



Laboratoire Educations et Pratiques de Santé EA  
3412

Université Paris 13- Sorbonne Paris Cité

## **Les patients-enseignants dans la formation médicale**

O. Gross, PhD

Marie Citrini, Patient-enseignant

CAPPS Bretagne ; Rennes, le 26 juin 2018

**LEPS** Laboratoire Educations  
et Pratiques de Santé

UNIVERSITÉ **PARIS 13**  
NORD



# Facteurs facilitants

« Besoin d'exposer les étudiants à des vrais patients, en dehors des soins » (Jha, 2009)

- Paradigme biomédical => paradigme biopsychosocial
- Essor des maladies chroniques, approche centrée sur le patient
- Pertinence des soins  
=> Attentes des patients/propositions de soins
- Rapport « Pour l'an II de la démocratie sanitaire » (2014)
- Travaux de l'Institut pour la Démocratie en Santé (2016)

# Les savoirs des patients

**Savoirs du bas** : savoirs expérientiels /vulnérabilité, vie quotidienne, parcours de soins, relation de soins

*Ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas*

## Limites des savoirs expérientiels

- Sont inter-variables (d'Arripe, Routier, 2013)
- La science s'est construite contre le sens commun

# Les savoirs des patients

- **Savoirs situés**

⇒ Lecture globale de la réalité (Haraway, 1986)

➤ Réductionnisme médical (Dalgarrondo, 2008)

Ils se développent à partir des savoirs expérientiels **mis en commun**

- Se construisent contre les phénomènes locaux

- Prises de conscience collectives/ situations in-justes, « *ce qui ne fonctionne pas* »/ normes exogènes)

- De manière à **prendre position** (représentatifs d'une communauté)

➤ *Élaborer ce qui pourrait fonctionner*

- **Savoirs du haut** (savoirs savants, normes...)

UN DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE AU  
DÉFI DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ : LA FORMATION  
D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE PAR DES PATIENTS-  
ENSEIGNANTS

Olivia Gross, Yannick Ruelle, Thomas Sannié, Cam-Anh Khau, Claire Marchand, Alain  
Mercier, Thomas Cartier, Rémi Gagnayre

La Documentation française | « Revue française des affaires sociales »

# La présentation du programme

ED = 20%  
GEPRI = 80%

**Avant** Préparation

**Pendant** Expertise

Le patient-enseignant **réagit** à ce qui s'y dit, **complète** les propositions de soins, **suggère** des ressources en santé

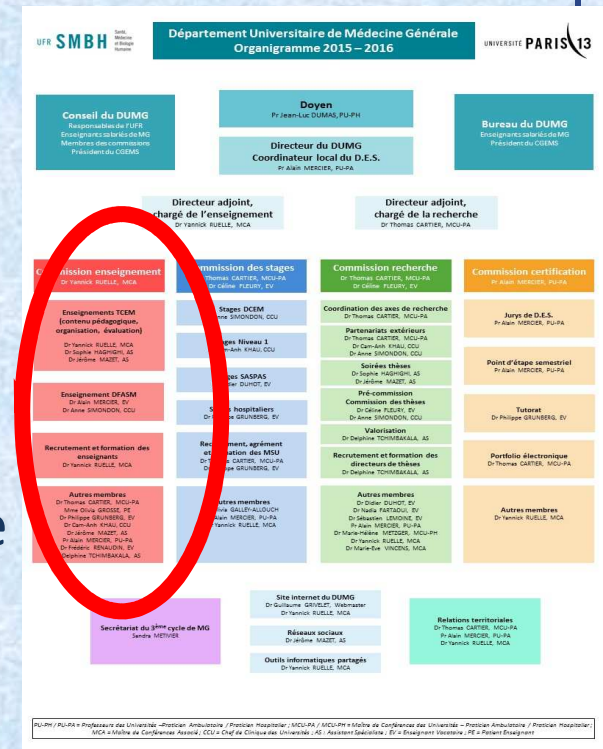
**Après** Corrections écrits

# Résultats : les 7 facteurs de faisabilité

1. L'intégration de 2 patients « coordonnateurs » en CE et COPIL
2. L'attention portée au recrutement des patients enseignants
3. L'attention portée à la motivation des patients-enseignants
4. L'animation d'un comité de patients
5. L'implication des internes dans le programme
6. Le rôle du binôme médecin-enseignant/patient-enseignant
7. L'engagement d'un doyen, d'un DUMG, d'un laboratoire dans la responsabilité sociale de leur Ufr

# 1 L'intégration de patients « coordonnateurs »

- Ont co-élaboré le programme
- Membres de la CE
- Suggèrent des adaptations pédagogiques
- Gèrent les plannings
- Animent le « comité de patients »
- Sont garants de l'indépendance du programme
- Recrutent les PE





## 2 L'attention portée au recrutement des patients-enseignants

- Membres actifs d'associations de malades ou de communautés virtuelles de malades (savoirs situés)
- Bonne culture en santé, expertise dans un domaine
- Compétences attendues : relationnelles, pédagogiques, émotionnelles, posture de bienveillance

### **La notion d' « enseignant »**

appelle un recrutement/formation sur la base de compétences précises  
(Boutet, 2002)

Un comportement éthique

L'ouverture aux apports théoriques

Une cohérence pédagogique

L'acceptation de se questionner et d'être questionné

# 3 L'animation d'un comité de patients

## 1. Construction des savoirs situés :

### a) repérage des besoins éducatifs des internes (du point de vue des patients)

- Notions sur lesquelles réagir : « motif de consultation caché », craintes pénales, « non acceptation de la maladie » : recouvre une réalité trop vaste ....

### b) **Articulation collective des activités individuelles**

- Relation de soins = empathie, connivence, transparence, prise en compte des préférences des patients, éducation

## 2. Amélioration continue de leur activité (formation continue)

## 3. Positionnement sur des questions vives

## 4 L'attention portée à la motivation des patients

- **Pourquoi** : engagement dans la durée, montée en compétences
- **Comment** : mandat, reconnaissance, compétences, participation

## 5 Le rôle du binôme ME/PE

- Le ME facilite l'appropriation des propos des PE par les internes : il est un vecteur de légitimité pour le PE
- Le PE est une ressource pédagogique pour les ME

=> Nécessite une phase de mise en confiance mutuelle, de reconnaissance mutuelle

## 6 L'intégration d'internes

- Dans le COPIL en amont (conception)
- Dans le COPIL en cours (mise en œuvre)
- Dans le COPIL en aval (évaluation, interprétation des résultats, dissémination des résultats)

# 7 Les recherches

## **Le rationnel de l'étude**

« Le manque de compréhension de la valeur de l'apport de ces enseignements contribue à l'incapacité des professionnels des facultés de les prioriser, surtout s'ils diffèrent de leurs propres conceptions» (O'Keefe & Jones ; 2007)<sup>1</sup>

1. En quoi consistent les enseignements des patients ?
2. En quoi sont-ils utiles?

<sup>1</sup> O'Keefe, M., Jones, A. Promoting lay participation in medical schools curriculum development : lay and faculty perceptions, Medical Education, 2007, 130-137

# Résultats : quelques exemples

COMPAGNON ET AL (2013)	PERSPECTIVE PE
<ul style="list-style-type: none"><li>- Accompagner le patient dans une démarche d'éducation à sa santé</li><li>- Faire volontiers appel à d'autres intervenants</li></ul>	Privilégier l'éducation thérapeutique à l'orientation vers un autre intervenant
S'occuper du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques	Respecter les droits des malades Veiller aux stigmatisations ordinaires (pop. normale)
Prendre conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences	Prendre en compte les dernières lois de santé publique (délai de latence / IVG..). Utiliser certaines notions à bon escient (droit de retrait...)
Réfléchir à ce qu'un patient peut entendre	Les incertitudes personnelles et professionnelles, les contraintes médico-économiques
Entrer en relation avec le patient	Avoir une bonne proximité
	Réconcilier les internes avec l'usage d'internet par leurs patients

# Discussion : l'utilité des PE dans les GEPRIs

Les PE enseignent la **qualité des soins, telle qu'ils la conçoivent**

**Renforcent presque toutes les compétences des MG**

**Congruence pédagogique entre les apports des PE et les objectifs de la formation**

- Quand les descripteurs sont identiques
  - Cela permet de multiplier les sources de rétroaction (Lai et al. 2014)
  - Les PE sont une ressource pédagogique au service des ME
- Quand les descripteurs précisent les attentes des patients/ qualité des soins, cela permet d'intégrer la perspective de ceux qui bénéficient des soins pour accroître les compétences des internes dans l'optimisation de la satisfaction des patients.



# Conclusion

Ce programme a apporté la preuve de sa faisabilité, de son acceptabilité et de son utilité (théorique)

- Participation des PE aux jurys de fin d'étude,
- Création d'une UE dans le 2<sup>nd</sup> cycle,
- Structuration d'un réseau inter-facultaire