

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Claire AUDOUIT

Née le 03 juin 1994 à Nantes (44)

Analyse du type d'intervention des patients-enseignants au cours d'un Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratique Patient-Enseignant (GEAP-PE)

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Laurence PHILIPPE, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine -Tours

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine -Tours

Directeur de thèse : **Docteur Cécile RENOUX-JACQUET, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours**

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962 Pr

Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972 Pr

André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-

DORVAL Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie

LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice

Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....

Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie

Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde

Orthophoniste

EL AKIKI Carole

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid

Orthophoniste

IMBERT Mélanie.....

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....

Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et
enseignantes de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de
l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes
yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma
langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes
Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur
estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et
consœurs si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Henry MARRET, Président du jury

Vous me faites l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de ce jury. Veuillez recevoir mes sentiments les plus respectueux.

A Madame le Docteur Laurence PHILIPPE

Je vous remercie très vivement pour votre enseignement et votre participation à ce jury. Mon expérience de GEAP-PE avec vous a été très enrichissante pour ma pratique. C'est grâce à vous que je me suis lancée dans ce sujet de thèse. Veuillez recevoir mes sentiments de respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Christophe RUIZ, mon tuteur

Je vous remercie pour votre accompagnement bienveillant pendant ces trois dernières années d'internat et votre participation à ce jury. Soyez assuré de ma vive reconnaissance.

A Madame le Docteur Cécile RENOUX-JACQUET, Directrice de thèse

Vous me faites l'honneur d'être la directrice de ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité sans faille, votre patience et vos encouragements. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et mon plus grand respect pour toute l'aide que vous m'avez apportée.

A tous mes maîtres de stage, équipes paramédicaux et secrétaires rencontrés pendant ma formation et mon premier remplacement à Naveil

Aux Dr Mathilde MIALANNE, Dr Clément MIALANNE, Dr Johann BRIAND, Dr Anne BERRAGUAS, Dr Natacha GOHARD-COLLETTE, Dr Philippe LORENCKI, je vous remercie de m'avoir transmis vos savoirs et vos valeurs de la médecine générale pendant mon niveau 1 et SASPAS. A Andreea, Anne et Sandrine pour votre bienveillance et votre aide quotidienne.

A tous mes co-externes et co-internes que j'ai rencontrés pendant ces années d'études de médecine

A Laure-Amandine, Elodie, Camille, Claire-Marie, Mathilde, Cécile, Thibaud, Lucie et Coline pour votre amitié dans les moments de joie et votre fidélité dans les difficultés.

A ma famille

A mes parents pour votre aide depuis toutes ces années

A Pierre GAUDRILLIER pharmacien (†), au Dr Hélène AUDOUIT et au Dr Frédéric DELROISSE pour votre exemple depuis mes jeunes années.

A ma belle-famille

A Margot pour ton aide pour la relecture de ma thèse

A Hubert et Hermine

RESUME

Analyse du type d'intervention des patients-enseignants au cours d'un Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratique Patient-Enseignant (GEAP-PE)

Introduction : Afin de renforcer l'empathie dans l'enseignement des étudiants en médecine, l'intégration de patients-enseignants et de leurs savoirs expérientiels dans les programmes de formation a montré des bénéfices pour compléter les savoirs scientifiques. Depuis 2019, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours en collaboration avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Châteauroux and Co. ont intégré des patients-enseignants dans des Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique – Patients-Enseignants (GEAP-PE) pour les étudiants en troisième cycle de médecine générale. L'objectif de cette étude était d'analyser le moment, la forme et le type de contenu des interventions des patients-enseignants au cours de ces séances.

Méthode : Il s'agissait d'une étude mixte, quantitative descriptive et qualitative, inspirée de l'analyse inductive générale. Les huit séances de GEAP-PE ont été intégralement enregistrées et les interventions des patients-enseignants précédées des interactions avec les autres interlocuteurs ont été retranscrites pour l'analyse.

Résultats : Les patients-enseignants ont pris la parole très majoritairement de manière spontanée. Les formes d'interactions étaient diversifiées avec comme forme prédominante la validation des propos. L'analyse du contenu des interventions des patients enseignants a montré une variété dans les thématiques, principalement sur la prise en compte de l'environnement, la coordination, le comportement du patient et du médecin ainsi que la communication.

Conclusion : Les patients-enseignants ont osé prendre la parole. Les formes variées d'interactions des patients-enseignants avec le groupe ont enrichi les échanges et ont suggéré une manière d'apprentissage stimulant pour les étudiants. Des thématiques centrées sur le patient ont été prédominantes permettant d'apporter une perspective-patient à l'enseignement. Comme retrouvé dans la littérature, les savoirs expérientiels ont été au-delà de la seule approche centrée patient avec une richesse de thématiques abordées.

Mots clés : Médecine générale, Internes, Formation médicale, Patients-Enseignants, Savoirs expérientiels

ABSTRACT

Analysis of the type of intervention of patient-teachers during a Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratique – Patients-Enseignants (GEAP-PE)

Introduction: To enhance empathy in medical student education, the integration of patient-teachers and their experiential knowledge into training programs has shown benefits in complementing scientific knowledge. Since 2019, the *Département Universitaire de Médecine Générale* (DUMG) at the University of Tours in collaboration with *Communauté Professionnelle Territoriale de Santé* (CPTS) Châteauroux and Co. has incorporated patient-teachers into *Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique – Patients-Enseignants* (GEAP-PE) for postgraduate students in general practice. This study aimed to analyze the timing, form, and content of patient-teacher interventions during these sessions.

Method: This mixed-method study, combined quantitative descriptive and qualitative approaches, inspired by general inductive analysis. The eight GEAP-PE sessions were fully recorded, and the patient-teacher interventions, preceded by interactions with other participants, were transcribed for analysis.

Results: Patient-teachers predominantly spoke spontaneously. The interactions took various forms, with the validation of statements being the most common. The analysis of patient-teacher interventions revealed a variety of themes, focusing mainly on environmental considerations, coordination, patient and physician behavior, and communication.

Conclusion: Patient-teachers openly shared their insights. The diverse interactions between patient-teachers and the group enriched the exchanges and offered a stimulating learning experience for students. Themes centered on the patient were predominant, providing a patient-centric perspective to teaching. Experiential knowledge went beyond a solely patient-centered approach, covering a wide range of topics as depicted in pre-existing literature.

Keywords: General Practice, Postgraduate Students, Medical Education, Patient-Teacher, Experiential Knowledge

TABLE DES MATIERES

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES	12
TABLE DES ABREVIATIONS	13
INTRODUCTION.....	14
METHODE	16
RESULTATS	18
ANALYSE QUANTITATIVE DESCRIPTIVE DE L'INTERVENTION DES PATIENTS-ENSEIGNANTS.....	18
ANALYSE QUALITATIVE DU CONTENU DES INTERVENTIONS DES PATIENTS-ENSEIGNANTS.....	20
DISCUSSION	32
A PROPOS DES RESULTATS	32
LES FORCES ET LIMITES	35
PERSPECTIVES.....	36
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXES	40
Annexe 1.....	40
Annexe 2.....	42
Annexe 3.....	44
Annexe 4.....	45
Annexe 5.....	46
Annexe 6.....	47
Annexe 7.....	48
Annexe 8.....	49
Annexe 9.....	50
Annexe 10.....	51
Annexe 11.....	52
Annexe 12.....	53
Annexe 13.....	54
Annexe 14.....	55
Annexe 15.....	56
Annexe 16.....	57
Annexe 17.....	58

INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques des enregistrements des séances de GEAP-PE	18
Figure 1 : Type de prise de parole des patients-enseignants	19
Figure 2 : Types d'intervention des patients-enseignants	19
Figure 3 : Thème des interventions des patients-enseignants.....	20
Figure 4 : Carte Heuristique « Environnement ».....	21
Figure 5 : Carte Heuristique « Coordination »	21
Figure 6 : Carte Heuristique « Comportement du patient »	22
Figure 7 : Carte Heuristique « Comportement du médecin ».....	23
Figure 8 : Carte Heuristique « Communication »	23
Figure 9 : Carte Heuristique « Relation médecin-patient ».....	24
Figure 10 : Carte Heuristique « Législation »	25
Figure 11 : Carte Heuristique « Sémantique »	26
Figure 12 : Carte Heuristique « Biomédical ».....	26
Figure 13 : Carte Heuristique « Relationnel ».....	27
Figure 14 : Carte Heuristique « Outils du médecin ».....	27
Figure 15 : Carte Heuristique « Suivi ».....	28
Figure 16 : Carte Heuristique « Gestion de l'incertitude ».....	29
Figure 17 : Carte Heuristique « Temporalité ».....	29
Figure 18 : Carte Heuristique « Ethique ».....	30
Figure 19 : Carte Heuristique « Sociologie ».....	30
Figure 20 : Carte Heuristique « Economie »	31
Figure 21 : Carte Heuristique « Prévention ».....	31

TABLE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique
CDU : Commission Des Usagers
CHRU : Centre hospitalier régional universitaire.
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COPIL : Comité de Pilotage
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DGESIP : Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Education Thérapeutique du Patient
GEPRI : Groupes d'Enseignement à la Pratique Réflexive entre Internes
GEAP : Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique
GEAP-PE : Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratique Patients-Enseignants
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MCU : Maitre de Conférence des Universités
MSU : Maitre de Stage des Universités
PCR : Polymerase Chain Reaction
PE : Patients-Enseignants
PMI : Protection Maternelle Infantile
RNIPH : Recherches N'Impliquant pas la Personne Humaine
RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

INTRODUCTION

L'empathie est la capacité de compréhension du point de vue du patient, de ses expériences et ses préoccupations ainsi que la capacité de communiquer cette compréhension. L'érosion de l'empathie chez les étudiants en médecine s'explique principalement par une abondance de savoirs théoriques. La quantité de connaissances à assimiler et la dépendance croissante aux technologies informatisées pour le diagnostic et le traitement restreignent leur perception de l'importance des interactions humaines avec les patients. L'apprentissage qu'un essai clinique contrôlé est la clef du progrès médical peut conduire à minimiser le rôle de l'empathie dans le domaine médical (1). Pour renforcer l'empathie dans l'enseignement médical, l'intégration de patients dans les programmes de formation a montré des bénéfices pour le développement des compétences des étudiants (2,3).

L'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques dans les pays occidentaux conduit au renforcement de l'autonomie des patients dans la gestion de leur propre santé. Cela se manifeste par une accessibilité accrue aux professionnels de santé et une demande de continuité et de coordination des soins (4). Dans le « *Montreal Modele* », le patient est considéré comme un partenaire essentiel au sein de l'équipe de soins car son expérience avec la maladie chronique représente une source de savoirs facilitant la prise de décisions (5). Depuis 2010, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal s'engage activement pour la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient, issus de leur vie avec la maladie, et les considère comme complémentaires des savoirs scientifiques (4).

Les patients ont toujours occupé une place centrale dans l'enseignement médical. Cependant ils étaient surtout utilisés comme une illustration passive des pathologies, des signes à examiner dans le cadre de cas cliniques ou un apprentissage expérientiel des étudiants en milieu hospitalier (3). Ce n'est qu'à partir des années 1970, que des universités américaines ont commencé à intégrer les patients dans les programmes de formation, en leur demandant de jouer un rôle puis en leur permettant d'enseigner à partir de leurs propres expériences. L'attente principale était que les patients racontent leur vécu de la maladie et qu'ils enseignent des habilités cliniques. Dans les années 1990, avec l'élargissement du modèle biomédical de la médecine vers un modèle biopsychosocial, un mouvement en faveur de la participation active des patients a émergé. Une éthique du partenariat mettant en avant l'approche centré-patient, la prise de décision partagée et la promotion de l'auto-prise en charge a alors valorisé l'expertise des patients. Il est alors reconnu que ce type de partenariat doit être à la base de la formation des professionnels de la santé (3).

Comme l'a souligné Étienne Caniard dans son rapport préliminaire à la loi de 2002, « *l'entrée de l'usager sera un levier d'amélioration de la qualité des soins* » (5). La loi du 04 mars 2002 a marqué le début d'une démocratie sanitaire, offrant à l'usager du système de santé des pouvoirs de représentation (7). Ainsi, le rôle du patient s'est élargi en tant que représentant des usagers et patient ressource (8). La loi du 21 juillet 2009 connue sous le nom HPST « *Hôpital, patients, santé et territoires* », a institué le droit à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) établissant la notion de patient-expert et patient co-éducateur (9). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2020 (10) ont appuyé la participation des patients à la formation des médecins et à la recherche. Le plan « *Ma santé 2022* » dans le cadre de la réforme des études en santé, a introduit le patient dès la formation des professionnels de la santé (11). Le point de vue et la perspective du patient sont pris en compte pour développer les capacités humaines et relationnelles du professionnel (12). Le patient-enseignant se démarque alors du patient-expert : le patient-expert est spécialiste de sa propre maladie, tandis que le patient-enseignant est capable de décontextualiser son expertise pour sa mission d'enseignement (13).

En France, l'intégration des patients aux formations en santé demeurait isolée, peu décrite et insuffisamment évaluée. En 2016, les enseignants de l'Université Paris 13 ont fait intervenir des patients-enseignants, dans des Groupes d'Enseignement à la Pratique Réflexive entre Internes (GEPRI) (14). A la suite d'observations de ces séances complétées par des entretiens, ils ont constaté que les patients-enseignants promouvaient des soins respectueux des droits et de la dignité des malades, interrogeaient les habitus, apportaient des connaissances sur le système de santé, et sur ses lois récentes. Les auteurs mettaient également en avant l'importance du binôme formé par le médecin-enseignant avec le patient-enseignant, qui permet de valoriser certains propos afin de permettre une meilleure acceptation par l'interne (4). Dans le cadre de leurs travaux de recherche, ils ont également décrit la manière dont les patients-enseignants interagissaient en posant des questions, émettant des contradictions, apportant leur expérience ou celles d'autres patients et en fournissant les recommandations actuelles (15).

Depuis 2004, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours a évolué des cours construits autour de cas cliniques à l'organisation de Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratiques (GEAP) destinés aux étudiants en troisième cycle de médecine générale (16). A partir de décembre 2019, le DUMG de Tours a intégré des patients-enseignants dans les GEAP. L'expérimentation a eu lieu dans le département de l'Indre où exercent les enseignants-médecins à l'initiative du projet et où ont été formés les premiers patients-enseignants de la région Centre Val de Loire dans le cadre de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Châteauroux and Co. (17,18). Chaque groupe est composé de six internes, un médecin-enseignant et deux patients-enseignants, participant à quatre séances de trois heures chacune. Au cours de la première séance, chaque interne présente une situation clinique vécue qui a posé problème dans sa pratique, exprimant ses émotions et ses questionnements. Les échanges avec le groupe permettent à l'interne d'ajuster ses problématiques. Lors de la deuxième séance, l'interne présente les résultats de sa recherche bibliographique. Le groupe analyse alors la pertinence et l'adaptabilité à la pratique en médecine générale aidant l'interne à construire sa boucle d'apprentissage. L'interne rédige alors une trace d'apprentissage afin que soit évaluée sa démarche réflexive (19).

Les premiers Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique – Patients-Enseignants (GEAP-PE) ont été enregistrés intégralement en vue de travaux de recherche pédagogique. Les interventions des patients-enseignants pendant les séances grâce aux enregistrements ont été analysées. Les patients-enseignants osent-ils prendre la parole ? Comment les patients-enseignants interagissent avec le groupe ? Quel type de savoir permettent-ils d'aborder ?

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était d'analyser le moment, la forme et le type de contenu des interventions des patients-enseignants et ainsi interroger la nature des savoirs expérientiels qu'ils pouvaient apporter à la formation des internes en médecine générale.

METHODE

TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude mixte, quantitative descriptive et qualitative, inspirée de l'analyse inductive générale, des interventions des patients-enseignants au cours des séances de GEAP-PE.

POPULATION

Dans le cadre de cette étude, la population spécifique ciblée était constituée des patients-enseignants ayant participé à l'expérimentation de GEAP-PE dans le département de l'Indre.

L'expérimentation du GEAP-PE dans l'Indre a initialement pris forme avec un groupe de patients partenaires de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Châteauroux and Co. Un courrier d'invitation a été envoyé à l'ensemble des représentants des usagers, présidents d'associations agréées et patients impliqués dans l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et identifiés dans le département. Face au faible nombre de réponses, le groupe a été renforcé grâce à un recrutement individuel s'appuyant sur les compétences des patients-enseignants telles que décrites dans la littérature. En collaboration avec le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours, un Comité de Pilotage (COFIL) a été constitué fin 2018, regroupant des membres du DUMG, des étudiants, des futurs patients enseignants et des médecins-enseignants dans le département de l'Indre. L'un des trois groupes de travail du COFIL a été chargé de la préparation et de la formation des patients-enseignants. Le groupe a élaboré un programme comprenant dix séances de deux heures, axées sur les thèmes et les compétences identifiées comme prioritaires. À la suite de cette préparation, les quatre patients-enseignants les plus assidus et motivés ont été sélectionnés pour commencer les séances de GEAP-PE en décembre 2019 dans le département de l'Indre. Un processus de recueil de notice d'information et de non-opposition a été collecté avant le début des enregistrements.

RECUEIL DES DONNEES

Les séances de GEAP-PE ont été conduites pour un premier groupe de décembre 2019 à mars 2020, et pour un deuxième groupe de janvier à juillet 2020. Il s'agit de quatre séances par groupe soit huit séances au total. Chaque séance s'est déroulée en trois heures environs. L'enregistrement des séances a été effectué au moyen d'un enregistreur numérique de type dictaphone pour chaque groupe, après avoir obtenu le consentement des participants. Seules les interventions des patients-enseignants précédées des interactions avec les autres interlocuteurs sur la même thématique ont été retranscrites et anonymisées intégralement sur un fichier Word® par un unique enquêteur. Les enregistrements ont été détruits après retranscription. Aucune des retranscriptions n'a été soumise aux participants concernés pour être corrigée.

ANALYSE DES DONNEES

Une première analyse a été conduite par méthode quantitative descriptive puis une seconde analyse qualitative a été effectuée dans une approche inspirée de l'analyse inductive générale anciennement appelée analyse thématique de contenu.

Afin d'acquérir une familiarisation et une immersion dans les données, l'enquêteur n'a pas utilisé de logiciel de retranscription automatisé. Les verbatims ont été annotés dans un fichier Word®. Les interventions des patients-enseignants ont été contextualisées en retranscrivant les propos des

interlocuteurs précédents sur le même thème. Une première étape de codage, de manière quantitative, a été réalisée pour déterminer si la prise de parole était induite ou spontanée. Un deuxième codage a été effectué pour caractériser la forme que prenait la prise de parole du patient-enseignant. Enfin les verbatims ont été codés puis synthétisés en thèmes. Les codages ont été révisés à la fin de la retranscription des huit séances pour assurer la cohérence interne. Les thèmes ont été classés en thèmes superordonnés afin d'offrir une vue d'ensemble structurée. Une représentation graphique sous la forme de trois diagrammes circulaires a été créée à l'aide du fichier Excel® pour représenter le type de prise de parole, la forme et les thèmes superordonnés. Une carte heuristique et un schéma détaillé en annexe ont été élaborés pour chaque thème superordonné respectivement à l'aide du logiciel Mindmup® et d'un fichier Word®, afin de synthétiser les différentes thématiques abordées. Les résultats ont été présentés de manière narrative et explicative pour permettre une compréhension plus approfondie. L'ensemble du processus a été mené par un unique enquêteur. La triangulation des analyses a été assurée par un échange régulier sur l'étiquetage avec la directrice de thèse.

ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Le consentement libre et éclairé des participants a été recherché. Les participants patients-enseignants, et internes ont tous signé une notice d'information et de non-opposition au préalable des enregistrements des séances (Annexe 1 et 2). Il a été recueilli un consentement oral pour les médecins-enseignants.

Les retranscriptions ont été entièrement anonymisées, avec suppression de tous les noms propres (personnes, lieux) sans aucune conservation de données nominatives. Le nom des participants était remplacé par Interne de 1 à 6, Médecin-enseignant et Patient-Enseignant 1 ou 2. Des prénoms de substitutions ont été donnés aux patients figurant dans les récits des internes.

Cette étude rétrospective se classe dans la catégorie des Recherches N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH ou dites Hors Jardé). Les retranscriptions étant parfaitement anonymes, il n'a pas été nécessaire d'enregistrer cette étude auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Cette étude a reçu un avis favorable du Groupe Éthique d'Aide à la Recherche Clinique pour les Protocoles de Recherche non soumis au Comité de Protection des Personnes du CHRU de Tours sous le numéro 2022 018 (Annexe 3).

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DES ENREGISTREMENTS

Les séances de GEAP-PE ont été menées pour un premier groupe de décembre 2019 à mars 2020, et pour un deuxième groupe de janvier à juillet 2020. Chaque groupe se composait de six internes, un médecin-enseignant et deux patients-enseignants. Les participants étaient distincts d'un groupe à l'autre. Un patient-enseignant était absent lors de la deuxième séance du groupe A. Chacun des groupes a participé à quatre séances, ce qui totalisait huit séances au cours de la période. La durée moyenne des séances de GEAP-PE était de 2 heures 57 minutes. Les trois premières séances se sont déroulées en présentiel. En raison de l'épidémie COVID-19 et des restrictions sanitaires, les dernières séances de chaque groupe ont été réalisées en visioconférence via le logiciel Microsoft Teams®. Le délai moyen entre la fin de la présentation de l'interne et le début des interventions des patients-enseignants était de 1 minute 33 secondes.

Les caractéristiques des enregistrements sont détaillées dans le Tableau 1.

	Séance	Période	Mode	Durée Enregistrement (en heures)	Fin présentation de l'interne (en minutes)	Début intervention PE (en minutes)	Nombre de PE
Groupe A	1	Décembre 2019 à mars 2020	Présentiel	02:35:42	05:58	08:04	2
	2		Présentiel	02:45:04	18:10	18:17	1
	3		Présentiel	02:47:08	12:45	13:46	2
	4		Visio-conférence	03:02:22	17:36	18:50	2
Groupe B	1	Janvier 2020 à juillet 2020	Présentiel	02:52:26	16:32	20:18	2
	2		Présentiel	03:08:20	05:27	07:41	2
	3		Présentiel	03:09:53	10:08	10:16	2
	4		Visio-conférence	03:15:18	39:51	41:41	2

Tableau 1 : Caractéristiques des enregistrements des séances de GEAP-PE

ANALYSE QUANTITATIVE DESCRIPTIVE DE L'INTERVENTION DES PATIENTS-ENSEIGNANTS

Au cours des huit séances, les patients enseignants ont participé activement à 1514 occasions. Les patients-enseignants ont pris la parole très majoritairement de manière spontanée, représentant 94% des cas (Figure 1). La prise de parole était induite dans 6% des cas, que ce soit par le médecin-enseignant, les internes ou les patients-enseignants eux-mêmes.

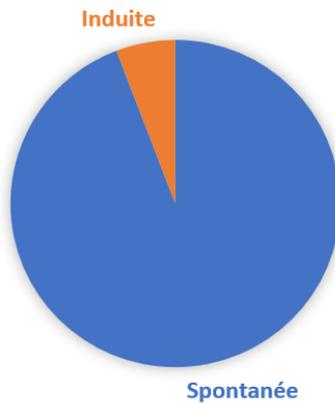


Figure 1 : Type de prise de parole des patients-enseignants

Les interventions des patients-enseignants, comme illustré par la Figure 2 présentaient une diversité de mode d'interactions. La forme d'intervention prédominante était la validation des propos (29%). Les patients-enseignants utilisaient également d'autres approches comme le questionnement (9%), l'expression de leur ressenti (8%), la répétition des propos (8%), l'apport d'une analyse (7%), le partage d'une expérience personnelle (6%), l'apport d'une connaissance (6%), l'apport d'une hypothèse (5%) et la reformulation (5%). Des interventions moins fréquentes (chacune inférieure à 3%) ont également été reportées : l'apport d'une synthèse, la spécification d'un point de vue patient, une contradiction, l'expression d'étonnement, l'apport d'une solution, l'apport d'une problématique, le partage de conseils, la divergence de point de vue entre patients-enseignants, un éclaircissement de situations, l'encouragement, l'interrogation de l'autre patient-enseignant ou d'un interne, l'absence de connaissance et l'utilisation de l'humour.

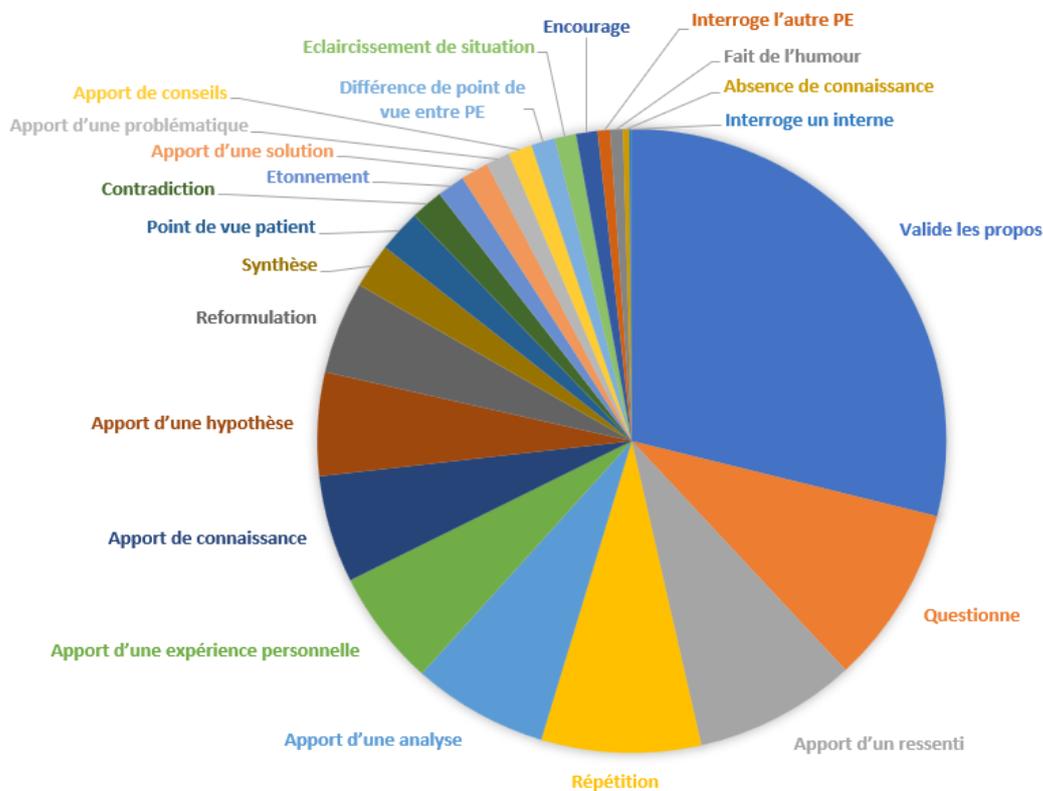


Figure 2 : Types d'intervention des patients-enseignants

L'analyse du contenu des interventions des patients enseignants a montré une variété de thématiques abordées comme représentées sur la Figure 3. Les patients-enseignant s'exprimaient principalement sur la prise en compte de l'environnement (14%), la coordination (13%), le comportement du patient (12%), le comportement du médecin (11%) et la communication (11%). Ils abordaient également des sujets tels que la relation médecin-patient, la législation, la sémantique, le biomédical, le relationnel et les outils du médecin. Enfin moins fréquemment, étaient évoqués des thèmes tels que le suivi, la gestion de l'incertitude, la temporalité, l'éthique, la sociologie, la prévention ; économie.

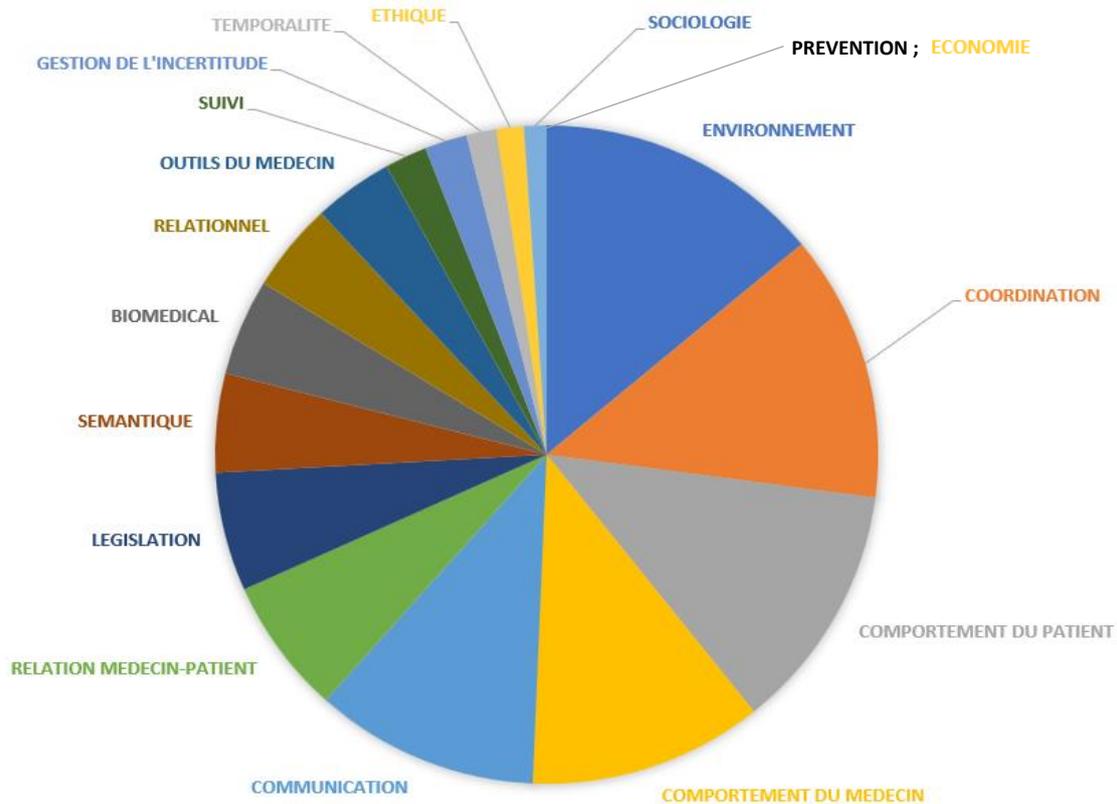


Figure 3 : Thème des interventions des patients-enseignants

ANALYSE QUALITATIVE DU CONTENU DES INTERVENTIONS DES PATIENTS-ENSEIGNANTS

L'analyse qualitative a permis la description du contenu de chaque thématique abordée, illustrée par les verbatims des patients-enseignants, synthétisés en cartes heuristiques et représentés de manière plus précise par des schémas détaillés en annexe (Annexes 4 à 17). Cette analyse visait à décrire de manière non exhaustive la diversité du contenu des interventions des patients-enseignants.

Analyse du thème « Environnement »

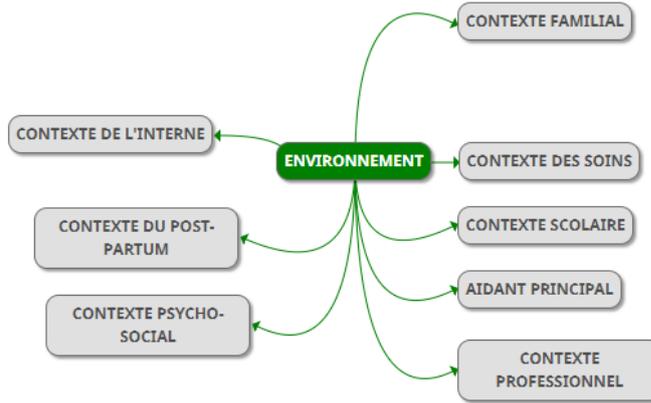


Figure 4 : Carte Heuristique « Environnement »

Les patients-enseignants ont développé la prise en compte de l'environnement de la situation afin de mieux comprendre le comportement du patient ou du médecin. Ils abordaient principalement le contexte familial et professionnel. L'analyse du fonctionnement familial et la prise en charge globale du patient et sa famille, en mettant en évidence le rôle de la famille dans les conflits, la parentalité, et la fin de vie, ont été regroupées dans le **contexte familial** « *t'as essayé de voir un petit peu quel était le contexte, est-ce que l'on connaissait la systémie familiale, euh comment est-ce que justement en connaissant un peu mieux ça tu pouvais peut-être justement interagir* ». Ils ont permis d'interroger les aspects professionnels du patient incluant son ancienneté, les éventuels conflits et ses projets professionnels. L'intervention du médecin du travail sur le lieu de travail mettait en valeur l'importance de la compréhension du **contexte professionnel** « *moi j'ai eu le cas mais il y a pas mal d'années donc je le revoyais beaucoup plus souvent le médecin du travail et il est venu sur mon lieu de travail pour voir [...] donc du coup c'est vrai en général il connaît [...] là du coup on se sent vraiment aidé côté travail* ». La prise en compte du **contexte de l'interne** au niveau professionnel a contribué à une meilleure compréhension de ses réactions « *ah oui ça fait un gros changement du coup oui c'est sûr après les urgences* ». **L'aidant principal** a également fait l'objet d'une attention particulière « *de l'autre côté on a cette femme un petit peu qui est perdue qui est aidante qui a peut-être aussi du mal à accepter le diagnostic* ». Afin de mieux appréhender les différentes dimensions de la vie du patient, **le contexte des soins, le contexte scolaire, le contexte psychosocial** (incluant le secteur de psychiatrie infanto juvénile et les foyers) et **le contexte du post-partum** ont aussi été approfondis.

Analyse du thème « Coordination »

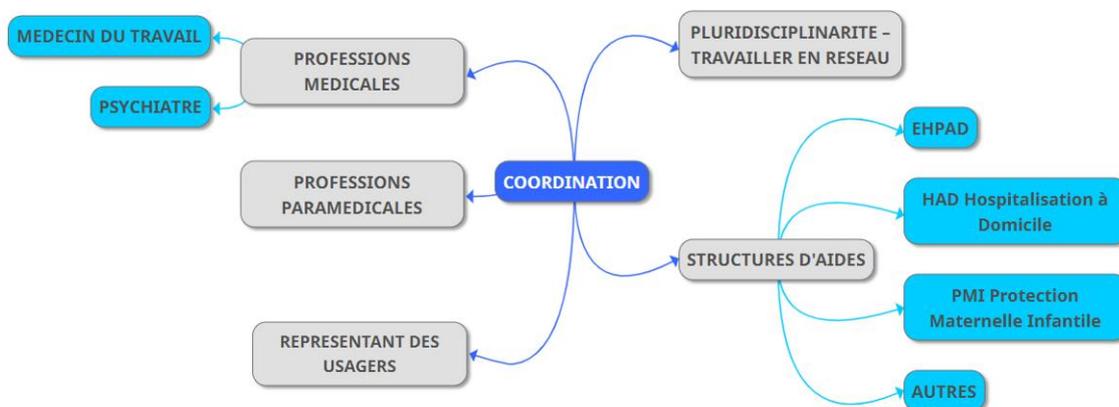


Figure 5 : Carte Heuristique « Coordination »

Les patients-enseignants ont souligné l'importance pour les médecins de ne pas rester isolés mais de **travailler en réseau** grâce à la **pluridisciplinarité** « *j'ai pas entendu quelqu'un dire bah on va voir ce que l'on peut mobiliser et on va peut-être appeler une assistante sociale on va voir, ce travail avec les ressources et les réseaux c'est peut-être que vous avez pas tendance à le faire peut-être ?* ». Tout au long des enregistrements, diverses **professions médicales** telles que les médecins du travail et les psychiatres, ainsi que des **professions paramédicales** comme les infirmières, les kinésithérapeutes, les psychologues et les pompiers ont été mentionnées « *l'infirmière joue enfin soigne mais en même temps je pense qu'elle a un rôle un peu pas maternel [...] du coup euh vous arrivez à avoir plus d'infos ?* ». Les **représentants des usagers** à travers la CDU (Commission des Usagers) et l'association France Asso Santé, ont été présentés comme une ressource « *ouais il y a plein plein de choses et même vous voyez on a la plaquette des usagers enfin tout est expliqué même tous les recours pour les patients les soignants et en fait c'est très très complet puis il l'alimente beaucoup* ». Enfin les patients-enseignants connaissaient **des structures d'aides** comme l'EHPAD, la Protection Maternelle Infantile, l'Hospitalisation à Domicile et d'autres encore « *le fait d'aller en HAD et tout ça peut peut-être vous permettre de pas, de comprendre que l'exercice n'est pas solitaire qui doit être en réseau et que chacun a besoin les uns et les autres on le voit parfaitement dans cette situation* »

Analyse du thème « Comportement du patient »

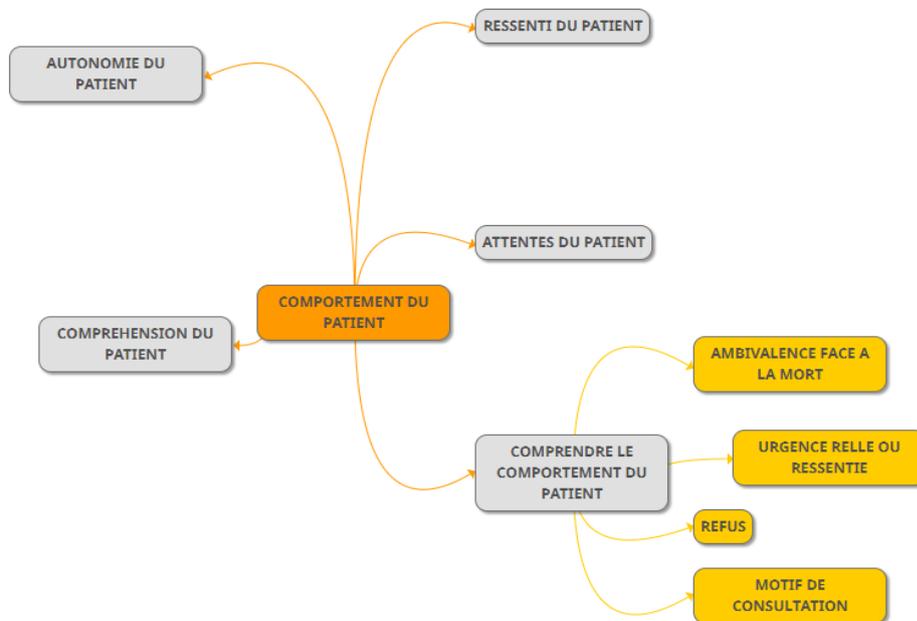


Figure 6 : Carte Heuristique « Comportement du patient »

Les patients-enseignants ont partagé leur analyse des attitudes des patients dans les différentes situations et explicitaient l'importance de **comprendre le comportement des patients** « *que nous dit le comportement des gens [...] tout comportement doit être décodé [...] chercher à comprendre pourquoi les gens en sont arrivés là, ça peut peut-être aider à désamorcer aussi certaines choses* ». Ils abordaient la réaction des patients face à certaines problématiques comme l'**ambivalence face à la mort**, « *ce côté paradoxal un petit peu ambivalent des personnes en fin de vie [...] je me dis qu'il manquait un point important de la réaction humaine face à l'approche de la mort* », l'**urgence réelle ou ressentie** « *c'est vrai qu'effectivement la patiente est en état d'urgence façon de dire mais je pense que le fait que il faut que ça se passe rapidement effectivement* », le **refus** « *il veut plus prendre son traitement [...] d'après ce que j'ai compris [...] parce qu'il dit qu'il ne veut pas « prendre des, ces saloperies toute ma vie* » et le **motif de consultation** « *je pense qu'elle a profité de cette petite boule là qu'il avait [...] pour justement [...] le faire venir parce que si ça se trouve elle lui a peut-être dit « bah tiens ça serait bien de*

faire une consultation même tout seul ». Je sais pas, hein, parce que des fois on propose à nos enfants mais des fois, il dit « ah ben non je veux pas y aller » puis pour être sûr qu'il y aille ». Les patients-enseignants questionnaient la **compréhension du patient** « non je pensais à la jeune fille en fait euh qu'on lui explique ses droits à quinze ans [...] est-ce qu'elle est capable à quinze ans de comprendre en fait ? » et son **autonomie** dans les différents récits « est-ce qu'elle a la compétence cette maman pour prendre toute seule tous ses rendez-vous ? ». Ils décrivaient les différents **ressentis du patient** principalement la peur, l'anxiété « c'est comme une femme qui est battue, euh est-ce qu'elle va aller voir le médecin en disant " je suis battue" ou est-ce qu'elle va dire " ben non je suis tombée dans l'escalier" ? Est-ce qu'il y a pas la peur du jugement ? » et les **attentes du patient** « nous les patients euh on n'est pas toujours simple non plus et que d'un certain côté on vous demande beaucoup on est exigeant [...] on peut être exigeant vous devez tout savoir vous devez tout connaître vous devez donner des réponses immédiates etc. ».

Analyse du thème « Comportement du médecin »

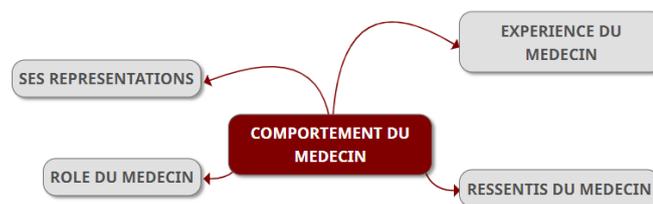


Figure 7 : Carte Heuristique « Comportement du médecin »

Les patients-enseignants ont analysé le **comportement du médecin** à travers les différentes situations cliniques « c'est justement parce qu'il pouvait pas se défendre qu'il en a profité à mon avis pour insister aussi pour s'acharner ». Ils prenaient en considération les **ressentis du médecin** « je pense il avait du mal et pour lui je pense c'était un échec » ainsi que l'impact de l'**expérience du médecin** « qu'elle nous parle d'expériences, de ce bébé secoué comme quoi nos expériences influencent [...] bien nos ressentis bien évidemment c'est évident ». Ils critiquaient de manière constructive **ses représentations** du patient tout en questionnant la manière de les dépasser afin d'assurer des soins adaptés à tout type de patient « la question sur la représentation, la représentation sociale sur l'exemple d'emblée on dit que c'est une junkie [...] ça entraîne des des erreurs de diagnostic [...] des stigmatisations euh voilà une discrimination et puis voilà et quand bien même elle aurait été comme ça il aurait fallu quand même accéder à la soigner cette dame ». Enfin le **rôle du médecin** a été approché tout au long des échanges « oui vous avez un rôle de médiateur en tant que médecin j'ai l'impression quand même, quand même, surtout le médecin généraliste je dirais ».

Analyse du thème « Communication »

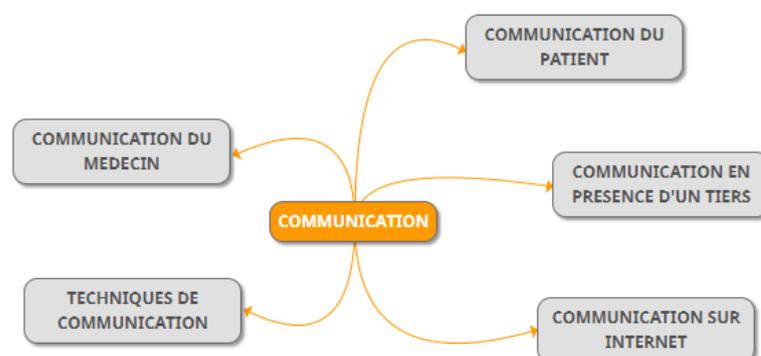


Figure 8 : Carte Heuristique « Communication »

Les patients-enseignants ont préconisé diverses **techniques de communication**, telles que la reformulation, l'écoute active, l'empathie et la clarté des explications. Ils ont soulevé l'anxiété pouvant être générée par l'absence de communication et la lenteur de certains silences. Ils ont souligné l'importance de s'entraîner à mettre en pratique ces techniques de communication « *il faut s'entraîner oui c'est ça je pense non mais c'est important parce que c'est vrai que maintenant il y a quand même pas mal de techniques de communication hein et je pense que ça peut justement vous aider mais c'est un peu [...] une négociation* ». Ils discutaient de la **communication du médecin**, en mettant en lumière ses spécificités et son application dans différents contextes tels que l'annonce de fin de vie, l'annonce diagnostic, l'approche de la sexualité en consultation « *je pense que le problème de fond c'est déjà que le médecin soit déjà peut-être un peu à l'aise avec ça, prenne du recul par rapport à lui-même et écoute ce que la personne a à dire [...] peut-être avec quelques questionnements pertinents sur le sujet* ». Les patients-enseignants abordaient également la **communication du patient**, en particulier les difficultés de la barrière de la langue et des patients non communicants « *quand le patient est pas apte à parler le problème il est là c'est que si le patient il avait pu dire « bon ça suffit »* ». Ils exploraient la **communication en présence d'un tiers** en examinant des aspects tels que la réévaluation de l'accompagnement en consultation « *mais en cours de consultation quand on voit effectivement que ça peut mettre en difficulté, est-ce qu'il y a possibilité de reposer une deuxième fois la question ?* » et la communication avec la famille. Enfin, ils ont évoqué la **communication sur internet** en se penchant sur les avis concernant les médecins « *parce que quand on est d'accord on le dit pas forcément « on est content » on le dit pas forcément* ».

Analyse du thème « Relation médecin-patient »

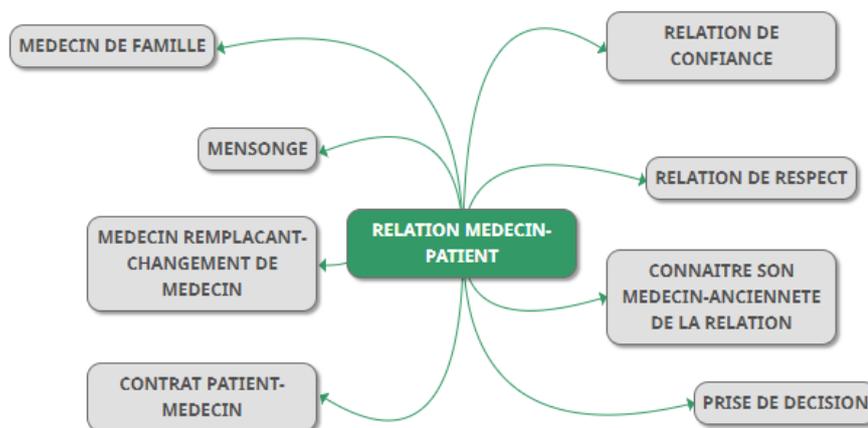


Figure 9 : Carte Heuristique « Relation médecin-patient »

Les patients-enseignants ont décrit le lien particulier entre le médecin et son patient. « *Patient-enseignant 1 : donc au bout d'un moment il y a pas que des liens uniquement purement médicaux donc c'est vrai que c'est normal d'y avoir. Patient-enseignant 2 : d'avoir une compassion* ». Cette relation s'expliquait par l'importance du **médecin de famille** pour les patients-enseignants tout en reconnaissant ses limites « *moi j'ai eu un médecin de famille qui m'a connue toute petite [...] qui m'a suivie pendant des années qui a suivi mon père ma mère, enfin voilà c'est vraiment très familial. Je pense que je serais plus à l'aise à aller voir un médecin que je connais pas du tout où je pense qu'il y a la peur du jugement* ». Ils ont questionné le **contrat patient-médecin**, le décrivant comme un contrat moral et un engagement réciproque pouvant être rompu. « *Interne 2 : c'est le médecin aussi il peut rompre le contrat [...] Patient-Enseignant 1 : ah oui c'est déjà arrivé ? ah oui c'est vrai que ça peut arriver bah oui non mais on pense à nous mais [...] dans l'autre sens en effet* ». La discussion a porté sur la description d'une **relation de confiance**, une **relation de respect** « *on oublie qu'on a aussi des devoirs enfin il y a un moment où il y a un respect mutuel [...] qui se fait pas on a l'impression qu'il est perdu ce respect mutuel* » ainsi que

sur l'**ancienneté de la relation**. Ils exprimaient comment le médecin pouvait influencer le patient sur sa **prise de décision**. Le **mensonge** dans cette relation médecin-patient a également été évoqué « *Mais est-ce qu'on est sûr qu'elle l'avait fait ou elle a simplement dit qu'elle l'avait fait ?* » Enfin ils abordaient le **changement de médecin**, notamment lorsqu'un médecin remplaçant vient bousculer les habitudes établies « *je me dis en tant que patiente aussi euh même si on apprécie beaucoup notre médecin et qu'on en est très content « oh bah au fait c'est pas mal d'avoir un une personne pas forcément qu'elle soit jeune » [...] si je pense que ça compte aussi un petit peu [...] peut-être qu'elle va voir va pouvoir m'aider sur autrement ».*

Analyse du thème « Législation »

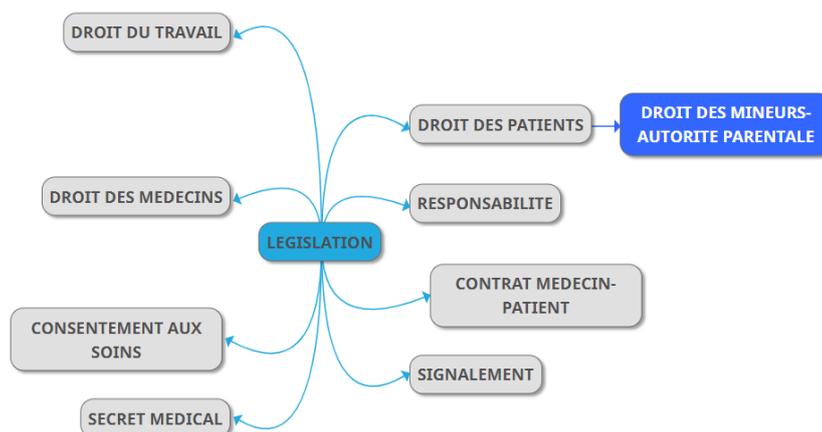


Figure 10 : Carte Heuristique « Législation »

Les patients-enseignants ont souligné l'importance **des droits des patients** « *moi qui suis très attachée au droit des malades combien même le droit à la non-discrimination il est là [...] elle doit être traitée de la même façon que les autres donc ça bafoue complètement ses droits hein ses droits fondamentaux etc.* », en abordant le contexte particulier du **droit des mineurs** et de l'autorité parentale « *le parent lui qui est mis un peu à l'écart, est-ce que plus tard il peut se retourner contre la personne qui est majeure ?* ». Ils ont abordé le **droit des médecins** notamment les aspects juridiques liés à leur protection « *il suffit d'un avis de quelqu'un qui donne un avis négatif sur un médecin pour que tout le monde ne retienne que le négatif et pas le positif avec tout le côté dangereux [...] de là à dire qu'effectivement ça peut pas créer des problèmes de réputation non justifiée etc. [...] alors comment faire pour encadrer ça je ne sais pas* ». Ils ont exploré les situations de démission, licenciement, mi-temps thérapeutique et inaptitude dans le contexte du **droit du travail** « *j'ai une amie qui est en arrêt de travail [...] elle avait passé la visite médicale avec le médecin du travail qui lui a dit « moi je suis d'accord pour un mi-temps thérapeutique » [...] mais elle était pas sûr de récupérer son poste [...] elle était pas sûr que son patron la reprenne* ». Ils ont examiné le cadre législatif entourant le **secret médical**, le **signalement** et le **consentement aux soins**. Enfin, ils ont interrogé d'un point de vue juridique le **contrat médecin-patient** et la question de la **responsabilité** « *parce que s'il lui arrive quelque chose alors qu'il était à l'hôpital qu'il a rien signé. Euh admettons il se fait renverser donc c'est l'hôpital qui était responsable, qui était toujours responsable de lui s'il était ou pas ?* ».

Analyse du thème « Sémantique »

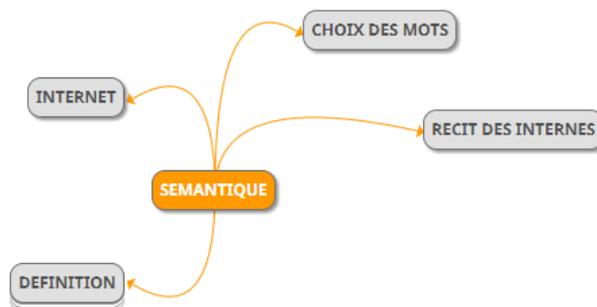


Figure 11 : Carte Heuristique « Sémantique »

Les patients-enseignants ont souligné l'importance de la sémantique et du **choix des mots**. « *Patient-enseignant 1 : mais c'est chaque mot a un impact en fait. Patient-enseignant 2 : voilà faut bien remettre, bien recadrer ouais* ». Ils ont exprimé leur recours à **internet** pour comprendre le sens des abréviations médicales, des termes médicaux et des noms des médicaments. De plus, ils ont partagé des conseils pour la rédaction du **récit des internes** « *Patient-enseignant 1 : mais vous ne m'avez pas du tout abordé et moi ça m'a dérangé je me dis qu'il manquait un point important [...] Interne 1 : oui c'est sûr j'ai pas du tout abordé ça parce que ça me paraissait être encore une autre question hyper large. Donc moi qui ne suis pas synthétique, on s'en serait pas sorti on aurait fait cinquante pages mais... Patient-enseignant 1: (brouhaha) en disant que vous le développez pas* ». Enfin ils ont enrichi la compréhension du point de vue patient en donnant leur propre **définition** et interprétation de termes concernant une diversité de sujets détaillés dans le schéma du thème « Sémantique » (Annexe 12), « *le terme "avouer" qu'a dit interne 1 [...] sur l'incertitude le mot "avouer" me paraissait inapproprié* ».

Analyse du thème « Biomédical »

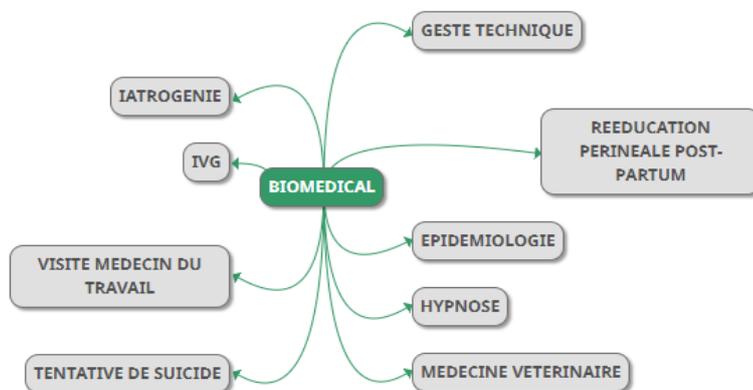


Figure 12 : Carte Heuristique « Biomédical »

Les patients-enseignants ont rassuré l'interne qui avait des inquiétudes concernant ses questions plus médicales « *Interne 1 : oui c'est peut-être un peu plus médical dans les questions que je me posais. Patient-enseignant 1 : ouais ouais non non mais c'est pas grave. Interne 1 : en fait j'ai fait... Patient-enseignante 1 : c'est pas grave* ». Ils ont montré un apport de connaissances dans divers aspects du domaine **biomédical** comme illustré dans la Figure 12 et explicité dans le schéma du thème « Biomédical » (Annexe 13). De plus, ils ont exprimé un intérêt pour comprendre certaines connaissances biomédicales, parfois même d'ordre **technique** comme l'indication d'une sonde naso-gastrique « *voilà pourquoi est-ce qu'on ? quels sont les risques de pas en poser lors d'un transfert ?* ». L'**hypnose** en tant que modalité thérapeutique a été développée « *c'est un détournement de la conscience en fait [...] moi*

*j'ai fait j'ai pratiqué, j'ai pratiqué pendant deux ans et j'ai fait pas mal d'ateliers là avec une hypnothérapeute et c'était vraiment c'est vraiment chouette ». Enfin la **médecine vétérinaire** a été abordée pour servir de point de comparaison dans la gestion de la douleur « et donc maintenant grâce à une prise de sang, une recherche en fait, c'est une recherche d'ADN sur l'animal ils arrivent grâce à ça ils arrivent à pouvoir doser l'anesthésie au lieu de mettre tant d'anesthésie enfin voilà de diminuer l'anesthésie ».*

Analyse du thème « Relationnel »

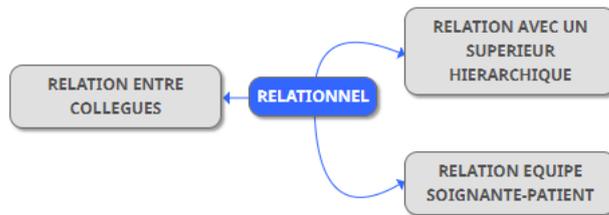


Figure 13 : Carte Heuristique « Relationnel »

Les patients-enseignants ont évoqué d'autres dynamiques relationnelles en dehors de la relation médecin-patient. Ils ont discuté des **relations entre collègues** « je pense que ça doit être compliqué aussi de pouvoir dire à, enfin de dire « je suis gêné par le comportement d'un collègue » enfin », des rapports avec **un supérieur hiérarchique** « il faut faire quelque chose [...] ne serait-ce que pour soi-même si on peut pas changer l'autre au moins on se dit j'ai essayé de, enfin, je veux dire c'est ça pour tout avec vos supérieurs hiérarchiques dans votre travail c'est pareil », ainsi que la **relation entre équipe soignante et patient** « c'est des gens qu'on accompagne pendant des mois voire des années et euh... Ce qui était aussi très compliqué pour les gens qui l'ont vaincu, c'est quand il y a eu des décès de pas pouvoir faire ce chemin de deuil, ne pas faire la toilette enfin, ce sont des choses pour des soignants [...] Il y a tout un rituel en fait c'est compliqué à expliquer je pense que même pour vous médecins, vous avez certainement des rituels. Quand il y a des décès mais sur des soignants je pense que patient-enseignant 1 peut me retrouver là-dessus mais voilà ne pas faire une toilette à une personne qui décède de pas pouvoir appeler les familles enfin tout cet accompagnement qui est important »

Analyse du thème « Outils du médecin »

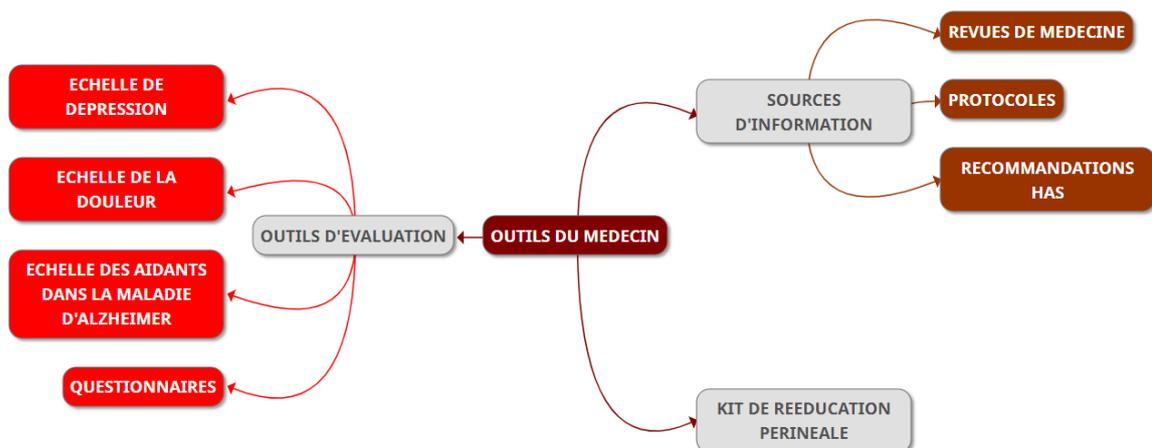


Figure 14 : Carte Heuristique « Outils du médecin »

Les patients-enseignants ont décrit les différentes ressources à la disposition des médecins. Ils ont principalement évoqué des outils d'évaluation tels que les échelles et les **questionnaires**. Il a été

plusieurs fois débattu des aspects positifs et négatifs de **l'échelle de dépression, l'échelle des aidants dans la maladie d'Alzheimer et l'échelle de la douleur** « moi j'ai un peu cette expérience, parce que j'ai travaillé longtemps avec des malades d'Alzheimer et effectivement les médecins s'en servaient pour objectiver peut-être le symptôme entre guillemets. Mais comme je le dis souvent moi et les échelles on est un peu fâché effectivement je pense qu'elles sont utiles je pense que patient-enseignant 2 dira l'inverse [...] rien ne vaut effectivement laisser les gens exprimer leur ressenti sur ce, sur leur douleur et leur fardeau parce que ce qui compte c'est leur ressenti à eux me semble-t-il. Mais elles sont utilisées et quand parfois les gens ont des problèmes pour pouvoir parler, pour pouvoir s'exprimer, pour pouvoir exprimer leur souffrance, passer par une échelle permet peut-être de se distancer un peu de cette souffrance et permet sûrement au médecin de mieux, de mieux objectiver ce fardeau ». Ils ont évoqué les sources d'information telles que les **recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)**, les **revues de médecine** ainsi que l'existence de **protocoles** « quand il y a une personne comme ça qui arrive qui en état d'ébriété, est-ce qu'il y a un protocole je sais pas comment on peut appeler ça à suivre justement pour ces personnes-là ou ou pas du tout non ? ». Enfin, ils ont partagé leurs impressions sur le kit de **rééducation périnéale** « mais c'est bien le kit j'ai regardé là vite fait [...] c'est bien et puis ça permet à ce que la maman puisse le faire tranquille chez elle [...] donc c'est c'est pas mal ».

Analyse du thème « Suivi »

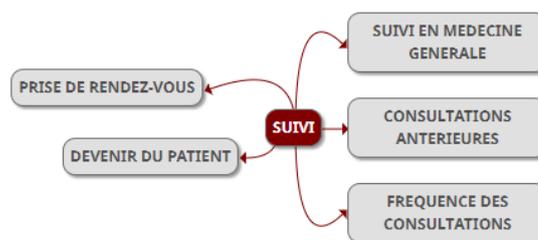


Figure 15 : Carte Heuristique « Suivi »

Les patients enseignants ont rappelé l'importance de la continuité des soins grâce au **suivi assuré par le médecin traitant**. « Patient-enseignant 2 : tu es médecin traitant [...] Patient-enseignant 1 : je pense qu'il va revenir ». Ils ont questionné les **consultations antérieures** « Patient-Enseignant 1 : au niveau du travail, elle a pas du tout parlé de, elle a parlé un moment parlé du travail ? [...] Interne 3 : dans les consultations antérieures ? Patiente 1 : oui dans les consults oui » et le **devenir du patient** « comment va ce monsieur aujourd'hui ? ». Ils ont discuté de la **prise de rendez-vous** pour assurer le suivi du patient « oui ou téléphoner ensemble devant le patient ? ce qui pourrait peut-être te permettre [...] de toi te rassurer aussi un peu ». Enfin, ils ont relevé que la **fréquence des consultations** peut aider pour permettre la réflexion du patient « Interne 4 : du coup c'est surtout la multiplicité des consultations qui fait qu'à un moment donné [...] Patient-enseignant 2 : voilà qui à un moment donné on amène les gens à réfléchir » ou révéler des besoins non exprimés « Patient-enseignant 2 : oui parce que quatre visites ça fait beaucoup quand même [...] Patient-enseignant 1 : bah ouais, y avait quelque chose en tout cas (brouhaha) c'était peut-être quelqu'un qui était en manque ça compte, possible ».

Analyse du thème « Gestion de l'incertitude »

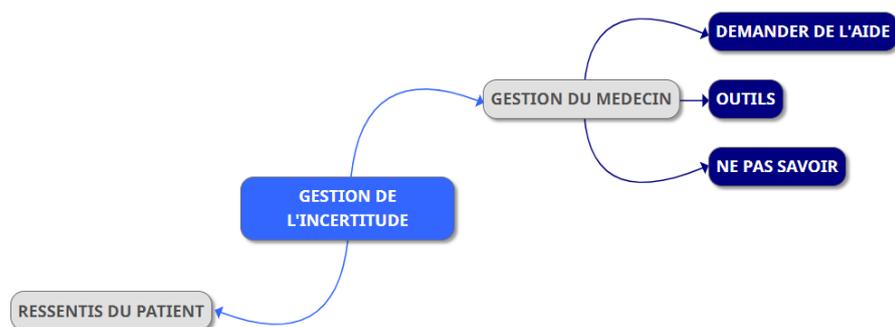


Figure 16 : Carte Heuristique « Gestion de l'incertitude »

Les patients-enseignants ont examiné la gestion de l'incertitude aussi bien du côté du patient que de celui du médecin. Ils ont questionné la différence entre divers types d'incertitudes « *Interne 1 : parce que l'on parle beaucoup d'incertitude mais il y a deux incertitudes pour moi il y a une incertitude personnelle et incertitude professionnelle [...] Patient-Enseignant 1 : ah les deux se rejoignent pas ?* ». Ils ont développé les **ressentis du patient** « *donc tous ces doutes et ces incertitudes alors certains patients peuvent comprendre, parce que vous êtes, il y a des limites de la médecine puis d'autres ça peut faire effectivement générer, ça peut être très anxiogène et pouvant déboucher sur une attitude agressive* ». Ils ont abordé la **gestion du médecin** face à l'incertitude « *dans certaines situations moi quand j'ai à faire à des gens qui paraissent un peu sûrs d'eux et qui font une forme de paternalisme pas trop poussé ça peut être aussi rassurant. Alors je pense que quelque part, il faut que chacun apprenne à doser un peu son niveau d'incertitude parce qu'en face il y a des gens qui sont mis à mal au niveau de leur sécurité intérieure* ». Ils ont questionné **les outils** existants « *Interne 4 : et concrètement quelles aides on peut avoir ? [...] Interne 2 : par rapport au doute [...] Patient-Enseignant 2 : est-ce que vous avez une plateforme ?* ». Ils ont souligné l'importance, pour eux, que le médecin reconnaisse **ne pas savoir** « *mais pour moi un médecin qui me dit « je sais pas » ça me dérange pas. Dès l'instant, où je sais qu'il va continuer à trouver des solutions, à chercher je préfère un médecin qui me dit « je ne sais pas » ou « là je suis pas sûr » euh je ben voilà c'est un être humain qui est en face de moi* », et **demande de l'aide** « *je sais que dans mon cas euh le chirurgien m'a dit « je ne sais pas faire et je préfère que vous alliez à Lieu 3* ». Ça m'a pas posé de souci, moi je préfère un médecin qui me dit « *là mes compétences elles sont, j'ai pas les compétences pour répondre à cette question* » et je mettrai pas de jugement derrière ça parce que effectivement moi je suis dans le cadre d'une maladie rare en plus. Mais ce que je veux dire ce qui m'a rassuré c'est que quand il m'a dit mais « *je vais demander à ma collègue de* » c'est ça en fait ».

Analyse du thème « Temporalité »

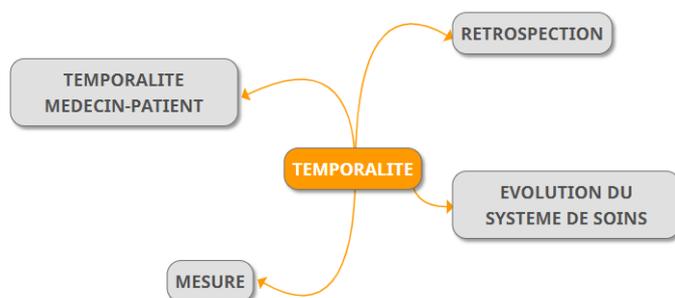


Figure 17 : Carte Heuristique « Temporalité »

Les patients-enseignants ont exploré la temporalité afin de comprendre les interactions humaines avec la **différence de temporalité médecin-patient** « *mais est-ce que le temps du patient est le même que le temps de l'équipe soignante et du médecin je veux dire ?* ». Ils analysaient également l'**évolution du système de soins** dans le temps « *et ça c'était il y a treize ans à peu près et c'était pas encore ça hein. Elle avait pas d'aide hein c'était nous qui la lavions etc. et voilà donc c'est vrai que ça a évolué de ce côté-là et puis heureusement* ». Ils ont souligné l'importance de la prise en compte de la dimension temporelle dans une **mesure** « *voilà mais ce qu'on sait pas, c'est est-ce qu'elle a pris 40 kg en deux ans ?* ». Enfin ils ont démontré les avantages d'une **rétrospection** sur les situations afin de prendre du recul « *après avec du recul voilà nous on peut se poser la question sur le cas* ».

Analyse du thème « Ethique »

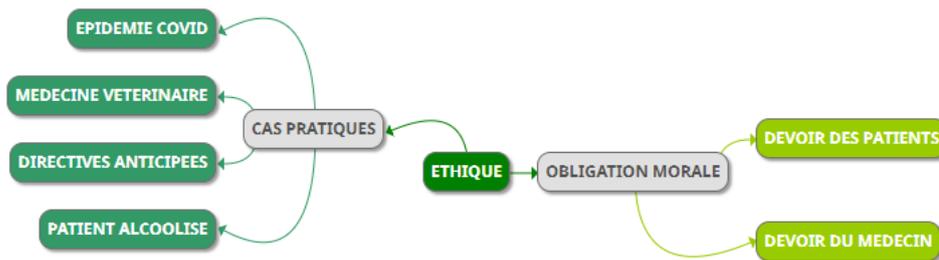


Figure 18 : Carte Heuristique « Ethique »

Les patients-enseignants ont échangé sur des questions éthiques entourant les obligations morales en abordant les **devoirs des patients** « *c'est ce que je disais l'autre jour à une réunion de France Asso Santé où on défend toujours « oui mais les médecins on a des droits* ». Les usagers, le droit des usagers dans tous les sens c'est très vrai et parce qu'ils sont parfois bafoués mais il faudrait aussi que les usagers se posent la question de leurs devoirs envers le corps médical » et les **devoirs du médecin** « *alors de grâce quand vous serez, alors vous avez l'air d'être sensibilisés mais essayez d'analyser effectivement tous les aspects de la situation* ». Ils ont exploré différents cas pratiques liés à l'**épidémie COVID** « *parce que je travaillais encore effectivement c'était euh peut-être ce qui manquait c'était les discussions éthiques, j'en sais rien mais on était là nous non plus dans l'hôpital où je travaillais on a eu aucun cadre COVID et tout le monde s'en satisfait, moi pas* », à la **médecine vétérinaire** « *il y a eu vraiment des gros progrès et c'est là qu'on se dit ils font tout pour nos animaux et pour nous parfois euh des fois on se demande* », aux **directives anticipées** « *et que en fait des directives anticipées bah ça peut être très fluctuant ça peut dépendre de la douleur ça peut dépendre du moral du moment donc c'est vrai que pour les médecins c'est pas quelque chose de si simple [...] c'est de l'humain quoi c'est très compliqué* », et les problèmes liés aux **patients alcoolisés** « *la dame était très alcoolisée et en plus elle allait s'occuper de personnes âgées à domicile c'est bien hein !* ».

Analyse du thème « Sociologie »

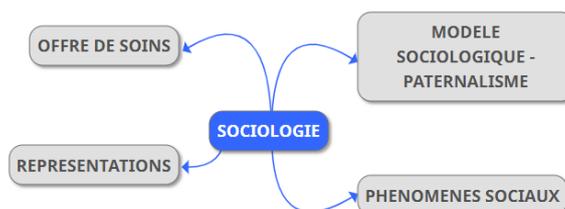


Figure 19 : Carte Heuristique « Sociologie »

Les patients-enseignants ont abordé des notions sociologiques en examinant les **phénomènes sociaux** présents dans la société française « *ce qui est aussi très compliqué aujourd'hui c'est qu'on vit dans une société qui, on veut tout tout de suite il faudrait pratiquement qu'on ait toutes les réponses et il y a peut-être un moment où c'est pas si simple que ça [...] c'est pas simple pour eux parce qu'on est exigeant mais c'est pas que dans la médecine je pense que c'est dans tous les domaines donc on ne supporte pas les non-réponses . On supporte pas, on veut tout tout de suite donc il y a peut-être aussi un problème de société* » ainsi que leurs **représentations** « *Médecin-Enseignant : le mot tuberculose en 1900 en 2020 [...] tu as l'impression de l'annoncer des fois en 1950. Patient-Enseignant 2 : hum hum c'est une connotation négative qui est pas facile* ». Ils ont également discuté **des modèles sociologiques**, tels que le paternalisme « *quand on lit un petit peu, [...] sur le paternalisme c'était le médecin qui savait tout. Le patient c'était un enfant à soigner il a rien à dire et on s'occupe pas du reste quoi [...] mais donc ça c'est un modèle qui perdure parce que les représentations ont la vie dure et ça perdure encore* ». Enfin ils ont précisé les dynamiques contemporaines de **l'offre de soins**, mettant en avant les difficultés de changer de médecin « *actuellement c'est difficile hein de trouver un autre médecin c'est un autre problème là* ».

Analyse du thème « Economie »

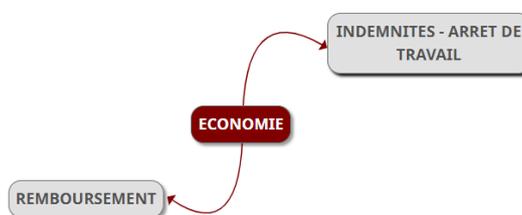


Figure 20 : Carte Heuristique « Economie »

Les patients-enseignants ont exploré quelques notions d'économie en abordant le **remboursement** des séances de rééducation périnéale « *parce qu'on a ouais dix séances je crois quelque chose comme ça de remboursé* », et la question des **indemnités des arrêts de travail** « *il y a le coté argent aussi, elle disait qu'elle travaillait pour l'argent. Et en mi-temps thérapeutique je sais pas si c'est toujours comme ça mais donc elle travaille quatre heures au lieu de huit heures on va dire comme ça, et mais elle touche autant que si elle travaillait à temps complet* ».

Analyse du thème « Prévention »



Figure 21 : Carte Heuristique « Prévention »

La notion de prévention n'a été relevée qu'une seule fois dans les propos des patients-enseignants, lorsqu'ils ont discuté du rôle de prévention du **médecin du travail**. « *Patient-Enseignant 1 : après la médecine du travail c'est fait aussi euh je sais pas c'est fait aussi pour détecter certaines choses que verra pas peut-être un jour. Médecin-Enseignant : donc repérer ? Patient-Enseignant 1 : repérer voilà repérer en fait c'est ça parce que des fois ils vont repérer* ».

DISCUSSION

A PROPOS DES RESULTATS

Les bénéfices de la participation des patients-enseignants dans la formation des internes pour le développement de leurs compétences ont été décrits dans la littérature (13,15,20). La rétroaction multi-source est un puissant facteur de motivation pour modifier le comportement des médecins et promouvoir la pratique réflexive (25). Cependant en janvier 2024, les évaluations des différentes expérimentations menées en France demeuraient encore peu nombreuses. Un rapport conjoint de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et de la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de l'Insertion Professionnelle (DGESIP) soulignait l'importance de disposer davantage d'études, spécifiquement dans le contexte français, pour évaluer les effets de ces programmes et ainsi renforcer leur niveau de preuve (21). Notre étude portait sur la première expérience pédagogique intégrant des patients-enseignants au sein du troisième cycle de médecine générale à l'Université de Tours. Elle s'intégrait dans un projet d'expérimentation mené au sein du DUMG en partenariat avec la CPTS Châteauroux and Co, au cours duquel d'autres thèses ont été soutenues (22-24).

Peu d'études ont été retrouvées concernant l'analyse des contenus pédagogiques des enseignements dispensés par les patients (6). Une étude réalisée en 2017 a analysé les observations de GEPRI soit 93 heures d'enseignement à travers des prises de notes exhaustives renseignant tant sur les contenus des échanges que sur les interactions entre internes et médecins-enseignants (15). En comparaison, dans le cadre de notre recherche, nous avons procédé à l'analyse du contenu brut par retranscription des séances de GEAP-PE, totalisant ainsi 23 heures 30 minutes d'enseignement.

Spontanéité d'expression des patients-enseignants

Dans la littérature, il a été souligné la difficulté des patients à s'exprimer face à l'asymétrie de connaissances et à faire entendre leur point de vue lorsque les professionnels de santé manifestaient parfois un manque d'intérêt (4). De plus, comme stipulé dans la notice d'information et de non-opposition du patient-enseignant de l'expérimentation GEAP-PE (Annexe 1) « *le risque d'un enregistrement est de freiner la spontanéité dans la prise de parole* ». Notre étude a révélé que la prise de parole était très majoritairement spontanée. Les patients-enseignants intervenaient finalement rapidement après la fin de la présentation de l'interne.

Dans l'étude à partir d'observations de GEPRI, il avait été demandé aux patients-enseignants de réagir par énonciation aux propos des internes, c'est-à-dire seulement lorsque les propositions des internes leur semblaient incomplètes ou insatisfaisantes. Or la perspective-patient pouvait être limitée par cette consigne (15). Dans notre expérimentation, il était attendu que le patient-enseignant donne son opinion comme les autres membres du groupe. L'étude réalisée auprès des internes ayant participé à un GEAP-PE dans le cadre de la même expérimentation, a montré que les internes avaient trouvé les échanges libres ce qui permettait une perception positive de l'expérience (22).

Diversité de la forme d'interaction des patients-enseignants

Certains auteurs ont souligné l'importance de prêter attention à la fois au contenu mais aussi à la forme des enseignements dispensés par des patients-enseignants, afin que leurs connaissances expérientielles contribuent de manière efficace à l'amélioration des compétences médicales (20). Notre étude montrait une diversité dans les formes d'interaction ce qui contribuait à enrichir les échanges au sein du groupe et permettait un environnement d'apprentissage stimulant.

L'étude menée auprès des internes ayant participé à un GEAP-PE, décrivait la bienveillance, l'empathie et la compréhension des patients-enseignants, permettant ainsi de former une relation de partenariat (22). Dans notre étude, nous avons constaté que la validation des propos prédominait. Avec la répétition des propos et les encouragements exprimés, ces formes d'interventions représentaient des moyens efficaces pour favoriser un environnement bienveillant et compréhensif. Notre étude a montré que les formes d'interactions des patients-enseignants correspondaient aux recommandations pour la formation des patients-enseignants telles que décrites dans la littérature, notamment la réaction aux discussions avec l'expression de leur ressenti, la proposition de ressources en santé avec l'apport de connaissances et l'encouragement à la réflexivité des étudiants en les questionnant (14,15).

Les résultats d'une revue de la littérature en 2023 sur les interventions des patients dans la formation médicale suggéraient d'« accompagner les patients dans la formulation d'un discours clair et ciblé, où ils s'expriment en experts sur leur propre vie » (20). Notre étude a permis de constater que le type d'intervention « apport d'une expérience personnelle » se divisait entre leur propre expérience (78% des cas) mais aussi celle d'un tiers (22% des cas). Les patients-enseignants partageaient ainsi leur histoire personnelle liée à leur parcours médical et leurs expériences professionnelles. Ils puisaient dans les expériences de tiers rencontrés dans leur cercle familial, au sein de leurs engagements associatifs, au sein de leurs engagements sociétaux comme parent d'élève au collège ou encore dans le cadre de leur travail. Dans la littérature, le recrutement de patients engagés dans le milieu associatif a permis l'apport de l'expérience d'autres patients auxquels ils ont eu accès rendant témoignage d'une histoire collective (9,15). Les patients-enseignants pouvaient également s'appuyer sur leur expérience de soignant. Certains auteurs ont questionné si les savoirs acquis dans ces contextes relevaient encore de l'expérientiel (9). Ces mêmes auteurs ont alors décrit que d'autres types de savoirs existaient, comme les savoirs situés qui permettaient de faire émerger des construits collectifs et partagés, mis à distance de l'histoire personnelle. Ils ont également décrit l'apport de savoirs savants ou experts de la part des patients-enseignants, définis comme des connaissances générales (6,9). Notre étude a rapporté cet apport de connaissance de manière transversale dans plusieurs thématiques.

L'étude examinant l'évocation du patient-enseignant dans les Récits de Situation Complexe Authentique (RSCA) des internes lors des séances de GEAP-PE, a montré de nombreuses similitudes dans les formes d'interventions avec notre recherche comme l'identification d'un nouveau problème dans la situation (apport d'une problématique), l'émotion du patient-enseignant (apport d'un ressenti), questionnement du patient-enseignant (questionne), évocation d'une expérience personnelle du patient-enseignant (apport d'une expérience personnelle), avis différents entre deux patients-enseignants (différence de points de vue entre patients-enseignants) apport des connaissances par patients-enseignants (apport de connaissances), conseils pratiques pour l'interne (apport de conseils) (23). Cependant, il n'a pas été identifié de correspondance concernant l'avis personnel du patient-enseignant, l'interprétation du comportement patient, l'aide au questionnement, l'opinion du patient-enseignant sur l'action de l'interne. Les catégories qui pouvaient s'en approcher étaient respectivement le point de vue patient, l'apport d'une analyse et d'une hypothèse, ainsi que l'éclaircissement de situation. Cette distinction dans l'analyse de la forme pourrait potentiellement éclairer la différence entre les observations initiales et les interprétations personnelles ultérieures faites par les internes des interventions des patients-enseignants telles qu'elles sont transcrites dans les RSCA.

Enfin, l'étude menée auprès des internes ayant participé à un GEAP-PE a dévoilé que internes trouvaient que les patients-enseignants pouvaient avoir un statut de moralisateurs ou de défenseurs des droits des usagers qui était peu apprécié (22). Notre recherche a retrouvé seulement une catégorie « contradiction » et qui représentait moins de 3% des interventions. Il aurait été intéressant d'introduire une catégorie supplémentaire, nommée « apport de jugement » au sein de la forme d'intervention existante intitulée

« apport d'un ressenti ». Cela aurait mieux permis d'appréhender les retours d'interprétation des internes et d'enrichir l'analyse.

Contenu des interactions des patients-enseignants

Dans les freins pour l'intégration des patients dans la formation, certains professionnels ont une réticence à reconnaître la complémentarité de leurs savoirs expérientiels (21). Notre étude a suggéré que les thèmes abordés par les patients-enseignants couvraient un large éventail de sujets qui ne peuvent qu'enrichir les enseignements (2).

Conformément aux attentes et aux constats dans la littérature, l'exploration de thématiques centrées sur le patient a été retrouvée, comme le suggèrent les résultats obtenus (2,14). La prise en compte de l'influence de « l'environnement » et du « comportement du patient » a été majoritairement abordée au cours des séances de GEAP-PE. Les patients-enseignants ont particulièrement mis l'accent sur la nécessité de comprendre non seulement le comportement observé du patient, mais également ses ressentis, ses attentes et sa propre compréhension de la situation. De plus, ils ont souligné l'importance de prendre en considération l'environnement multi-contextuel dans le processus de compréhension du comportement du patient. Cette approche reflète la perspective-patient qui implique de considérer le point de vue des patients afin de mieux répondre à leurs attentes (6,14,26). L'approche centrée sur le patient conduit à travailler une communication empathique entre le patient et son médecin. Notre étude a mis en évidence l'exploration des patients-enseignants dans le domaine de la « communication ». Ces derniers ont mis également en lumière l'importance de la « sémantique » et du choix des mots. Lors d'une étude antérieure menée auprès de sept patients-enseignants ayant participé à l'expérimentation GEAP-PE, les patients-enseignants étaient critiques par rapport à la communication des médecins et souhaitaient les aider dans le champ de la communication et la relation médecin-patient (24). De plus, une revue de la littérature en 2023 sur les interventions des patients dans la formation médicale a montré que les interventions permettaient de mieux comprendre la signification pratique d'une bonne communication patient-médecin (20). Les mots utilisés dans les interactions entre patients et médecins jouaient un rôle important selon les patients-enseignants (26). Les participants d'une conférence internationale sur la voix des patients dans la formation des internes rappelaient l'importance d'une sensibilisation aux mots utilisés et à leurs impacts (27).

Certaines études ont déjà montré que les savoirs expérientiels des patients-enseignants dépassaient la seule compétence d'approche centrée patient et qu'ils étaient plus riches et diversifiés (15). En effet, il a été montré qu'ils renvoyaient également aux parcours de soins et à la relation de soins sur ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas (9,20,28). Les patients-enseignants ont développé l'importance de la « coordination » dans les soins, de la « relation médecin-patient » et des compétences « relationnelles ». Comme retrouvé dans la littérature, ils apportaient des connaissances sur le travail d'équipe en réseaux et valorisaient le rôle des médecins généralistes (2,26). Les patients-enseignants ont abordé également le « comportement du médecin » et critiqué « les outils » disponibles pour son exercice. Ces derniers étaient très sensibles aux stigmatisations ordinaires (6). Comme le montrait notre étude, ils ont discuté sur les représentations du médecin à propos de son patient tout en questionnant la manière de les dépasser. Le strict respect du droit et la proposition de soins respectueux de la dignité et des droits des malades ont également été défendus par les patients-enseignants avec les thèmes « législation » et « éthique » (6,26). Notre étude a également montré que les patients-enseignant allaient au-delà de la perspective-patient avec l'exploration des droits des médecins et du devoir des patients envers le corps médical. Les patients-enseignants ont montré des savoirs savants ou experts dans plusieurs domaines et notamment dans celui du « biomédical », parfois même d'ordres techniques (6,9). Cependant, comme l'avait déjà souligné l'étude sur l'évocation du patient-enseignant dans les RSCA des internes lors des GEAP-PE, il est noté une faible représentation du domaine biomédical. Enfin d'autres thèmes comme

la prise en compte du « suivi », « la temporalité », « la sociologie », « l'économie » et « la prévention » ont été abordés de manière moins significative.

Il a été constaté dans la littérature que le contenu des enseignements des patients-enseignants s'intégrait dans la quasi-totalité des champs de compétences attendues des médecins généralistes. Cependant, les patients-enseignants permettaient d'identifier de nouveaux descripteurs qui pourraient enrichir les descripteurs du référentiel pédagogique du DES de médecine générale tels que « *dévoiler l'incertitude aux patients* » et « *faire apparaître le tiers internet dans la relation de soins* » (14,15). Les patients-enseignants faisaient part de ce que le patient pouvait entendre de son médecin comme l'incertitude médicale (6). Notre étude a également mis en évidence la prise en compte par les patients-enseignants de « la gestion de l'incertitude ». Ils ont exprimé les ressentis des patients mais également leurs attentes concernant la manière pour le médecin de gérer cette incertitude. Bien qu'aucune catégorie spécifique n'ait été définie et individualisée, l'usage d'internet a également été exploré dans ces observations de GEAP-PE. Il avait déjà été rapporté que les patients-enseignants cherchaient à réconcilier les internes avec l'usage d'internet par leurs patients (6). Dans notre recherche, les patients-enseignants ont discuté de la visibilité des médecins sur internet et ses répercussions, ainsi que de l'utilisation d'internet par les patients pour leurs propres recherches. Il n'avait pas été retrouvé la compétence « Urgences, premier recours » dans l'observation des GEPRI et il était émis l'hypothèse que la situation d'urgence était un impensé de la perspective-patient (15). Notre étude a permis de révéler, sans qu'une catégorie n'ait été créée, que l'urgence réelle ou ressentie était discutée par les patients-enseignants.

L'étude sur l'évocation du patient-enseignant dans les RSCA des internes lors des GEAP-PE, n'a pas retrouvé la même diversité de thématiques que notre recherche. En effet, les patients-enseignants étaient seulement impliqués dans le champ relationnel, éthique, social et biomédical (23).

Il convient de nuancer la richesse des contenus des interventions des patients-enseignants. En effet, la nature des discussions de groupe au sein des séances de GEAP-PE qui réunissaient des internes, des médecins-enseignants et patients-enseignants, a conditionné l'exploration de ces thèmes et problématiques (26). Bien que la forme d'intervention majoritaire ait été la validation des propos, il a été fait le choix d'interpréter seulement les propos clairement exprimés par les patients-enseignants. Enfin, comme il est mentionné dans la littérature, les observations des patients-enseignants devraient être complétées par des entretiens afin d'approfondir le sens de leurs réactions ou de leurs silences (26).

LES FORCES ET LIMITES

L'approche quantitative descriptive a permis une compréhension détaillée des données relatives au type de prise de parole, à la forme et au contenu des interventions des patients-enseignants. Parallèlement, l'approche inspirée de l'analyse inductive générale, anciennement appelée analyse thématique de contenu s'est avérée pertinente pour explorer et extraire des thèmes émergents à partir de données riches et variées. La triangulation des méthodes, combinant à la fois des approches quantitatives et qualitatives a permis d'atteindre une compréhension plus approfondie et nuancée du sujet.

Le format des enregistrements de type discussion de groupe a nécessité une attention particulière pour identifier le statut de chaque intervenant, pour maintenir la cohérence et assurer la progression des thèmes abordés. Cependant, l'enquêteur a pu être confronté à des erreurs de transcription. Il a pu être soumis à des erreurs de compréhension lors de difficultés d'audition notamment quand plusieurs personnes s'exprimaient simultanément, ainsi qu'à des omissions involontaires. La présence d'un seul transcripteur n'a pas facilité la minimisation de ce biais méthodologique. Cependant l'absence de recours à un logiciel de retranscription automatisé a permis à l'enquêteur de se familiariser avec les

données brutes, favorisant ainsi une meilleure compréhension des interactions entre les différents intervenants et de suivre le fil conducteur des idées.

En raison de l'épidémie COVID-19 et des restrictions sanitaires, les dernières séances de chaque groupe ont été réalisées en visioconférence. Ces discussions en distanciel ont potentiellement altéré la spontanéité et la fluidité des échanges. L'absence d'un patient-enseignant lors de la deuxième séance a pu participer à déséquilibrer les échanges entre les internes et le patient-enseignant. L'analyse de données brutes des séances de GEAP-PE a permis de ne pas être affecté par le biais de mémoire ce qui aurait pu être le cas dans une étude rétrospective.

Les enregistrements provenaient des huit premières séances de la première expérience pédagogique intégrant des patients-enseignants au sein du troisième cycle de médecine générale à l'Université de Tours. La nouveauté de l'expérimentation et le manque d'expérience des patients-enseignants et des médecins-enseignants ont pu entraîner un biais temporel.

L'absence de triangulation des chercheurs a pu entraîner un biais d'interprétation unilatérale de la part de l'enquêteur novice. Pour assurer la triangulation des analyses, un échange régulier sur l'étiquetage a été réalisé avec la directrice de thèse.

PERSPECTIVES

Afin d'obtenir une étude plus complète des savoirs expérientiels apportés par les patients-enseignant au sein d'une même expérimentation, il serait intéressant de mettre en place une étude combinant les données recueillies à partir d'entretiens, de questionnaires et des observations.

L'étude sur l'évocation du patient-enseignant dans les RSCA des internes lors des GEAP-PE a révélé des divergences entre les thèmes abordés dans les enregistrements et la manière dont les internes les interprétaient dans leurs écrits. Il pourrait être intéressant de comparer ces résultats et d'étudier quelles sont les raisons d'une telle différence.

Le binôme médecin-enseignant et patient-enseignant semblait avoir une importance dans l'acceptation des interventions des patients-enseignants. Il pourrait être pertinent d'analyser les interactions des médecins-enseignants avec les patients-enseignants lors des GEAP-PE, afin d'étudier leur influence potentielle sur la prise en considération des idées des patients notamment dans les RSCA des internes.

CONCLUSION

Notre étude a montré que les patients-enseignants osaient prendre la parole spontanément au cours des séances de GEAP-PE. Les formes variées d'interactions des patients-enseignants avec le groupe ont enrichi les échanges et ont suggéré une manière d'apprentissage stimulante pour les étudiants. Comme retrouvé dans la littérature, des thématiques centrées sur le patient ont été prédominantes permettant d'apporter une perspective-patient à l'enseignement. Notre étude a également suggéré que les savoirs expérientiels allaient au-delà de la seule approche centrée patient avec une richesse d'autres thématiques abordées. Les savoirs apportés par les patients-enseignants ont ainsi favorisé la compréhension du point de vue du patient, de ses expériences, tout en renforçant la capacité de communication, correspondant à la définition de l'empathie. Il serait intéressant d'analyser les conséquences sur la pratique des étudiants en médecine, de l'intégration des savoirs de ceux qui bénéficient de leurs soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med.* 2009 Sept;84(9):1182-91.
2. 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 Janv 2;42(1):4-16.
3. 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 Janv;44(1):64-74.
4. 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. *Sante Publique.* 2015 Mars 18;S1(HS):41-50.
5. Pernin T, Sahler C, Monotuka S, Trainard PY. Savoir reconnaître le savoir expérientiel des patients : une humilité et une force pour le médecin généraliste. *Médecine.* 2018 Janv;277:19-22.
6. Gross O. La médecine générale au défi de la démocratie en santé. *Médecine.* 2017 Déc;462-465.
7. Légifrance. (page consultée le 13/01/24). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne].<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/>
8. Merle R, Casagrande A, Pariset A, Pépin JL, Palombi O, Debru R, et al. Rôles des patients dans le système de santé, la formation et la recherche en santé : une perspective française. *Sante Publique.* 2021 Oct;69(5):307-13.
9. 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 Déc 31;(201):71-82.
10. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 14/01/24). Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, [en ligne].https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soute-nir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medi/
11. Safon MO. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé IRDES. [en ligne].2022. [consulté le 15/01/2024]. Disponible sur Internet : <<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projet-de-loi-relatif-a-l-organisation-et-a-la-transformation-du-systeme-de-sante.pdf>>
12. Sarron N. Le patient-enseignant Un nouveau regard sur notre système de santé. Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique. Sciences Po Rennes. [en ligne].2019. [consulté le 15/01/2024]. Disponible sur Internet : <<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2019/ppasp/Nicolas%20SARRON.pdf>>
13. Chevallier F, Duhot D, Ruelle Y, Mercier A, Lombrail 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 Juin;(1):281-93.
14. Ruelle Y, Gross O, Gagnayre R, Mercier A. Enseigner avec les patients aux internes de médecine générale : un programme innovant, un modèle d'intégration. *Exercer.* 2022 Mar 1;33(181):140-2.
15. Gross O, Ruelle Y, Khau CA, Sannié T, Gagnayre R. L'utilité des patients-enseignants dans la formation initiale des médecins généralistes. *Revue Éducation, Santé, Sociétés.* 2017;3(2):37-54.
16. Samko B, Ruiz C, Rousseau A, Robert J. Que nous disent les animateurs évaluateurs des traces d'apprentissage produites au décours des groupes l'enseignement facultaire à Tours ? *Exercer.* 2020;161:136-137.

17. Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG). (page consultée le 15/01/24). Les groupes d'échanges et d'analyse de pratique avec la participation de patients-enseignants (GEAP-PE). [en ligne].<https://dumg.univ-tours.fr/les-g-e-a-p/>
18. Ministère de la Santé et de la Prévention. (page consultée le 15/01/24). Des patients enseignants au cœur des territoires [en ligne].<https://sante.gouv.fr/archives/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/centre-val-de-loire/article/des-patients-enseignants-au-coeur-des-territoires/>
19. Cabannes A, Ghasarossian C, Schwartz JC. Guider et évaluer la réflexivité des internes durant leur DES de médecine générale. *Exercer*. 2019;154:281-4.
20. Massé J, Beaura S, Tremblay MC. Fostering the development of non-technical competencies in medical learners through patient engagement: a rapid review. *Can Med Ed J*. [en ligne].2023. [consulté le 28/02/2024]. Disponible sur Internet : <<https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cmej/article/view/73630>>
21. Ministère de la santé et de la Prévention. Participation des patients à la formation initiale des médecins: Restitution des travaux conduits par la DGOS en lien avec la DGESIP. [Rapport].2024.
22. Couret S. Développement de l'Approche Centrée Patient par les internes de médecine générale pendant les Groupes d'Echanges et d'Analyses de Pratiques incluant des Patients-Enseignants (GEAP-PE). [Thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours ; 2023.
23. Bobu C. La place du patient-enseignant dans la formation des internes en médecine générale : analyse des récits produits lors des groupes d'échanges et d'analyse de pratique. [Thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours ; 2022.
24. Sooltangos Z. Motivations, ressentis et posture des Patients Enseignants intervenant en DES de médecine générale dans l'Indre. [Thèse d'exercice]. Tours: Université de Tours ; 2022.
25. Lai MMY, Roberts N, Martin J. Effectiveness of patient feedback as an educational intervention to improve medical student consultation (PTA Feedback Study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014 Déc;15(1):361.
26. 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. *Revue française des affaires sociales*. 2017 Mars;2(1):61-78.
27. Towle A. Where's the patient's voice in health professional education? *Nurse Educ Pract* 2006;6(5):300-2.
28. Aires MJ, Gagnayre R, Gross O, Khau CA, Haghghi S, Mercier A, et al. The Patient Teacher in General Practice Training: Perspectives of Residents. *Journal of Patient Expérience*. 2019 Déc;6(4):287-95.

NOTICE D'INFORMATION ET DE NON-OPPOSITION DU PATIENT ENSEIGNANT

Phase d'expérimentation des GEAP-PE du DUMG de TOURS

Investigateur : DUMG

Institution : Université de Tours, Faculté de Médecine

INTRODUCTION ET OBJECTIF

Vous êtes volontaires pour co-animer avec un médecin enseignant des Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratiques associant des Patients Enseignants se déroulant dans l'Indre ce semestre.

L'intégration des patients dans l'enseignement des futurs professionnels de santé est un processus qui se développe dans tous les pays anglo-saxons et européens. L'objectif de cette démarche est d'aider les professionnels à prendre en compte de façon plus systématique la perspective du patient et à développer sa compétence « Approche Centrée Patient ».

Afin d'accompagner cette phase d'expérimentation d'un programme de recherche, le Comité de Pilotage du programme a considéré qu'un enregistrement de chaque séance serait particulièrement utile à l'analyse des échanges et de leur contenu, et de ce qui peut différer par rapport à des GEAP sans patient.

Cette notice d'information et de non-opposition vous informe sur les risques, la gêne et l'inconfort que vous pourriez ressentir pendant ces enregistrements. Cette information est destinée à vous aider à décider si vous désirez ou non participer à cette recherche. Ne signez pas cette notice avant d'être entièrement satisfait(e) de votre information.

QUI PEUT PARTICIPER ?

Ne peuvent animer les séances de GEAP-PE que les patients ou usagers de la Santé ayant validé la formation dédiée à cette fonction organisée par la CPTS Châteauroux & Co.

QU'EST-CE QUE CELA IMPLIQUE ?

Au cours des échanges, que ce soit en phase de réaction, d'analyse de la situation, et de discussion à la restitution des questions de recherches, chaque étudiant est invité à exprimer ses idées et ses ressentis. Le binôme médecin-patient enseignant adopte une fonction d'animateur et non d'expert et le patient enseignant est invité à donner son avis comme les autres membres du groupe. Les séances seront intégralement enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique.

RISQUES ET GENES EVENTUELS :

Le risque d'un enregistrement est de freiner la spontanéité dans la prise de parole, les échanges pouvant eux-mêmes éventuellement donner lieu à certaines réactions émotionnelles

dont il sera souhaitable de parler en groupe enseignant a posteriori. La responsabilité du médecin enseignant sera d'être vigilant concernant ces paramètres, pour laisser toute la place à la qualité des échanges dans le respect des valeurs énoncées dans la charte éthique validée par le groupe des patients enseignants.

BENEFICES EVENTUELS :

La participation à l'enseignement des futurs médecins généralistes est l'occasion pour un usager de la Santé de contribuer à l'amélioration du système de santé. Le fait d'associer ces enseignements à un programme de recherche donne à cette démarche une dimension nationale, et le patient enseignant pourra s'il le souhaite faire valoir sa participation aux premières séances d'enseignement de futurs médecins généralistes associant des patients en région Centre Val de Loire.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES :

L'enregistrement audio de chaque séance sera identifié avec un code unique ne permettant pas de faire le lien avec le participant. Votre identité ne sera pas communiquée. Aucune information qui pourrait vous identifier, ni faire le lien entre vous et une information que nous présenterons ne sera révélée.

QUI EST RESPONSABLE DE CETTE ETUDE ?

C'est le groupe de travail « Recherche » du COPIL du développement de ce programme pédagogique, associant des membres du DUMG, des généralistes enseignants, des représentants des étudiants et des patients.

INTERRUPTION DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien vos relations avec les médecins enseignants.

QUESTIONS OU INFORMATION COMPLEMENTAIRE :

Si vous avez des questions sur cette étude, vous pouvez contacter le Dr Cécile Renoux, MCU au DUMG. N'oubliez pas de conserver une copie de ce formulaire.

ACCORD DE PARTICIPATION :

Après avoir discuté et obtenu les réponses à mes questions, j'accepte librement et volontairement l'enregistrement audio des séances auxquelles je participe. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon accord à ma participation à cette étude, et cela quelles qu'en soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

J'ai bien reçu une copie de cette notice d'information et de non-opposition.

Nom du participant :

Nom de l'investigateur :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :



NOTICE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

Phase d'expérimentation des GEAP-PE du DUMG de TOURS

Investigateur : DUMG

Institution : Université de Tours, Faculté de Médecine

INTRODUCTION ET OBJECTIF

Vous êtes inscrits aux Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratiques associant des Patients Enseignants se déroulant dans l'Indre ce semestre

L'intégration des patients dans l'enseignement des futurs professionnels de santé est un processus qui se développe dans tous les pays anglo-saxons et européens. L'objectif de cette démarche est d'aider les professionnels à prendre en compte de façon plus systématique la perspective du patient et à développer sa compétence « Approche Centrée Patient ».

Afin d'accompagner cette phase d'expérimentation d'un programme de recherche, le Comité de Pilotage du programme a considéré qu'un enregistrement de chaque séance serait particulièrement utile à l'analyse des échanges et de leur contenu, et de ce qui peut différer par rapport à des GEAP sans patient.

Cette notice d'information et de non-opposition vous informe sur les risques, la gêne et l'inconfort que vous pourriez ressentir pendant ces enregistrements. Cette information est destinée à vous aider à décider si vous désirez ou non participer à cette recherche. Ne signez pas cette notice avant d'être entièrement satisfait(e) de votre information.

QUI PEUT PARTICIPER ?

Ne peuvent participer aux séances de GEAP-PE que les étudiants inscrits sur la plateforme d'inscription du DUMG.

QU'EST-CE QUE CELA IMPLIQUE ?

La durée des séances est la même que celle des GEAP sans patient enseignant. Au cours des échanges, que ce soit en phase de réaction, d'analyse de la situation, et de discussion à la restitution des questions de recherches, chaque étudiant est invité à exprimer ses idées et ses ressentis. Le binôme médecin-patient enseignant adopte une fonction d'animateur et non d'expert et le patient enseignant est invité à donner son avis comme les autres membres du groupe. Les séances seront intégralement enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique.

RISQUES ET GENES EVENTUELS :

Le risque d'un enregistrement est de freiner la spontanéité des échanges, d'autant que la présence d'un patient enseignant est également très inhabituelle pour un groupe d'interne. La responsabilité du médecin enseignant sera d'aider à oublier ces paramètres qui peuvent être ressentis comme des facteurs jugeant pour laisser toute la place à la qualité des échanges et

de la formation. Il est attendu de la présence des patients enseignants une plus-value de la qualité de la formation.

BENEFICES EVENTUELS :

L'enregistrement intégral des séances offre à chaque étudiant et au DUMG la possibilité d'initier de nombreuses voies de recherche et de sujets de thèses de médecine générale pour les étudiants qui seraient intéressés. Les étudiants sensibles aux considérations pédagogiques et à l'Approche Centrée Patient pourront aussi faire valoir leur participation aux premières séances d'enseignement associant des patients en région Centre Val de Loire.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES :

L'enregistrement audio de chaque séance sera identifié avec un code unique ne permettant pas de faire le lien avec le participant. Votre identité ne sera pas communiquée. Aucune information qui pourrait vous identifier, ni faire le lien entre vous et une information que nous présenterons ne sera révélée.

QUI EST RESPONSABLE DE CETTE ETUDE ?

C'est le groupe de travail « Recherche » du COPIL du développement de ce programme pédagogique, associant des membres du DUMG, des généralistes enseignants, des représentants des étudiants et des patients.

INTERRUPTION DE VOTRE PARTICIPATION :

Votre décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien vos relations avec le DUMG.

QUESTIONS OU INFORMATION COMPLEMENTAIRE :

Si vous avez des questions sur cette étude, vous pouvez contacter le Dr Cécile Renoux, MCU au DUMG.

N'oubliez pas de conserver une copie de ce formulaire.

ACCORD DE PARTICIPATION :

Après avoir discuté et obtenu les réponses à mes questions, j'accepte librement et volontairement l'enregistrement audio des séances auxquelles je participe. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon accord à ma participation à cette étude, et cela quelles qu'en soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

J'ai bien reçu une copie de cette notice d'information et de non opposition.

Nom du participant :

Nom de l'investigateur :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Mme Audouit et Dr RENOUX Cécile

Titre du projet de recherche : Quelles sont les interventions des patients-enseignants lors des GEAP-PE ? Analyser le moment, la forme et le type de contenu des interventions des patients enseignants au cours d'un Groupe d'Echange d'Analyse de Pratique Patient-Enseignant (GEAP-PE)

N° du projet : 2022 018

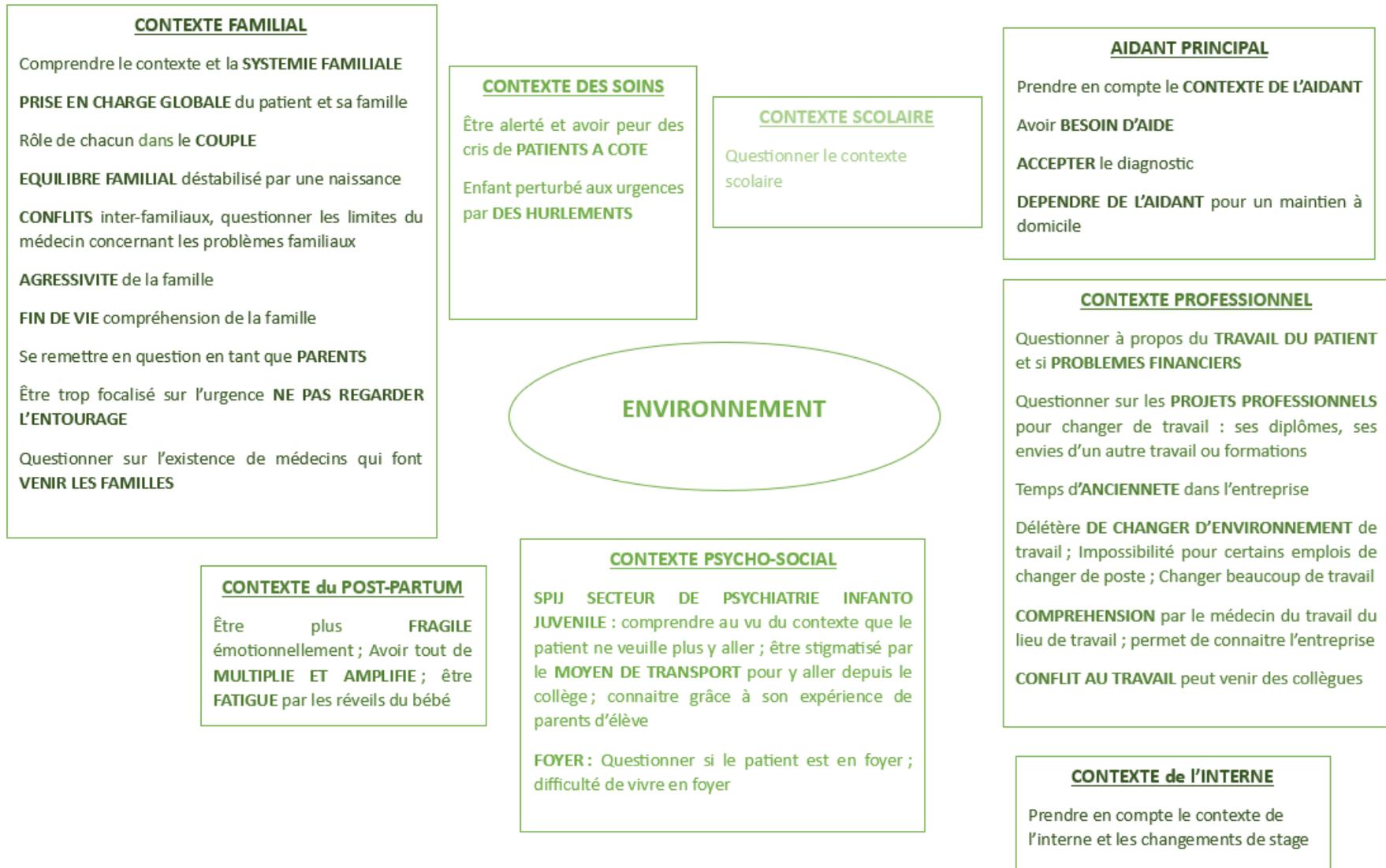
Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE**
- DÉFAVORABLE**
- SURSIS A STATUER**
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2022 018

A Tours, le 21/04/2022

**Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique**



Annexe 4 : Le thème « Environnement »

MEDECIN DU TRAVAIL

IMPORTANT de son rôle; être étonné que les enseignants n'ont pas de médecin du travail

FREQUENCE DES VISITES médicales

Trouver les visites médicales **FORMELLES**; médecin du travail n'ont pas beaucoup de temps; la forme de la consultation dépend des professions

Permettre **D'AMELIORER LE POSTE**, avoir un aménagement de poste

Avoir une fiche lors de la **REPRISE AVEC DES RESTRICTIONS**, transmise au patron

PSYCHIATRE

Questionner qui doit faire **L'ARRET DE TRAVAIL**

INSTAURATION DU TRAITEMENT

Possibilité pour une **URGENCE PSYCHIATRIQUE**

Savoir le **FONCTIONNEMENT DU SPI** et la **MAISON DES ADOS**

Difficulté d'emmener un enfant à un psychiatre

PROFESSIONS PARAMEDICALES

INFIRMIERE pose plus de sonde naso-gastrique; rôle un peu maternel: permet d'avoir plus d'informations

INFIRMIERES ASALEE

KINESITHEAPEUTE être débordé

PSYCHOLOGUE se questionner sur son avis; approuver la démarche d'indiquer un psychologue

POMPIER ne pas avoir accès aux informations sur les souhaits de réanimations du patient; Ras-le-bol des pompiers de s'occuper de personnes alcoolisées

PLURIDISCIPLINARITE – TRAVAILLER EN RESEAU

PLURIDISCIPLINARITE: travailler ensemble pour le patient; Ne pas être seul en tant que médecin; Être aidé par les réseaux. Manquer de réflexe pour le médecin de solliciter une aide extérieure; Se protéger de travailler de manière automatique et questionner sa pratique

COMPTE-RENDU: permettre une coordination entre professionnels; être rassuré par le compte-rendu de consultation psycho-social pour comprendre

COORDINATION: se connaître pour avoir une coordination; Trouver un moyen d'avoir un temps de coordination; Suggérer de faire de la télé-médecine

REUNIONS PLURIDISCIPLINAIRES: rôle du médecin généraliste

Aurait dû se faire aider par un autre médecin pour **UNE FIN DE VIE A DOMICILE**; Contacter le médecin généraliste pour prévenir du **RETOUR A DOMICILE**

COORDINATION

REPRESENTANT DES USAGERS

La **CDU COMMISSION DES USAGERS** également possible pour aider les personnels soignants

Faire partie d'une **ASSOCIATION** France Asso Santé; pouvoir choisir son association

SAISIR LA COMMISSION permet de faire remonter pour que ça ne se reproduise pas; permettre d'apaiser les choses, de négocier; la médiation permet de discuter, sans forcément punir la personne.

Avoir beaucoup **DE RESSOURCES** qu'on ne connaît pas; conseiller d'aller voir le site internet de l'hôpital et une plaquette des usagers avec tous les recours

HAD Hospitalisation à Domicile

TRAVAIL EN RESEAU

DROIT D'ACCES à l'HAD et accord du médecin traitant

MOURIR A DOMICILE grâce à la seule solution de l'HAD

EHPAD

Epidémie COVID, les personnes âgées n'étaient pas prioritaires aux urgences, pas assez de sédation, absence des familles

PMI Protection Maternelle Infantile

Avoir le sentiment d'être jugé lors de leur intervention

AUTRES STRUCTURE D'AIDES

CENTRE D'HOSPITALISATION MERE-ENFANT

STRUCTURES D'AIDE AUX AIDANTS

La **MDPH** Maison départementale des personnes handicapées peut venir réadapter et améliorer des postes

SAMU: faire rarement des transfusions sur place

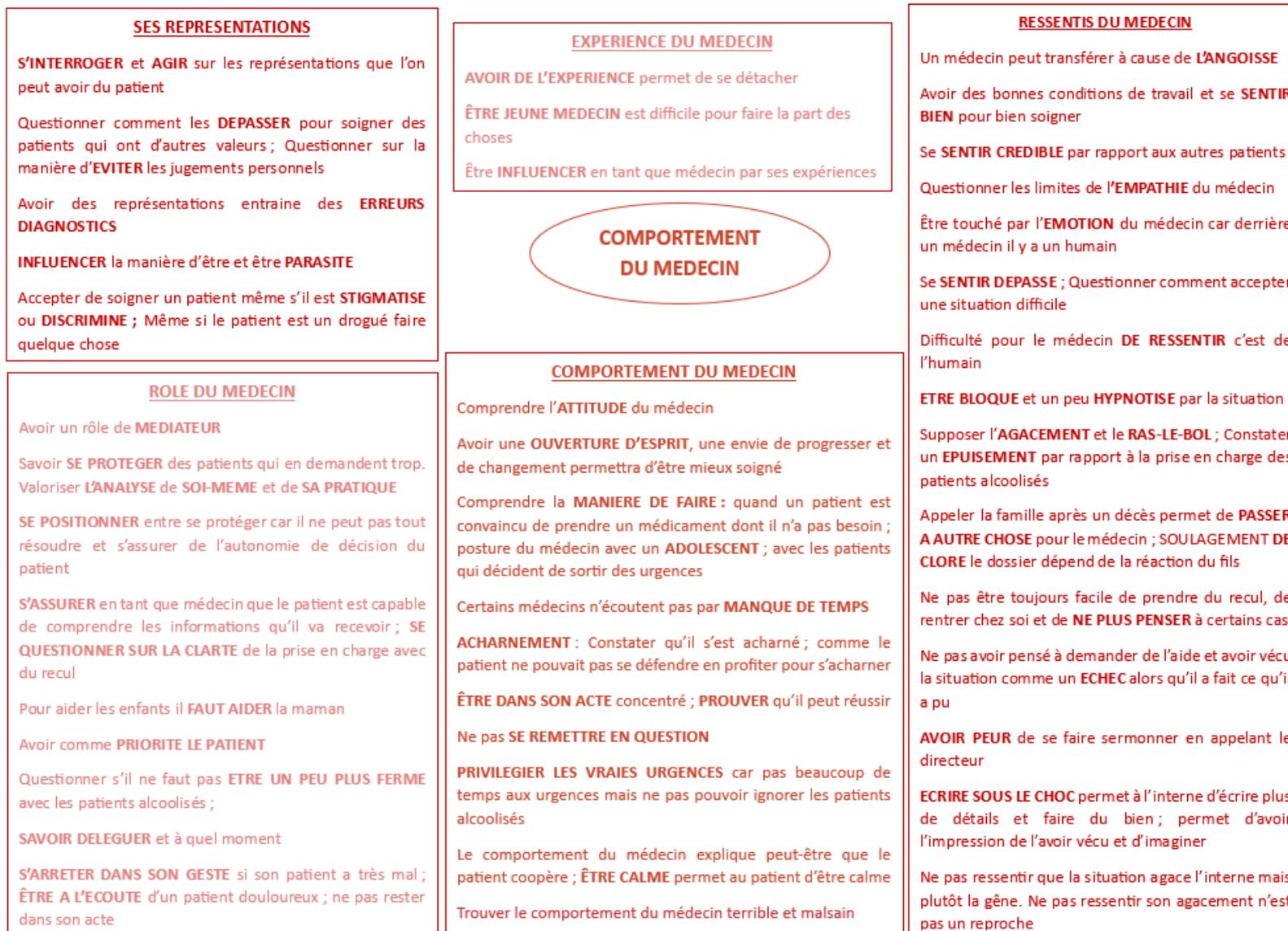
THERAPIE INTER-FAMILIALE: Importance dans les conflits familiaux

Questionner si les médecins adressent les patients alcoolisés après la prise en charge

Annexe 5 : Le thème « Coordination »



Annexe 6 : Le thème « Comportement du patient »



Annexe 7 : Le thème « Comportement du médecin »

COMMUNICATION DU MEDECIN

S'ADAPTER AU PATIENT avant de poser les questions

Comprendre une meilleure communication
AVEC UN AUTRE MEDECIN

POSER UNE PHRASE SIMPLE « comment allez-vous aujourd'hui ? » ; permettre au patient de s'ouvrir ; sa manière de la poser en fonction du médecin ; interroger les **PREMIERES QUESTIONS** du médecin lors d'une consultation

ANNONCE DE FIN DE VIE : connaître le patient pour le faire ; savoir communiquer

ANNONCE DIAGNOSTIC patient-dépendant, vouloir savoir tout de suite ou être rassuré savoir de manière progressive, s'interroger sur le souhait du patient comme annonce

SOINS PALLIATIFS savoir communiquer ; Bien expliquer que les soins palliatifs ne sont pas un abandon mais une autre étape

SEXUALITE : rôle de première approche ; être à l'aise, prendre du recul par rapport à lui-même ; avoir quelques questions pertinentes

ECHELLE DE DEPRESSION peut bloquer

PMI savoir communiquer

Négocier avec **UN PATIENT ALCOOLIQUE**

COMMUNICATION DU PATIENT

SEXUALITE hésiter à en parler ; avoir plus de difficulté pour un homme que pour une femme ; en parler avec le gynécologue depuis la jeunesse, être mal à l'aise

ATTENDRE LA QUESTION SIMPLE « comment allez-vous aujourd'hui ? » ne pas se sentir légitime pour se plaindre ; Être plus à l'aise pour s'ouvrir

PATIENT NON COMMUNICANT difficulté

BARRIERE DE LA LANGUE difficulté

Manière de **PARLER AU MEDECIN** « rentrer dans le lard » du médecin et n'avoir jamais gain de cause à l'hôpital

COMMUNICATION

TECHNIQUE DE COMMUNICATION

REFORMULATION : rassurer le patient, se sent écouté

Privilégier **L'ECOUTE ACTIVE** et **L'EMPATHIE** ; **ECOUTER** mais ne pas vouloir **ENTENDRE** forcément

ABSENCE DE COMMUNICATION : anxiogène ; **TEMPS DE SILENCE** peut être long

RELEVER LES SOUHAITS exprimés du patient

PREVENIR des gestes à faire

NE PAS DIRE au patient « c'est dans votre tête » ; qu'il a « une petite » dépression »

DONNER UNE EXPLICATION lors d'une convocation par téléphone ; lors d'une prescription systématique

INTERROGER PENDANT L'EXAMEN : faire moins interrogatoire

DEPEND DE LA PERSONNE en face

MANIERE DE DIRE les mots ; Arriver à poser les choses et **LES DIRE**

S'ENTRAINER pour aider le médecin à **NEGOCIER**

COMMUNICATION EN PRESENCE D'UN TIERS

REQUESTIONNER L'ACCOMPAGNEMENT quand la situation peut mettre en difficulté

L'ABSENCE DU PARENT favorise la communication ; poser la question sur la présence du parent ; communication pour mettre à l'écart le parent

REPOUDRE EN TANT QUE PARENT car difficulté pour le patient de répondre aux questions du médecin.

Questionner la communication **INTER-FAMILIALE**

Manière pour **CONVOQUER UNE FAMILLE** ; qui informe les autres membres pour la thérapie familiale

RECONTACTER LA FAMILLE après un décès

TRADUCTEUR FAMILIAL difficulté de communiquer via la famille ; ne pas savoir comment la famille traduit

FIN DE VIE difficulté de communiquer à la famille de « savoir quand » alors que le médecin ne sait pas lui-même ; Parler de ses limites à la famille

COMMUNICATION SUR INTERNET

Ne pas dire sa **SATISFACTION**

Annexe 8 : Le thème « Communication »

MEDECIN DE FAMILLE

Le médecin généraliste est un médecin de famille ; **IMPORTANT** du médecin de famille

Aller voir le médecin de famille pour **TROUVER DES SOLUTIONS**

ÊTRE GENE DE DEMANDER UN FROTIS à son médecin de famille

AVOIR PEUR D'ÊTRE JUGÉ par son médecin de famille qu'on connaît depuis l'enfance

Être perdu en tant que médecin traitant car **CONNAITRE TELLEMENT LA FAMILLE** qu'à un moment donné il **ATTEINT SES LIMITES**

RELATION DE CONFIANCE

SE CONFIER à son médecin

LES COMPETENCES DU MEDECIN passent devant la relation de confiance

Avoir une relation de confiance pour **PARLER DE SEXUALITE**

Questionner **LA CONFIANCE DES AUTRES PATIENTS** dans le médecin

NE PAS PERDRE CONFIANCE dans le corps médical car ils lui ont sauvé la vie

RELATION DE RESPECT

Avoir un **RESPECT MUTUEL**, **AVOIR PERDU** ce respect mutuel

Être plus respectueux du médecin **QUAND ON EST AGE**

CONNAITRE SON MEDECIN – ANCIENNETE DE LA RELATION

Connaître son patient en tant que médecin généraliste

PLUS FACILE DE PARLER DE SEXUALITE QUE DE REALISER UN FROTIS par son médecin traitant ; Parler de sexualité dépend de la relation et l'ancienneté de la relation ; Être plus à l'aise avec un **MEDECIN QUE L'ON NE CONNAIT PAS** ;

PERDRE en tant que médecin généraliste la **PRISE DE RECU** pour analyser le comportement

RELATION MEDECIN-PATIENT

La relation médecin-patient est un **EQUILIBRE**, prendre soin les uns des autres

Ne pas avoir des liens purement médicaux ; **AVOIR DE LA COMPASSION** pour son patient

La différence entre un gynécologue et un médecin généraliste n'est pas dans les compétences mais dans **LE RELATIONNEL**

MEDECIN REMPLACANT – CHANGEMENT DE MEDECIN

Permettre de **BOUSCULER SES HABITUDES**

APPRECIER LE CHANGEMENT de médecin car il ne connaît pas le patient

Même si le médecin traitant est apprécié, avoir un médecin jeune **PERMET D'AIDER AUTREMENT**

NE PAS ETRE GENE

SAVOIR DIRE SI L'ON NE VEUT PAS

Importance pour le patient de **DEMANDER S'IL ACCEPTE** une consultation avec l'interne

CONTRAT PATIENT-MEDECIN

Demander ce que signifie un contrat avec le patient

CONTRAT MORAL ; ne peut **PAS ETRE OBJECTIF** ; est un **ENGAGEMENT RECIPROQUE** ; peut être un **PARTAGE**

S'étonner que le **MEDECIN EST ROMPU LE CONTRAT** avec son patient. Penser la rupture de contrat dans le sens patient-médecin mais pas dans le sens médecin-patient

MENSONGE

Un patient peut mentir à son médecin

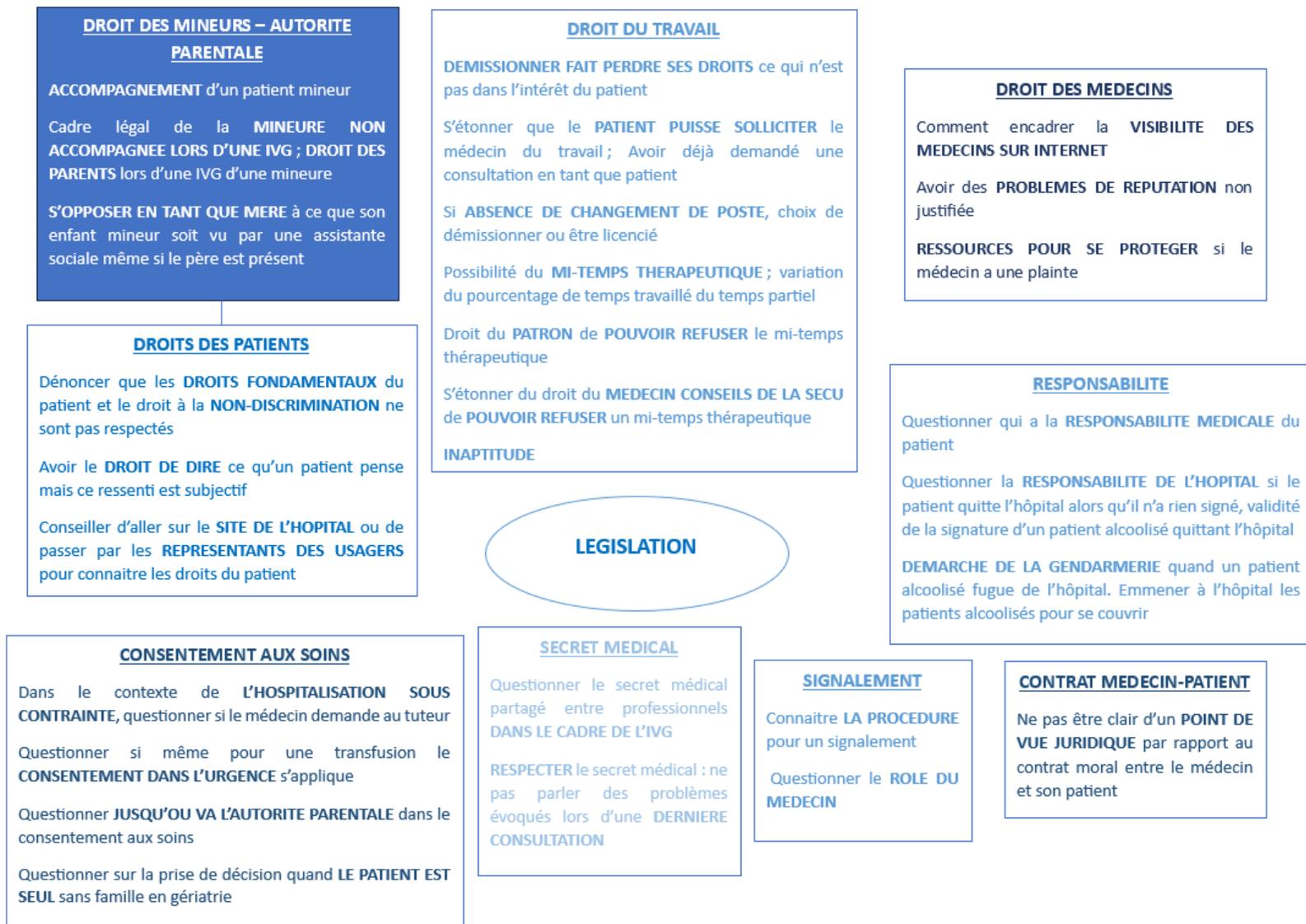
PRISE DE DECISION

SUIVRE LE CHOIX DU MEDECIN si le médecin a confiance et qu'il propose la meilleure formule.

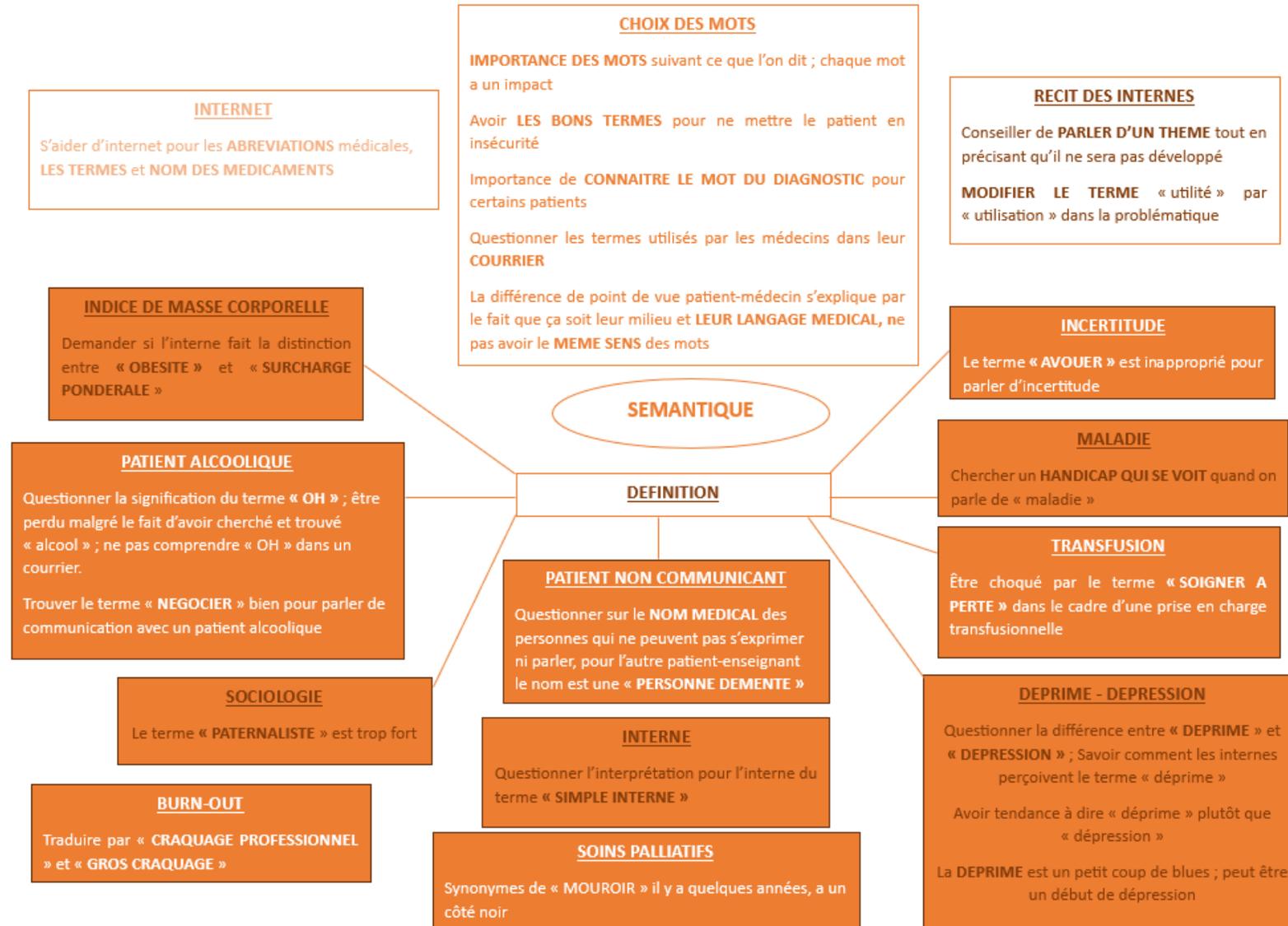
ÊTRE INFLUENCE PAR LE SEXE du gynécologue

AVOIR DES EXPLICATIONS du médecin permet de laisser mûrir la décision du patient

Annexe 9 : Le thème « Relation médecin-patient »



Annexe 10 : Le thème « Législation »



Annexe 11 : Le thème « Sémantique »

IATROGENIE

Questionner le **RISQUE D'INTERACTIONS** entre tous les médicaments

IVG

Questionner l'avantage entre l'**IVG médicamenteux** et l'**IVG chirurgical** pour le patient

SEVRAGE

Questionner les **SYMPTOMES OBJECTIFS** du sevrage ; **CONDUITE THERAPEUTIQUE** la plus adaptée pour la prise en charge des patients alcoolisés

VISITE MEDECIN DU TRAVAIL

Enumérer **LES MESURES PRISES** : poids, taille, pipi

TENTATIVE DE SUICIDE

Questionner sur **LE SCENARIO**

GESTE TECHNIQUE

Questionner **L'INDICATION D'UNE SONDE NASO-GASTRIQUE**

Questionner sur **LES RISQUES** de ne pas poser de sonde nasogastrique pendant un transfert ; Supposer que la sonde nasogastrique peut engendrer **D'AUTRES COMPLICATIONS**

Questionner **SI ECHEC** de sonde naso-gastrique la possibilité de faire **UNE ANESTHESIE** ; Questionner si c'est le cas pour les jeunes enfants ; Questionner s'il y avait un moyen de **CALMER LE PATIENT** pour la pose

Avoir eu une **FIBROSCOPIE** avec un gel anesthésiant

Questionner si **L'ALIMENTATION PAR STOMIE** se fait facilement

Questionner la **DOULEUR DE L'ACTE** normalement

Raconter avoir et avoir eu **UN STERILET** ; La pose de stérilet provoque des contractions ; trouver l'hypnose pendant la pose du stérilet incroyable

Rapporter qu'un **TEST PCR NASOPHARYNGE** peut faire très mal ; Supposer qu'un test PCR nasopharyngé fait rapidement est plus douloureux

BIOMEDICAL

Rassurer l'interne qui s'inquiète que ses **QUESTIONS** soient un peu **PLUS MEDICALES**

REEDUCATION PERINEALE POST-PARTUM

La rééducation périnéale n'est **PAS SYSTEMATIQUE**, la patiente n'en a jamais eu

Elle va **DEPENDRE** des femmes, de l'accouchement et de la visite gynécologique ; dépend peut-être de l'état du périnée

PAS UNE PRESCRIPTION SYSTEMATIQUE ; ne pas savoir comment se passe la prescription actuellement

BENEFICES pour certaines patientes

EPIDEMIOLOGIE

Connaitre le **TAUX DE GASTRO-ENTERITES** régional

HYPNOSE

DETOURNEMENT DE LA CONSCIENCE ; **AVOIR PRATIQUE** l'hypnose et trouver cela vraiment chouette

MEDECINE VETERINAIRE

Pour une castration de chat **FAIRE UNE ANALYSE AVEC RECHERCHE D'ADN** ; afin de **DOSER L'ANESTHESIE** grâce à une prise de sang

Annexe 12 : Le thème « Biomédical »

RELATION ENTRE COLLEGUES

DIFFERENCE DE DIPLOME peut être source de jugement; expliquer les difficultés relationnelles

Difficulté pour un médecin de dire qu'il n'est **PAS A L'AISE AVEC LE COMPORTEMENT** d'un collègue; **REMETTRE EN QUESTION** un collègue, **JUSQU'OU ALLER**

AVOIR BESOIN DE SE JUSTIFIER auprès de son collègue; Préférer **SAVOIR PAR LES COLLEGUES** si on ne fait pas les choses dans les clous

Questionner si le médecin est connu pour hausser le ton et **ETRE AUTORITAIRE** vis-à-vis de ses collègues. Ne doit pas être un cas isolé.

Supposer que les deux collègues ont **DES ANTECEDENTS** qui expliquent leur comportement

RELATIONNEL

RELATION EQUIPE SOIGNANTE-PATIENT

Relation **QUI S'ETABLIT** pendant des mois voire des années.

AVOIR UN RITUEL en tant que soignant en EHPAD pour faire le deuil, appeler les familles faire la toilette. Difficulté à le faire pendant l'épidémie COVID

Se positionner en tant que médecin quand il y a **UN DECALAGE** entre le patient bien portant et les demandes de l'équipe

Avoir une **VOLONTE D'ACCOMPAGNER** pour l'équipe soignante

RELATION AVEC UN SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Avoir une question de hiérarchie **POUR TOUS LES METIERS**

Essayer de **DIRE LES CHOSES** à un supérieur hiérarchique; Communiquer avec lui à la pause cigarette ou à la pause-café

Questionner la **MANIERE D'INTERVENIR DU MSU** pendant la consultation de l'interne; être respectueux et ne pas interrompre la conversation de son interne

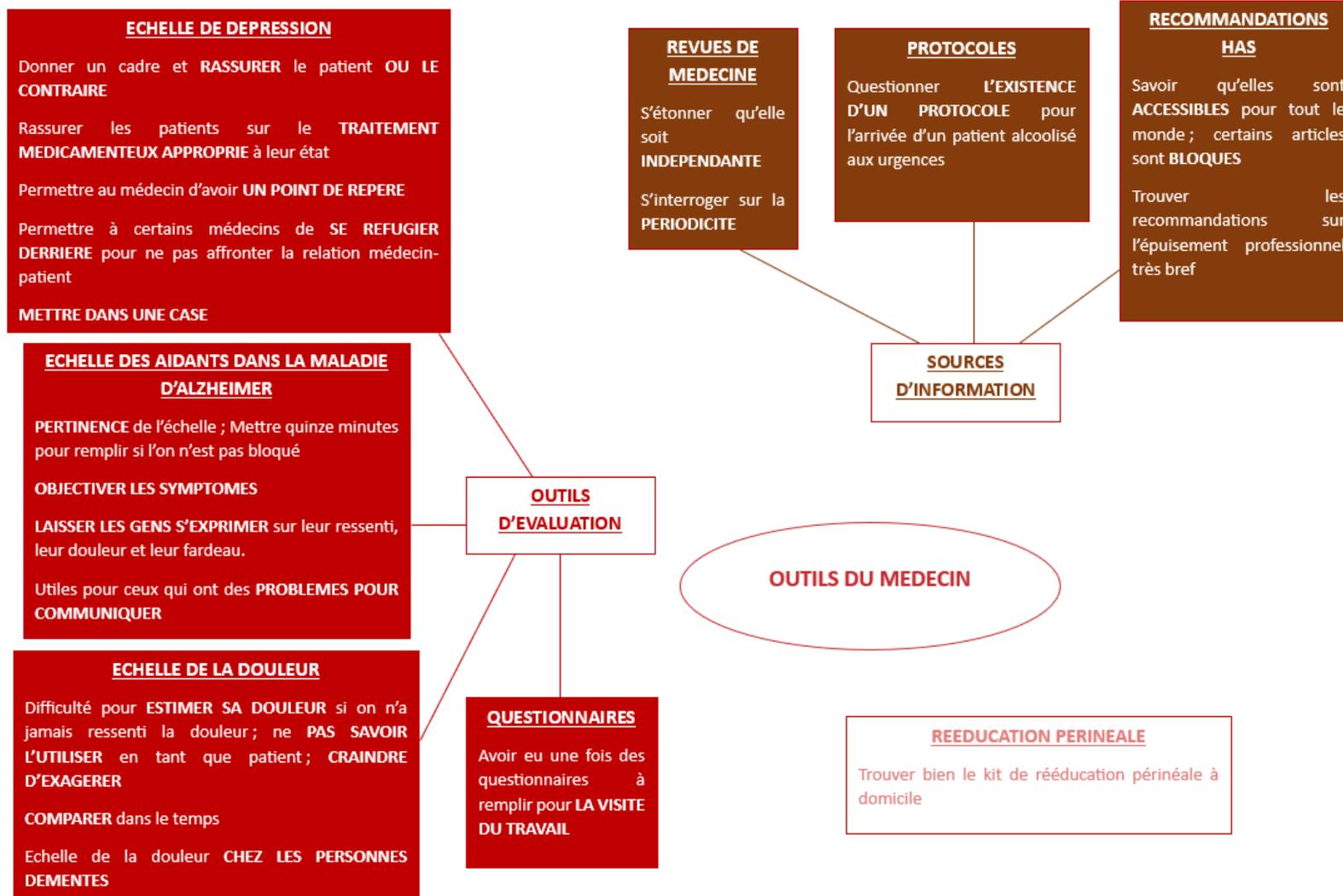
Demander pourquoi le sénior n'a pas parlé avec l'interne; avoir **LAISSE L'INTERNE GERER SEUL** le cas en tant que sénior

PREVENIR EN TANT QUE SENIOR l'interne de ne pas s'acharner, d'arrêter les soins

Emettre l'hypothèse que le sénior a dit des choses qu'on ne sait pas

Encourager les démarches de l'interne : **ECRIRE AU DIRECTEUR** et **ALLER VOIR SON SENIOR**

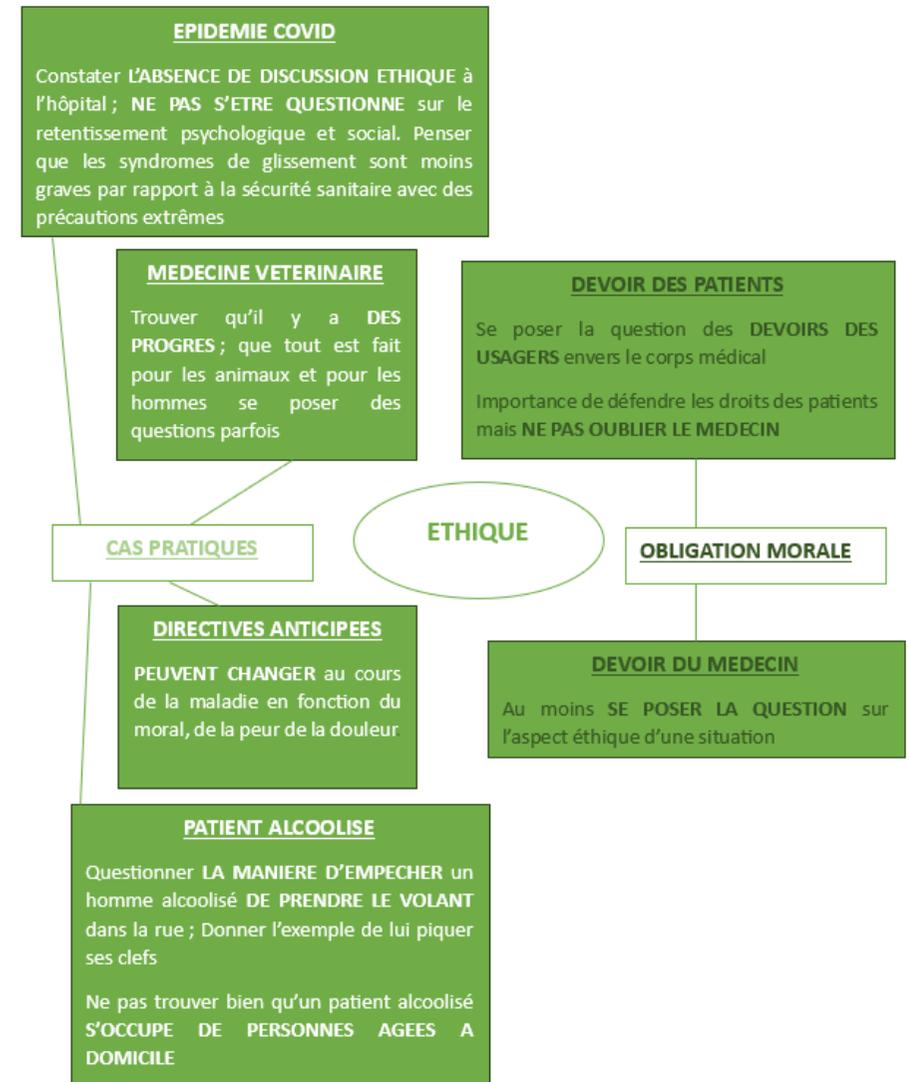
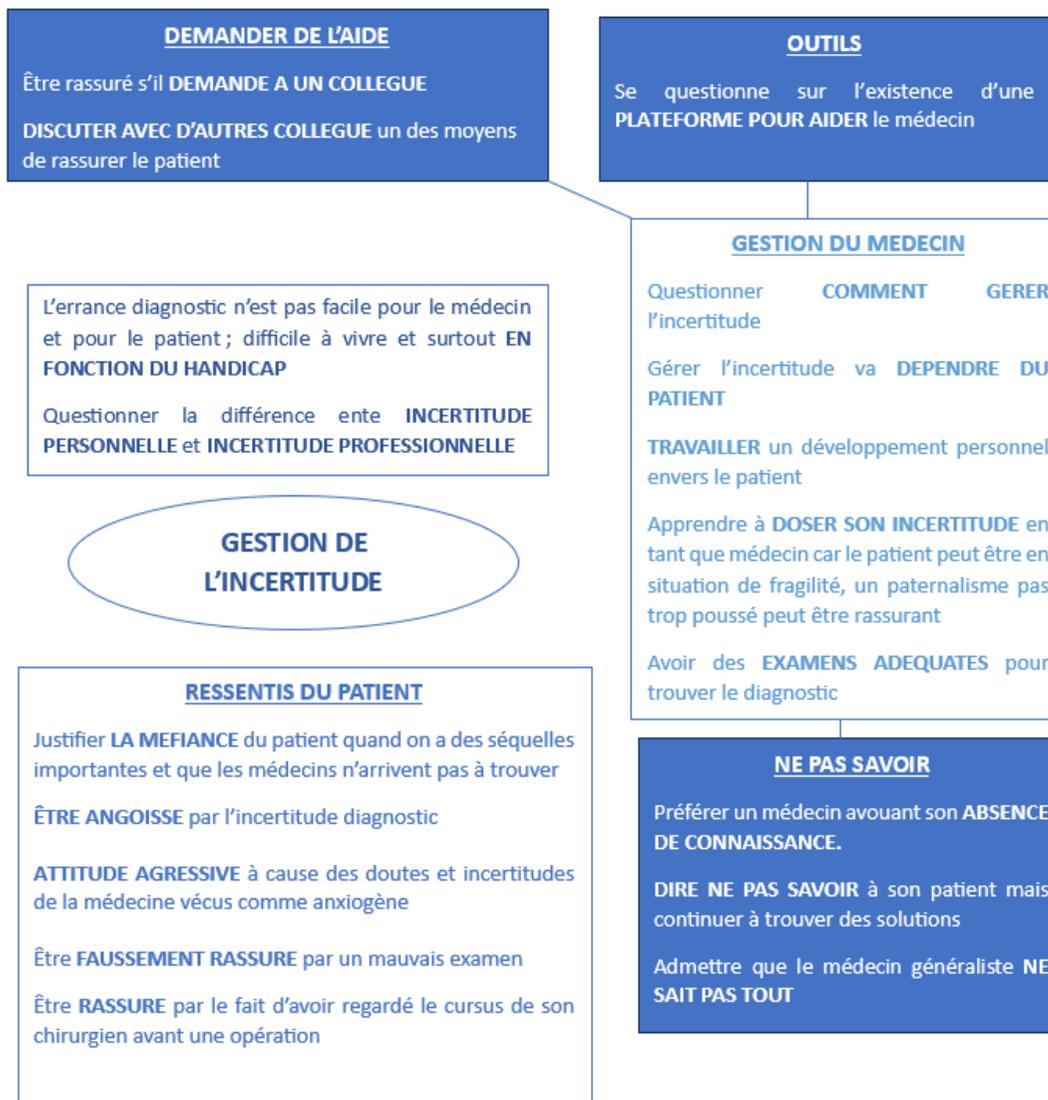
Annexe 13 : Le thème « Relationnel »



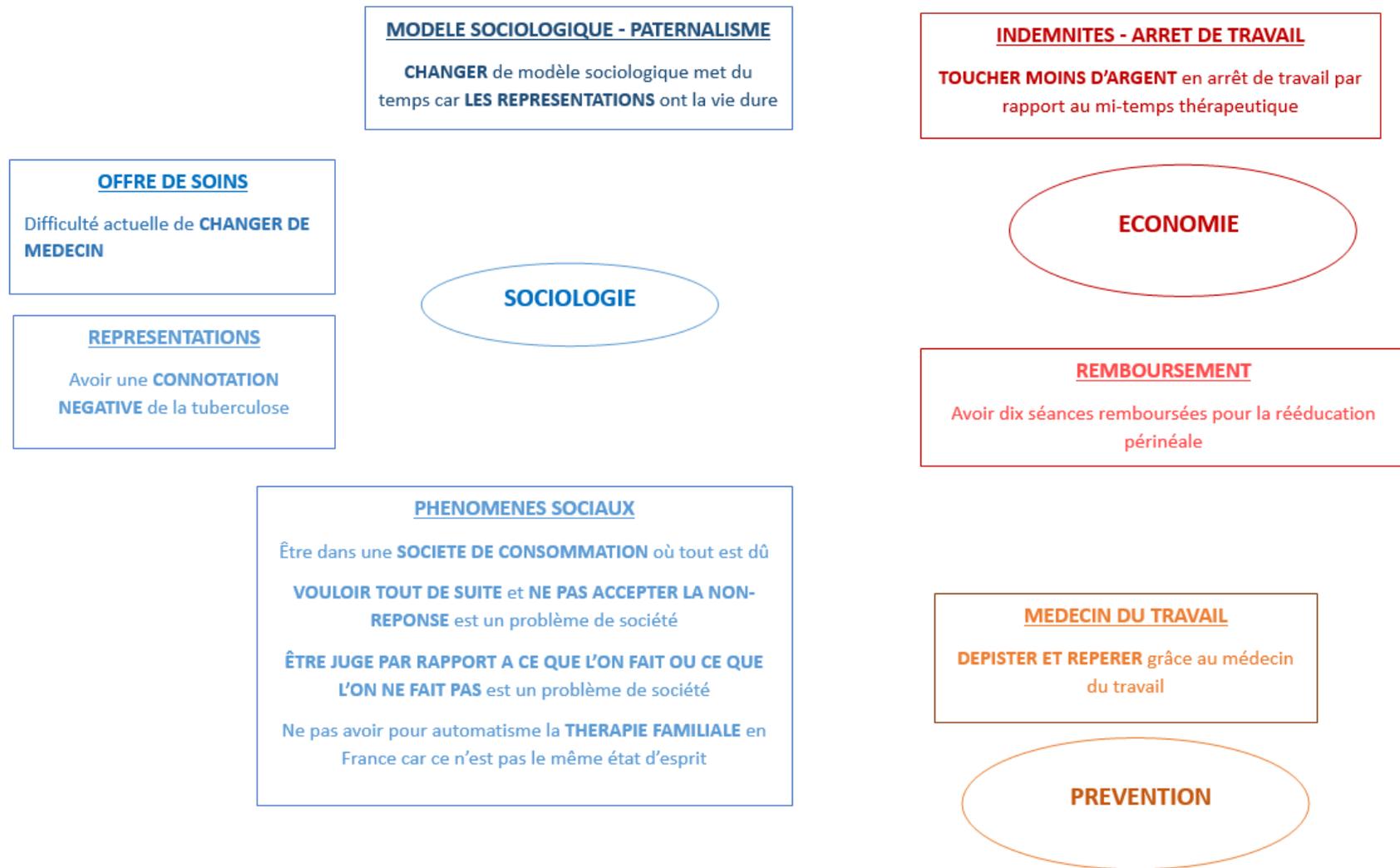
Annexe 14 : Le thème « Outils du médecin »



Annexe 15 : Les thèmes « Suivi et Temporalité »

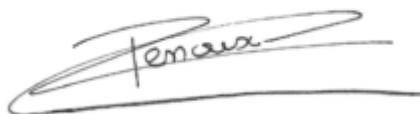


Annexe 16 : Les thèmes « Gestion de l'incertitude et Ethique »



Annexe 17 : Le thème « Sociologie, Economie et Prévention »

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fenua', with a long horizontal flourish underneath.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

AUDOUIT Claire

61 pages – 1 Tableau – 21 Figures – 17 Annexes

Résumé :

Introduction : Afin de renforcer l'empathie dans l'enseignement des étudiants en médecine, l'intégration de patients-enseignants et de leurs savoirs expérientiels dans les programmes de formation a montré des bénéfices pour compléter les savoirs scientifiques. Depuis 2019, le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) en collaboration avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Châteauroux and Co. de Tours ont intégré des patients-enseignants dans des Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique – Patients-Enseignants (GEAP-PE) pour les étudiants en troisième cycle de médecine générale. L'objectif de cette étude était d'analyser le moment, la forme et le type de contenu des interventions des patients-enseignants au cours de ces séances.

Méthode : Il s'agissait d'une étude mixte, quantitative descriptive et qualitative, inspirée de l'analyse inductive générale. Les huit séances de GEAP-PE ont été intégralement enregistrées et les interventions des patients-enseignants précédées des interactions avec les autres interlocuteurs ont été retranscrites pour l'analyse.

Résultats : Les patients-enseignants ont pris la parole très majoritairement de manière spontanée. Les formes d'interactions étaient diversifiées avec comme forme prédominante la validation des propos. L'analyse du contenu des interventions des patients enseignants a montré une variété dans les thématiques, principalement sur la prise en compte de l'environnement, la coordination, le comportement du patient et du médecin ainsi que la communication.

Conclusion : Les patients-enseignants ont osé prendre la parole. Les formes variées d'interactions des patients-enseignants avec le groupe ont enrichi les échanges et ont suggéré une manière d'apprentissage stimulant pour les étudiants. Des thématiques centrées sur le patient ont été prédominantes permettant d'apporter une perspective-patient à l'enseignement. Comme retrouvé dans la littérature, les savoirs expérientiels ont été au-delà de la seule approche centrée patient avec une richesse de thématiques abordées.

Mots clés : Médecine générale, Internes, Formation médicale, Patients-Enseignants, Savoirs expérientiels

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX-JACQUET

Membres du Jury : Docteur Laurence PHILIPPE

Docteur Christophe RUIZ

Date de soutenance : Jeudi 18 avril 2024