins parce que comme vous disiez qu'il n'y avait plus besoin de faire signer, ça fait toujours quelque chose en moins au final, une corvée entre guillemets en moins oui* » (Ed 4).

Surtout, bien que moins stressante, et considérée comme plus humaine, cette évaluation ne change en rien la motivation et l'investissement dans le travail des étudiants : « *Par rapport à l'étude ça a fait une pression en moins de toujours des points, ça fait moins de stress mais c'est vrai que par rapport à la prise en charge des patients ça n'a pas changé.* » (Ed 4). Cette évaluation a globalement été favorablement accueillie par les étudiants, même si certains ont pointé du doigt l'impossibilité d'échanger les patients au sein du binôme : « *Elle (sa binôme) avait un patient avec pleine de mainteneur d'espace et que moi j'avais pas c'est dommage parce que je peux pas le faire avant de sortir de la fac* » (Ed 8).

### Propositions des étudiants concernant les méthodes d'évaluation clinique (Tableau III)

#### Vers une évaluation clinique des étudiants plus subjective ?

Lorsqu'ils prennent la place des patients, les étudiants souhaitent que soit prise en compte la qualité des soins et les qualités relationnelles de l'étudiant. Il est aussi important que les objectifs n'interfèrent pas avec la qualité de leur approche clinique : « *La qualité, je pense et le comportement, enfin le professionnalisme, qu'ils soient plus concentrés sur ce qu'il font plutôt que sur les actes qu'il faut faire signer en attendant la fin de l'année* » (Ed 3).

De la même manière, les étudiants des deux groupes sont en demande d'une évaluation plus subjective, qui tienne compte des actes réalisés mais aussi de l'implication personnelle : « *Moi je trouve qu'on ne prend pas, aussi, assez en compte l'implication dans le travail, ou la bonne volonté* » (Ed 4). Ainsi, ils peuvent trouver logique qu'à

**Tableau III.** Citations des étudiants concernant les perspectives de l'évaluation.

Thèmes	Citations des participants
Évaluation plus subjective	« Valoriser les actes mais se baser plus sur l'étudiant que sur les prothèses qu'il a faites » (Ed4) « Moi je trouve qu'on ne prend pas aussi assez en compte l'implication dans le travail, ou la bonne volonté » (Ed 4) « Mais je pense que c'est plus pertinent de nous juger sur notre comportement, le sérieux, la ponctualité que parce qu'on n'a pas un bridge 4 éléments céramo-métal. » (Ed 2)
Mettre la relation au patient au centre de l'évaluation	« Il faudrait peut-être valoriser [...] une intelligence émotionnelle, ou quelque chose, la relation avec le patient » (Ed 4).
Favoriser les interactions étudiants-patients-praticiens.	« Je trouve qu'il n'y a pas vraiment ces échanges, je sais pas, pour progresser quoi » (Ed 4). « Il faudrait des entretiens pour remettre les choses dans l'ordre et voir ceux que ça n'intéresse pas et les remotiver » (Ed 2).

nombre d'actes égal, la décision ne soit pas la même en fonction du comportement : « *l'implication en clinique, les personnes motivées, qui vont poser des questions, qui s'intéressent, après c'est sûr que c'est difficile de juger mais bon par exemple ceux qui sont toujours là, qu'il y ait des points sur l'assiduité en clinique, les retards, voilà* » (Ed 7).

#### Mettre la relation au patient au centre de l'évaluation

La prise en compte du contexte de la situation dans laquelle a été réalisée la prise en charge est également une demande fréquente : « *Vous avez un prof qui va venir voir un patient sur un temps total de 10 minutes, alors que vous, vous l'avez au fauteuil pendant 5 ou 6 heures. Vous savez s'il est compliqué, pas compliqué...* » (Ed 6). Cette idée que l'évaluation doit porter non seulement sur les actes mais également sur la relation avec le patient et l'environnement est également revenue lors des entretiens. La notion plus fine de compétence émotionnelle a été évoquée : « *Il faudrait peut-être valoriser [...] une intelligence émotionnelle, ou quelque chose, la relation avec le patient* » (Ed 4).

#### Favoriser les interactions étudiants-patients-praticien

Des retours plus fréquents sur l'activité sont également souhaités, afin d'initier une progression, tout comme l'utilisation d'outils non quantitatifs, comme la création de portfolio et la tenue de réunion par exemple : « *Alors qu'on fasse des staffs par exemple pour un implant, ce qu'il me manque c'est savoir on dévisse à tel moment... il faut que je le vois une fois. Par exemple ceux qui font les inlays, les onlays, je trouve que c'est bien de faire plein de photos et de les montrer histoire que tout le monde se dise c'est comme ça qu'il faut faire. Tous les binômes ont des patients intéressants c'est bien de partager entre nous* » (Ed 7).

Enfin et toujours avec pour objectif une évaluation plus complexe et plus complète, les étudiants souhaitent que les patients soient impliqués dans le processus

d'évaluation : « *Faut qu'ils disent ce qu'ils pensent (les patients), le sérieux, la ponctualité, l'écoute, la disponibilité tout ça quoi* » (Ed 8). Toujours dans cette logique de diversifier les points de vue lors de l'évaluation, les étudiants ont à plusieurs reprises souhaité être évalués d'abord par ceux qui les encadrent le plus souvent en clinique : « *Je sais qu'ils n'intègrent pas les assistants, ou très peu, alors que c'est eux qui nous voient 90 % du temps* » (Ed 3).

## Discussion

L'abandon d'une évaluation clinique par acte au profit d'une évaluation clinique par patient traité influence la façon dont les étudiants perçoivent leur activité clinique. En ce sens, l'analyse thématique des entretiens confirme les résultats d'études précédentes [12] et l'induction d'effets indésirables de l'évaluation par acte. Ces effets peuvent influencer la relation patient-étudiant-enseignant à différents niveaux. L'évaluation consistant à demander à l'étudiant un nombre déterminé d'actes a donc conduit à déformer le modèle « patient-centré » vers un modèle « conduit par l'étudiant et la faculté ».

L'ancrage à un modèle théorique est important en médecine [17]. En effet, en fonction de la théorie choisie, une évaluation des compétences cohérente peut être organisée. Il existe des pistes de développement d'évaluation conforme à l'approche centrée sur la personne (ACP). Celle-ci connaît un développement dans le domaine médical et plus particulièrement la chirurgie-dentaire, permettant notamment d'améliorer l'empathie des praticiens [18]. Toutefois, aucune méthode d'évaluation basée sur les principes de l'ACP n'a été développée dans le domaine dentaire en France. Les modalités d'évaluation clinique sont le plus souvent mixtes, mêlant objectifs quantitatifs (nombre d'actes) et qualitatifs (qualité de la réalisation de l'acte). De telles approches peuvent conduire à des phénomènes graves de mutilation de patient ou de refus de soin. Cette évaluation peut donc

pousser les étudiants à déshumaniser leur relation au patient et à modifier leur plan de traitement, ce qui est préjudiciable à la fois au patient mais également à l'apprentissage clinique. De plus la méthode quantitative par nombre d'actes, bien que considérée comme efficace et acceptée au regard de certains aspects, est globalement perçue comme un frein à l'acquisition de connaissances pratiques. Notre étude montre que le stress généré est également important, tant pour les étudiants face à l'exigence de satisfaire les objectifs, que pour les praticiens référents, pour qui ces exigences sont vécues comme une contrainte supplémentaire. Considérant l'approche par patient-traité, les étudiants expriment un moindre stress, certainement parce qu'ils n'ont pas à se focaliser vers des objectifs à atteindre. En plaçant le patient au centre de la pratique, cette évaluation est considérée comme plus efficace et plus humaine par les étudiants. En effet, si l'évaluation par patient-traité permet de faire évoluer la relation patient-étudiant, elle doit également permettre d'asseoir une nouvelle base sur laquelle se construit la relation entre l'étudiant et l'enseignant.

Cette notion de « patient-traité » doit conduire les étudiants à soigner un patient dans sa globalité sans se soucier du nombre et des types d'actes à réaliser. Le but est donc pour l'étudiant d'obtenir toutes les informations qui lui permettront de développer une prise en charge dans un contexte global avec le patient en son centre. Du point de vue théorique, il s'agit donc d'une approche de type intégratif, situationnelle et analytique [19] dont le but est de valoriser la capacité d'innovation, d'adaptation des étudiants à des situations complexes, avec pour objectif la valorisation de compétences issue de la compétence émotionnelle, comme par exemple la capacité à calmer un enfant qui pleure, ou à savoir ne pas réaliser l'acte lorsque les conditions ne sont pas réunies.

Au cours de nos entretiens, nous avons vu que les étudiants :

- aspirent à une évaluation plus subjective prenant en compte le comportement de l'étudiant ;
- souhaitent que les patients soient intégrés au processus d'évaluation ;
- attendent des retours (*feedbacks*) plus fréquents sur leur activité.

Cette étude présente bien entendu des limites. En effet cette nouvelle méthode d'évaluation a été mise en place dans une seule discipline clinique, dans un temps relativement court, et sur un effectif restreint. Le choix de l'odontologie pédiatrique peut ainsi paraître restrictif. Cependant, nous pensons que la méthode d'évaluation que nous présentons ici peut être utilisée dans d'autres disciplines, en particulier en la combinant avec une approche sommative. Nous n'avons par ailleurs pas comparé les niveaux de stress entre les deux groupes, alors que les résultats de l'analyse qualitative nous indiquent que cela aurait été pertinent pour objectiver le ressenti des étudiants vis-à-vis du stress induit par la méthode d'évaluation.

La particularité de notre étude est son approche qualitative, qui pour la première fois permet de mettre des mots sur des notions évoquées par des études précédentes, en particulier celles de Park [3,11]. Nous avons vu que les thèmes abordés par les étudiants montrent une influence du système d'évaluation sur leur pratique. Un troisième investigateur (FV) a vérifié la validité interne de l'étude en soumettant les résultats de l'analyse aux participants (validité phénoménologique). Concernant la transférabilité des résultats, il semble que cette approche puisse être étendue à d'autres spécialités dentaires, voire médicales ou paramédicales, lorsque l'évaluation à l'acte (équivalent pédagogique de la tarification à l'acte sur le plan médico-économique) guide les pratiques. Une dernière limite est que les patients n'ont pas été consultés dans le cadre de cette enquête. Il s'agit bien évidemment d'une perspective essentielle à explorer, afin d'évaluer les effets d'un « changement d'évaluation ».

Les effets attendus sont potentiellement majeurs et doivent nous conduire à en tenir compte pour faire évoluer nos systèmes d'évaluation en formation hospitalo-universitaire. Bien entendu, l'objectif principal de l'évaluation est de permettre aux étudiants d'exprimer le plein potentiel de leur compétence théorique, pratique et relationnelle, et ce but ne peut être atteint qu'en considérant l'évaluation clinique comme le corollaire à un enseignement centré sur la personne. L'un des intérêts de l'évaluation par patient en comparaison à l'évaluation par actes est qu'elle évalue des compétences cliniques qui n'appartiennent pas au même domaine : une évaluation par nombre d'actes va relever de l'évaluation des compétences gestuelles de l'étudiant alors qu'une évaluation par patient traité va évaluer les compétences appartenant aux trois domaines du processus intellectuel, des gestes mais également des attitudes.

De fait, une cohérence plus grande avec l'enseignement universitaire doit s'imposer. Ce dernier doit intégrer l'ACP non pas comme une spécialité ou un enseignement isolé mais au sein même des disciplines les plus techniques [18].

## Conclusion

Notre étude confirme que l'évaluation clinique des étudiants en chirurgie-dentaire selon une méthode centrée sur l'acte présente un risque d'effets secondaires pouvant mettre en danger la santé des patients et nuire aux objectifs de formation. La mise en place d'une évaluation par patient-traité semble favoriser une meilleure qualité de soin et de formation. Globalement, les étudiants sont favorables à ce type d'évaluation, moins stressante et plus humaine. Ils sont également favorables à l'intégration de critères d'évaluation plus subjectifs, basés sur le comportement. Une étude du même type sur les perceptions des patients et des enseignants pourrait apporter des pistes d'amélioration précieuses. L'intégration du ressenti du patient mais aussi de l'étudiant dans l'évaluation paraît être une perspective incontournable et conforme aux

attentes de la société. L'enseignement théorique universitaire devra suivre cette tendance, en valorisant la place du patient et la relation patient-étudiant-praticien dans les cours magistraux et les travaux pratiques. L'utilisation d'outils narratifs innovants pourra permettre de développer chez les étudiants l'ensemble de leurs compétences, techniques et de savoir-être.

## Contributions

Mathieu Marty a participé à la réalisation des entretiens, à l'analyse et à la rédaction du manuscrit. Bénédicte Gendron a participé à la rédaction du manuscrit et a corrigé les différentes versions. Frédéric Vaysse a émis l'idée de la recherche et a participé à l'analyse et à la validation des résultats. Ivan Alsina a participé à la correction du manuscrit et à la validation des résultats. Jean-Noël Vergnes a participé à la réalisation des entretiens, de l'analyse et à la rédaction du manuscrit.

## Approbation éthique

Cette étude a été approuvée sur le plan éthique par l'équipe enseignante d'odontologie pédiatrique de la faculté de chirurgie-dentaire et le chef du service d'odontologie du CHU de Toulouse.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

## Références

- Code de la santé publique. Article L4141-1 2008 [On-line] disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018899595&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080601>.
- Navickis MA, Bray KK, Overman PR, Emmons M, Hessel RF, Cowman SE. Examining clinical assessment practices in U.S. dental hygiene programs. *J Dent Educ* 2010;74:297-310.
- Park SE, Howell TH. Implementation of a patient-centered approach to clinical dental education: A five-year reflection. *J Dent Educ* 2015;79:523-9.
- Näpänkangas R, Karaharju-Suvanto T, Pyörälä E, Harila V, Ollila P, Lähdesmäki R, Lahti S. Can the results of the OSCE predict the results of clinical assessment in dental education? *Eur J Dent Educ* 2016;20:3-8.
- Tennant M, Scriva J. Clinical assessment in dental education: a new method. *Aust Dent J* 2000;45:125-30.
- Gordon NA. Learning experiences of oral hygiene students in the clinical environment. *Int J Dent Hyg* 2013;11:267-72.
- Pousson RG, McDonald GT. A model for increasing senior dental student production using private practice principles. *J Dent Educ* 2004;68:1272-7.
- Bookhan V, Becker LH, Oosthuizen MP. A comparison of continuous clinical assessment and summative clinical assessment in restorative dentistry. *SADJ* 2007;62:258-60.
- Billaud A, Pirnay P. La déontologie des chirurgiens-dentistes doit-elle évoluer? *Santé Publique* 2015;27:233-240.
- Guzmán WZ, Gely MI, Crespo K, Matos JR, Sánchez N, Guerrero LM. Transformation of a dental school's clinical assessment system through Kotter's eight-step change process. *J Dent Educ* 2011;75:485-95.
- Park SE, Timothé P, Nalliah R, Karimbux NY, Howell TH. A case completion curriculum for clinical dental education: replacing numerical requirements with patient-based comprehensive care. *J Dent Educ* 2011;75:1411-6.
- Park SE, Susarla HK, Nalliah R, Timothé P, Howell TH, Karimbux NY. Does a case completion curriculum influence dental students' clinical productivity? *J Dent Educ* 2012;76:602-8.
- Holmes DC, Boston DW, Budenz AW, Licari FW. Pre-doctoral clinical curriculum model at U.S. and Canadian dental schools. *J Dent Educ* 2003;67:1302-11.
- Evangelidis-Sakellson V. Student productivity under requirement and comprehensive care system. *J Dent Educ* 1999;63:407-13.
- Bower E, Scambler S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:161-9.
- Bedos C, Pluye P, Loignon C, Levine A. Qualitative research in statistical and methodological aspects of oral health research. London: John Wiley & Sons, 2009.
- Alderson P. The importance of theories in health care. *BMJ* 1998;317:1007-10.
- Rosenzweig J, Blaizot A, Cougot N, Pegon-Machat E, Hamel O, Apelian N, Bedos C, Munoz-Sastre MT, Vergnes JN. Effect of a person-centered course on the empathic ability of dental students. *J Dent Educ* 2016;80:1337-8.
- Parent F, Jouquan J. Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé? Une clarification conceptuelle et méthodologique de l'approche par compétences. Bruxelles: De Boeck Supérieur, 2015.

**Citation de l'article :** Marty M., Gendron B., Vaysse F., Alsina I., Vergnes J.-N., Étude de l'impact de l'évaluation « par patient traité » sur l'activité clinique des étudiants en chirurgie dentaire. *Pédagogie Médicale* 2017;18:121-128