



INTÉGRATION DES PATIENTS ENSEIGNANTS DANS LES ÉTUDES DE MÉDECINE

[Arnaud Maury](#), [Alexandre Berkesse](#), [Gilles Lucas](#), [Frédéric Mouriaux](#), [Emmanuel Allory](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2021/4 Vol. 33 | pages 559 à 568

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.214.0559

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-4-page-559.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Intégration des patients enseignants dans les études de médecine

Integrating of patients as teachers in medical schools

Arnaud Maury¹, Alexandre Berkesse^{2,3}, Gilles Lucas⁴, Frédéric Mouriaux⁵, Emmanuel Allory⁶

➔ Résumé

Introduction : Dans un contexte sociétal favorable à l'engagement des patients, la littérature scientifique abonde d'arguments pour le développement des patients enseignants. Toutefois, peu de travaux ont objectivé les pratiques actuelles et les obstacles au développement du partenariat avec les patients par les médecins enseignants.

But de l'étude : L'objectif de notre travail était de mesurer les pratiques, les freins et les attentes des médecins enseignants de l'UFR de médecine de Rennes en 2019 vis-à-vis du patient enseignant.

Méthode : Étude observationnelle quantitative transversale monocentrique par questionnaire en ligne adressé à 565 enseignants. L'engagement des patients a été gradué en quatre niveaux selon le cadre théorique de Pomey allant de l'utilisation de données du patient à la coconstruction des enseignements.

Résultats : Le taux de participation des enseignants était de 23 % ($n = 128$). Les profils des répondants étaient variés sur l'âge, la spécialité et le statut. Parmi eux, 35 ont déclaré intégrer les patients aux enseignements dont 4 disaient coconstruire un enseignement avec les patients. Parmi les 93 médecins ne faisant pas intervenir les patients, les principaux freins étaient la méconnaissance du partenariat patient (60 %), la sélection du patient (36 %) et le manque de temps (21 %). Le rôle des patients en tant qu'enseignant n'était pas remis en question.

Conclusions : Cette première étude décrivant le partenariat du point de vue académique permet d'identifier les obstacles et les leviers à mobiliser pour développer le partenariat patient dans l'enseignement en médecine.

Mots-clés : Participation des patients ; Éducation médicale ; Enseignement ; Formation des enseignants.

➔ Abstract

Introduction: In a social context supportive of patient engagement throughout society, many scientific claims are in favour of developing patient engagement in medical education. However, few studies have objectively investigated current practices and the obstacles to patient engagement from the point of view of medical educators.

Purpose of research: This study aimed at investigating medical educators' practices regarding patient engagement, and their expectations and self reported obstacles.

Method: This study's design was observational, cross-sectional and monocentered. Survey responses were queried by email from 565 academic medical educators at the Rennes Medical School in 2019. Patient engagement was ranked in four levels based on Pomey's theoretical frame, ranging from use of health data to cocreation of training programs.

Results: The response rate was 23% ($N = 128$). The educator's profiles were diverse in age, specialty and status. 35 declared involving patients in their teachings, 4 of them declared cocreating courses with the patients. The remaining 93 educators did not involve patients in their course and reported some obstacles. The main obstacles were: never thought about it (60%), difficulties selecting the patient (36%) and lack of time (21%). The patient's role as a teacher was not disregarded.

Conclusions: This first study about academic educator's perspectives toward patient engagement in medical training identified obstacles and pathways to promote patient engagement.

Keywords: Patient engagement; Medical education; Teaching; Teacher training; Patient participation.

¹ Université Rennes 1 – Rennes – France.

² Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public – Montréal – Québec – Canada.

³ Structure régionale d'appui à la qualité des soins – Rennes – France.

⁴ Département de médecine générale – Rennes – France.

⁵ Univ Rennes – CHU Rennes – Inserm, CIC 1414 – Rennes – France.

⁶ Univ Rennes – Faculté de Médecine – Département médecine générale – Rennes – France.

Introduction

Le contexte sociétal et politique actuel est favorable à l'engagement des patients à différents niveaux du système de santé [1]. Cet engagement peut prendre de multiples formes comme l'information, la participation, la collaboration, le partenariat, la délégation jusqu'au partage de la décision et au contrôle [2-4]. La place des usagers (terme retenu par la Haute Autorité de santé – HAS) est encouragée dans les soins, l'enseignement en santé, la recherche et les organisations du système de santé [5]. Sur le plan des organisations, la participation des usagers et de leurs représentants, de membres d'associations d'usagers et de différentes figures d'usagers partenaires (pairs-aidants, patients experts, patients enseignants, patients ressources, etc.) aux travaux concernant une recommandation de la HAS marque un tournant dans la reconnaissance institutionnelle. Cette récente recommandation pose comme objectif « *d'encourager et de soutenir l'engagement des personnes concernées dans la formation initiale et tout au long de la vie des professionnels de santé* » [5]. Dans le cadre du soin, le partenariat patient décrit dans le modèle de Montréal propose de reconnaître les patients (terme utilisé dans ce modèle) comme des acteurs à part entière de l'équipe de soins et de s'appuyer sur leurs savoirs expérimentiels et compétences complémentaires [6].

Des apports spécifiques en tant que patient enseignant

Quand leur fonction est de participer à la formation des médecins, le terme spécifique de « patient enseignant » ou « patient partenaire profil formateur » a été utilisé dans la littérature [7]. Gross et Gagnayre ont décrit les savoirs des patients selon un continuum allant du savoir expérientiel implicite et explicite jusqu'au savoir savant où il est situé [8]. Ces savoirs peuvent déboucher sur différents niveaux de participation dans l'enseignement, du témoignage à la coconstruction. Un cadre visant à structurer ces savoirs a ainsi été mis en place pour les patients enseignants, incluant un référentiel de compétences, des diplômes et des programmes de formation à l'enseignement [9, 10]. La littérature confirme les apports pédagogiques spécifiques des patients en termes de compétences techniques et communicationnelles. Ils contribuent ainsi au développement de l'empathie, d'une approche de soins centrée sur le projet de vie du patient, des compétences relationnelles et de la compréhension de l'expérience de vie avec la maladie [11, 12].

Contexte local

En s'appuyant sur la littérature et sur les expériences nationales et internationales, des enseignants ont créé un groupe de travail (appelé PEREM). Le groupe visait le développement du partenariat patient dans l'enseignement au sein de la faculté de médecine de Rennes. La stratégie reposait d'une part sur (a) un projet concret – la mise en place de groupes d'échange de pratiques (GEP) pour les internes de médecine générale, inspirés du modèle des groupes d'enseignement à la pratique réflexive entre internes (Gepri) –, (b) la mobilisation d'une communauté de médecins et de patients enseignants et (c) l'acculturation progressive des enseignants, des étudiants et des patients enseignants à la démarche du partenariat patient. Le groupe était constitué dès le départ d'une vingtaine de personnes, dont huit médecins enseignants, cinq patients enseignants, trois étudiants (deuxième et troisième cycle des études médicales), une ingénieure pédagogique et une chercheuse en sciences de l'éducation. Les patients enseignants présents dans le groupe de travail étaient principalement issus d'associations de patients (dont France Assos Santé) ou rencontrés au cours de projets antérieurs de partenariat.

Littérature scientifique sur le point de vue des médecins enseignants

En France, de plus en plus d'enseignants intègrent les patients enseignants dans leurs dispositifs. Parmi les plus aboutis, l'expérience des Gepri de l'université Sorbonne Paris Nord peut être citée [9]. Cet enseignement, destiné à des internes en médecine générale est prodigué tout au long de leur troisième cycle de médecine générale.

L'intégration des patients dans l'enseignement soulève notamment des questions autour de l'acceptabilité du dispositif par les participants, du profil des patients enseignants choisis et des apports spécifiques demandés aux patients [13]. L'accompagnement au changement des étudiants, des médecins et des patients enseignants doit être pensé [9]. L'analyse de la littérature retrouve à ce sujet divers travaux s'intéressant au point de vue des étudiants [14] et des patients enseignants [15]. Les perspectives des médecins vis-à-vis des patients partenaires sont peu documentées à ce jour.

Problématique

Notre expérience de terrain montrait un décalage entre les perspectives institutionnelles – notamment les recommandations de la HAS sur l'engagement des

usagers – et les pratiques académiques réelles – avec localement une rareté des patients enseignants. Nous avons fait l'hypothèse que certains freins bridait les enseignants dans le développement du partenariat patient dans les enseignements. Nous n'avons pas retrouvé d'études concernant les difficultés qu'ils rencontreraient à ce sujet. En partant des expériences pédagogiques des médecins enseignants rennais, nous avons voulu connaître les pratiques, les difficultés et les attentes sur le développement d'un plus grand partenariat avec les patients enseignants.

L'objectif de notre travail était de décrire les pratiques, les freins et les attentes des médecins enseignants de l'UFR de médecine de Rennes en 2019 vis-à-vis de la pratique du partenariat patient dans l'enseignement.

Matériels et méthodes

Population

Notre étude était observationnelle et transversale. La population d'étude comprenait les médecins enseignants titulaires de la faculté de médecine de Rennes et les médecins praticiens hospitaliers (CHU de Rennes) réalisant des enseignements aux étudiants de la faculté de médecine de Rennes, en 1^{er}, 2^e ou 3^e cycle, à l'université ou au sein du CHU. Les listes de diffusion par courriel ont été obtenus auprès du secrétariat de la faculté de médecine pour les enseignants universitaires et directement auprès des praticiens hospitaliers pour la liste des praticiens hospitaliers.

Rédaction du questionnaire

N'ayant pas retrouvé de questionnaire explorant les freins et les attentes des médecins sur la place du patient dans l'enseignement, nous avons élaboré le nôtre à partir des données de la littérature [2]. Le questionnaire a été élaboré et relu collectivement au sein du groupe PEREM et testé auprès de quatre médecins enseignants universitaires impliqués dans la pédagogie médicale.

Les questions portaient sur les thèmes suivants : interventions actuelles des patients dans l'enseignement, freins à la participation de patients, attentes vis-à-vis du groupe de travail, caractéristiques des répondants en termes de spécialité médicale, formation à la pédagogie (diplôme spécifique, participation à des séminaires de pédagogie ou autre) et statut professionnel.

L'évaluation des pratiques des enseignants s'appuyait sur le continuum de l'engagement des patients de Pomey, inspiré par Carman, où la participation est stratifiée en quatre niveaux :

5. Utiliser des données issues du patient, dont des vidéos ;
6. Intégrer le patient de façon informelle, non encadrée ;
7. Travailler avec des patients formés à l'enseignement ;
8. Coconstruire des enseignements avec des patients.

Les propositions pour les freins sont issues de la littérature (pas d'intérêt sur le plan pédagogique, risque de ne pas contrôler ce que va dire le patient, trop compliqué, chronophage, choix du patient) [9, 16] et de nos représentations de chercheurs et enseignants (n'y a jamais pensé, rôle du patient, ne sait pas où s'adresser).

Diffusion et analyse du questionnaire

L'enquête a été diffusée *via* LimeSurvey, par courriel le 16 janvier 2019. Deux relances ont été réalisées, à un et deux mois respectivement de la date initiale d'envoi. Le questionnaire était anonyme et comportait 19 questions à choix multiples (QCM) ainsi qu'une invitation à rédiger un court commentaire libre (facultatif) en annexe.

Le recueil des données a été fait sur le compte LimeSurvey de l'université garantissant la confidentialité avec l'aide du Service universitaire de pédagogie et des technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (Suptice). Les statistiques descriptives ont été réalisées par le chercheur principal grâce au logiciel LibreOffice (v. 6.2.7.1). Nous n'avons pas eu besoin de recourir à un comité d'éthique.

Résultats

Description de l'échantillon

Nous avons obtenu 128 réponses analysables parmi les 565 personnes interrogées (taux de réponse : 23 %). On dénombrait 83 parmi les 303 enseignants praticiens hospitaliers (27 %) et 45 parmi les 262 enseignants universitaires (17 %) : 19 parmi les 103 professeurs des universités (PU) (18 %), 4 parmi les 12 praticiens hospitaliers universitaires (PHU) (33 %), 9 parmi les 43 maîtres de conférences des universités (21 %) et 12 parmi les 104 chefs de clinique ou équivalent (12 %). Ces résultats sont décrits dans le tableau I. 20 % des enseignants universitaires déclaraient n'avoir reçu aucune formation à la pédagogie contre 48 % des Praticiens hospitaliers (PH) (tableau II).

Tableau I : Descriptions des répondants ($n = 128$)

Variables descriptives	n (%)
Sex-ratio (femmes)	68 (53)
Âge	
Inf. à 40 ans	42 (33)
40-50 ans	42 (33)
Sup. à 50 ans	41 (32)
Non précisé	3 (2)
Spécialités	
Médicales	98 (76)
Chirurgicales	14 (11)
Autres (paraclinique, spécialité médico-chirurgicale)	16 (12)
Statuts	
Praticiens hospitaliers	83 (65)
Professeurs	19 (15)
Praticiens hospitaliers universitaires et maîtres de conférences	13 (10)
Chefs de clinique ou équivalent	12 (10)
Non précisé	1 (1)

Tableau II : Formation à la pédagogie des répondants ($n = 128$)

Formation en pédagogie	Universitaires, $n = 45$ n (%)	Praticiens hospitaliers, $n = 83$ n (%)
Aucune	9 (20)	40 (48)
Informelle (par ex. par les collègues)	13 (29)	21 (25)
Séminaire universitaire de pédagogie	12 (28)	12 (14)
DIU de pédagogie	17 (37)	4 (5)
Autres (éducation thérapeutique, master)	11 (24)	13 (16)

Pratiques du partenariat par les médecins enseignants

Sur 128 répondants, 35 médecins (27 %) déclaraient déjà inclure des patients partenaires dans les enseignements. Parmi eux, on retrouvait 5 chefs de clinique, 2 maîtres de conférences, 8 professeurs et 19 praticiens hospitaliers (une donnée était manquante). Nous les avons répartis selon les quatre niveaux de Pomey (tableau III). La coconstruction des enseignements était déclarée par quatre médecins (11 %). Les patients étaient principalement issus de la patientèle (77 %) et choisis en fonction de leur pathologie (48 %) et personnalité (28 %). Le partenariat patient était principalement mis en œuvre dans les services hospitaliers (60 %) et semblait viser de façon équivalente les étudiants de 2^e et 3^e cycle.

Freins des médecins ne faisant pas intervenir des patients partenaires dans l'enseignement

Les freins déclarés par les 93 répondants qui n'avaient pas intégré de patients étaient d'abord le fait qu'ils n'y avaient jamais pensé (60 %) puis la difficulté à choisir le patient (36 %) et enfin l'organisation du partenariat jugée trop compliquée (21 %). Aucun médecin ne considérait que ce n'était pas le rôle du patient de participer à l'enseignement (tableau IV). Parmi ceux-ci, 57 (61 %) souhaitaient recevoir plus d'informations à ce sujet.

Parmi les commentaires libres, d'autres freins à l'intégration des patients dans l'enseignement ont pu être identifiés. Concernant la difficulté à choisir le patient qui pourrait être enseignant, les freins se répartissaient en trois catégories

Tableau III : Description de la participation des patients partenaires dans les enseignements selon le niveau d'intégration de Pomey, de l'origine des patients et des modalités de cours (n = 35)

Modalités des enseignements	Répondants n (%)
Niveau de Pomey (plusieurs réponses possibles)	
1- Utiliser des données issues du patient, dont des vidéos	14 (40)
2- Intégrer le patient de façon informelle, non encadrée	15 (43)
3- Travailler avec des patients formés à l'enseignement	9 (26)
4- Coconstruire des enseignements avec des patients	4 (11)
Origine des patients partenaires	
Patientèle	27 (77)
Association de patients	5 (15)
Connaissances personnelles ou professionnelles	3 (9)
Critères de sélection des patients partenaires	
Par leur pathologie	17 (48)
Par leur personnalité	10 (28)
Par leur formation à la pédagogie et autres critères	3 (9)
Autres (non précisé)	1 (3)
Lieux des enseignements	
Au lit du malade/dans le service	21 (60)
En amphithéâtre	5 (14)
En enseignements dirigés	7 (20)
Participants	
Étudiants en médecine 2 ^e cycle (4 ^e à 6 ^e année)	24 (69)
Étudiants en médecine 3 ^e cycle	21 (60)
Étudiants en médecine 1 ^{er} cycle (1 ^{re} à 3 ^e année)	12 (34)
Formation médicale continue	10 (29)
Paramédicaux	9 (26)
Patients	3 (9)

Tableau IV : Freins déclarés par les enseignants n'intégrant pas les patients aux enseignements (n = 93)

Freins déclarés	n (%)
N'y a jamais pensé	56 (60)
Difficulté à choisir le patient partenaire	33 (36)
Trop compliqué	20 (21)
Trop chronophage	14 (15)
Pas d'interlocuteur identifié	9 (10)
Pas d'intérêt sur le plan pédagogique dans la spécialité concernée	8 (9)
Risque de ne pas contrôler les dires du patient	7 (8)
Enseigner n'est pas le rôle du patient	0 (0)

principales. Tout d'abord, les médecins recherchaient des patients avec des compétences communicationnelles et une justesse des propos – à la fois dans la qualité de l'expression et l'adéquation à l'enseignement. Ensuite, les médecins exprimaient leur peur de sélectionner des profils particuliers de patient trop éloignés de celui du patient « lambda ». Enfin, les spécificités inhérentes à certaines pathologies étaient considérées comme un obstacle au partenariat avec le patient, par exemple les troubles psychiatriques ainsi que certaines situations altérant la communication : réanimation, soins palliatifs, pédiatrie. Sur un plan plus général, la crainte médicolégale était également soulevée avec des contraintes formelles supposées telles qu'un document écrit signé du patient pour pouvoir le faire intervenir en cours.

Attentes vis-à-vis du groupe de travail sur le partenariat patient

Les attentes principales des personnes interrogées étaient :

- d'être informées sur l'apport du patient partenaire dans l'enseignement (40 %) ;
- d'être formées à son intégration dans l'enseignement ;
- d'avoir un regard extérieur sur ses propres pratiques pédagogiques (43 %).

Parmi les répondants, 27 % des médecins demandaient une aide au recrutement du patient. Seulement 12 % d'entre eux n'avaient pas de demande particulière.

Discussion

Résultats principaux

Cette première étude sur la notion de « patient partenaire » dans l'enseignement auprès des médecins permet d'objectiver la rareté de la coconstruction des activités d'enseignement correspondant au niveau 4 du cadre théorique de Pomey. Les principaux obstacles déclarés étaient :

- la méconnaissance du partenariat patient ;
- la difficulté à choisir un patient ;
- une perception chronophage et complexe de l'enseignement avec un patient.

Les attentes exprimées portaient principalement sur la mise en place d'un accompagnement pédagogique à la mise en œuvre d'enseignements avec des patients partenaires.

Limites et points forts

Taux de participation et recrutement

Le taux de participation était modéré mais les répondants étaient distribués dans tous les statuts et âges. Les plus jeunes médecins étaient sous-représentés. Nous faisons l'hypothèse d'une moindre implication des jeunes universitaires dans l'enseignement. La faible proportion de chirurgiens dans les répondants correspond au ratio d'enseignant universitaire (14,5 % à Rennes). On peut ici former l'hypothèse selon laquelle les spécialités médicales nécessitant un suivi chronique sont plus sensibilisées au partenariat patient.

En intégrant à la fois les universitaires et les praticiens hospitaliers, notre étude est ancrée dans la réalité de l'enseignement initial. Nous avons fait le choix de solliciter les médecins les plus impliqués au sein de l'université car cela permet de mesurer les pratiques hospitalo-universitaires en tenant compte de leurs contraintes spécifiques et de leur place prépondérante dans la formation. La non-inclusion de certains encadrants comme les médecins généralistes et les médecins issus d'hôpitaux non universitaires est une limite. L'exploration des pratiques de ces enseignants, moins liés à l'institution universitaire, pourrait permettre de pointer des enseignements plus enclins à l'innovation pédagogique.

Le caractère monocentrique de l'étude est également une limite et les résultats ne peuvent être étendus à l'ensemble des facultés de médecine. Les freins à l'intégration du patient enseignant peuvent varier en fonction des pratiques pédagogiques et des organisations existantes dans chaque faculté de médecine.

L'approche quantitative seule de cette thématique est une limite. D'une part, bien que le questionnaire soit adossé à la littérature, sa construction a pu bénéficier de biais de représentations des chercheurs impliqués dans l'étude. D'autre part, une méthode mixte avec une deuxième phase qualitative explicative aurait apporté des éléments de compréhension supplémentaire.

Enfin, l'étude était centrée sur le nombre d'enseignants impliqués dans le partenariat. La non-évaluation du nombre d'enseignements réalisés et le nombre de patients enseignants constituent par ailleurs une donnée manquante. Elle permettrait de mieux appréhender l'exposition du public étudiant au partenariat dans l'enseignement au cours de leur formation initiale.

Choix des termes dans le questionnaire

Nous avons fait le choix de limiter l'utilisation du terme « patient enseignant » devant l'existence d'une tension

cognitive pour certains médecins à considérer des patients comme enseignant [16]. C'est la raison pour laquelle nous avons préféré utiliser le terme de « patient partenaire ». Cependant, ces termes inhabituels et peu usités par la communauté pouvaient bloquer certains médecins. Nous avons donc également utilisé une formule plus neutre : « Faites-vous intervenir des patients ? » Les médecins enseignent lors de visites ou de consultations à partir de données issues des patients et, paradoxalement, peu d'entre eux considéraient cela comme une manière de faire intervenir un patient. Le choix du terme « patient partenaire » vient du cadre théorique de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la Faculté de médecine de l'université de Montréal (6,17). Le terme « patient partenaire » se réfère à un patient partenaire de ses propres soins qui est donc aussi un acteur de soin [17].

Biais de désirabilité

Nous avons relevé peu de réponses disqualifiant la parole ou le rôle du patient dans l'enseignement. Le biais de désirabilité des répondants est une limite malgré l'anonymat. Il est possible que des représentations négatives sur les patients n'aient pas été exprimées ou que le refus du partenariat se fasse sous un prétexte plus acceptable comme les motifs organisationnels. Notamment l'item « Ce n'est pas au patient d'enseigner au médecin » a pu être soumis à un biais de désirabilité sociale.

Choix du cadre théorique de Pomey

Le cadre théorique de Pomey qui s'appuie sur la littérature préexistante a été choisi car il décrit, en français, les niveaux de participation des patients de façon précise et adaptée à l'enseignement médical [4, 6]. La distinction entre ces niveaux permet une analyse fine de la place des patients dans le dispositif pédagogique. Les autres cadres théoriques de Carman ou d'Arnstein ne sont pas spécifiques de l'enseignement et les niveaux de participation sont décrits de façon moins précise. L'échelle en six niveaux de Towle (en anglais), nous a paru trop détaillée et non adaptée à notre enquête [2].

Des pratiques de partenariat peu diffusées

Le faible développement du partenariat patient dans nos résultats est décrit dans la littérature. Si la reconnaissance des savoirs expérientiels et spécifiques des patients semble acquise dans la littérature scientifique, la mise en place

concrète de « coopérations réflexives collectives » qui en découle reste peu visible selon Las Vergnas, pour différentes raisons à la fois d'indexation, de taille et de type des projets possiblement trop « embryonnaires », peu technologiques et peu valorisés [18]. Ce constat d'une très faible part de coconstruction des enseignements peut s'expliquer pour partie par les contraintes du système hospitalo-universitaire, notamment le manque de temps et, pour une autre, par le mode d'évaluation finale des étudiants, qui est un concours. Les autres représentations de la relation médecin-patient antérieure (par exemple, paternaliste) pourraient également faire obstacle à la notion de « partenariat ». Néanmoins, la littérature nous montre que les patients se mobilisent pour mettre en place le partenariat, souvent en décalage culturel avec le monde médical [19]. Des projets pilotes ont fait part de leurs démarches, de leurs succès et de leurs difficultés à la mise en place concrète de programmes incluant des patients [20]. La sélection des patients, leur formation, la constitution des binômes d'enseignants médecin et patient, le statut et la rémunération ont été décrits et expérimentés. Ainsi, les compétences du patient partenaire, décrites par les répondants de notre étude sont conformes au référentiel de compétences de Flora dans sa capacité à communiquer de façon pédagogique et à prendre du recul sur son expérience individuelle [10]. D'autre part, le DCPP a formalisé le recrutement des patients avec un processus et des critères, dont notamment la réflexivité sur la vie avec la maladie, la capacité à s'exprimer clairement et de formuler une critique de manière constructive [6]. Ce partenariat est à penser dès le début car une participation hâtive des patients dans des programmes qu'ils n'ont pas construits pourrait à nouveau les cantonner à un rôle et paradoxalement les réduire à une voix faisant écho à celle des professionnels [21]. Aussi, la communication auprès des médecins enseignants d'expériences exemplaires de partenariat patient dans la formation pourrait être un levier pour développer les pratiques.

Proposition d'une transition individuelle à accompagner

Browne a décrit la transition réussie de l'identité de médecin clinicien vers celle d'enseignant selon quatre dimensions dérivées du modèle d'adaptation à la transition de Schlossberg dit « en S » (soi, situation, stratégies, soutien) [22, 23]. Tout d'abord, le « soi » (*self*) se réfère aux caractéristiques personnelles, aux ressources psychologiques, aux valeurs de chaque enseignant. Ensuite, la « situation » (*situation*) se réfère aux caractéristiques du changement sollicité, comme son facteur déclenchant

(institutionnel, sociétal), sa vitesse et l'augmentation de la charge de travail. Puis, le « soutien » (*support*) évoque l'existence pour l'enseignant de réseaux de soutien structurés et disponibles pour s'adapter, se former et modifier ses pratiques. Enfin, la « stratégie » (*strategies*) correspond aux mécanismes d'adaptation des enseignants pour trouver de l'information, développer de nouvelles compétences, se positionner et faire évoluer leurs pratiques.

Au regard de ce modèle et de nos résultats, si l'institution s'approprie les valeurs qui sous-tendent le partenariat patient, elle peut le favoriser. Elle peut orienter le recrutement d'enseignants selon des critères de valeur telles que la coopération et l'échange (« soi »). Ensuite, elle peut mettre en place des processus facilitant la pratique du partenariat patient : directives, feuilles de route réalistes, temps dédiés, incitation financière, moyens de coordination (« situation »). De même, elle peut soutenir l'adaptation des enseignants par la mise en place de formation aux méthodes pédagogiques adaptées au partenariat patient et à la mise en place d'une supervision pédagogique au sein de l'établissement (« soutien »). Enfin, elle peut soutenir la transition pédagogique vers le partenariat patient par un accès facilité aux bonnes pratiques *via* les groupes d'échange entre enseignants, par exemple (« stratégies »).

Une stratégie institutionnelle d'implémentation du partenariat patient à planifier

La stratégie d'implémentation du partenariat patient au sein de l'université suit les trois phases décrites par Bergerum pour réussir l'implication des patients dans les processus d'amélioration de la qualité des soins : programme sur-mesure, échanges et partenariat, soutien au changement [24].

Programme sur mesure

Le projet s'est constitué par étapes autour d'un groupe de patients et de médecins enseignants, avec le soutien de l'université. Initialement, les patients ont été contactés *via* les associations pour témoigner de leur parcours de soins (niveau 2 du cadre théorique de Pomey) [6]. Certains ont pu participer comme membre de jury d'oraux dans le cadre d'une unité d'enseignement optionnelle sur le parcours de santé des patients. La phase actuelle est la mise en place des GEP incluant des patients partenaires (niveau 3 du cadre théorique de Pomey) [6]. À terme, l'objectif des membres de ce groupe est de coconstruire des enseignements (niveau 4). Les choix stratégiques et pédagogiques

doivent être discutés et partagés. Dans le même temps, un travail de structuration du groupe PEREM est nécessaire afin de garantir l'avancée du projet et la place de chacun dans les décisions sans épuiser les membres du groupe.

Échanges et partenariat

Dans une revue systématique de la littérature, Bombard *et al.* mettent en avant l'importance de la création d'un espace de parole égal pour tous afin de travailler sur les croyances et les valeurs et ainsi faciliter une compréhension partagée [25]. Dans le cadre de notre groupe, l'interaction et l'interconnaissance au cours de réunions régulières ont permis de nouer une relation de partenariat entre un trépied d'acteurs : patients-médecins-étudiants. Dans ses échanges, le groupe s'appuyait sur des expertises de partenariat issues d'autres projets antérieurs et de professions non médicales : ingénierie pédagogique, chercheurs en sciences humaines [9, 17]. Les échanges ont, par exemple, permis d'identifier chez les patients partenaires le besoin d'un accompagnement à l'expression du savoir expérientiel et des craintes quant à leur capacité à répondre à une demande importante de besoins de partenariat dans l'enseignement. Les échanges au sein du groupe ont également permis aux patients de participer à la préparation de cette étude et de se positionner en tant que cochercheurs. Cela les inscrit dans une coconstruction du savoir, décrite par Carman comme un des éléments de la transition vers le partenariat [4].

Soutien au changement

Les enseignants de terrain et les instances universitaires sollicitent régulièrement le groupe pour son expertise sur le partenariat. Cela souligne probablement son intérêt dans le soutien au changement auprès des enseignants, des étudiants et des patients partenaires.

Les besoins d'accompagnement des médecins enseignants ont pu être formulés et vont guider les missions du groupe PEREM en vue de les convaincre : informer sur les arguments scientifiques et pédagogiques publiés, fournir des ressources pédagogiques, faire le lien avec les patients enseignants, diffuser des bonnes pratiques à travers des séminaires ou des relais identifiés dans la faculté. Faire se rencontrer médecins et patients partenaires à travers divers projets, réunions, jurys permet une proximité et une interconnaissance jusqu'à ce que l'intégration se fasse [6].

Le soutien aux étudiants dépendra des choix pédagogiques réalisés et des apports des patients dans les enseignements. En s'appuyant sur l'expérience de Montréal, les

enseignements abordant une certaine complexité comme les trajectoires de soins des patients ou des situations à fort enjeu éthique semblent être à privilégier [17].

Soutenir l'engagement des patients est aussi une des étapes du projet. D'un côté, la poursuite de micro-projets concrets avec des patients partenaires motivés pourrait être efficace et par « capillarité » changer la culture universitaire [21]. De l'autre, il semble également opportun de ne pas précipiter le recrutement de nouveaux patients afin de ne pas créer un déséquilibre entre l'investissement des patients, les besoins et les capacités d'accompagnement.

Conclusion

La quantification des pratiques de partenariat patient et la description des freins rencontrés par les médecins enseignants nous permettent d'identifier précisément le besoin de formation et d'accompagnement des enseignants pour son développement dans l'institution. La complémentarité et la richesse des approches des médecins et des patients doit nourrir la dynamique pédagogique de la formation des futurs professionnels de santé. Nos prochaines études porteront sur l'importance de la mobilisation du partenariat patient parmi les enseignements (notamment le nombre d'heures), les modalités d'intégration des patients dans l'enseignement, les leviers facilitants et l'impact pédagogique sur la promotion d'une relation de partenariat patient dans l'enseignement auprès des étudiants.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

- Sannié T. Des patients partenaires d'enseignement ? Une avancée historique dans les formations médicales. *Santé Publique*. 2019;31(4):473.
- Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, *et al*. Active patient involvement in the education of health professionals: Active patient involvement in education. *Med Educ*. 2010;44(1): 64-74.
- Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Inst Plann*. 1969;35(4):216-24.
- Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, *et al*. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):223-31.
- Haute Autorité de santé (HAS). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médicosocial et sanitaire : Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.
- Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, *et al*. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015;S1(HS):41.
- Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Del Grande C, Ghadirri DP, *et al*. The patient-as-partner approach in health care: A conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*. 2015;90(4):437-41.
- Gross O, Gagnayre R. Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale. *Rev Fr Pédagogie*. 2017;(201):71-82.
- Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau CA, Marchand C, Mercier A, *et al*. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. *Rev Fr Aff Soc*. 2017:61-78.
- Flora L. Un référentiel de compétences de patients : pourquoi faire ? Du savoir expérientiel des malades à un référentiel de compétences intégré, l'exemple du modèle de Montréal. Sarrebruck (GE) : Presses académiques francophones ; 2015.
- Gordon M, Gupta S, Thornton D, Reid M, Mallen E, Melling A. Patient/service user involvement in medical education: A best evidence medical education (BEME) systematic review: BEME Guide No. 58. *Med Teach*. 2020;42(1):4-16.
- Dijk SW, Duijzer EJ, Wienold M. Role of active patient involvement in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ Open*. 2020;10:e037217.
- Chevallier F, Duhot D, Ruelle Y, Mercier A, Lombraïl P, Saynac Y. Plaidoyer pour l'intégration des patients formateurs dans l'enseignement des futurs médecins généralistes à partir de l'expérience de l'université Sorbonne Paris Nord et de la littérature internationale. *Rev Fr Aff Soc*. 2020;1(1):281.
- Aires MJ, Gagnayre R, Gross O, Khau C-A, Haghighi S, Mercier A, *et al*. The patient teacher in general practice training: Perspectives of residents. *J Patient Exp*. 2019;6(4):287-95.
- Lauckner H, Doucet S, Wells S. Patients as educators: the challenges and benefits of sharing experiences with students: Patients as educators. *Med Educ*. 2012;46(10):992-1000.
- Le Rhun A, Gagnayre R, Moret L, Lombraïl P. Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision. *Glob Health Promot*. 2013;20(Suppl 2):43-7.
- Berkese A, Karazivan P, Dumez V. Le déploiement du partenariat avec les patients dans la formation initiale des professionnels de la santé : réflexions et pistes d'action à partir de l'expérience de la faculté de médecine de l'université de Montréal. La revue sur le partenariat de soin avec le patient : analyses, CI3P, UCA. 2020.
- Las Vergnas O, Jouet E, Renet S. Entre reconnaissance des savoirs expérientiels des malades et coopérations réflexives collectives : un point d'étape bibliométrique. *Polit Commun*. 2017;(9):117-61.
- Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ*. 2013;346:f2614.

20. Khau CA, Haghighi S, Gross O, Gagnayre R, Marchand C, Mercier A, *et al.* Construire un programme de recherche en pédagogie : l'expérience du programme de recherche PEP 13. *Exercer.* 2017;5.
21. Sharma M. "Can the patient speak?": postcolonialism and patient involvement in undergraduate and postgraduate medical education. *Med Educ.* 2018;52(5):471-9.
22. Browne J, Webb K, Bullock A. Making the leap to medical education: a qualitative study of medical educators' experiences. *Med Educ.* 2017;52(2):216-26.
23. Schlossberg NK. A model for analyzing human adaptation to transition. *J Couns Psychol.* 1981;9(2):2-18.
24. Bergerum C, Thor J, Josefsson K, Wolmesjö M. How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work: A realist literature review. *Health Expect.* 2019;12900.
25. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, *et al.* Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci.* 2018;13(1):98.