

Patient formateur : quel impact sur les représentations des étudiants ?
Recherche qualitative auprès d'étudiants en kinésithérapie

Marie JOUNIN¹

1 : Formatrice Unité de Formation en Masso-Kinésithérapie de Besançon, étudiante Master 2
Pédagogie en Sciences de la Santé Université de Strasbourg

06 74 77 00 47
m.jounin@gmail.com

Résumé :

Contexte : Le partenariat patient constitue une approche de la relation de soin basée sur une relation horizontale entre professionnel de santé et patient ainsi que la mobilisation des compétences de chacun pour les soins. L'inclusion de patients partenaires formateurs dans la formation des futurs soignants constitue un levier pour le développement du partenariat patient dans les soins.

But : Comprendre l'impact d'un enseignement proposé par un patient formateur sur les représentations d'étudiants en masso-kinésithérapie.

Méthode : Dans le cadre de cette étude qualitative monocentrique, des étudiants en deuxième année de formation en masso-kinésithérapie ont été répartis en deux groupes. Chaque groupe a participé à une séquence d'enseignement en éducation thérapeutique du patient, l'un avec un patient formateur, l'autre avec un formateur kinésithérapeute. Les représentations d'étudiants des deux groupes ont été explorées via des entretiens semi-directifs.

Résultats : Il semblerait que les personnes ayant participé à l'enseignement du patient formateur considèrent davantage les patients comme pouvant être porteurs d'une expertise dans les soins ainsi que pouvant endosser le rôle de formateur.

Conclusion : Vivre une formation construite et animée par un patient formateur semble impacter les représentations des étudiants, notamment dans leur reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Cette étude conforte le développement de l'inclusion de patients formateurs en santé. Elle donne lieu à de nouveaux questionnements qui permettraient d'aller plus loin dans la compréhension des impacts engendrés sur les étudiants.

Mots clés : formation en santé, partenariat patient, patient formateur, relation de soin, représentations

Abstract :

Background: Patient partnership is an approach to the care relationship based on a horizontal relationship between health professional and patient and the mobilization of everyone's skills for care. The inclusion of patient teachers in the courses of future carers is a lever for the development of patient partnership in care.

Purpose: To understand the impact of a teaching proposed by a patient on the representations of students in physiotherapy.

Method: In this monocentric qualitative study, second year students in physiotherapy were divided into two groups. Each group participated in a teaching sequence about therapeutic education of patients, one with a patient teacher, the other one with a physiotherapist teacher. The representations of students from both groups were explored through semi-directive interviews.

Results: It seems that students who have participated in the patient teacher's course are more likely to consider patients as potential carriers of expertise in care as well as potential teachers.

Conclusion: Experience a training course built and led by a patient trainer seems to have an impact on students' representations, particularly in their recognition of patients' experiential knowledge. This study supports the development of the inclusion of patient educators in health training. It raises new questions that would allow to go further in understanding the impacts on students.

Key words: care relationship, health education, patient partnership, patient teacher, , representations

Introduction

Patient. Un mot utilisé quotidiennement par un actuel ou futur soignant mais qui peut résonner de façon différente d'une personne à l'autre. Quel est l'impact de ces écarts de signification et de compréhension sur la relation de soin et la qualité des soins ?

C'est à travers l'expérience de l'enseignement que nous sommes venus à nous questionner sur les représentations des étudiants quant au patient dans la relation de soin. Pour être plus précis, nous nous sommes interrogés sur l'impact d'un enseignement réalisé par des patients formateurs sur les représentations que les futurs professionnels de la santé se font des patients dans la relation de soin.

Cadre conceptuel

La relation de soin

La relation de soin s'installant entre un professionnel de santé et un patient pourrait se résumer à une simple relation conventionnée qui met en situation deux personnes, chacune ayant son rôle.

Selon Pierron, une relation peut se définir par « une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures », l'interaction portant un caractère ponctuel.¹

Il apparaît ici qu'une relation s'inscrit dans une complexité subjective portant un passé et impactant le futur.

De plus, Formarier souligne elle aussi, la complexité de la relation à l'autre de par ses aspects « dynamiques » et « imprévisibles » bien que « codifiés ».²

Apparaissent ici les facettes multiples d'une relation, propres à la rencontre de différentes subjectivités.

La relation de soin, porte des enjeux forts, quotidiens et vitaux. Cela peut porter la subjectivité dans la relation à un niveau d'engagement personnel et d'attentes forts, sous-tendus par les représentations de chacun. Les représentations des patients sur cette relation de soin vont dans le sens d'une « relation de soin singulière, unique ». Ceci peut créer une dissonance avec les représentations des soignants d'une relation qui « ne dépasse souvent pas le stade d'interactions ».²

La relation de soin implique une rencontre entre deux sphères : celle souvent personnelle des patients et celle professionnelle des soignants. Cette différence amène à réflexion et pourrait contribuer à un besoin d'évolution au service des patients. Ce point est conforté par la logique d'accompagner le patient vers l'autonomie, ce qui passe par l'instauration d'une « relation symétrique » à travers « des interactions et des relations égalitaires »².

Formarier conforte une dynamique de mouvance : « il semble nécessaire de faire évoluer les conceptions de soins, de changer de regard et de stratégie pour considérer le patient comme une personne autonome, porteur de ressources (et non seulement de besoins), acteur dans la prise en charge de sa santé et de ses soins. »²

Faire évoluer la relation de soin pour mais surtout avec les patients : il semblerait justement que nous y assistons depuis quelques dizaines d'années, comme un retour aux pratiques du soin très anciennes où les proches, la famille, les villages, les personnes elles-mêmes soignaient. Une mutation serait-elle en cours ?

Le XXI^{ème} siècle est en effet marqué par de réels changements. Cette évolution profonde de la relation entre soignants et soignés a été alimentée par la création de réseaux et d'associations

de patients dans les années 1980 en réponse à un fort besoin des patients. En parallèle, l'accessibilité aux informations à travers l'ère numérique s'est accrue.

Pierron décrit que ces phénomènes « déstabilise[nt] une autorité médicale qui croit sa légitimité fondée sur la connaissance des uns et l'ignorance des autres. »¹

Ainsi, le mode relationnel dans le soin se transforme, passant d'une relation descendante entre le soignant savant et le soigné obéissant, car ignorant, à une relation de construction commune basée sur les savoirs de l'un et de l'autre.

Cette évolution du mode de relation de soin peut être décomposée en trois types de relation : le « paternalisme », « l'approche centrée » et le « partenariat de soins » (*Fig 1*).

Tandis que le paternalisme considère le patient passif et le soignant savant et que l'approche centrée impulse une dynamique de prise en compte forte du patient en gardant un « monopole du rôle de soignant », le partenariat « propose de considérer le patient comme un soignant et un membre à part entière – un partenaire – de l'équipe de soins », en s'appuyant sur les compétences de soins que les patients développent à travers leurs expériences.

Cette évolution vers un nouveau paradigme est décrite par Pomey et al. dans le travail sur le « Montreal model », qui s'inscrit comme un des modèles contemporains en termes de construction commune entre professionnels de santé et patients.³

Des patients partenaires formateurs

La Direction Collaboration et Partenariat Patient de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, définit le patient partenaire dans ses soins comme étant une « personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. » Elle ajoute que « ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées avec l'aide des intervenants de l'équipe[...] Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie »³

Cette conception de la place des patients dans les soins fait écho à la notion d'autonormativité développée par Barrier. L'autonormativité correspond à « une capacité potentielle du patient à découvrir et gérer par lui-même sa norme de santé véritable, dans le cadre de la maladie chronique. ». Barrier oppose l'autonormativité à l'observance en définissant l'autonormativité comme « un désir de (bien) se soigner, intégré à un désir de (bien) vivre » alors que l'observance peut se définir par une « soumission à une législation perçue comme extérieure ». ⁴

En outre, l'auteur décrit un « processus d'appropriation » vécu par les patients qui s'exprime par une acquisition de savoirs expérientiels permettant de développer des compétences non seulement curatives et correctives mais aussi préventives en termes de traitement. Ces auteurs soulignent ici l'importance et la richesse des savoirs expérientiels des patients.⁵

Dans le cadre du développement du partenariat de soins dans les pratiques courantes, différents leviers sont en évolutions : l'éducation auprès du grand public, le travail avec les institutions, la recherche et la formation des futurs professionnels de santé.

Ce dernier point sera celui développé dans la suite de ce travail. La richesse des savoirs expérientiels des patients a toute sa place dans les soins et donc dans la formation initiale en santé. Des personnes présentant à la fois un profil de patient partenaire dans ses soins et de pédagogue participent aujourd'hui à la formation des professionnels de santé de demain.

Selon Pomey et al, le partenariat en enseignement correspond à « une collaboration active, équitable entre des professionnels et des patients concernant la planification, l'implantation et l'évaluation des services en éducation ». ³ Or, il apparaît que l'introduction de patients partenaires à profil formateurs en enseignement produit des résultats décrits comme positifs à

la fois pour les patients partenaires, l'équipe d'enseignement et les étudiants.³ Plusieurs intérêts forts apparaissent en effet dans la démarche de co-formation professionnel/patient.

Du point de vue des patients, « [leur] implication leur permet de mieux se connaître, favorise leur *empowerment*, développe leur confiance en eux-mêmes et augmente leur satisfaction personnelle »³. En outre, les patients partenaires eux-mêmes « croient [...] que leur savoir expérientiel devrait être intégré à la formation médicale des étudiants. »⁶

De leur côté, « les étudiants perçoivent généralement l'implication des patients partenaires comme satisfaisante et comme ayant des impacts positifs tels que l'amélioration de la compréhension de la perspective du patient et des habiletés de communication. »³

D'autres auteurs font apparaître que « lorsque des patients partenaires sont impliqués dans les cours de différentes disciplines de la santé [...], il y aurait une amélioration de l'attitude des étudiants envers les personnes présentant un problème de santé mentale parce qu'ils auraient effectué une réflexion plus en profondeur sur leur façon de communiquer. »⁶

Dans ce même article, « d'autres études soulignent aussi le développement du raisonnement clinique, des habiletés de communication et de l'empathie [...], la capacité de voir le patient dans sa globalité, de contextualiser les savoirs, de reconnaître les besoins prioritaires du patient et de voir le patient comme un membre de l'équipe. »⁶

Ainsi, il semblerait que l'implication d'un patient partenaire dans la formation de futurs professionnels de santé les aide à acquérir des compétences nécessaires à la mise en place d'une relation de soin axée sur le partenariat avec les patients. Ces compétences ne sont pas une fin en soi, l'objectif réside davantage dans la formation de soignants les plus compétents possibles. Or reconnaître et mobiliser les savoirs expérientiels des patients peut être considéré comme un élément y contribuant.

Du point de vue des enseignants, travailler avec un patient partenaire leur permettrait davantage « d'humaniser et de nuancer des notions théoriques en présentant des personnes qui vivent un problème de santé. »⁶

Ces intérêts présentent néanmoins des limites à ne pas négliger. En effet, inclure un patient partenaire à la formation de futurs professionnels de santé engendre aussi des aspects de « défi » comme « l'importance du temps consacré à la préparation de l'activité, à la préparation du patient partenaire, au suivi et aux modalités de rémunération »⁶. A cela s'ajoutent les résistances culturelles, organisationnelles.

D'autre part, les étudiants peuvent constituer un public sceptique, craintif de s'éloigner des « contextes d'apprentissage traditionnels » ou doutant de « la rétroaction effectuée par le patient ». ⁶

Une grande dynamique en termes d'intégration de patients partenaires en formation initiale en santé est présente au Canada, mais cette dynamique n'est pas isolée. L'intégration des patients-enseignants est de plus en plus présente dans les pays anglo-saxons, devenant une « norme réglementaire »⁷.

L'état des lieux en France liste quelques « expériences initiées par des facultés de médecine (Lyon Est, Paris 6) » et la création d'un « programme patients enseignants » au sein d'un département de médecine générale, projet porté par l'Université de Paris 13.^{7 8}

Les représentations

Nos actes dépendent de divers facteurs, l'un d'eux réside dans nos représentations. En effet, Jodelet (2003) les caractérise de « systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres » et Abric (2003) de « grille de lecture et de décodage de la réalité ».

Les représentations sociales peuvent donc être considérées comme une paire de lunettes à travers lesquelles un groupe verra la réalité influencée par ces représentations.

Au-delà de la perception, elles ont une influence sur les attitudes, les conduites : « les représentations produisent l'anticipation des actes et des conduites (de soi et des autres), l'interprétation de la situation dans un sens préétabli »⁹. « [Elles] orientent et organisent les conduites et les communications sociales. »¹⁰

Si les représentations déterminent les conduites sociales, les représentations des professionnels de santé à propos des patients impactent leur conduite envers eux et donc la relation induite.

« La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites [...], de comprendre la réalité à travers son propre système de référence [...] »¹¹ C'est donc à travers leurs représentations que les soignants créent leur réalité de la relation de soin, ce qui déterminera leurs conduites.

La représentation sociale a aussi une visée de cohérence dans le groupe. Moscovici, précise qu'elle « a pour fonction de préserver le lien entre [les membres d'un groupe], de les préparer à penser et agir de manière uniforme. »¹² Ainsi une représentation ne se crée pas uniquement à l'échelle de l'individu, ici du soignant, mais surtout du groupe dans lequel il évolue.

Abric précise le caractère plurifactoriel de la représentation : « La représentation est donc un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou une situation. Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu), par le système social et idéologique dans lequel il est inséré, et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social. »⁹ Les représentations des étudiants en santé à propos de la relation de soin possèdent donc un caractère personnel mais sont également construites à travers la société, le système de santé qu'ils connaissent ou leurs rapports à ce système.

Abric propose également une théorie structurelle de la représentation. Une représentation est selon lui composée d'un noyau central et d'éléments périphériques. Le noyau central forme une structure plus stable, constituant l'essence de la représentation. Il transforme les éléments perçus par la personne et les organise entre eux pour former la stabilité d'une représentation. Les éléments périphériques assurent de leur côté le rôle de tampon face aux confrontations extérieures allant à l'encontre de la représentation.⁹

Pour qu'une représentation change il faut donc davantage qu'un léger trouble. Aussi, une représentation comporte une caractéristique de résistance au changement : les représentations des étudiants en santé ne peuvent, par exemple, être transformées par une simple affirmation. La question posée rejoint celle de Jouet et al : « Comment viennent se confronter les pratiques nouvelles des patients et leurs savoirs aux représentations des soignants ? »⁵

Cette étude soulève, elle, l'interrogation suivante : Quelle est la nature et l'envergure de l'impact généré par l'enseignement d'un patient formateur sur les représentations que mobilisent les étudiants en masso-kinésithérapie concernant la relation de soin ?

La première hypothèse de recherche conjecture que participer à une formation co-construite et co-animée par un patient partenaire profil formateur et un formateur kinésithérapeute impacte les représentations des étudiants vis-à-vis de la reconnaissance des savoirs expérientiels des patients.

La seconde hypothèse suppose que cet impact amène les étudiants à reconnaître et mobiliser davantage les savoirs expérientiels issus de la vie avec la maladie.

Méthode

Dans le cadre de cette recherche, ont été analysées les représentations d'étudiants ayant ou non participé à un enseignement dispensé par un patient formateur.

Cette étude qualitative monocentrique s'est déroulée au sein d'une unité de Formation en Masso-Kinésithérapie.

La population cible, les étudiants de deuxième année, a été répartie aléatoirement en deux groupes d'une trentaine de personnes.

Le patient formateur a été recruté afin que cette personne incarne une posture de partenariat dans ses soins et qu'elle mobilise des compétences pédagogiques.

L'enseignement ciblé comportait deux fois trois heures de cours d'éducation thérapeutique dont le contenu portait sur les outils de communication et la posture éducative.

Le groupe dans lequel intervenait le patient ainsi qu'un formateur kinésithérapeute, a été lui-même scindé en deux pour des raisons pédagogiques. Au final, un quart de la promotion de deuxième année a reçu l'enseignement exclusivement par le patient. C'est ce groupe qui a été retenu pour constituer le groupe A.

L'autre groupe d'une trentaine d'étudiants a bénéficié du même enseignement, le patient étant remplacé par un deuxième formateur kinésithérapeute. Cette demi-promotion a constitué le groupe B.

Pour limiter les biais, le chercheur n'a pas observé l'intervention réalisée par le patient. Pour des raisons organisationnelles, le chercheur est le second formateur kinésithérapeute.

La préparation de l'enseignement a été réalisée conjointement par le patient et le formateur kinésithérapeute qui est intervenu auprès des deux groupes.

Sur une période de trois mois après l'intervention, dix entretiens ont été menés auprès de cinq étudiants du groupe A et cinq étudiants du groupe B. Le guide d'entretien (cf Tableau I) avait été testé au préalable grâce à deux entretiens réalisés auprès d'étudiants hors population cible.

Les contraintes de l'étude n'ont pas permis de réaliser une triangulation lors du codage des données.

Résultats

Approche du patient portée par les représentations

Le premier point d'attention porte sur les types d'approche portés par les représentations des personnes interrogées. Sur ce point, les verbatims sont plutôt homogènes entre les groupes.

D'abord, le paternalisme est peu présent dans les représentations investiguées. Quelques verbatims transmettent une vision passive du patient : « les gens viennent, nous on les soigne » (E4A) mais ils restent très isolés. Le paternalisme est à l'inverse parfois dénoncé : « Chacun va avoir une vision différente je pense. Moi je sais que c'est un peu tout ce que j'ai décrit depuis tout à l'heure, il y en a qui vont plus dire il y a le patient il y a le kiné. Il a une pathologie, je vais la soigner. » (E2A) Les personnes interrogées montrent donc des représentations peu porteuses de paternalisme dans les deux groupes.

En revanche, l'approche centrée sur le patient est très présente à travers les représentations des personnes interrogées : « le patient il vient pour soigner sa pathologie donc il se dit, il faut que je trouve un bon kiné qui va me résoudre mon problème » (E2A), « je vais voir si les connaissances qu'il a sont justes ou bien elles ne sont pas juste et il faut les modifier » (E3A), « aider le patient à se remettre dans la bonne voie » (E1B), « Ils utilisent des marqueurs de suivi pour voir si il y a bien eu du progrès donc là ils peuvent se dire ah ouais, j'ai pu lui apporter » (E3B). Ces représentations sont exprimées dans un groupe comme dans l'autre.

Enfin, différentes thématiques portant l'approche du partenariat sont abordées dans les verbatims. Certaines personnes mentionnent un intérêt pour la vie avec la maladie, la qualité de la relation entre soignant et entouré. D'autres soulignent une autre dimension que le médical et le relationnel dans les soins, évoquent la subjectivité de la santé du patient ou portent

des représentations d'un patient actif dans les soins. Concernant ces thèmes, ils apparaissent à travers quelques verbatims seulement dans les groupes A ou B.

En revanche, une majorité d'interviewés met en avant le respect de la volonté du patient et la démarche de travailler ensemble : « prioriser tel élément par rapport à ce que lui dit, pas parce que nous on objective direct » (E4A), « partage entre l'expérience du soigné et les savoirs faire et le savoir être du soignant » (E3B). De nombreux discours prônent ainsi le travail collaboratif entre professionnels de santé et patient mais ne semblent pas être en lien avec la participation à un enseignement construit et animé par un patient.

Enfin, certaines notions en lien avec le partenariat patient concernaient l'expertise du patient, développées ci-après.

L'expertise du patient

Deux types d'expertise du patient ressortent dans les verbatims. La première correspond au témoignage et au ressenti du patient. La seconde relève d'une compétence de soin alimentée par des savoirs expérientiels. En lien avec cette expertise de soin, il est également utile d'examiner ce que pensent les personnes interrogées d'un patient qui prendrait un rôle de formateur.

A travers les verbatims obtenus, presque tous les interviewés soulignent l'expertise du patient dans son ressenti.

D'autre part, concernant l'expertise théorique et pratique ainsi que le patient formateur, il ressort davantage de nuances entre les deux groupes.

Dans le groupe A, quatre personnes interrogées sur cinq soulignent fortement l'intérêt de l'expertise théorique et pratique des patients et se montrent particulièrement emballées quant au fait de recevoir des cours de la part d'un patient. Dans le groupe B, une seule personne explicite les savoirs théoriques et pratiques des patients, et aucune ne conçoit un patient dans un rôle autre que témoin.

Éléments complémentaires alimentant la relation de soin

D'autres éléments complémentaires ont été rapportés : le fait que le thérapeute ait pour rôle de prendre soin, ou que le patient et le professionnel puissent se confier l'un à l'autre. Toutes les personnes interrogées accentuent la place de la communication, l'empathie et la confiance dans la relation de soin. Enfin, quatre personnes du groupe A et seulement une personne du groupe B souligne que le patient est à voir dans toute sa complexité.

Au final, ces résultats sous-tendent que les personnes interrogées partagent des représentations portant une approche centrée sur le patient, complétée par des éléments en lien avec le partenariat : le respect de la volonté du patient et le travailler ensemble. En outre, Il apparaît que les personnes ayant participé à l'enseignement avec le patient formateur considèrent davantage les patients comme porteurs d'une expertise dans les soins ainsi que potentiel formateur.

Ainsi notre première hypothèse semble être confirmée par cette étude bien que ne pouvant être élargie à d'autres étudiants que ceux interrogés en raison de la méthode choisie. Participer à une formation co-construite et co-animée par un patient partenaire profil formateur et un formateur kinésithérapeute a un impact sur les représentations des étudiants vis-à-vis de la reconnaissance des savoirs expérientiels des patients.

La seconde hypothèse, au contraire, n'est que partiellement confirmée : l'impact sur les représentations des étudiants semble les amener à reconnaître les savoirs expérientiels issus de la vie avec la maladie. Mais les étudiants ne semblent pas les mobiliser davantage dans les soins.

Discussion

Référence à l'enseignement

A travers cette analyse, il est observé que lorsque les personnes soulignent l'expertise de soin des patients ou se montrent enjoués à l'idée d'un patient en tant que formateur, elles font références dans leur discours à des personnes rencontrées en stage ou dans la sphère personnelle qui les ont marquées en leur montrant leurs compétences. Seulement deux d'entre elles font référence à l'enseignement mis en place dans le cadre de l'étude.

En outre, il faut se pencher sur ce qui a impacté ces personnes : l'enseignement par un patient ou leurs autres expériences personnelles et professionnelles ? Dès lors, est-ce que l'expérience de l'enseignement a contribué aux réflexions s'appuyant sur les autres expériences lors des entretiens ?

Au demeurant, comment les trois autres personnes ont-elles considéré cet enseignement ? Il semblerait que ce temps ait davantage été considéré comme un témoignage que comme un cours à proprement parler. Or un patient témoin est en position plus passive qu'un patient formateur et surtout ses compétences de soignant ne sont pas ou peu reconnues, contrairement au patient formateur. Deux hypothèses se dressent alors : le patient, pourtant recruté avec attention, a « transformé » ce cours en témoignage, ou les étudiants, à travers des représentations fortes, conçoivent l'intervention d'un patient comme un témoignage.

Une discordance entre les mots et les situations

A travers les verbatims transcrits dans cette étude, il apparaît un décalage entre le discours des étudiants et la relation de soin qu'ils explicitent de façon plus concrète. Il semblerait qu'il existe un écart entre un certain discours prescrit, qui est valorisé dans les textes, dans les cours... et la prise en charge concrète des patients telle que la voient les personnes interrogées.

Cette discordance est illustrée dans cette étude par certaines personnes interrogées qui insistent sur le fait de travailler ensemble, et finalement montrent des représentations de la relation en grande partie dans une approche centrée.

Ce décalage s'exprime clairement dans certains verbatims :

« Peut-être que au tout début, avant de commencer quelque chose, faudrait leur expliquer notre vision des choses. Leur dire, pour bien vous prendre en charge et pour qu'on décide ensemble comment on va faire votre rééducation, je vais vous poser des questions, je vais vous faire un bilan. Est-ce que vous êtes d'accord ? Au final il n'a pas trop le choix. C'est vrai, c'est ambiguë parce que vous êtes d'accord... de toute façon même s'il n'est pas d'accord, on ne va pas passer directement à une manipulation alors qu'en soi pour nous c'est une étape obligatoire. Donc on dit un "vous êtes d'accord" en espérant vraiment qu'ils ne disent pas non quoi. »

« Donc trouver avec eux des objectifs, qu'ils comprennent pourquoi on vient. » (E2B)

Ceci pourrait également être lié à un biais de désirabilité sociale amenant les étudiants à formuler une réponse qu'ils pensent attendue.

Ce point est central car il interroge les pratiques des formateurs : le discours valorisant le partenariat a-t-il réellement un impact positif sur les pratiques ou amène-t-il seulement un changement dans les mots utilisés par les futurs soignants, camouflant une pratique qui n'évolue pas réellement ?

Dans ce cas, est-ce que l'inclusion des patients formateurs dans l'équipe de professionnels intervenants en formation en sciences de la santé ne pourrait-elle pas constituer un élément de solution permettant de passer d' « entendre » à « s'approprier » ?

Limites de l'étude

Ces résultats sont à nuancer car des biais relatifs à la méthodologie de l'étude persistent. Tout d'abord, les groupes étant restreints, la saturation des données n'a pu être atteinte, ce qui entrave la qualité et la netteté des résultats, tout comme le fait que la triangulation n'ait pas été réalisée dans l'analyse des données.

Ensuite, cette étude s'est intéressée à l'impact d'un seul enseignement portant sur la communication et le relationnel.

D'autre part, le patient formateur a participé à la création de l'enseignement. Ce fut un choix éclairé afin que le patient formateur ne soit pas simple exécutant mais apporte ses compétences dans le contenu de la formation. Cependant ceci constitue un biais car ce modèle a été conservé pour l'intervention sans patient afin de garantir des enseignements similaires entre les deux groupes.

Enfin, les contraintes institutionnelles ont fait que le chercheur est, non seulement enseignant dans la structure, mais a également été formateur dans le groupe B, ce qui a un impact sur ce que les étudiants considèrent comme attendus dans leurs réponses. Pour ces mêmes raisons, le chercheur et les étudiants ont utilisé le tutoiement lors des entretiens.

Perspectives

Au vu des limites énoncées, il pourrait être intéressant d'étudier les représentations d'étudiants ayant dans leur cursus des cours régulièrement assurés par des patients sur des thématiques cœurs de métier, souvent réservées aux professionnels de santé.

De plus, une étude similaire portée jusqu'à saturation des données, menée par un chercheur extérieur à la structure et analysée par triangulation permettraient d'apporter des éléments de qualité pour répondre à la question de recherche.

D'autre part, au vu des résultats de cette étude, il semblerait que les expériences vécues avec des patients présentant des savoirs expérientiels forts impactent les représentations des étudiants au sujet de la relation soignant-soigné en les portant vers une approche de partenariat dans les soins. Ainsi nous pouvons dresser l'hypothèse qu'un contexte de formation par un patient pourrait constituer une telle expérience.

Une expérience avec un patient mobilisant des compétences de soin dans un contexte pédagogique présente des spécificités non négligeables en comparaison avec une situation de soin : en contexte pédagogique, le patient mobilise ses compétences dans des contextes différentes de son contexte personnel tout en s'adaptant au public d'étudiant. De plus, le cadre d'une séquence pédagogique offre le temps et l'espace pour les étudiants de s'appuyer sur le patient qui constitue une ressource. Ce dernier point n'est pas toujours évident pour les étudiants dans le contexte de soin.

Au vu de ces éléments, nous encourageons les formateurs et responsables pédagogiques en sciences de la santé à développer le partenariat pédagogique avec des patients partenaires et d'alimenter la recherche à travers des travaux complémentaires.

Conclusion

A travers cette étude, nous nous sommes questionnés au sujet de l'influence d'enseignements par des patients formateurs sur les représentations de futurs soignants quant à la relation de soin, représentations qui auront un impact sur leurs conduites et donc sur les soins. Il s'avère dans cette étude que le groupe ayant bénéficié d'un enseignement par un patient est davantage favorable à l'idée d'enseignements par des patients dans leur formation.—Ces

personnes soulignent dans une plus forte mesure la nécessité d'une vision globale et complexe des patients.

La qualité méthodologique de cette étude comportant des écueils, les résultats restent à nuancer. Cela dit, il apparaît très clairement dans les entretiens que c'est à travers les rencontres et les expériences avec des patients porteurs de compétences de soin issues de savoirs expérientiels que les personnes interrogées ont enrichi leurs représentations très portées sur l'approche centrée pour alimenter une considération du patient en partenariat.

Cette étude va dans le sens de l'hypothèse émise : vivre un enseignement construit et animé par un patient constitue une expérience alimentant des représentations du patient comme potentiel porteur de compétences de soin et une relation de soin s'inscrivant dans un partenariat.

Remerciements

Nous tenons à remercier Alexandre Berkesse, conseiller scientifique au sein de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la faculté de médecine de l'Université de Montréal qui a participé à ce projet à travers ses réflexions précieuses.

Cet article a été élaboré dans le cadre d'un Master 2 de pédagogie en sciences de la santé.

Cet article a été déclaré auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Références :

1. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sci Soc Santé*. 2007;25(2):43-66.
2. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Rech Soins Infirm*. 2007;(89):33-42.
3. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé, The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. *Santé Publique*. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
4. Barrier P. L'autonormativité du patient chronique : un concept novateur pour la relation de soin et l'éducation thérapeutique. *ALTER - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap*. oct 2008;2(4):271-91.
5. Jouet E, Flora L, Vergnas OL. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. :83.
6. Goulet M-H, Larue C, Chouinard C. Partage du savoir expérientiel : regard sur la contribution des patients partenaires d'enseignement en sciences infirmières. *Santé Ment Au Qué*. 2015;40(1):53.
7. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau C-A, 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, A university department of general medicine (DUMG) meets the challenge of democratic rights in health care: training general practitioner junior doctors by patient-teachers. *Rev Fr Aff Soc*. 19 avr 2017;(1):61-78.
8. Gross O. Quand les patients enseignent la médecine aux soignants [Internet]. *The Conversation*. 2018 [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <http://theconversation.com/quand-les-patients-enseignent-la-medecine-aux-soignants-104801>
9. Abric J-C. 8. L'étude expérimentale des représentations sociales [Internet]. Vol. 7e éd. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/les-representations-sociales--9782130537656-page-203.htm>
10. Jodelet D. Les représentations sociales [Internet]. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 9 oct 2018]. (Sociologie d'aujourd'hui). Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm>
11. Abric J-C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF; 1994.
12. Moscovici S. 2. Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire [Internet]. Vol. 7e éd. Presses Universitaires de France; 2003 [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/les-representations-sociales--9782130537656-page-79.htm>

Figure 1: Le modèle "patient partenaire" et ses prédécesseurs ³

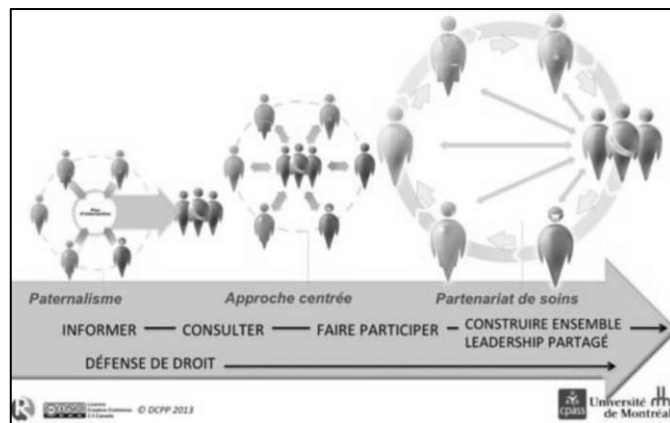


Tableau I : Guide d'entretien

<p>Introduction</p>	<p>Remerciements Cadre (rappel thème de l'entretien, temps imparti, possibilité d'arrêter l'enregistrement) Lancement de l'enregistrement</p>
<p>Entretien</p>	<p>Comment en es-tu venu à entrer dans des études de kiné ?</p> <p>Qu'est-ce qui est central dans la kiné selon toi ?</p> <p>Quand je te dis patient, qu'est-ce que cela t'inspire ?</p> <p>C'est quoi un patient que tu considères « en santé » (après ou pendant que tu intervies comme kiné) ?</p> <p>C'est quoi la relation soignant-soigné pour toi ?</p> <p>Quel exemple d'une relation soignant-soigné de qualité as-tu pu observer ou vivre ?</p> <p>Si on demandait à tous les kinés de France leur vision du patient / de la relation soignant-soigné, quelles réponses pourraient ressortir selon toi ?</p> <p>Les patients ont-ils des savoirs pertinents pour les soins selon toi ? Si oui, lesquels ? Si oui, comment penses-tu pouvoir les mobiliser dans la relation de soins ?</p> <p>Un patient formateur (qui forme des soignants ou futurs soignants), qu'en penses-tu ?</p>
<p>Conclusion</p>	<p>Des choses à ajouter ?</p> <p>Arrêt de l'enregistrement Remerciement, possibilité de communiquer les résultats</p>

Tableau II : Résultats concernant les représentations à propos des savoirs des patients

Entretiens	Patient expert de son ressenti	Patient expert grâce à ses compétences de soin	Un patient formateur ?
E1A	++++, fait référence à un exemple familial	---	Emballé à l'idée
E2A	++, fait référence à l'enseignement	++, fait référence à un exemple familial	Oui mais en complément de cours avec des kinés
E3A	--	+++ , fait référence à deux exemples en stage	Oui
E4A	+++	--	Oui dans le discours mais non verbal et para verbal discordant
E5A	+++ fait référence à un exemple en stage	++	+++ fait référence à l'enseignement où le patient est appelé « prof »
E1B	+++	-	Pas contre mais a du mal à imaginer « C'est intéressant de voir comment ça peut être mené » « enfin pas des formations mais des informations que peut donner le patient »
E2B	+++	-	Oui, en complément
E3B	+++	+	Oui, sur le relationnel et le ressenti
E4B	+++	+	Oui pour témoignage
E5B	+++	+++ , fait référence à deux exemple en stage	Oui pour témoignage