

Le rôle des compétences sociales (Soft Skills) dans le développement et le renforcement des aptitudes professionnelles en médecine dentaire

Magda-Ecaterina Antohe

Département Implantologie,
Restaurations amovibles, Technologie
Université de Médecine et Pharmacie
« Grigore T. Popa »
Iași, Roumanie
magda.antohe@umfiasi.ro

Ionuț Alexandru Luchian

Département Odontologie–
Parodontologie, Restaurations fixes
Université de Médecine et Pharmacie
« Grigore T. Popa »
Iași, Roumanie
ionut.luchian@umfiasi.ro

Monica Silvia Tatarciuc

Département Implantologie,
Restaurations amovibles, Technologie
Université de Médecine et Pharmacie
« Grigore T. Popa »
Iași, Roumanie
monica.tatarciuc@umfiasi.ro

Cristina Gena Dascălu

Département Médecine Préventive et
Interdisciplinarité
Université de Médecine et Pharmacie
« Grigore T. Popa »
Iași, Roumanie
cristina.dascalu@umfiasi.ro

Aurelia Spinei

Département de Chirurgie Orale et
Maxillo-Faciale Pédiatrique et
d'Orthodontie
Université de Médecine et Pharmacie «
Nicolae Testemițanu »
Chișinău, Moldavie

Georgeta Liliana Foia

Département de Chirurgie (Chirurgie
dento-alvéolaire et maxillo-faciale)
Université de Médecine et Pharmacie
« Grigore T. Popa »
Iași, Roumanie
georgeta.foia@umfiasi.ro

Résumé—La société contemporaine exige des professionnels du domaine médico-dentaire non seulement des compétences techniques et des connaissances spécialisées, mais aussi des aptitudes sociales essentielles pour une relation efficace entre le médecin et le patient. Notre étude a évalué le rôle des compétences sociales (soft skills) dans la formation professionnelle des futurs chirurgiens-dentistes, en analysant un échantillon de 116 étudiants (79,3 % de femmes, 20,7 % d'hommes). Tous les étudiants ont complété des questionnaires de retour d'expérience concernant leurs performances et leur expérience d'apprentissage, et les réponses ont ensuite été analysées statistiquement. Les résultats ont montré une performance générale élevée : plus de 88 % ont obtenu la mention « Excellent » dans toutes les catégories évaluées. Les points forts les plus fréquemment rapportés comprenaient l'empathie exprimée par le langage (29,3 %), l'écoute active avec réceptivité émotionnelle (25,9 %) et le maintien de l'attention et du contact visuel (14,7 %). Les axes d'amélioration concernaient la reconnaissance explicite des émotions des patients (27,6 %), la réduction du jargon médical (17,2 %) et l'utilisation de questions ouvertes (12,9 %). Les analyses statistiques ont mis en évidence des différences modestes liées au genre : les étudiants de sexe masculin ont plus souvent nécessité des évaluations supplémentaires ($p = 0,024$), et le retour d'expérience a révélé des préférences d'apprentissage légèrement différentes (observationnelle vs. interactives). Ces constatations soulignent l'efficacité du programme actuel, tout en soutenant l'intégration de stratégies personnalisées — observation, retour d'expérience et apprentissage expérientiel — pour optimiser le développement des compétences en communication.

Mots-clés— *compétences sociales (soft skills); odontologie; empathie; communication médecin-patient; formation professionnelle; éducation médicale*

I. INTRODUCTION

La société contemporaine est régie par une série d'exigences et d'attentes dans le domaine des professions à caractère profondément humanitaire, de sorte que le futur praticien en odontologie doit posséder une formation complexe sur le plan professionnel, capable de suivre avec succès l'évolution technique et technologique de la dentisterie contemporaine, tout en maintenant l'art d'interagir avec le patient [1,2].

La formation en médecine dentaire est complète, en commençant par l'approfondissement des connaissances fondamentales : anatomie, biochimie, biophysique, et se poursuit

avec des disciplines de médecine générale qui préparent à l'évaluation de l'état général du patient, lequel peut souvent influencer, selon son statut, les gestes thérapeutiques dentaires. Une attention particulière, en termes de volume horaire, est accordée aux disciplines spécialisées, chacune développant un aspect de la fonctionnalité du système dentaire, avec des implications pratiques profondes ultérieures [3,4]. Au stade de la formation, en plus de l'ensemble des disciplines ancrées dans le registre clinique ou préclinique, il est particulièrement important d'avoir des cours dédiés à l'acquisition des compétences sociales (soft skills), essentielles pour créer des ponts avec le patient, afin que le succès thérapeutique puisse atteindre son plein potentiel [5,6].

Il est bien connu que la dentisterie actuelle réunit à la fois des techniques et des technologies ancrées dans la sphère classique, utiles en fonction des particularités de chaque cas clinique, et des techniques de dernière génération intégrées dans le registre numérique, qui confèrent un haut degré de précision à chaque intervention, précision associée à un confort accru et à une ergonomie améliorée de ces opérations [7,8]. Qu'il s'agisse de procédures et technologies classiques ou modernes, la prévalence des compétences sociales est essentielle au profil du chirurgien-dentiste, l'interaction avec le patient restant fondamentale tout au long de la collaboration médecin-patient [9,10].

Chez les professionnels de santé, l'amélioration des compétences en communication est parfois négligée. Le chirurgien-dentiste communique régulièrement avec ses patients et comprend leurs points sensibles. En raison de la confiance que ses patients lui accordent, il doit posséder des compétences exceptionnelles en communication pour traiter les problèmes dentaires tout en construisant des relations à long terme [11,12]. L'empathie est un phénomène psychologique qui se réfère à la capacité d'une personne à comprendre les sentiments exprimés par autrui et à répondre avec compassion à la souffrance d'une autre personne [13,14]. Dans cette forme complexe d'inférence psychologique, l'observation, la mémoire, les connaissances et le raisonnement se combinent pour offrir un aperçu des pensées et des sentiments des autres [15,16]. L'empathie implique au moins trois processus distincts : ressentir ce qu'une autre personne ressent ; savoir ce qu'elle ressent ; et avoir l'intention de répondre avec compassion à sa détresse [17,18].

Les professionnels de santé identifient généralement la compétence, le respect et l'empathie parmi les aptitudes les plus importantes pour le professionnalisme. L'empathie peut encourager et motiver considérablement les patients à participer à leur traitement et peut influencer positivement leur adhésion aux procédures médicales et leur satisfaction à l'égard du traitement [19,20]. Le stress, la peur et l'anxiété sont assez fréquents dans les soins dentaires, environ 6 à 15 % de la population adulte mondiale souffrant d'une anxiété ou d'une phobie dentaires sévères [21,22].

Les chirurgiens-dentistes, comme les autres professionnels de santé, doivent traiter leurs patients avec respect et compassion. Selon leur pratique, ils peuvent travailler avec divers patients, y compris des enfants, des personnes handicapées ou ayant des besoins particuliers, des patients anxieux face aux soins dentaires et ceux présentant des besoins complexes ou avancés en santé bucco-dentaire. Travailler avec ces populations diverses exige adaptabilité, compréhension et sensibilité. Les dentistes doivent s'adapter pour répondre aux besoins émotionnels de leurs patients, cette aptitude étant essentielle dans la pratique médicale [23,24].

But : L'objectif de notre étude est de réaliser une analyse de l'impact des stages de formation sur différents thèmes ancrés dans le registre des compétences sociales de type soft skills, sur la manière dont les étudiants de sixième année les ont assimilées et intégrées dans l'ensemble général des compétences professionnelles, en vue d'atteindre des standards de formation en accord avec l'évolution spectaculaire de la médecine dentaire contemporaine.

Les formations ont fait partie des activités du projet Erasmus intitulé « EXPLORING, ASSESSING AND APPLYING SOFT SKILLS IN DENTAL MEDICINE UNIVERSITY STUDENTS », Projet 2022-1-BG01-KA220-HED-000085701

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Dans le cadre des sessions de formation, un total de 116 étudiants de sixième année de la Faculté de Médecine Dentaire de l'Université de Médecine et Pharmacie « Grigore T. Popa » de Iași ont participé, la majorité étant de sexe féminin (79,3 %, n = 92), tandis que les hommes représentaient 20,7 % (n = 24). Ce déséquilibre de genre, rencontré naturellement dans les facultés de médecine dentaire, peut constituer une source potentielle de biais pour l'analyse ultérieure et sera pris en compte en conséquence (tableau 1).

Après les sessions de formation, des questionnaires de retour d'expérience élaborés dans le cadre du projet ont été distribués à tous les participants. Ceux-ci visaient à évaluer les compétences en communication, l'empathie, la clarté des explications et les aspects nécessitant une amélioration. Les réponses ont été recueillies de manière anonyme et analysées quantitativement et qualitativement afin d'identifier les tendances générales et les différences potentielles entre les genres.

TABLEAU 1. STRUCTURE DES PARTICIPANTS SELON LE GENRE

Genre	n	%
Masculin	24	20.7
Féminin	92	79.3
Total	116	100.0

III. RÉSULTATS

Sur l'ensemble de la cohorte, 87,1 % des étudiants (n = 101) n'ont pas eu besoin d'évaluations supplémentaires, tandis que 12,9 % (n = 15) ont nécessité une ou plusieurs évaluations supplémentaires. Fait notable, les étudiants de sexe masculin ont présenté une proportion plus élevée de besoin de deux évaluations supplémentaires (12,5 % contre 1,1 % chez les étudiantes). Le test du Chi-carré de Pearson a indiqué une différence statistiquement significative entre les genres (p = 0,024), suggérant que les étudiants masculins étaient plus susceptibles de nécessiter des évaluations supplémentaires que les étudiantes (tableau 2).

TABLEAU 2. NOMBRE D'ÉTUDIANTS AYANT NÉCESSITÉ DES ÉVALUATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Évaluations supplémentaires	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
0	101	87.1 %	19	79.2 %	82	89.1 %
1	11	9.5 %	2	8.3 %	9	9.8 %
2	4	3.4 %	3	12.5 %	1	1.1 %
Total	116	100.0 %	24	100.0 %	92	100.0 %

Test du Chi-carré de Pearson: p = 0,024 (statistiquement significatif)

La performance générale a été élevée dans toutes les catégories. Dans chaque domaine, plus de 88 % des participants ont obtenu des résultats « Excellent », et un nombre relativement faible d'étudiants ont atteint le niveau « Très bon ». Cela indique une performance globalement solide en matière de compétences en communication au sein de la cohorte, avec des variations minimales entre les catégories (tableau 3).

TABLEAU 3. RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE L'ÉVALUATION DES ÉTUDIANTS – PAR CATÉGORIES

	Évaluation des étudiants – résultats				Total	
	Très bon		Excellent			
	n	%	n	%		
Catégorie A	2	1.7	114	98.3	116	100.0
Catégorie B	5	4.3	111	95.7	116	100.0
Catégorie C	13	11.2	103	88.8	116	100.0
Catégorie D	5	4.3	111	95.7	116	100.0
Catégorie E	9	7.8	107	92.2	116	100.0
Catégorie F	8	6.9	108	93.1	116	100.0
Catégorie G	7	6.0	109	94.0	116	100.0

Les points forts le plus souvent rapportés comprenaient l'utilisation d'un langage empathique (29,3 %) et la démonstration de bonnes capacités d'écoute avec réceptivité émotionnelle (25,9 %). Le maintien du contact visuel et de l'attention a également été souligné (14,7 %). Moins souvent mentionnés, mais néanmoins pertinents, figuraient la présentation de résumés clairs (10,3 %) et la simplification des explications médicales (6,9 %). Ces constatations soulignent que l'empathie et l'écoute ont été les forces les plus régulièrement reconnues chez les participants (tableau 4).

TABLEAU 4. RÉSUMÉ DU RETOUR D'EXPÉRIENCE : POINTS POSITIFS OBSERVÉS PENDANT LA CONSULTATION – RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Observation	n	%
1- Utilisation d'un langage empathique exprimant soin et attention	34	29,3 %
2- Bonnes capacités d'écoute et réponse aux émotions du patient	30	25,9 %
3- Maintien d'un bon contact visuel et d'une posture attentive tout au long	17	14,7 %
4- Fourniture d'un résumé clair et assurance d'un bon suivi	12	10,3 %
5- Explication des termes médicaux de manière compréhensible	8	6,9 %
6- Utilisation d'un ton et d'un rythme appropriés, favorisant le confort du patient	5	4,3 %
7- Vérification de la compréhension du patient avant de poursuivre	3	2,6 %
8- Respect du point de vue et des croyances du patient	2	1,7 %
9- Encouragement du patient à poser des questions et à exprimer ses préoccupations	3	2,6 %
10- Établissement d'une structure et d'un déroulement clairs pendant la consultation	2	1,7 %
Total	116	100,0 %

Les étudiants ont été le plus souvent invités à reconnaître explicitement les émotions des patients (27,6 %) et à réduire l'utilisation du jargon médical (17,2 %). Le besoin de poser davantage de questions ouvertes (12,9 %) et d'améliorer les transitions entre les étapes de la consultation (12,9 %) a également été identifié comme un point critique nécessitant une attention particulière. D'autres aspects, tels que la communication non verbale, la structuration des explications du traitement et la gestion du temps, ont été mentionnés plus rarement. Ces résultats suggèrent que, bien que les étudiants aient démontré de l'empathie, ils pourraient bénéficier d'un affinement de la clarté et des stratégies d'interaction (tableau 5).

TABLEAU 5. RÉSUMÉ DU RETOUR D'EXPÉRIENCE : POINTS À AMÉLIORER – RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Observation	n	%
1- Devrait reconnaître plus explicitement les émotions du patient	32	27,6 %
2- Pourrait éviter le jargon médical et simplifier davantage les explications	20	17,2 %
3- Doit utiliser davantage de questions ouvertes pour encourager des réponses plus complètes	15	12,9 %
4- Pourrait améliorer les transitions entre les différentes parties de la consultation	15	12,9 %
5- La communication non verbale pourrait être rendue plus cohérente	8	6,9 %
6- Pourrait structurer plus clairement l'explication des options de traitement	9	7,8 %
7- Devrait travailler à gérer le temps de consultation plus efficacement	4	3,4 %
8- Devrait s'impliquer davantage dans les préoccupations du patient au-delà des symptômes médicaux	4	3,4 %
9- Pourrait ralentir le rythme pour que le patient se sente moins pressé	4	3,4 %
10- Devrait explorer plus en profondeur le contexte personnel et les attentes du patient	3	2,6 %
11- Pourrait vérifier plus systématiquement la compréhension avant de conclure	2	1,7 %
Total	116	100,0 %

La recommandation la plus fréquente a été l'observation de cliniciens seniors possédant de fortes compétences en communication (29,3 %). D'autres stratégies incluaient des plans d'amélioration personnels (12,1 %), des lectures axées sur la communication (12,1 %) et une supervision supplémentaire (10,3 %). Les exercices de jeu de rôle (10,3 %) et les ateliers structurés (8,6 %) ont également été suggérés. Ces constats indiquent que les étudiants apprécient les opportunités pratiques, observationnelles et expérientielles pour améliorer davantage leurs compétences en communication (tableau 6).

TABLEAU 6. RÉSUMÉ DU RETOUR D'EXPÉRIENCE : RECOMMANDATIONS – STRATÉGIES SUPPLÉMENTAIRES POUVANT ÊTRE MISES EN ŒUVRE – RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Recommandation	n	%
1- Observation de cliniciens seniors possédant de fortes compétences en communication	34	29,3 %
2- Élaboration d'un plan personnel d'amélioration avec des objectifs spécifiques	14	12,1 %
3- Lecture ciblée sur les stratégies de communication médecin-patient	14	12,1 %
4- Supervision supplémentaire lors de consultations complexes	12	10,3 %
5- Feedback dirigé par le superviseur après chaque consultation	13	11,2 %
6- Exercices de jeu de rôle avec des patients simulés	12	10,3 %
7- Formation supplémentaire sur les techniques d'entretien centré sur le patient	7	6,0 %
8- Participation à un atelier structuré sur les compétences en communication	10	8,6 %
Total	116	100,0 %

En ce qui concerne les bonnes compétences en communication observées lors des sessions de formation, nous avons noté les aspects suivants : tant les étudiants que les étudiantes ont démontré des points forts dans l'expression de l'empathie par le langage, la posture et la capacité d'écoute ; les participantes ont même montré des compétences d'écoute améliorées (29,3 % contre 12,5 % chez les hommes). Les étudiants masculins, en revanche, ont été plus souvent crédités pour la fourniture de résumés clairs (20,8 % contre 7,6 % chez les femmes) et pour l'explication des termes médicaux d'une manière facile à comprendre (12,5 % contre 5,4 % chez les femmes). D'autres bonnes compétences de communication ont été observées dans des cas isolés (tels que l'utilisation d'un ton et d'un rythme appropriés, la vérification de la compréhension du patient avant de poursuivre, le respect du point de vue et des croyances du patient, l'encouragement du patient à poser des questions et à exprimer ses préoccupations, ainsi que l'établissement d'une structure et d'un déroulement clairs pendant la consultation).

Malgré de petites différences, le test du Chi-carré ($p = 0,344$) n'a pas indiqué d'effet de genre statistiquement significatif, suggérant des forces globalement similaires entre les sexes (tableau 7).

TABLEAU 7. RÉSUMÉ DU RETOUR D'EXPÉRIENCE: POINTS POSITIFS OBSERVÉS PENDANT LA CONSULTATION – COMPARAISON ENTRE LES GENRES

Observation	Hommes n (%)	Femmes n (%)
1- Utilisation d'un langage empathique exprimant soin et attention	8 (33,3 %)	26 (28,3 %)
2- Bonnes capacités d'écoute et réponse aux émotions du patient	3 (12,5 %)	27 (29,3 %)
3- Maintien d'un bon contact visuel et d'une posture attentive tout au long	3 (12,5 %)	14 (15,2 %)
4- Fourniture d'un résumé clair et assurance d'un bon suivi	5 (20,8 %)	7 (7,6 %)
5- Explication des termes médicaux de manière compréhensible	3 (12,5 %)	5 (5,4 %)
6- Utilisation d'un ton et d'un rythme appropriés, favorisant le confort du patient	1 (4,2 %)	4 (4,3 %)
7- Vérification de la compréhension du patient avant de poursuivre	—	3 (3,3 %)
8- Respect du point de vue et des croyances du patient	—	2 (2,2 %)
9- Encouragement du patient à poser des questions et à exprimer ses préoccupations	—	3 (3,3 %)
10- Établissement d'une structure et d'un déroulement clairs pendant la consultation	1 (4,2 %)	1 (1,1 %)
Total	24 (100 %)	92 (100,0 %)
Test du Chi-carré de Pearson: $p = 0,344$ (non statistiquement significatif)		

IV. DISCUSSIONS

Un constat notable de nos résultats a été que la grande majorité des étudiants ont obtenu des résultats « Excellent » dans toutes les catégories évaluées, ce qui suggère que le programme de formation a permis l'acquisition réussie des compétences-clés en communication. Cependant, bien que la performance globale ait été constamment élevée, certaines analyses de sous-groupes ont révélé des nuances méritant une attention particulière. Par exemple, les étudiants masculins étaient plus susceptibles de nécessiter des évaluations supplémentaires par rapport aux étudiantes, une différence statistiquement significative qui pourrait indiquer des besoins d'apprentissage spécifiques liés au genre ou des différences dans le style de communication.

Le retour d'expérience fourni par les superviseurs a souligné l'empathie, l'écoute active et l'attention comme étant les points forts les plus régulièrement démontrés. Ces aspects sont essentiels pour les soins centrés sur le patient et s'alignent sur la littérature spécialisée qui met l'accent sur l'importance des compétences relationnelles par rapport aux compétences strictement techniques dans les interactions cliniques. Néanmoins, les étudiants ont également été fréquemment invités à reconnaître plus explicitement les émotions des patients et à simplifier les explications médicales. Cela indique un écart potentiel entre l'empathie perçue et la capacité à la traduire de manière cohérente en un dialogue clair et compréhensible.

Les recommandations recueillies illustrent en outre l'importance de l'apprentissage expérientiel. L'observation de cliniciens seniors, le retour d'expérience guidé par les superviseurs et la participation à des ateliers structurés ont été identifiés comme des stratégies clés. Fait intéressant, des tendances liées au genre sont apparues : les étudiants masculins ont plus souvent exprimé un besoin d'apprentissage par observation et d'approches basées sur le feedback, tandis que les étudiantes ont montré une légère préférence pour des scénarios de jeu de rôle et des ateliers interactifs. En général, nous n'avons pas enregistré de différences significatives entre les genres ; néanmoins, quelques résultats limites suggèrent que les futurs programmes de formation pourraient bénéficier de l'adaptation des stratégies de développement des compétences en communication en fonction des profils d'apprentissage individuels.

V. CONCLUSIONS

Dans l'ensemble, les étudiants ont démontré un niveau élevé de compétence en communication, la majorité excellant dans toutes les catégories. Les points forts étaient les plus évidents en matière d'empathie, d'écoute et d'attention, tandis que les domaines nécessitant un développement supplémentaire comprenaient la reconnaissance explicite des émotions des patients, l'utilisation de questions ouvertes et la réduction du jargon médical. Bien que les différences de genre des praticiens n'aient pas été significatives, les étudiants masculins avaient tendance à nécessiter plus d'évaluations supplémentaires et étaient plus souvent recommandés pour un apprentissage par observation, tandis que les étudiantes étaient légèrement plus orientées vers des méthodes interactives.

RÉFÉRENCES

- [1] C. Bachmann, H. Abramovitch, C.G. Barbu, A. M. Cavaco, R. D. Elorza, R. Haak, and A. Ratajska, "A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions", *Patient Education and Counseling*, vol. 93(1), pp. 18–26, 2013.
- [2] K. Bombeke, L. Symons, E. Vermeire, L. Debaene, S. Schol, and P. Van Royen, "Patient-centredness from education to practice: The 'lived' impact of communication skills training", *Medical Teacher*, vol. 34(5), pp. e338–e348, 2012.
- [3] J. Brown, and C. L. Bylund, "Communication skills training: Describing a new conceptual model", *Academic Medicine*, vol. 83(1), pp. 37–44, 2008.
- [4] R. M. Epstein, and R. L. Street, "The values and value of patient-centered care", *Annals of Family Medicine*, vol. 9(2), pp. 100–103, 2011.
- [5] R. Haak, J. Rosenbohm, A. Koerfer, and S. Wirz, "Development of an instrument for student peer-assessment of communication skills in dental education", *European Journal of Dental Education*, vol. 12(1), pp. 30–37, 2008.
- [6] O. Hargie, *Skilled interpersonal communication: Research, theory and practice* (5th ed). London: Routledge, 2011.
- [7] G. Humphris, and S. Kaney, "Assessing dental students' communication skills: A pilot study", *European Journal of Dental Education*, vol. 5(1), pp. 3–9, 2001.
- [8] W. Levinson, C. S. Lesser, and R. M. Epstein, "Developing physician communication skills for patient-centered care", *Health Affairs*, vol. 29(7), pp. 1310–1318, 2010.
- [9] S. Kurtz, J. Silverman, and J. Draper, *Teaching and learning communication skills in medicine* (2nd ed). London: Radcliffe Publishing, 2013.
- [10] E. A. Rider, and C. H. Keefer, "Communication skills competencies: Definitions and a teaching toolbox", *Medical Education*, vol. 40(7), pp. 624–629, 2006.
- [11] J. Silverman, S. Kurtz, and J. Draper, *Skills for communicating with patients* (3rd ed). London: Radcliffe Publishing, 2013.
- [12] M. A. Stewart, "Effective physician–patient communication and health outcomes: A review", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152(9), pp. 1423–1433, 1995.
- [13] M. J. Yedidia, C. C. Gillespie, E. Kachur, M. D. Schwartz, J. Ockene, A. E. Cherpaitis, and M. Lipkin, "Effect of communications training on medical student performance", *JAMA*, vol. 290(9), pp. 1157–1165, 2003.
- [14] J. M. Zill, E. Christalle, E. Müller, M. Härter, J. Dirmaier, and I. Scholl, "Measurement of physician–patient communication: A systematic review", *PLoS ONE*, vol. 10(2), pp. e0118212, 2015.
- [15] M. Manogue, G. Brown, H. Foster, and C. D. Lynch, "The development of an appraisal system for dental communication skills", *British Dental Journal*, vol. 214(8), pp. 393–396, 2013.
- [16] A. J. Plasschaert, W. P. Holbrook, E. Delap, C. Martinez, and A. D. Walmsley, "Profile and competencies for the European dentist", *European Journal of Dental Education*, vol. 9(3), pp. 98–107, 2005.
- [17] J. Spencer, and J. Silverman, "Communication education and assessment in the health professions", *Medical Education*, vol. 35(9), pp. 867–868, 2001.
- [18] S. Warnakulasuriya, and N. W. Johnson, "Patient communication in dentistry: 10 years on", *British Dental Journal*, vol. 193(7), pp. 377–378, 2002.
- [19] World Health Organization, *Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO Education Guidelines* 2013. Geneva: WHO Press, 2013.
- [20] K. B. H. Zolnierrek, and M. R. DiMatteo, "Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis", *Medical Care*, vol. 47(8), pp. 826–834, 2009.
- [21] T. I. Poirier, and M. Wilhelm, "Transformative learning through immersion experiences: A phenomenological study of pharmacy students", *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, vol. 10(10), pp. 1340–1348, 2018.
- [22] E. A. Hesketh, G. Bagnall, E. G. Buckley, M. Friedman, E. Goodall, R. M. Harden, J. M. Laidlaw, L. Leighton-Beck, R. W. Newton, and P. A. O'Neill, "A framework for developing excellence as a clinical educator", *Medical Education*, vol. 35(6), pp. 555–564, 2001.
- [23] A. C. Caldas, and P. L. da Silva, "Soft skills in health education: Bridging theory and practice", *BMC Medical Education*, vol. 20, pp. 12–20, 2020.
- [24] K. Ali, and C. Tredwin, "An evaluation of a peer assessment strategy for communication skills training in dentistry", *British Dental Journal*, vol. 212(12), pp. 597–602, 2012.