

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE UNIVERSITAIRE :2025

N° 77

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR

MALL Jérôme
Née le 13 juin 1990 à Schiltigheim (67)

LA PLACE DU PATIENT DANS L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL :
ÉTUDE QUALITATIVE DU POINT DE VUE DES MÉDECINS ENSEIGNANTS

Président de thèse : Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles
Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur GIACOMINI Antoine (MCA) et Madame la
Docteure ZUMSTEIN Carine (MCA)



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRP0	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Selamak	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRP0 CS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS [®]	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire - EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS ^a	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
wOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS ^a	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ^a	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et Imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERLINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCÉF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVALUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dr SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAZEISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. Interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.68.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.68.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE

(version historique)

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à 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 les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et d'avoir porté un réel intérêt à mon sujet. Merci pour votre temps si précieux que vous m'avez accordé pour l'entrevue et la soutenance.

À mes directeurs de thèse,

Monsieur le Docteur Antoine GIACOMINI et Madame la Docteure Carine ZUMSTEIN,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse. Merci pour votre disponibilité, votre patience, votre confiance, votre bienveillance à mon égard ainsi que vos précieux conseils qui ont permis la réalisation et l'aboutissement de ce travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Thibault BAHOUUNE,

Merci de faire partie de ce jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Monsieur le Docteur Jocelyn CERLINE,

Merci de m'honorer par votre présence au sein de ce jury et de votre enthousiasme porté à mon sujet de thèse.

Madame la Docteure Margherita GIANNINI,

Je vous remercie chaleureusement de faire partie de ce jury et pour l'attention que vous avez portée à mon manuscrit.

Madame la Docteure Christelle SORDET,

Merci de m'honorer par votre présence au sein de ce jury, et pour l'attention portée à mon sujet de thèse.

À mes deux collègues de travail de thèse,

Madame la Docteure Manon HILGERT et madame la Docteure Caroline SCHNEIDER,

Merci de m'avoir accompagnée, ce fut un plaisir de partager ce travail avec vous.

Aux participants des entretiens,

Merci à tous les médecins qui m'ont généreusement accordé de leur temps en acceptant de s'entretenir avec moi pour l'élaboration de ce travail.

DÉDICACES

À ma famille, mes proches, mes amis et collègues,

À mes parents, **Georges et Yolande**, à qui je dédie cette thèse. Merci pour votre soutien dans ce travail, pour l'éducation que vous m'avez donnée et pour l'amour que vous me portez chaque jour.

À mon conjoint **Thomas**, merci pour l'amour, la force et le soutien que tu m'apportes au quotidien.

À ma sœur, **Salomé**, merci d'avoir été à mes côtés et pour les moments que nous avons partagés. À ta fille **Louise**, je suis fière d'être ta marraine.

À ma grand-mère maternelle, **Germaine**. Merci de m'avoir transmis ta force de caractère, ta droiture, ta détermination et ta perspicacité. Tu es et resteras à jamais un exemple pour moi.

À mon grand-père maternel, **Jérôme**, parti trop tôt, emporté par la maladie. Mes tendres pensées t'accompagnent chaque jour, et je sais que tu es auprès de moi.

À mes grands-parents paternels, **Alfred et Marguerite**, avec qui j'ai partagé la joie d'apprendre avec rigueur depuis mon enfance jusqu'à mes études de médecine. Ce moment final de mon parcours universitaire vous est également dédié.

À mes **proches, oncles et tantes, parrains et marraines, cousins et cousines**, nous continuons de sillonner cette route ensemble. Merci pour votre présence.

À mes amis de longue date, **Audrey, Louis, Maelle, Margot, Marina, Maeva, Nathan, Nicolas et Sarah, Sébastien, Sophie** merci d'avoir grandi à vos côtés.

À mes **anciens amis de la faculté, partenaires de bibliothèque, coexternes, cointernes** merci pour ces moments partagés ensemble, votre soutien, vos échanges et cette entraide si précieuse tout au long de notre formation et qui se poursuit encore aujourd'hui.

À mes **collègues médecins et personnels paramédicaux** rencontrés tout au long de mon cursus, merci de m'avoir donné l'opportunité de soigner à vos côtés, de partager et d'apprendre de votre expérience professionnelle.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	23
I. INTRODUCTION.....	25
II. MÉTHODE.....	29
1. Type d'étude.....	29
2. Population étudiée.....	29
3. Modalités d'inclusion des participants.....	30
4. Guide d'entretien.....	30
5. Recueil des données.....	31
6. Analyse des données.....	32
7. Aspects éthiques et réglementaires.....	32
III. RÉSULTATS	33
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	33
2. Caractéristiques des entretiens.....	35
3. Identité du patient-enseignant.....	35
3.1 Définition.....	36
3.2 Profil.....	37
3.2.1 Pathologies.....	37
3.2.2 Qualités et défauts.....	38
3.2.3 Formation des patients-enseignants.....	39
3.2.4 Statut.....	40
3.3 Modalités pratiques de recrutement.....	41
3.4 Modalités pratiques de rémunération.....	42

4. Intégration du patient dans les formations et évaluations.....	43
4.1 Expériences d'enseignement avec des patients.....	44
4.1.1 Types d'enseignements.....	44
4.1.2 Motivations personnelles et institutionnelle.....	47
4.1.3 Forces des enseignements.....	49
4.1.4 Limites des enseignements	49
4.2 Gestion des enseignements.....	50
4.2.1 Facteurs facilitant l'intégration à l'enseignement	50
4.2.2 Facteurs freinant l'intégration à l'enseignement.....	51
4.3 Évaluation des étudiants.....	53
5. Impact des enseignements sur la pratique médicale.....	54
5.1 Retours d'expérience.....	54
5.2 Apports pédagogiques	55
5.2.1 Impact sur la pratique professionnelle.....	55
5.2.2 Évolution de l'exercice médical.....	56
5.2.3 Enrichissement de la démarche centrée sur le patient.....	57
5.2.4 Plus-value pédagogique.....	58
5.3 Facteurs influençant la relation de soin.....	58
5.3.1 Parole du patient.....	58
5.3.2 Savoir expérientiel.....	59
5.3.3 Complémentarité et partenariat.....	59
5.3.4 Évolution de la relation médecin-patient.....	60
6. Axes d'amélioration et perspectives de nouveaux enseignements.....	61

6.1 Modalités théoriques d'intégration du patient au sein des facultés.....	61
6.1.1 Élargissement de l'intégration dans les formations.....	61
6.1.2 Élargissement de l'intégration dans les évaluations.....	63
6.1.3 Élargissement de l'intégration dans les facultés de santé ...	64
7. Modalités pratiques d'intégration du patient au sein des facultés.....	66
7.1 Quels moyens pour se former ?	66
7.2 Politique et financement.....	67
7.3 Appréhensions exprimées	68
7.4 Pistes exploratoires.....	68
IV. DISCUSSION.....	69
1. Forces et limites	69
1.1 Une approche originale encore peu explorée	69
1.2 Validité de l'étude	70
1.3 Limites méthodologiques et biais identifiés.....	71
2. Une expérience d'enseignement en voie de construction.....	73
2.1 Une définition évolutive	73
2.2 Sélection et formation des patients-enseignants	74
2.3 Statut et reconnaissance.....	74
3. Entre innovation et ajustement	76
3.1 Freins culturels, organisationnels et juridiques.....	76
3.2 Une implication croissante.....	77
3.3 Vers une évolution des postures pédagogiques.....	77
4. Perspectives complémentaires.....	79
4.1 Structuration du partenariat patient	79
4.2 Initiatives existantes en France	79

4.3 Modèle d'implémentation et conditions de réussite.....	81
4.4 Ouvertures pour de futures recherches	82
V. CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	86
ANNEXES.....	97
Annexe 1. Mails adressés aux départements de médecine générale.....	97
Annexe 2 Lettre d'information et consentement.....	98
Annexe 3. Guide d'entretien semi-directif	103
Annexe 4. Fiche de recueil des données socio-démographiques.....	105
Annexe 5. Grille COREQ	106
Annexe 6. Synthèse d'autres expériences au sein de facultés ayant mis en place une structure dédiée au partenariat patient	110

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des enseignants de l'étude.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 2 : Définition du patient participant à l'enseignement selon les enseignants.....</i>	<i>36</i>
<i>Tableau 3 : Typologie des enseignements et des étudiants.....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 4 : Motivations des enseignants</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 5 : Freins aux enseignements.....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 6 : Émergence d'idées nouvelles.....</i>	<i>61</i>

FIGURES

<i>Figure 1 : Carte mentale</i>	<i>112</i>
<i>Figure 2 : Arbre de codage</i>	<i>113</i>
<i>Figure 3 : Cartographie du déploiement de la participation des patients dans la formation initiale des médecins au sein des 35 Unités de Formation et de Recherche (UFR) médicales françaises.....</i>	<i>114</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CI3P : Centre d’Innovation du Partenariat avec les Patients et le Public

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

CPTS : Communauté Professionnelle de Santé Territoriale

DES : Diplôme d’Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré

ED : Enseignement Dirigé

EDN : Épreuves Dématérialisées Nationales

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

GEP : Groupes d’Échanges de Pratiques

GEAP-PE : Groupes d’Échanges et d’Analyse de Pratique avec la Participation de Patients Enseignants

HAS : Haute Autorité de Santé

MCU : Maître de Conférences des Universités

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PACTEM : Patients Acteurs de l'Éducation Médicale

PEP 13 : Programme de recherche en pédagogie médicale de l'Université Paris 13

RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique

SHS : Sciences Humaines et Sociales

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

UEL : Unités d'Enseignements Libres

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UTEP : Unité transversale pour l'Éducation thérapeutique

INTRODUCTION

Après deux siècles de paternalisme médical, l'expertise des patients est devenue un enjeu majeur du système de santé en France. Le mot patient vient du latin *patiens*, dérivé du verbe *pati*, signifiant « éprouver, souffrir ». (1) Longtemps cantonné à un rôle passif, le regard porté sur le patient a évolué à travers les crises sanitaires et les grandes réformes. L'implication des patients dans la lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) dans les années 1980, puis leur engagement associatif dans les années 1990, leur a conféré un statut d'« experts ». (2)

Il y a dix ans, un article du *British Medical Journal* intitulé « *Let the patient revolution begin* » (3) met en lumière le rôle croissant des patients au sein de la communauté médicale. Ses auteurs soulignent la nécessité d'une collaboration durable entre cliniciens et patients. La modernisation du système de santé repose non seulement sur la coordination et l'amélioration de l'accès aux soins, mais aussi sur l'innovation pédagogique, avec la reconnaissance croissante du vécu des patients. (4)

Une transformation des modèles pédagogiques en santé, amorcée dans les années 1990, a fait évoluer l'approche centrée sur le patient vers un véritable partenariat dans les années 2010. (5) Elle a permis l'émergence de nouveaux acteurs dans les dispositifs de formation, les patients eux-mêmes. Cette évolution reflète une volonté plus large d'améliorer la qualité des soins en intégrant des compétences sociales et relationnelles dans les formations médicales. (6)

Depuis trois décennies, des initiatives pédagogiques isolées et des groupes enthousiastes émergent dans certains hôpitaux et facultés de médecine en France. À l'hôpital

Bichât à Paris (7) et à Nice en 1998(8), des patients atteints respectivement de VIH et de polyarthrite rhumatoïde commencent à intervenir dans les enseignements comme sujets d'examens. Le modèle pédagogique reste vertical et centré sur le savoir biomédical, avec peu de reconnaissance du savoir expérientiel du patient. Dans les années 2000, le rôle actif du patient commence à être reconnu dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). (9) Leur parole a gagné en légitimité, d'abord dans le soin, puis dans l'enseignement, contribuant à un système de santé plus inclusif. La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, les reconnaît officiellement comme « *usagers du système de santé* ». (10) On parle désormais de « *démocratie sanitaire* ».

En 2002, l'Université Paris 6 intègre une formation obligatoire sur la relation médecin-malade pour les étudiants de 4^e année, incluant la participation directe de patients (11). Elle ouvre quelques années plus tard la voie à un véritable tournant en créant la première « Université des Patients » en 2009 sous la direction de Tourette-Turgis C..(12) À Lyon, un programme Patients Acteurs de l'Éducation Médicale (PACTEM), lancé en 2015, intègre les patients dès le début des études médicales.(13) En 2016, le Programme Patients-Enseignants (PEP-13) de l'Université Sorbonne Paris Nord (anciennement Université Paris 13), programme de recherche en pédagogie médicale, introduit la « *perspective patient* » dans le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale. Les patients-enseignants y interviennent dans des cours suivis par les internes et participent aux jurys de thèse. (14) En octobre 2018, un premier colloque inter-facultaire sur l'enseignement avec les patients à Marseille conclut qu'il n'est plus envisageable d'enseigner une approche centrée sur le patient sans y intégrer les patients eux-mêmes. (15) À Strasbourg, l'intégration des patients dans la formation en rhumatologie a débuté en 2015, avec des interventions en ETP (16) et dans la formation en psychiatrie dès 2016. (17) En 2019, Nice inaugure un

Centre d'Innovation du Partenariat avec les Patients et le Public (CI3P), (18) tandis que des patients sont intégrés à la formation en psychiatrie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Selon Gross O., docteur en santé publique de l'Université Sorbonne Paris Nord, la participation des patients à l'enseignement varie de la simple transmission d'informations à une forme d'« *empowerment* », c'est-à-dire leur capacité à agir. (19) En France, leur intégration dans les formations médicales s'inspire d'un modèle canadien, développé par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. (20) Depuis 2010, ce modèle de partenariat en santé s'inscrit dans un continuum d'engagement des patients, allant de la simple information (niveau 1) à la co-construction (niveau 4), selon l'échelle de Carman et al (21), applicables dans différents domaines, dont l'enseignement. Désormais considérés comme des membres de l'équipe pédagogique, les patients partagent leur « *savoir expérientiel* » avec les étudiants et soutiennent les médecins-enseignants. (22) L'émergence du terme « *patient-enseignant* » illustre le chemin parcouru quant à leur intégration dans l'enseignement, et s'inscrit dans une dynamique de reconnaissance du savoir expérientiel, complémentaire au savoir biomédical (22).

Avec le plan « *Ma santé 2022* », lancé en 2018, qui prévoit d'« *intégrer le patient comme acteur de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé* », (23) les enjeux de modernisation du système de santé s'élargissent. La loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, inscrit et soutient officiellement la participation des patients dans la formation initiale des médecins. (24) Toutefois, l'absence d'un cadre national d'application unifié conduit à des initiatives locales hétérogènes. En septembre 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques pour « *faciliter l'engagement des personnes au service de leur santé, de leurs pairs et des organisations* ». (25)

Malgré un intérêt croissant pour ce type d'enseignement, la place du patient reste encore insuffisamment structurée dans le cursus médical et tous les étudiants n'ont pas accès à l'expertise d'un patient dans leur formation médicale. (26) Le manque d'information, les résistances de certains professionnels de santé et d'universités, ainsi que le nombre limité de formations disponibles, freinent leur intégration et ne couvrent pas tous les domaines d'intervention possibles. (27) Un décalage persiste entre les recommandations actuelles et les pratiques effectives d'enseignement.

Plusieurs études montrent pourtant les bénéfices pédagogiques de l'intégration des patients dans la formation des étudiants en médecine (28). Cette participation soulève de nombreux enjeux pédagogiques, éthiques et organisationnels qui impactent la dynamique de l'enseignement médical.

En nous appuyant sur les expériences pédagogiques de différentes facultés de médecine en France, l'objectif de cette étude était de recueillir, analyser et confronter le point de vue des médecins-enseignants sur les formations incluant des patients-enseignants au cours des études médicales.

Les objectifs secondaires étaient de proposer des axes d'amélioration afin de pérenniser leur participation à la formation médicale.

Quelle place accorder aux patients dans l'enseignement médical, du point de vue des médecins-enseignants ?

MÉTHODE

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative en médecine générale. (29) Il est l'aboutissement d'un travail d'équipe mené par trois étudiantes : Manon Hilgert, Caroline Schneider et Jérôme Mall, centré sur la place du patient dans les enseignements, respectivement du point de vue des étudiants (MH), des patients (CS) et des enseignants, objet de la présente étude (JM).

1. Type d'étude

La recherche qualitative, selon Glaser et Strauss dans leur ouvrage *The Discovery of Grounded Theory* (30), correspond à « tout type de recherche qui produit des données qui ne sont pas issues de procédures statistiques ou d'autres moyens de quantification ».

Nous avons adopté cette approche, inspirée de la méthode de théorisation ancrée développée dans les années 1960, afin de proposer un modèle explicatif de la place des patients dans la formation des étudiants en médecine en France. Cette méthodologie a permis d'explorer les expériences vécues, les représentations et les discours des médecins-enseignants concernant l'intégration des patients dans l'enseignement, à travers des entretiens individuels semi-dirigés, permettant un recueil de données riches et approfondies. (31)

2. Population étudiée

La population étudiée était constituée de médecins issus de différentes facultés de médecine en France, ayant une expérience d'enseignement avec ou sans intégration de patients dans leur dispositif pédagogique.

L'échantillon était raisonné selon plusieurs critères : sexe, âge, faculté d'enseignement, statut universitaire, nombre d'années d'enseignement, et mode d'exercice médical.

3. Modalités d'inclusion des participants

Les enseignants ont été recrutés par l'enquêtrice par courriel, sur une période de sept mois (novembre 2021 - juin 2022). Le message précisait le sujet de l'étude et proposait des entretiens présentiels ou distanciels (annexe 1). Les coordonnées des enseignants avaient été préalablement recueillies auprès des secrétariats des Départements de Médecine Générale (DMG). D'autres participants ont été rencontrés lors d'un colloque sur le partenariat patient.

Le recrutement s'est arrêté lorsque la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque plus aucune nouvelle idée n'émergeait au cours de l'analyse du dernier entretien.

4. Guide d'entretien

Il a été élaboré à partir des problématiques identifiées après une analyse approfondie des données de la littérature, et a servi de trame lors des entretiens (annexe 3). (31)

Après une présentation du cadre de l'entretien, une première question ouverte était posée sur l'expérience vécue ou non d'enseignement intégrant des patients, afin d'instaurer un climat de confiance.

Les thèmes abordés incluaient : la description et la gestion des enseignements (type, vécu, apports, freins), le profil du patient-enseignant (pathologie, mode d'intervention, qualités, défauts, recrutement et rémunération), l'impact sur la pratique médicale (expérience, cadre de pensée et représentations des interviewés), l'influence sur la relation médecin-patient, ainsi que les axes d'amélioration et perspectives de nouveaux enseignements.

L'entretien se terminait par un espace de parole libre permettant l'émergence de thèmes pertinents non anticipés. Une première version du guide a été testée une première fois, puis enrichie progressivement, sans modifications majeures pour les entretiens.

5. Recueil des données

L'ensemble des entretiens a été réalisé par la même enquêtrice, auteure de la présente thèse. Pour des raisons logistiques, six entretiens ont eu lieu en distanciel via la plateforme Google Meet, un par visioconférence WhatsApp, et un seul en présentiel, sur le lieu d'exercice hospitalier de l'enseignant interviewé. Sept entretiens ont été réalisés de juillet 2022 à janvier 2023, période au cours de laquelle la saturation des données a été atteinte. Un huitième entretien a été réalisé début 2025 afin de confirmer la stabilité des résultats précédents.

Afin de garder la totalité des propos recueillis, chaque entretien était enregistré à l'aide de l'application vocale du téléphone portable de l'enquêtrice. Un double enregistrement a été effectué sur un dictaphone numérique, après accord des participants.

Au début de chaque entretien, les conditions de restitution de la recherche et les règles de confidentialité ont été rappelées. Un consentement éclairé, écrit et signé, a été recueilli (annexe 2). Les données socio-démographiques ainsi que la durée de l'entretien ont également été collectées (annexe 4).

Les entretiens ont été intégralement retranscrits par l'enquêtrice sous Microsoft Word, en distinguant les propos de l'intervieweur et de l'interviewé, tout en anonymisant ce dernier (ex. : F1, F2, etc.). La retranscription manuelle a été aussi fidèle que possible, incluant les éléments infra-verbaux tels que les rires, les silences ou les pauses.

6. Analyse des données

Une analyse thématique inductive généralisée du contenu a été réalisée, sans recourir à un logiciel d'analyse assistée. (32 et 33)

Chaque extrait du verbatim a été analysé ouvertement de manière expérientielle, pour être rattaché à une propriété, puis classé dans une catégorie, dite unité de sens selon l'idée véhiculée. Un codage axial manuel des verbatims a été effectué sous Microsoft Excel. Les unités des sens ont ensuite été regroupées en thèmes généraux, parfois déclinés en sous-catégories. Une synthèse de notre analyse expérientielle a été modélisée sous forme d'un arbre de codage et d'une carte mentale illustrée (annexes 5 et 6).

Les propriétés et catégories n'ont pas été définies à l'avance, mais découvertes à partir des données des entretiens. Le codage a été réalisé par l'enquêtrice (JM) et ses deux co-enquêtrices (MH, CS), puis validé par les co-directeurs de thèse : Docteur Antoine Giacomini et Docteure Carine Zumstein.

7. Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont été informés des objectifs de l'étude et leur consentement éclairé, écrit et signé a été recueilli par l'investigatrice. Les entretiens se sont déroulés de manière confidentielle, en supprimant tout nom propre et tout élément identifiable.

Au préalable, un dossier a été soumis au Comité d'éthique de la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM), qui a émis un avis favorable pour cette recherche exploratoire auprès de médecins-enseignants. Une déclaration a été réalisée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). La recherche n'entrait pas dans le champ d'application de la loi Jardé, aucune intervention médicale n'ayant été réalisée. L'accès aux données a été strictement restreint à l'équipe de recherche. (32)

RÉSULTATS

Huit professionnels de santé ont été inclus dans l'étude. Les résultats sont organisés autour de thèmes principaux explorant la place des patients dans la formation médicale, selon le point de vue des médecins-enseignants.

1. Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a inclus huit médecins enseignants, quatre hommes et quatre femmes, âgés de 28 à 72 ans. Ils exerçaient dans six facultés de médecine : Angers, Lyon, Nice, Rennes, Strasbourg et Tours. Les facultés d'Angers et de Rennes étaient représentées deux fois. Les statuts professionnels étaient variés : la majorité des enseignants exerçaient en libéral, à l'exception d'une enseignante hospitalo-universitaire (F5). Un participant (F4) était retraité au moment de l'étude.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des enseignants de l'étude

Enseignant	Sexe	Âge	Faculté d'enseignement	Statut universitaire	Années d'enseignement	Mode d'exercice	Durée de l'entretien
F1	F	52 ans	Rennes	Maître de Stage des Universités	7 ans	Libéral	49 minutes
F2	M	35 ans	Rennes	Chef de Clinique	8 ans	Libéral	31 minutes
F3	F	28 ans	Angers	Chef de Clinique	½ an	Libéral	39 minutes
F4	M	72 ans	Lyon	Professeur Émérite	30 ans	Libéral	69 minutes
F5	F	48 ans	Strasbourg	MCU – Praticien Hospitalier	20 ans	Hospitalier	53 minutes
F6	F	36 ans	Nice	MCU	11 ans	Libéral	56 minutes
F7	M	45 ans	Angers	CE-MCU	10 ans CE 4 ans MCU	Libéral	47 minutes
F8	F	54 ans	Tours	Médecin Contractuel Assistant	16 ans	Libéral	52 minutes

Légende : F : Formateur/enseignant (numérotation selon l'ordre des entretiens), M : Masculin, F : Féminin, MCU : Maître de Conférences des Universités, CE : Chargé d'Enseignement.

Au total, 32 facultés ont été contactées, dont six ont accepté de participer à l'étude.

L'expérience en enseignement variait de 6 mois à 30 ans. Une enseignante n'avait jamais intégré de patients dans ses enseignements (F3). Les formations couvraient l'ensemble du cursus médical : premier cycle (1^{ère} à 3^e année), deuxième cycle (externat : 4^e à 6^e année) et troisième cycle (internat : en faculté ou en centre hospitalo-universitaire).

2. Caractéristiques des entretiens

Huit entretiens semi-dirigés ont été menés entre janvier et août 2022. Leur durée variait de 31 à 69 minutes, avec une moyenne de 49 minutes. La saturation des données a été atteinte dès le septième entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé afin de confirmer cette saturation, il n'a apporté aucun nouvel élément significatif concernant l'objet de l'étude. Des relances ont permis d'inclure F3, une enseignante n'ayant jamais expérimenté l'enseignement avec des patients, ainsi qu'un participant issu d'une faculté déjà représentée (Angers, F7) et un huitième entretien, issu d'une nouvelle faculté (Tours, F8).

3. Identité du patient-enseignant

Cette partie explorait les représentations, les profils ainsi que les modalités pratiques de recrutement et rémunération des patients enseignants, telles qu'exprimées par les médecins interrogés.

3.1 Définition

La définition du patient-enseignant **variait selon les enseignants**. Pour certains, elle comportait une part de **subjectivité** : « *Il y a un côté très personnel dans la définition* » (F1) :

Tableau 2. Définition du patient participant à l'enseignement selon les enseignants

F1	« Vis-à-vis des internes je prends vraiment plus facilement le terme de patient enseignant pour mettre une légitimité auprès de nous de sa présence. Autrement je parle de patient partenaire, parce que j'ai cette notion d'échange, d'intégrer le patient avec cette transversalité. [...] Le terme patient ressource, patient témoin, pour moi, c'est flou. »
F2	« Il enseigne en tant qu'utilisateur du service de soins. [...] capable de transmettre des informations sur sa pathologie dont il est expert. Il apporte son retour d'expérience en tant qu'utilisateur. »
F3	« Un enseignant qui a eu un suivi médical au long cours et qui est devenu enseignant du fait de son suivi médical. Je trouve que le terme de patient expert est intéressant, parce que ça montre qu'ils n'ont pas la même formation que nous. »
F4	« Un patient enseignant, c'est un patient qui a fait un travail sur lui-même, un travail de réflexion à travers une expérience vécue et qui peut transmettre. C'est ce basculement, il n'est plus uniquement le patient témoin. »
F5	« Un patient enseignant est un patient qui a une formation et qui travaille en collaboration, en partenariat avec les autres enseignants, on est complémentaires. »
F6	« On dit patient en fait ça peut être un usager du système de santé parce que patient implique soin classiquement. C'est une personne qui traverse notre système de santé avec ou sans maladie et qui peut venir prendre un rôle social, d'essayer de contribuer en fait à améliorer les compétences des professionnels. »
F7	« C'est un patient qui peut témoigner de son expérience personnelle par rapport à sa maladie, aux soignants et même l'institution soignante. Même peut-être par rapport aux démarches administratives, à tout son vécu. Il a un vécu de sa maladie suffisamment apaisé pour être un bon communiquant. »
F8	« Ce sont beaucoup de compétences humaines, de l'authenticité, [...] et cette conviction du bien-fondé de l'alliance thérapeutique et de l'approche centrée patient, [...] qui fait progresser les étudiants et qui le remet dans une posture horizontale, [...] cette posture de partenariat. Ils ont une analyse tout aussi enrichissante que celle de leurs pairs médecins. »

Tous les enseignants s'accordent à dire que cette définition implique systématiquement le **savoir expérientiel** du patient : « *un travail de réflexion à travers une expérience vécue et qui peut transmettre* » (F4), une notion de **témoignage** : « *de son expérience personnelle* » (F7), de : « *collaboration et en partenariat avec les autres enseignants* » (F5) et de **complémentarité** avec le soignant : « *ils n'ont pas la même formation que nous* » (F3). Une définition centrée sur les **compétences humaines** : « *un individu animé par la curiosité, l'envie de partager, la capacité à incarner l'intérêt général du point de vue des usagers* » (F8).

Différentes terminologies ont été utilisées : « **patient enseignant** » (F1, F3, F4) **majoritaire**, le terme : « **usager** » a été employé par deux interviewés (F2, F6), tout comme celui de « **patient expert** » (F2, F3) et celui de « **partenaire** » (F1, F5).

3.2 Profil

Le profil du patient enseignant variait de sa pathologie à son statut.

3.2.1 Pathologies

Les patients présentaient principalement des **maladies chroniques** : « *diabétiques* » (F2, F4, F6), atteints de : « *sclérose en plaque* » (F5), : « *polyarthrite rhumatoïde* » (F5), : « *lymphœdème chronique* » (F6) ou présentaient un **handicap moteur** : « *hémiplégique* » (F6), : « *quadriparétique* » (F7).

Ils étaient âgés de **25 à 70 ans** : « *40 ans* » (F2), « *25 ans* » (F5), « *55 ans* » (F4), « *70 ans* » (F5), « *50-60 ans* » (F8) : « *un peu des hommes, un peu des femmes, une cinquantaine d'années avec des profils et pathologies très variés* » (F6, F8). La plupart : « *investis dans les associations* » (F1, F2, F5, F7, F8). Certains patients avaient dû abandonner leur rôle de formateur pour des **raisons de santé** : « *Sur 3 des patients, il y en a un qui a eu des complications donc il n'a pas pu faire la formation* » (F5).

La participation d'enfants dans l'enseignement n'était pas possible pour des **raisons** : « **éthiques** » (F6). Les parents intervenaient dans ce rôle. : « *Une maman d'un enfant atteint d'un handicap dans le séminaire Santé des Enfants* » (F6), des : « *parents d'enfants autistes ou déficients mentaux* » (F7).

3.2.2 Qualités et défauts

Les qualités des patients enseignants étaient des facteurs déterminants dans le choix des enseignants. Elles regroupaient des compétences en **communication**, : « *des patients que j'avais choisi par leur capacité d'expression* » (F5), « *qu'il sache s'exprimer* » (F7), **relationnelles**, : « *j'ai la chance de travailler avec un patient très ouvert, très diplomate qui sait exactement employer les bons mots pour rassurer les étudiants* » (F2), **adaptatives**: « *une capacité à parler et de prendre aussi un peu de distance face à leur maladie aussi* » (F4), « *il faut qu'ils aient du recul par rapport à leur pathologie* » (F5), « *d'adaptation* » (F4, F8), **motivacionnelles** : « *un engagement du patient, de l'altruisme, l'absence de motivation personnelle de militantisme et l'absence de motivation financières* » (F7). Ces compétences étaient acquises avec le temps par l'expérience, moyennant une : « **bonne disponibilité** » (F5) et en acceptant parfois d'être : « **bénévoles** » (F5). La richesse de l'enseignement reposait sur la diversité de leurs compétences.

Les défauts évoqués incluaient le patient **égocentrique** : « *il a tendance à se centrer un peu sur lui-même* » (F4), ou avec une dimension émotionnelle trop prononcée « *revendicateur par rapport au système de santé, en colère contre les docteurs* » (F5), : « *en rébellion par rapport à sa maladie* » (F7), : « *militant* » (F1), : « *négociateur* » (F7), voire : « *violent* » (F1). Certains patients avaient des **difficultés à s'exprimer** de « *manière claire* » (F7) et « *pédagogique* » (F3).

3.2.3 Formation des patients enseignants

Les avis sur la formation des patients étaient **partagés** : *« il y a des gens qui disent qu'il faut les former d'autres qui disent qu'il ne faut pas les former »* (F6). Certains soulignaient les difficultés initiales des patients *« à se percevoir comme enseignants »* (F8). La posture d'enseignant semblait se construire progressivement et pour plusieurs intervenants, une **formation spécifique était essentielle** pour les aider à acquérir une *« légitimité pédagogique »* (F8). *« La formation c'est indispensable »* (F5)

D'autres enseignants insistaient sur l'importance de **sélectionner un profil adapté**, estimant que la formation ne pouvait pas tout compenser : *« il me semble que plutôt qu'une formation, c'est plutôt sélectionner un profil de patient qui a réussi à prendre suffisamment de recul sur sa propre situation pour ne pas être complètement envahi d'émotions »* (F7).

Pour certains, une **formation diplômante** représentait une reconnaissance formelle : *« il faut probablement les former comme on est formés à la certification de compétences »* (F6) plus ou moins modélisée : *« on peut très bien imaginer qu'il y ait des patients qui font des cursus pédagogiques et d'enseignements qui passent même des thèses »* (F4).

Des exemples concrets de **formations suivies par les patients enseignants** ont été rapportés. La patiente intégrée dans les enseignements de Nantes a réalisé un : *« DU en éducation thérapeutique et un Master en Santé »* (F1). Les patients intégrés dans les enseignements à Strasbourg ont été formés en : *« éducation thérapeutique »* ou ont réalisé un : *« Master 2 en science de l'éducation »* (F5). Les patients intégrés dans les enseignements à Nice ont été formés par le centre d'innovation pour le partenariat avec les patients et le public fondé en 2020, le : *« CI3P »* ou avaient réalisés un : *« DU de relation de soin », : « DU art du soin en partenariat avec le patient »*. Ils ont également pu suivre une formation en : *« ETP »* (F6). Des patients intégrés dans les enseignements à Angers ont

suivi un : « *DU de pédagogie médicale* » (F7). Une « *formation de 4 jours* » (F8) était réalisée à Tours. Le patient intégré dans les enseignements de Rennes : « *n'a pas de formation type master ou DU* » (F2) : « *il a fait une formation pour être formateur* » (F2). Il n'a pas été détaillé le type de formations que les patients ont eu à Lyon (F4).

3.2.4 Statut

Le statut du patient enseignant apparaissait **mal défini et à construire**. Les enseignants exprimaient le besoin d'une **reconnaissance institutionnelle claire** du « *rôle du patient* » (F8). La plupart les considéraient comme de véritables : « **enseignant** » (F3, F4), au même titre que les médecins. Cependant, la question juridique restait floue. « *Je ne sais pas si juridiquement on peut les considérer comme des enseignants alors qu'ils n'ont pas de qualification* » (F7).

Certains rappelaient que le rattachement à un statut d'enseignant permettait d'assurer une rémunération. « *Nous sommes rattachés à la notion d'enseignement comme statut, qui nous permet justement de leur apporter une rémunération, grâce à ce statut* » (F2).

Les autres statuts évoqués incluaient un : « **statut de vacataire** » (F6, F8) rémunéré par la faculté, « **statut de patient évaluateur** » (F7), « **statut de bénévole** » (F5) parfois choisi pour « *perdre leurs aides* » sociales (F6). Un enseignant reconnaissait ne pas maîtriser les implications statutaires : « *sur la question du statut je ne sais pas du tout, je ne connais pas bien les différents statuts que l'on peut avoir en tant que patient expert* » (F2).

3.3 Modalités pratiques de recrutement

Le recrutement des patients enseignants était, dans la majorité des cas, réalisé directement **par les médecins enseignants eux-mêmes**, à partir de leur propre patientèle. «

*C'étaient les patients des enseignants » (F3), « on avait demandé à des patients que je suivais moi en médecine générale » (F4). D'autres étaient proposés **par des collègues, spécialistes** : « D'autres proposés par des diabétologues ou d'autres enseignants de médecine générale » (F4). Les critères de sélection incluaient le type de pathologie, la personnalité du patient, la « *capacité d'expression* » (F4) et les compétences « *pédagogiques* » (F8), l'expérience du système de santé, parfois liée à un parcours professionnel (ex. : « *ancienne cadre hospitalière* » (F5, F8).*

Dans certains cas, le recrutement était institutionnalisé **par la** : « ***faculté de médecine elle-même*** » (F1), **par des** : « ***associations de patients*** » (F2, F7, F8), par le : « *CI3P recrutés lors d'un DU sur la relation de soins* » (F6).

Certains patients ont été écartés du processus de recrutement car ils ne correspondaient pas aux attentes pédagogiques et : « *redirigés vers d'autres enseignements* ». (F5)

3.4 Modalités pratiques de rémunération

La question de rémunération apparaissait **floue et variable selon les profils de patients**, allant des plus jeunes aux patients retraités. Il existait une forte implication quant à la réflexion du niveau de rémunération horaire mais il n'était pas encore clairement défini : « *le niveau de rémunération, ça je ne peux pas te dire* » (F4). La modélisation théorique d'un financement des patients avait mis en **difficulté** la plupart des interviewés et ce malgré leur « *participation à des congrès* » dans les deux dernières années ayant soulevé cette question. (F3).

La **reconnaissance financière** était jugée essentielle pour une majorité, comme marque de l'engagement et de l'expertise des patients. « *C'est des gens qui vont venir sur un temps qui pourrait être dédié à gagner sa vie, donc ce serait logique qu'ils soient*

*rémunérés » (F7). « La reconnaissance passe aussi par une reconnaissance financière » (F6). « Le partenariat passe peut-être aussi par la même reconnaissance financière que le praticien enseignant » (F1). Selon eux, il était **légitime** qu'ils soient « rémunérés au même titre qu'un enseignant » (F3).*

L'absence de rémunération posait des difficultés pratiques : *« sans les rémunérer, on ne peut pas les indemniser. D'ailleurs ça leur coûte » (F5). « Il n'y a pas beaucoup de jeunes peut être aussi parce que ce n'est pas payé » (F6).*

D'autres profils, comme les retraités, étaient moins concernés : *« on a aussi des patients retraités qui ont peu ou pas besoin forcément de rémunération » (F4).*

Des pistes étaient évoquées : *« on est en train de réfléchir à des statuts de vacataires » (F4), « ce qui est obtenu de manière assez formelle, c'est le **remboursement des frais, la participation pour les repas**, voilà au moins ça ne coute pas. Ce qui est demandé aussi c'est une reconnaissance universitaire » (F4). On proposait : « un statut d'autoentrepreneur, mais qui paie ? » (F7), des : « **bons d'achats, de financement par le Collège des enseignants [...]** peut-être payer, je ne sais pas le Collège peut payer des honoraires, faudrait voir avec un comptable si c'est possible » (F7).*

En pratique, certains patients étaient rémunérés ou indemnisés selon des statuts divers : *« salariés » (F1) d'un centre de formation, le Centre d'Accompagnement des Proches et de Prévention des troubles Psychiques émergents (CAPPS), avec « un salaire au prorata du temps de présence » (F3), « rémunéré par l'université dans le cadre d'une formation auprès d'étudiants en STAPS » (F5), indemnisés de « frais engagés par les patients, via l'université » (F7) et une et « **indemnisation des frais kilométriques** » (F8). Certains ne pouvaient pas être salariés en raison de leur statut d'« invalidité » (F3).*

4. Intégration du patient dans les formations et évaluations

Les patients ont été intégrés à **plusieurs niveaux** dans les formations médicales universitaires. Le rôle de patient en tant qu'enseignant et sa puissance pédagogique n'a été remis en question par aucun des participants.

Sept interviewés sur huit ont déclaré avoir déjà eu recours au partenariat avec des patients dans leurs enseignements. Une seule n'avait encore jamais expérimenté cette approche : « *c'est quelque chose que je n'ai pas testé pour le moment* » (F3). Les dispositifs pédagogiques impliquaient systématiquement un **trio formateur : médecin, patients et étudiants**. Toutefois, cette intégration n'était **pas uniforme** dans l'ensemble du cursus médical. Elle était **majoritairement présente au 3^e cycle** (internat en DES de médecine générale) avec une importance moindre en 2^e cycle (externat), et rarement mis en œuvre en 1^{er} cycle.

Les enseignants n'envisageaient pas que les patients interviennent seuls, sans supervision médicale (F7, F6, F5) : « *je n'imagine quand même pas tout à fait laisser un patient expert tout seul* » (F7).

La plupart des dispositifs étaient encore **en phase d'expérimentation**, avec des durées de mise en œuvre allant d'un an et demi à Rennes, à huit ans à Strasbourg pour la plus ancienne : « *ce que je fais depuis un an et demi* » (F2), : « *on en est à la 3^e année d'expérimentation* » (F1), : « *il y a 5-6 ans* » (F4, F8), : « *j'ai un patient expert depuis 8 ans* » (F5), : « *depuis début 2020* » (F6), : « *depuis 2019* » (F8).

4.1 Expériences d'enseignement avec des patients

Les expériences d'enseignement variaient selon les facultés allant **du simple témoignage à la co-construction des enseignements**. Certains s'inscrivaient dans une démarche institutionnelle structurée, d'autres restaient dans des formats plus exploratoires.

4.1.1 Types d'enseignements

Tableau 3. Typologie des enseignements et des étudiants et modalités pratiques

Enseignant	Types d'enseignement	Type d'étudiants	Modalité
F1	GEP, programme ETP.	Internes, externes	Facultatif
F2	Patient simulé, GEP, UEL, RSCA.	Internes, externes	Facultatif
F3	Aucun.	Aucun	-
F4	Cours magistral, jeux de rôles, ED obligatoire et mixte médecine SHS, groupe Balint.	Internes	Facultatif et obligatoire
F5	Check-list, ETP, congrès, kiné, IFSI, séminaires UTEP.	Internes, externes	Facultatif
F6	ETP, témoignage, séminaire, thèses, centre d'innovation pour le partenariat, ECOS.	Internes, externes	Facultatif et obligatoire
F7	DIU de pédagogie, cours MPR, immersion en lieu de vie.	Internes, externes et 1 ^{er} cycle	Facultatif et obligatoire
F8	GEAP-PE.	Internes	Obligatoire

Légende : GEP : Groupes d'Échanges de Pratiques, ETP : Éducation Thérapeutique du Patient, UEL : Unités d'Enseignements Libres, RSCA : Récit de Situation Complexe Authentique, ED : Enseignement Dirigé, SHS : Sciences Humaines et Sociales, IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers, UTEP : Unité Transversale pour l'Éducation Thérapeutique, ECOS : Examen Clinique Objectif et Structuré, DU : Diplôme Universitaire, MPR : Médecine Physique et de Réadaptation, GEAP-PE : Groupes d'Échanges et d'Analyse de Pratique avec la Participation de Patients Enseignants

➤ En 3^e cycle de médecine générale

Les patients intervenaient principalement dans les **ateliers de GEP** (F1, F3, F8) et dans des **programmes d’ETP** (F1, F5, F6). D’abord présents sous forme de : « **témoignages** » (F5), leur participation évoluait progressivement vers des approches interactives et collaboratives allant jusqu’à la « **co-conception** » (F6, F8) des enseignements. « *Ils enseignent dans un séminaire sur la Santé de la Femme* » (F6), ils sont intervenus dans des : « *cours de DIU de Pédagogie médicale* » (F7).

Un patient était investi dans **l’accompagnement des thèses de médecine générale** à Nice participant : « *au jury de soutenance de thèse, [...] au jury du prix de thèse* », et à [...] *des travaux de recherche dans le cadre du CI3P* » (F6).

➤ En 2^e cycle de médecine générale

Les patients sont intervenus dans plusieurs types d’enseignement, notamment lors de : « *l’entraînement de l’interrogatoire lors de l’apprentissage de l’examen clinique* » (F5) ou encore à travers des « **jeux de rôles**, [...] *on faisait une consultation d’éducation thérapeutique, une espèce de consultation approfondie d’approche centrée patient et après je leur demandais de faire une sorte de synthèse* » (F4). Ils ont aussi participé à : « *un cours magistral facultatif qui a évolué vers un **ED obligatoire** pour tous les étudiants en lien avec la diabétologie, à l’occasion d’un enseignement sur l’approche centrée patient et d’un cours [...] d’éducation thérapeutique* » (F4). A été créé une : « *UEL, Unité d’Enseignement Libre qui s’appelle parcours du patient au cours de laquelle les étudiants de 3^e année par groupe de 3 rencontrent un patient pour lui demander comme il a vécu sa maladie, [...] comment il a réalisé son parcours de soins, depuis son diagnostic à la gestion de sa pathologie chronique* » (F2).

À Angers, des patients sont intervenus dans des **enseignements dirigés** sur le : « handicap » (F7) au second cycle : « coanimé avec un médecin de MPR » (F7) ou directement **au sein des lieux de vie des malades** : « ils étaient invités à aller passer une journée ou dans une famille ou chez un patient handicapé » (F7).

➤ **En 1^{er} cycle de médecine générale**

Des patients sont intervenus dans un **cours magistral** sur le handicap : « un cours que j'animais avec un médecin de MPR à destination des étudiants en 2^e année » (F7).

➤ **En formation interprofessionnelle et multidisciplinaire**

Certains patients participaient à des enseignements impliquant plusieurs disciplines : « des **étudiants de médecine et de SHS** à l'occasion de [...] groupes Balint » (F4) à Lyon et sous forme de : « **séminaires interprofessionnels** à Strasbourg, [...] c'est un module optionnel sur la posture éducative interprofessionnelle à la faculté de médecine, pour tous les autres instituts, on mélange étudiants infirmiers, kiné, erg, psychomot, étudiants en médecine » (F5) permettant à chacun de mieux connaître le métier de l'autre.

À Strasbourg, un patient est également intervenu dans d'autres domaines de la santé, notamment auprès des **paramédicaux, des professionnels de la rééducation** : « en congrès, chez les kinés, à l'IFSI et STAPS » (F5). Un patient enseignant est intervenu dans un : « Master sur les soins primaires » à Nice (F6). D'autres ont été intégrés à un : « programme d'ETP d'une **MSP** depuis la construction en fait du programme », à Nantes (F1) et à Tours (F8).

4.1.2 Motivations personnelles et institutionnelles

Tableau 4. Motivations des enseignants

Enseignant	Motivations personnelles
F1	Curiosité bienveillante et développement du partenariat en MSP.
F2	Intérêt pour la pédagogie, transmettre les connaissances et développer des réseaux.
F3	Volonté de questionner la place du patient dans le système de soins.
F4	Développer le témoignage, la communication et l'empathie.
F5	Associer les patients à la réflexion sur leur propre prise en charge.
F6	Dynamique globale, développement du partenariat, engagement dans une responsabilité sociale.
F7	Recrutement par un autre enseignant.
F8	Connaissance et développement du partenariat patient, dynamique d'expérimentation progressive de locale à régionale pour une standardisation des pratiques.

Les motivations évoquées par les enseignants étaient multiples et s'inscrivaient dans une :

- **mise en pratique du savoir expérientiel** : l'expérience concrète prenait souvent le pas sur la théorie : « *Je me suis aperçu que les étudiants ça les passionnaient bien plus que d'écouter si un cours théorique* » (F4). Patients et médecins étaient animés par une : « *une curiosité au départ, jamais malveillante* » (F1) et l'envie de co-construire, en créant de nouveaux concepts et en modernisant les pratiques via l'accès au savoir expérientiel des patients.

- **réponse à une attente des patients** : certains enseignants soulignaient l'importance de leur donner une place légitime dans la formation. « *On est tout le temps en train de parler*

des patients sans des patients. » (F5), ou encore : « *pour répondre à une de nos compétences du référentiel : relation, communication* » (F6).

- **mise à jour des pratiques pédagogiques** : plusieurs enseignants associaient cette démarche à leurs valeurs personnelles : « *C'est d'aimer la pédagogie en complément de l'activité médicale, transmettre ses connaissances* » (F2), « *correspondant à mes valeurs de soin d'une part et d'enseignement d'autre part* » (F6), : « *je trouvais que c'était pertinent* » (F7).

- **dynamique collective et locale** : certains ont souligné la : « *volonté commune de faire [...] avancer cette chose* » (F4). Pour d'autres, l'engagement s'est fait en réponse à une proposition externe : « *pour être tout à fait honnête c'est plutôt l'autre enseignant qui l'a organisé, qui l'a suggéré et j'ai dit oui excellente idée* » (F7), locale et structurée jusqu'à une généralisation : « *régionale* » (F8).

- **initiative facultaire ou territoriale** : dans certains cas, l'intégration s'inscrivait dans une politique de la faculté : « *la faculté m'a proposé cette expérimentation* » (F1), selon les : « *motivations du doyen* » (F8). D'autres évoquaient un engagement plus large : « *C'était une dynamique globale du département, je m'y suis inscrite tout autant que les autres, pour travailler sur [...] la relation partenariale, l'approche centrée patient, et pour sortir des domaines paternalistes, par un [...] attachement à la responsabilité sociale de la faculté* » (F6).

- **faisabilité du projet** : la possibilité concrète de mettre en place ces projets reposait sur des soutiens extérieurs : « *financement par l'ARS et l'aide de [...] chercheurs et de [...] sociologues* » (F6).

4.1.3 Forces des enseignements

La principale force identifiée résidait dans la possibilité **d'ancrer les apprentissages dans une réalité** vécue par de « vrais patients » (F4). Cette authenticité permettait d' : « *illustrer la théorie* » (F7) et favorisait une meilleure compréhension des notions abordées, en apportant une plus-value pédagogique.

La richesse de l'enseignement en petits groupes favorisait une plus grande interactivité : « *on va être sur des groupes de 8 à 12 étudiants* » (F1).

4.1.4 Limites des enseignements

Certaines limites ont été évoquées, notamment **le manque de conceptualisation pédagogique** dans certains cas et un **temps limité** dans les maquettes.

Le **manque de liberté organisationnelle** : « *je sais qu'il y a des contraintes on va dire juridiques qui sont un peu complexes* », [...] freinée par des **contraintes financières**, [...] *parce que l'université n'a pas de financement très libre*, et par un **manque de moyen dédié à l'enseignement**, [...] *on peut peut-être financer des chargés d'enseignement en médecine générale*. Et des **doutes juridiques**, [...] *je ne sais pas si on peut financer de la même façon un patient expert, à explorer* » (F7).

4.2 Gestion des enseignements

Tous les participants ont insisté sur la nécessité d'intégrer les patients **le plus tôt possible dès la 2^e année de médecine**, en intégrant les patients à la faculté dans les amphithéâtres, sous forme d'ateliers de témoignage, **en complément de l'enseignement classique**, afin d'amener progressivement les étudiants à réfléchir sur leurs pratiques.

4.2.1 Facteurs facilitant l'intégration à l'enseignement

Plusieurs leviers facilitaient cette intégration :

- **la sélection rigoureuse des patients** : les enseignants privilégiaient des patients qu'ils connaissaient déjà, jugés en adéquation avec les objectifs pédagogiques : « *Il faudrait avoir une ressource humaine de patients* » (F6), permettant un panel diversifié de profils en fonction des pathologies et des qualités requises.

- **les qualités relationnelles et pédagogiques des intervenants** : enseignants et patients devaient pouvoir coopérer de façon fluide : « *il faut vraiment pouvoir établir un lien, avoir des points de vue différents mais un mode de fonctionnement sur lequel on peut s'accorder pour que ça fonctionne* » (F1). Le modèle pédagogique : « *horizontal* » (F8), basé sur un trinôme étudiant, patient, médecin enseignant, favorisait un échange équilibré. La : « *stabilité des groupes* » (F8) renforçait également la cohésion pédagogique.

- **la préparation en amont** : un cadre structuré des : « *objectifs pédagogiques* » (F4) clairs et une anticipation des contenus permettaient de limiter la subjectivité du témoignage. « *Il faut préparer l'enseignement d'une façon commune et ne pas laisser le patient improviser* » (F7) avec une organisation formelle, encadrée et adaptée : « *il n'a pas forcément un intérêt pour tout* » (F7).

- **la préformation des intervenants** : étudiants, patients et enseignants devaient être préparés à cette nouvelle modalité : « *je pense que l'acculturation si elle pouvait ne pas se faire sur terrain en frontal avec les internes ça serait mieux* » (F6). La préformation permettait également de prévenir certaines situations de malaise pour les étudiants : « *Je pense que notre préformation où on les fait réfléchir sur la place du patient enseignant a pour objectif d'anticiper ce risque de mise en difficulté de l'étudiant face au patient* » (F2).

- **la co-intervention** : plusieurs enseignants insistaient sur l'importance d'animer les séances à deux pour éviter tout : « *débordement* » (F1).

4.2.2 Facteurs freinant l'intégration à l'enseignement

Tableau 5. Freins aux enseignements

Enseignant	Contenu
F1	Méconnaissance du partenariat, appréhension, patient perçu comme médiateur de débats enflammés, militantisme, sentiment d'insécurité, idées préconçues.
F2	Effectif limité, manque de temps, absence de débriefing, difficulté à standardiser les évaluations à l'échelle nationale.
F3	Idées préconçues, difficultés de recrutement, manque de formation aux interactions interprofessionnelles.
F4	Effectif restreint, patients négociateurs ou revendicateurs, problèmes organisationnels.
F5	Revendication, difficulté de recrutement, gratuité des interventions, contraintes politiques, craintes liées des évaluations.
F6	Désaccords, jugements, négociations, manque de visibilité, difficultés de recrutement, obstacles administratifs, manque de temps, âge des patients, rémunération insuffisante, concurrence inter-facultaire, absence d'harmonisation des pratiques.
F7	Charge émotionnelle excessive, subjectivité, imprévisibilité des patients, méfiance des étudiants, manque de conceptualisation, difficultés d'élocution, poids de l'histoire personnelle, non-pertinence, contraintes juridiques et financières.
F8	Contraintes organisationnelles fortes : enracinement territorial, absence de statut rémunéré, reconnaissance institutionnelle encore en construction.

Les obstacles à l'intégration des patients dans les enseignements étaient multiples et relevaient de 4 grandes catégories : **humains** (nombre, profils des patients, préjugés, méconnaissance du partenariat patient), **organisationnels** (difficulté de recrutement, manque de temps, absence de débriefing), **financiers** (rémunération insuffisante, restrictions budgétaires) et **légaux** (statut des patients enseignants, absence de cadre juridique clair).

Le principal obstacle relevé était le **nombre limité de patients** « disponibles » (F8) : « *Il y a quand même une grosse difficulté, c'est de recruter le patient* » (F5), « *peut-être ce qui va nous limiter c'est le nombre de patients qui seraient intéressés pour faire de l'enseignement, [...] actuellement ce qui est utilisé, ce sont des patients simulés, ce sont des secrétaires pédagogiques pour ne rien cacher qui jouent le rôle de patients* » (F2) et leur **manque de disponibilité** qui constituait un frein au recrutement : « *Ce sont souvent des personnes qui sont déjà investies dans d'autres causes donc par les associations de patients dans leur représentation d'usager etc.* » (F2), : « *on se rend compte qu'il faut des gens disponibles* » (F5), « *ça demande quand même un certain temps* » (F6).

D'autres facteurs entraient en compte, comme la **méconnaissance du partenariat patient** et les **réticences culturelles des enseignants** : « *Cela fait 20 ans que j'exerce, sans qu'on me parle de partenariat patient. [...] La première fois qu'on m'a parlé d'un patient enseignant j'avoue que j'avais quelques craintes, olala comment je vais organiser cela* » (F1). Certains étaient confrontés aux interrogations de leurs confrères face à la nouveauté du concept : « *si on commence à mettre les patients à la fac, c'est quoi ce truc ?* » (F5).

Le : « *manque de conceptualisation* » (F7) des enseignements et **l'absence d'harmonisation** » (F6) entre les facultés constituaient des freins majeurs. La durée des formations était un autre enjeu. La plupart des interventions duraient moins d'une journée, ce qui était jugé insuffisant. Les formations les plus longues atteignaient 40 heures en ETP.

Le **manque de réunion-bilan** réduisait aussi l'impact pédagogique de ces enseignements : *« On n'a pas forcément débriefé après l'enseignement avec les GEP »* (F2).

Les **restrictions budgétaires** compliquaient la rémunération des patients : *« Travailler à l'université c'est globalement compliqué dès, lors que t'es pas salarié ou titulaire ni officiellement chargé d'enseignement. »* (F6). *« Il n'y a pas des finances très extensibles à l'université »* (F7). *« Ce qui serait facilitant c'est que ça ne soit pas galère de les payer »* (F6).

4.3 Évaluation des étudiants

On observait une ouverture vers une : *« co-évaluation »* (F6), où la plupart des enseignants se montraient favorables à la participation des patients à l'évaluation des étudiants, sous certaines conditions : *« Si le patient a une certaine distance, il peut tout à fait intervenir dans l'évaluation »* (F4).

Les enseignants insistaient sur la nécessité de prédéfinir des : *« critères d'évaluation objectifs »* (F3). *« Que ce soit le seul à évaluer, c'est impossible, il faut qu'il ait été préalablement sélectionné pour ne pas être dans la vindicte »* (F6).

À Nice, un patient du Centre d'Innovation du Partenariat avec les Patients et le Public participait à la mise en place des : *« ECOS au second cycle »* (F6), dans le cadre de la **réforme du 2^e cycle des études médicales**. Certaines facultés avaient déjà intégré les patients co-évaluateurs : *« on réfléchit pour les commissions de DES donc on le fait pour les ECOS, ils évaluent, ils notent aussi, ils sont pas juste patient acteur »* (F6). À Tours, les patients évaluaient les étudiants dans le cadre des GEP et étaient formés à cette pratique depuis 2019 : *« Je n'ai jamais eu à discuter avec un patient enseignant de son évaluation »* (F8).

Cependant, des freins persistaient : « *Il faut un peu **changer les consciences** de tous les grands professeurs qui s'occupent de l'organisation des ECOS n'ont pas forcément le nez dans l'intégration des patients au sein de la formation et des évaluations* » (F2).

5. Impact des enseignements sur la pratique médicale

La complémentarité entre médecins et patients nourrissait la dynamique pédagogique de formation des futurs professionnels de santé.

5.1 *Retours d'expérience*

La plupart des enseignants interrogés ont exprimé un ressenti positif vis-à-vis de la formation incluant des patients, soulignant une bonne acceptabilité du dispositif et un fort impact pédagogique, à partir d'une : « ***phase d'expérimentation*** » ayant reçu : « ***des retours positifs de l'ensemble des participants*** » (F8).

Cependant, certains ont été confrontés à des **conflits relationnels**, notamment avec des patients qui ne se sentaient pas pleinement reconnus. Cette expérience a pu engendrer : « *initialement quelques **désagréments**, [...] vous dites qu'on ne reconnaît pas vos savoirs, avec parfois une trop forte composante affective, [...] ils se sont sentis très jugés comme si on partait pas du principe que c'étaient des professionnels bienveillants et holistiques* » (F6). Des **tensions organisationnelles** ont également nécessité des ajustements pédagogiques : « *Une fois l'abcès crevé dans ces 40 heures où ça a quand même un peu chauffé, on a pu repartir sur une base un petit peu plus simple* » (F5).

Malgré ces difficultés, les enseignants ont reconnu un intérêt certain pour cette approche, permettant un **regard extérieur sur leurs pratiques, à la fois pédagogiques et cliniques** : « *ça a complété un peu ce que je faisais, ce que j'essayais de faire en pratique clinique* » (F4).

Au fil du temps, les patients ont acquis une **place légitime et grandissante** dans la formation et l'évaluation des professionnels de santé. : « *ce rôle-là, je ne l'ai pas toujours vécu comme ça* » (F7). Certains ont même souligné leur contribution comme : « *acteur supplémentaire de dépistage de difficultés rencontrées par [...] les internes [...] au cours des GEP* » (F2).

5.2 Apports pédagogiques

5.2.1 Impact sur la pratique professionnelle

L'inclusion des patients dans l'enseignement a amené les enseignants à porter un regard neuf sur leur pratique : « *Je pense que le patient a autant à nous apprendre que ce qu'on a à leur transmettre* » (F3).

Elle a permis d'**enrichir la pratique clinique** : « *faire des praticiens plus riches et améliorer la qualité des soins* » (F1) et d'apporter des réponses à des questionnements anciens : « *auxquels je m'étais posée quand j'étais interne et pour lesquelles je n'avais pas eu forcément de réponse* » (F2). « *Ça a orienté un peu ma pratique dans l'écoute plus active de la perspective du patient, sur sa problématique, quelle qu'elle soit* » (F4). « *Recevoir des patients chaque jour, c'est avec chaque personne une nouvelle fenêtre sur la société, et donc c'est offrir des fenêtres sur la société à nos étudiants aussi* » (F6). « *Ça me pousse à être meilleure* » (F8).

Les patients permettaient aussi de : « *changer les comportements en consultation* » (F2) et de : « *nous ramener un peu à ce que les patients avaient besoin* » (F5). Les enseignants ont pris conscience de l'écart entre théorie et pratique, engageant une **analyse rétrospective** de leurs pratiques dans une démarche réflexive, impliquant une remise en question : « *On s'est un peu caché, je trouve, derrière le traitement ; quand les patients*

racontent un peu leur vécu, en fait, on est pas bons » (F5). « On est obligés de plus analyser ce que l'on fait » (F8).

Certains ont même adapté leur vocabulaire pour mieux communiquer : *« Attention à ce qu'on dit, aux mots qu'on utilise » (F5).*

Un enseignant nuance néanmoins son expérience : *« Je ne suis pas sûr que ça m'ait apporté grand-chose » (F7),* estimant avoir toujours intégré la perspective des patients dans sa pratique.

5.2.2 *Évolution de l'exercice médical*

L'intégration des patients a influencé le **raisonnement clinique et enrichi le savoir des enseignants** : *« Je suis toujours apprenante avec la patiente partenaire, elle m'a fait progresser » (F1).* Cela a éveillé une réflexion approfondie sur le partenariat en consultation : *« Je suis rentrée dans une réflexion juste sur le partenariat dans mes consultations » (F1).*

Cette évolution permettait à chacun de devenir **acteur de son évolution professionnelle**, avec une réflexion sur le rôle du patient dans les consultations médicales : *« une plus-value superbe » (F2), « j'ai vu mes propres consulter évoluer, aujourd'hui j'intègre en fait finalement tout ce que j'ai appris » [...] en développant des capacités relationnelles et adaptatives [...] un mode de fonctionnement sur lequel on peut s'accorder » (F1).* En parallèle, elle permettait de développer les compétences **organisationnelles** : *« comment organiser le cabinet » (F2)* et **communicationnelles** : *« comment communiquer avec le patient » (F2).* Grâce à un retour direct sur la qualité des soins perçue par les patients, un nouveau point de vue s'offrait aux enseignants.

Jusqu'à parler du développement de stratégies de prise en charge plus adaptées au patient, avec une : « *aptitude à produire de façon répétée des réponses adaptées en se formant et s'entraînant aux stratégies de prise en charge des patients en consultation* » (F2).

5.2.3 Enrichissement de la démarche centrée sur le patient

Le patient n'était pas seulement expert de sa pathologie, mais apportait une **perspective plus large sur le soin**. Il : « *apporte quelque chose de beaucoup plus général que juste l'expertise de sa pathologie* » (F2). Son implication renforçait la sensibilisation à l'**empathie**, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques : « *on est plus sensibilisés* » (F3). Elle a aussi favorisé une prise de décision plus adaptée aux besoins et au contexte du patient, invitant à une réflexion sur la posture du soignant : « *Le patient a autant à nous apprendre que ce que l'on a leur transmettre* » (F3).

5.2.4 Plus-value pédagogique

Enfin, plusieurs enseignants ont noté un impact direct sur **une écoute plus active** : « *Ça a orienté un peu ma pratique dans l'écoute plus active de la perspective du patient sur sa problématique quelle que soit. Ça a été un lien interactif entre la pratique de tous les jours plus une illustration complète lors des enseignements* » déclarait un médecin enseignant (F4).

Le patient occupait une place primordiale et progressive dans le processus d'apprentissage en améliorant les compétences relationnelles. « *C'est en fait un partenaire, c'est quelque chose qui comment dire se travaille au départ c'est une rencontre et puis au fur et à mesure des échanges en fait ça évolue.* » (F1).

5.3 Facteurs influençant la relation de soin

Les enseignants ont décrit une relation de soin évolutive, façonnée par les interactions entre les différents acteurs du soin et le parcours de vie du patient.

5.3.1 Parole du patient

Pour la majorité des enseignants, la parole du patient jouait un **rôle central** dans la formation des étudiants, vectrice d'humanisation. Son impact pouvait être perçu comme supérieur à celui du médecin enseignant et était une source de **mémorisation renforcée pour l'étudiant** : « *La parole des patients avait un poids énorme sur ce qu'ils racontaient, sur ce que retenaient les étudiants* » (F4). « *Ils retiennent peut-être 10% de ce qu'on a envie de faire passer ; je pense que du patient, ils vont peut-être en retenir 80%* » (F7).

Dans l'exercice médical quotidien, elle était **source de savoir** précieuse, à la fois subjective et représentative du vécu. La : « *parole du patient a énormément de place et de valeur, [...] je pense être un médecin très à l'écoute. [...] Je recueille sa parole comme étant une subjectivité mais aussi sa vie, son vécu et je m'en inspire* » (F7).

Par sa **clarté** et son **authenticité** : « *C'étaient des mots qu'ils expriment de façon très simple, très compréhensible, dans le ressenti du patient, [...] on ne peut pas discuter la parole d'un patient il exprime ce qu'il ressent et ce qu'on ne peut pas ressentir à sa place* » (F7).

5.3.2 Savoir expérientiel

Par son vécu, le patient était souvent perçu comme le plus **compétent dans le domaine de sa maladie** : « *Le patient est l'expert et moi je suis un des membres de la prise en charge qui va faciliter les choses bien que son expertise soit entachée de [...] subjectivité* » (F7).

Pour certains, son expertise allait au-delà de sa pathologie, concernant l'ensemble du **parcours de soins** : *« C'est très bien d'avoir un regard du patient sur le parcours ambulatoire, sur l'expérience de son vécu avec les médecins et avec le système de soins. Donc je pense qu'il apporte quelque chose de beaucoup plus général que juste l'expertise de sa pathologie »* (F2).

5.3.3 Complémentarité et partenariat

La relation de soins était envisagée comme une : *« **continuité du parcours de vie** »* (F6). Le partenariat avec le patient reposait sur une **relation plus bilatérale, loin des modèles traditionnels** en travaillant : *« sur la relation de façon plus bilatérale, qu'on sorte des domaines **paternalistes** »* (F6). Le patient devenait un **véritable acteur du soin, complémentaire aux savoirs purement biomédicaux** : *« ils deviennent des co-acteurs d'actions thérapeutiques »* (F4). Accorder sa confiance au patient était vécu positivement : *« Ça m'a soulagé de faire confiance en le patient pour lui montrer que les solutions elles venaient plutôt de lui »* (F4).

Ce changement de paradigme nécessitait toutefois une **période d'adaptation**, notamment pour **déconstruire des représentations ancrées** : *« Avec toutes les représentations qu'on peut avoir quand on a pas eu de expérience de partenariat par le passé, aujourd'hui j'envisage vraiment le soin en faisant avancer cette notion-là », [...] je trouve que c'est difficile de déconstruire une identité professionnel construite sur quelque chose de vertical »* (F1).

La place du patient dans la relation pédagogique évoluait au fil des interactions avec les soignants et les étudiants, dans une **intégration progressive, dynamique et fondatrice** : *« la place du patient, voilà le patient c'est un peu ton maître d'une certaine façon au sens ou si tu t'améliores c'est pour lui mais c'est aussi pour toi »* (F6). Son impact pédagogique

reposait à la fois sur la **richesse de son expérience** et la **qualité de la relation instaurée avec les étudiants** : « *C'était assez parlant parce qu'ils venaient avec leur expérience* » (F7). « *J'ai cette notion d'échange, d'intégrer le patient avec cette transversalité* » (F1).

5.3.4 Évolution de la relation médecin-patient

L'intégration du patient enseignant transformait les **habitus traditionnels** d'une relation souvent unilatérale entre médecin et patient : : « *Si on veut développer une approche communicationnelle, alors la place du patient est importante* » (F3).

La relation était décrite comme **évolutive** et **inscrite dans la durée**, avec une **dimension de continuité enrichissante**, une « *notion de continuité, de parcours de vie. [...] Il y a une étude qui prouve que si t'as ton médecin depuis plus de 10 ans t'as une meilleure survie bah c'est ça que j'essaie d'offrir aussi tu vois. [...] Il est un peu ton maître d'une certaine façon où si tu t'améliores c'est pour lui et c'est aussi pour toi* » (F6).

Cette relation pouvait aussi être une **source de tensions**, nécessitant une **grande souplesse** de la part du médecin : « *Notre rôle, c'est d'être adapté, adaptable, flexible. C'est un peu ça l'intérêt, [...] ce n'est pas toujours facile d'être médecin, il faut savoir gérer les conflits* » (F4). Les enseignants insistaient sur la nécessité d'**évaluer les émotions et comportements du patient**, en intégrant son **contexte de vie global** et sa **perspective individuelle**, au-delà de la seule maladie : « *C'est comment avoir une posture de non-jugement et se dire : bon, on est là pour vous accompagner. Prescrire ne suffit pas* » (F5).

Enfin, le **statut du patient enseignant** modifiait la **dynamique relationnelle** avec son médecin : « *les patients qui deviennent enseignant sont souvent beaucoup plus exigeants il n'y a plus de place pour une relation paternaliste* » (F4).

6. Axes d'amélioration et perspectives de nouveaux enseignements

Les enseignants interrogés ont proposé **plusieurs pistes** pour **renforcer l'intégration des patients** dans la formation et l'évaluation des étudiants en médecine, **ouvrant ainsi des perspectives d'évolution pédagogique**.

Tableau 6. *Émergence d'idées nouvelles*

Enseignant	Idées nouvelles
F1	Co-construction d'un programme d'ETP sur la douleur et intégration des enseignements dès la 2 ^e année.
F2	Participation des patients à l'évaluation des étudiants du 2 ^e cycle via les ECOS.
F3	Développement d'un enseignement sur la communication et la prévention au 3 ^e cycle.
F4	Participation des patients à l'évaluation de thésards.
F5	Organisation d'ateliers de témoignage sur l'annonce du diagnostic et le suivi des maladies chroniques.
F6	Inclusion des patients dans les commissions de DES, certifications des compétences, maîtrises de stage, ECOS, simulations, séminaires, Développement Professionnel Continu (DPC), Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV).
F7	Enseignement de la séméiologie et utilisation du jeu de rôle.
F8	Intégration des patients dans les formations en santé mentale.

6.1 *Modalités théoriques d'intégration du patient au sein des facultés*

Plusieurs réflexions locales et nationales ont été partagées sur les **modalités possibles d'élargissement** de l'**intégration du patient** dans l'enseignement médical.

6.1.1 *Élargissement de l'intégration dans les formations*

Le développement de **nouveaux enseignements intégrant des patients** faisait **consensus** parmi les enseignants : « *c'est à organiser, je pense qu'il y aura plein de choses*

à faire » (F1), bien que la **mise en œuvre concrète reste encore floue** : « *encore une fois ce qu'un élément, qu'un éclairage* » (F6).

Certains proposaient **d'intervenir dès le 1^{er} cycle**, pour mieux **préparer les étudiants** à leur future posture professionnelle et **favoriser une acculturation précoce au partenariat** : « *Je pense que les patients devraient accompagner l'enseignement dès le départ. [...] Je suis convaincue qu'il faille faire intervenir le patient dès le début des études justement. [...] Ça ferait des praticiens plus riches et améliorerait la qualité des soins, en [...] travaillant dans le confort* » (F1). « *C'est probablement un peu plus facile de les intégrer au début* » (F3).

D'autres estimaient que l'intégration serait **plus pertinente à partir de l'externat, lorsque les bases médicales sont posées** : « *En 1^{ère} année je pense que c'est peut-être trop tôt encore que ce soit peut-être une de mes idées je ne sais pas, [...] dès l'externat je pense qu'il faut peut-être même à la limite en 2^e année quand on commence à faire de la séméiologie* » (F5).

Plusieurs pistes d'**enseignements thématiques** ont été évoquées : « *la prévention, la place du médecin généraliste dans le système de soins, [...] des mises en situation pour les étudiants de la façon dont on mène un entretien, de la façon d'interroger le patient* » (F3), « *la séméiologie c'est un bon créneau* » (F7).

Le travail avec les patients enseignants ouvrirait aussi **la voie à d'autres types de co-constructions pédagogiques** : « *Je suis en cours de lancer un programme d'ETP sur la douleur et je souhaite inclure deux patientes partenaires du GEP pour coconstruire le programme* » (F1). « *Je fais un enseignement en 3^e cycle sur le handicap et c'est vrai que je me questionne à chaque fois de l'intégrer. [...] Je fais un enseignement sur la dermato, on pourrait s'imaginer de faire intervenir un patient enseignant* » (F7).

Enfin, **une autre piste encore peu explorée** a été évoquée : « *En DPC, ça se fait pas du tout je me dis, ça j'y pensais pas non plus, tu vois* » (F6).

6.1.2 Élargissement de l'intégration dans les évaluations

La plupart des propositions évoquées étaient **exploratoires**, oscillant entre **potentialités** et **contraintes organisationnelles** : « *notre souhait c'est d'essayer d'intégrer les patients aux évaluations des ECOS avec les externes* » (F2).

L'intégration des patients dans l'**évaluation des externes** via les ECOS semblait envisageable, à condition de concevoir une : « **grille d'évaluation standardisée et reproductible** » (F3) à l'« **échelle nationale donc en uniformisant les pratiques** » (F2). Pour certains, cela était tout à fait réalisable, **même en présence d'une part de subjectivité**, sous réserve d'un **cadre préalable**. « *Je pense que c'est totalement faisable quand il y a une grille pondérée et que ça a été discuté en amont* » (F7). « *Je pense qu'on peut tout à fait les imaginer dans la place de l'évaluateur des ECOS* » (F3).

Plusieurs enseignants soulignaient néanmoins la **nécessité d'une structuration rigoureuse** de cette intégration. « *Comme les ECOS sont maintenant comptés dans la note des EDN, il faut que ce soit vraiment structuré, très formalisé, pour qu'ils aient la même façon d'évaluer d'un étudiant à l'autre, ça pose des problèmes législatifs* » (F2). « *Les ECOS, il y en a qu'un qui évalue ; ce n'est pas un comité* » (F5) (EDN : Épreuves Dématérialisées Nationales)

D'autres pistes évoquaient la **participation des patients à d'autres évaluations**, dans : « *des commissions de DES, [...] pour co-remplir des grilles d'évaluations de compétences telles que, [...] dans les maîtrises de stages* » (F6).

6.1.3 *Élargissement de l'intégration dans les facultés de santé*

Plusieurs propositions concernaient le **développement institutionnel** d'un **cadre dédié aux patients enseignants**.

Une enseignante envisageait la création d'un : « **département universitaire** dédié aux patients enseignants, *comme le département de médecine générale au même titre que ça, en émettant des réserves, [...] l'Université des patients à Grenoble, ça n'a pas marché ils ont dû s'arrêter. [...] Je trouve que le département c'est une bonne idée ça fonctionne avec des commissions, en travaillant sur la recherche sur l'enseignement, sur différents niveaux et sur la formation des paramédicaux* » (F5).

Une autre évoquait **l'émergence d'un pôle structuré**, soutenu par le doyen et les enseignants. « *Il s'est organisé un pôle pour lequel interviennent des patients avec de multiples pathologies qui va du cancer aux pathologies chroniques. [...] Ils essaient de s'organiser pour s'impliquer plus dans la politique de la faculté, la politique de l'enseignement, avec le soutien du doyen et de professeurs où il y aura un lien entre les patients qui souhaitent avoir un statut un peu de patient enseignant et éventuellement même être rémunérés* » (F4).

Certaines **initiatives territoriales** ont été conceptualisés et exposés pour **renforcer l'équité d'accès** au partenariat patient : « *on forme des futurs coordonnateurs ou des gens sur les territoires pour les MSP et CPTS. [...] On va mettre des affiches sur le partenariat patient dans nos cabinets pour qu'il n'y ait plus d'iniquité territoriale d'accès au partenariat en santé* » (F6). : « *On travaille sur des notions de type interprofessionnalité* » (F5). (MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle, CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé).

Un **souhait fort de développer de nouvelles formations pluridisciplinaires**, en lien avec les **soins primaires**, a été exprimé. « *Notre volonté un petit peu est de faire avancer en fait toute la MSP vers justement plus de partenariat* » (F1), en reconnaissant qu'ils n'étaient pas assez développés ni transversaux. « *Peut-être les échanges autour de ça ne sont pas encore tout à fait assez riches en fait. [...] On est très peu en lien avec j'en sais rien l'assistante sociale, on se nourrit très peu du de la société et du reste des compétences professionnelles et académiques de notre discipline* » (F6).

Cet élargissement était rendu possible par le **développement des relations interprofessionnelles**.

7. Modalités pratiques d'intégration du patient au sein des facultés

Les enseignants ont également formulé des **propositions concrètes** pour **améliorer l'intégration pratique des patients** dans les cursus de formation médicale.

7.1 *Quels moyens pour se former ?*

➤ **En 1^{er} et 2^e cycle,**

L'idée de **développer les enseignements théoriques** sur des **thématiques précises**, sous forme **d'ateliers de témoignage** et de **misés en situation clinique** dans l'apprentissage de l'examen clinique, de l'écoute, de l'empathie a été avancée. Il a été proposé **d'initier des journées dédiées aux patients enseignants**. « *Dans l'enseignement de la séméiologie, je pense vraiment que dans le 2^e cycle, ça pourrait être hyper pertinent* » (F7).

➤ En 3^e cycle

Les suggestions comprenaient des **interventions en stage de médecine générale** chez le praticien, ou en supervision directe, avec **enregistrement vidéo** : « *peut-être autour de la SODEV* » (F6).

Des séances de simulation en séminaire, avec des **patients partenaires** : « *peut-être que la simulation en séminaire avec des patients partenaires dans le 3^e cycle c'est quelque chose qui manque. [...] Peut-être plus de place pour l'échange autour d'expérience, on se posait la question sur le tutorat* » (F6). « **L'accompagnement de thèses de médecine générale** » (F6) par des patients enseignants était également une piste **pédagogique innovante** proposée, dans une **dynamique de partenariat de soins**.

➤ En DPC

Il a été souligné **le manque de participation des patients** dans la formation continue des professionnels de santé : « *en DPC, il n'y a pas du tout de partenariat patient, en termes pédagogiques* » (F6).

Cette absence pourrait être comblée par une **meilleure inclusion des patients** dans les **colloques et congrès médicaux**. « *Peut-être que les colloques ne sont pas assez fréquentés ou pas assez visibles entre nous et que c'est trop cloisonné* » (F6).

7.2 Politique et financement

Certains enseignants ont évoqué **la nécessité d'impliquer les patients dans la gouvernance pédagogique**, notamment dans **le pilotage de projets** : « *On a un groupe de travail CPTS-CI3P pour réfléchir aussi comment les patients peuvent participer à la gouvernance. [...] Ponctuellement ou durablement, ils peuvent penser à la gouvernance, ils*

peuvent s'intégrer avec leur savoir professionnel pour créer une mixité et sortir la faculté de médecine de son carcan, pour la mettre plus à la place des autres aussi » (F6).

L'intégration institutionnelle restait un **enjeu central**, étroitement lié à **la question de rémunération** : *« Grâce aux efforts des différents enseignants de médecine générale, se sont mis en place des rémunérations [...] en expliquant aux instances de la faculté que bah finalement l'impact du patient il est très important auprès des étudiants, des médecins en formation. [...] Il y a des lignes budgétaires qui s'ouvrent progressivement, mais c'est un travail de longue haleine je pense » (F2).*

7.3 Appréhensions exprimées

Au moment de la mise en place des enseignements avec les patients, les enseignants ont exprimé **des craintes et des interrogations légitimes** : *« la première fois, j'avoue, j'avais quelques craintes : comment je vais gérer cela ? » (F1).* Certaines appréhensions reposaient sur des **représentations erronées** des patients impliqués, perçus comme potentiellement : *« militants comme on peut avoir dans nos consultations, avec la peur d'[...]être déséquilibré dans une construction professionnelle par les propos du patient » (F1).*

D'autres enseignants craignaient des **conflits potentiels entre étudiants et patients**, pouvant les placer dans un rôle de médiateur : *« J'étais inquiète, j'avais peur au départ de me retrouver médiatrice de, comment dire de débats enflammés, comment dire, patients versus étudiants et là en 3 ans je n'ai jamais eu cette situation-là » (F1).*

Des inquiétudes portaient également sur les **modalités d'évaluation et leur généralisation à l'échelle nationale** : *« Je me demande comment on peut mettre cela à l'échelle nationale, comment standardiser cela et extrapoler ce projet sur l'ensemble des facultés de France. [...] Au 2^e cycle, la mise en place doit être beaucoup plus stricte pour*

l'évaluation pour l'EDN que pour le 3^e cycle » (F4). « Je ne sais pas commencer on va caler ça, comment on ne va pas se faire engueuler par le CNG » (F6). (CNG : Centre National de Gestion).

7.4 Pistes exploratoires

Un **manque de coordination et de lien entre les facultés** a été identifié. *« Il peut y avoir une forme de concurrence parfois ou des désaccords autour d'un certain nombre de concepts. [...] Ils se tirent la bourre un peu (CHU et faculté), il y a des petits problèmes, en fait des enjeux de pouvoir autour de ça ».* (F6) (CHU : Centre Hospitalier Universitaire).

L'**importance du travail en réseau et des échanges entre pairs** a été largement soulignée : *« Être ensemble et échanger avec des pairs, c'est quand même quelque chose qui aide à, comment améliorer les choses »* (F6).

Cependant, une enseignante nuancait cette vision en valorisant **la diversité des approches** comme **source de richesse** pour les projets en émergence. *« En fait, c'est pas grave, parce que chacun fait son bonhomme de chemin dans son coin. C'est aussi bien de laisser s'exprimer une variété de concepts et d'expériences, [...] que chacun soit dans la capitalisation et qu'on puisse la capitaliser, la partager, [...] avancer chacun permet de ne pas être monomorphe, [...] c'est un projet qui a l'air prometteur, c'est pionner quand même cette innovation »* (F6).

Elle soulignait que cette démarche restait un : **« travail de longue haleine** mais constatait que *[...] on avance progressivement c'est déjà pas mal*. Elle défendait également **la mise en commun des savoirs** dans les apprentissages, **comme levier d'évolution collective** : *[...] c'est comme ça qu'on gagne en partenariat, en proposant d'écrire ensemble »* (F6).

DISCUSSION

Les résultats de cette étude révèlent un enthousiasme général des médecins enseignants pour l'intégration des patients dans la formation médicale, en accord avec les observations de Jha et al. (2015), qui soulignent l'intérêt croissant portés aux stratégies mobilisant des patients réels dans l'enseignement (34). Cette évolution marque un changement majeur dans les pratiques pédagogiques des facultés de médecine en France. Si certains enseignants exprimaient au départ des incertitudes, celles-ci se sont atténuées avec l'expérience, renforçant la légitimité du patient en tant qu'acteur pédagogique.

Cette intégration contribue à sensibiliser les enseignants à des dimensions fréquemment sous-représentée dans l'enseignement traditionnel, telles que le vécu de la maladie, la relation soignant-soigné et la compréhension du parcours de soin. Elle permet de combler certaines lacunes ou représentations médicales parfois incomplètes.

1. Forces et limites

1.1 Une approche originale encore peu explorée

Explorer la place accordée au patient dans l'enseignement médical, du point de vue des médecins enseignants, se justifie par le peu de données disponibles sur ce sujet en France. (35,36). L'approche qualitative de cette étude permet d'explorer des expériences concrètes d'enseignement et d'en proposer des ajustements progressifs. Les études complémentaires de Hilgert M. (37) et Schneider C. (38) offrent une compréhension plus globale du rôle des patients dans les formations médicales.

Nos résultats s'inscrivent dans un contexte d'évolution des politiques de formation des professionnels de santé, en phase avec les réformes visant à renforcer l'implication des

patients dans les parcours pédagogiques. La convergence entre nos observations et les initiatives déjà documentées dans la littérature étrangère conforte la pertinence des données recueillies. (39, 40,41)

L'implication des patients dans l'enseignement reste aujourd'hui portée par un nombre limité d'enseignants convaincus, ce qui a complexifié le recrutement pour notre étude. Ce constat reflète l'état actuel où l'innovation pédagogique portée par les patients est encore en construction. (42)

1.2 Validité de l'étude

L'étude, menée en partie en trinôme, a enrichi la diversité des points de vue tout en garantissant une retranscription fidèle de la réalité vécue par les participants. L'utilisation de la triangulation des chercheurs renforce la validité interne de l'étude tout comme la saturation des données. Les entretiens ont été conduits jusqu'à atteindre la saturation théorique des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun élément nouveau ne soit apporté par les participants, assurant ainsi une couverture suffisamment exhaustive des thématiques. Le huitième entretien n'a pas apporté de nouvelles données significatives, ce qui a permis de confirmer la saturation atteinte en 2023.

Le respect de l'anonymat, la mise en confiance des participants et la posture neutre de l'investigatrice ont permis de garantir la transparence et la fidélité des propos recueillis et de renforcer la validité interne. (32)

Cette étude répond aux critères de scientificité (43) de la grille COREQ (annexe 5). Toutefois, en raison de la nature qualitative et du nombre limité de participants, la validité externe reste limitée. (32)

L'inclusion d'enseignants universitaires et hospitaliers a permis de croiser différentes perspectives académiques et cliniques (31), augmentant ainsi la richesse des résultats. La diversité des profils, tant en termes de facultés d'origine que d'expérience en intégration des patients, a permis d'obtenir une vision nuancée des enjeux de cette pratique.

1.3 Limites méthodologiques et biais identifiés

Si le nombre d'entretiens peut sembler restreint en comparaison d'autres travaux, il s'inscrit pleinement dans les recommandations méthodologiques de la recherche qualitative, qui privilégie la richesse des données à la quantité. (44) L'objectif n'étant pas la représentativité statistique, mais la compréhension fine des perceptions et des pratiques, le critère déterminant est celui de la saturation des données. (31) Celle-ci a été atteinte dès le septième entretien, le huitième venant confirmer qu'aucun élément nouveau ne venait enrichir les thématiques identifiées. Par ailleurs, le nombre limité de réponses s'explique en partie par le fait que peu de médecins sont directement concernés par l'implication des patients dans l'enseignement, ce qui restreint naturellement le champ des répondants potentiels. La diversité des profils recueillis – en termes d'âge, de statut universitaire, de lieux d'exercice et de parcours professionnels – a néanmoins permis d'explorer la problématique dans toute sa complexité. La qualité des échanges, la durée des entretiens et la profondeur des récits renforcent la robustesse de l'analyse. Enfin, ce nombre d'entretiens est cohérent avec les standards en recherche qualitative, tels que décrits par Paillé et Mucchielli ou encore Beaud et Weber (45), pour lesquels un échantillon de six entretiens peut suffire à produire une analyse solide, à condition que la saturation soit atteinte. D'autres exemples ont pu être confrontés à nos résultats (annexe 6).

L'absence de relecture des retranscriptions par les participants constitue néanmoins une faiblesse, tout comme la possibilité d'un biais d'investigation lié à certaines validations verbales de l'enquêtrice (ex : « *très bien* ») durant les entretiens. (31)

La recherche qualitative demande une maîtrise méthodologique spécifique. Le manque d'expérience initiale de l'enquêtrice a été compensé par la tenue d'un journal de bord, favorisant une réflexion continue sur les interactions avec les participants. (44)

L'absence d'enseignants issus d'autres filières de santé (pharmacie, maïeutique, odontologie) et paramédicales (infirmiers, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste) ainsi que de sociologues constitue également une limite. Un biais de désirabilité sociale est possible : très peu de critiques à l'encontre de l'intégration des patients ont été exprimées, alors que d'autres travaux rapportent l'existence de réticences. (34)

La majorité des répondants proviennent de l'Ouest de la France (Bretagne, Pays de la Loire), du Sud-Est (Nice, Lyon) et de l'Est (Strasbourg), en lien avec les territoires ayant participé au colloque inter-universitaire de Rennes en 2022 sur la participation des patients dans la formation initiale des professionnels de santé (46) et avec la cartographie du déploiement de la participation des patients dans la formation initiale des médecins au sein des 35 UFR médicales françaises (Annexe 8). Cela suggère que cette pratique, relativement récente en France, est limitée et hétérogène. (47) Elle repose surtout sur l'initiative individuelle et la dynamique locale des facultés. (48)

Enfin, l'approche qualitative, bien qu'elle permette une analyse fine des perceptions, limite la généralisation des résultats à l'ensemble des facultés françaises. Le très faible taux de participation des praticiens hospitaliers et des médecins d'autres spécialités pourrait s'expliquer par leur approche plus spécialisée du patient, contrastant avec l'approche globale

propre à la médecine générale. Un biais de volontariat est possible : les participants ayant répondu étaient probablement déjà favorables à l'intégration des patients, limitant ainsi la diversité des points de vue, notamment ceux exprimant davantage de réserves à cette approche. (31)

2. Une expérience d'enseignement en voie de construction

2.1 *Une définition évolutive*

Aucune définition unanime n'a été établie pour désigner un patient impliqué dans la formation médicale. Diverses terminologies coexistent, reflétant une reconnaissance progressive et en construction du rôle du patient dans l'enseignement. Le terme « *patient enseignant* », emprunté à Gross O. (49), est souvent préféré lorsqu'un patient intervient directement dans la formation, dans une logique de relation égalitaire et complémentaire avec le médecin. Il se distingue du terme « *expert* », reconnu par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) (50), qui suppose une formation spécifique validée et obligatoire, notamment de 40 heures en ETP.

Cette conception diffère de l'approche de Flora L. (51), qui parle de « *patient formateur* », formé à la pédagogie, rejoignant la notion de « *patient educator* », partenaire pédagogique dans la littérature anglo-saxonne selon Towle et al. en 2010(52). La variabilité terminologique est également soulignée dans leur thèse doctorale par M. Hilgert M. (37) et C. Schneider (38), témoignant d'une diversité d'approches. En 2025, nous retrouvons souvent le terme de « *patient partenaire* » (48), preuve de l'évolution de la terminologie.

2.2 Sélection et formation des patients enseignants

Notre étude rejoint les résultats de Maury et al. (53), soulignant que la personnalité du patient est un déterminant majeur de la qualité de l'enseignement. Les patients sont sélectionnés pour leurs compétences pédagogiques, communicationnelles et adaptatives, critères essentiels pour garantir la qualité des interventions, comme l'indiquent également Spencer et al. en 2000 (54) et confirmé par Dumez et al. en 2019 (55) sur le partenariat patient en pédagogie.

Les médecins interrogés appellent à un cadre formalisé, insistant sur la nécessité de sélectionner, traduisant une forme implicite de « *professionnalisation* ». (56)

L'Université des Patients (12), fondée en 2009, propose des formations diplômantes valorisant le savoir expérientiel. Le référentiel de compétences pédagogiques publié par Flora L. (51) et plusieurs études de thèse (37,38,51) insistent sur la nécessité d'une formation spécifique en pédagogie et communication pour ces patients.

2.3 Statut et reconnaissance

S'intéresser à la place du patient dans l'enseignement, c'est « *envisager son statut* » et sa « *rémunération* » selon le 1^{er} colloque national inter-universitaire sur l'engagement des patients dans les formations en santé organisé à Bobigny en 2022. (57) Cette assertion rejoint le point de vue de nos interviewés.

En France, trois statuts officiels existent : « *représentant des usagers* » en 2002, (9) « *pair-aidant ou médiateur de santé pair en santé mentale* » en 2012, (58) et « *intervenant en éducation thérapeutique* » en 2013 (59). Le statut de « *patient- enseignant* » est le plus retrouvé dans notre étude.

Les modalités de rémunération varient selon les facultés. À Paris 13, les patients sont vacataires et rémunérés comme un enseignant classique (60). À Strasbourg, ils sont indemnisés. (52) À Montréal, ils bénéficient d'une rémunération horaire favorisant la diversité des profils et une relation d'égal à égal avec les médecins (20).

Dans notre étude, des compensations financières sont envisagées pour améliorer les conditions d'exercice des patients enseignants : remboursement des frais de transport, subventions associatives. La littérature évoque d'autres pistes de financement : subventions publiques (ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, régions et collectivités locales) et financements universitaires (réallocation de fonds universitaires). (47et 48)

Une enquête européenne menée en 2021 montre que 42% des enseignants n'y sont pas opposés, mais ne la considèrent pas comme prioritaire. (47) Toutefois, en accord avec les objectifs pédagogiques du DES de médecine générale, (60) la majorité des participants de notre étude reconnaissent l'intérêt de l'implication des patients, notamment dans : l'apprentissage de l'examen clinique, l'approche globale centrée sur le patient, la relation médecin-patient et la prise de décision partagée. Ces observations rejoignent les publications existantes (34, 49,52, 56).

Les degrés d'implication des patients dans la formation suivent les quatre niveaux décrits par Pomey et al (61). Actuellement, l'intégration de la « *perspective patient* », niveau 3 concerne surtout le troisième cycle, comme en témoigne leur intervention dans les GEP. Le niveau 2, de « *témoignage* » semble adapté pour le second cycle. Certains enseignants prônent une intervention encore plus précoce, dès le premier cycle. « *La volonté d'intégrer la dimension patient le plus tôt possible dans le cursus est énoncée* », par Brejon C. dans sa thèse « *le patient expert* » (36) et exposée lors du 1^{er} colloque interuniversitaire sur l'engagement des patients dans les formations en santé à Bobigny. (57)

À Montréal, l'intégration des patients concerne les étudiants dès la première année. (20). À Nice, les patients peuvent intervenir au premier cycle des études médicales à travers un DU « *art du soin en partenariat avec le patient* », axé sur relation de soin dans un dispositif optionnel. (62)

L'expérience vécue dans notre étude est globalement positive et conforte l'idée que l'intégration des patients peut favoriser une pédagogie partenariale dès la formation initiale des étudiants en médecine jusqu'au développement professionnel continu.

3. Entre innovation et ajustement

3.1 *Freins culturels, organisationnels et juridiques*

Notre étude souligne la nécessité de mieux préparer les médecins à intégrer les patients dans leurs enseignements, comme le confirme une récente étude de Gross O., où 40 % des médecins souhaitent être informés en amont sur le rôle du patient dans la pédagogie. (63) Selon cette même autrice (49), le médecin-enseignant joue un rôle clé dans l'acceptabilité de ces enseignements. Cette réflexion rejoint nos résultats : les réserves initiales des enseignants se sont estompées avec l'expérience. Bradley et al. (64) rappellent que l'intégration des patients nécessite une structuration rigoureuse pour éviter les dérives et garantir une véritable plus-value éducative.

Les obstacles identifiés sont intellectuels : méconnaissance du partenariat patient, perception d'une organisation chronophage et complexe, organisationnels : nécessité d'un accompagnement méthodologique, difficulté de sélectionner et de former des patients et juridiques : absence d'un cadre administratif clair sécurisant le statut des patients enseignants, rejoignant les constats de Towle et al (56) et Maury et al. (65).

Allory E. insiste sur la nécessité de mettre en place une « *stratégie d'accompagnement des enseignants* » : préparation des cours, adaptation pédagogique et débriefing systématique. (65)

3.2 Une implication croissante

Malgré les difficultés, les bénéfices de l'implication des patients sont reconnus. Dans notre étude, la majorité des enseignants estiment que les étudiants s'impliquent davantage lorsqu'ils interagissent avec des patients réels, favorisant ainsi l'apprentissage expérientiel. Une étude britannique montre que 80 % des étudiants ayant bénéficié de cette pédagogie se sentent mieux préparés à gérer des consultations, intégrant à la fois les symptômes, le vécu et les dimensions psychologiques du patient (34).

3.3 Vers une évolution des postures pédagogiques

Nos résultats montrent également un changement de posture progressive des enseignants eux-mêmes. Le médecin doit développer une collaboration active avec le patient tout au long de son exercice, en cohérence avec une médecine complémentaire moderne (52). Cela rejoint l'approche fondée sur les preuves, l'Evidence-Based Medicine (EBM), décrite par David Sackett en 1990, qui repose sur : les données scientifiques, l'expérience clinique et les préférences du patient (66). Ce dernier élément, particulièrement novateur, justifie aujourd'hui l'intégration des patients dans les enseignements médicaux. (67) Il s'agit de passer d'une posture paternaliste vers une approche réellement centrée sur le patient, conduisant au partenariat, comme décrit par Flora L. (51).

Enfin nouveau visage du patient enseignant apparaît : celui d'évaluateur. Cette idée, encore prudente, (52) a toutefois été globalement bien accueillie dans notre étude et les bénéfices dans les évaluations pratiques sont démontrés dans des publications (68). La

réforme du second cycle des études médicales (ECOS, EDN) intègre désormais l'évaluation de compétences relationnelles et communicationnelles à l'aide de patients simulés professionnels et formés. Certains enseignants envisagent d'impliquer progressivement les patients dans l'évaluation formelle des étudiants, via des grilles standardisées et reproductibles. Des projets pilotes existent pour tester l'implication de patients dans les évaluations à échelle locale et titre formatif : à Paris 13 dans des examens blancs d'ECOS (69), et à Strasbourg où ils sont bénévoles. (70) Dans certaines facultés américaines, les patients évaluateurs sont déjà indemnisés, garantissant leur engagement et la continuité des programmes (52). Cette approche favorise une formation médicale plus humaniste, centrée sur le vécu et les attentes des patients. À ce jour, nous n'avons trouvé aucune publication stipulant qu'une faculté française intègre officiellement de vrais patients-enseignants dans les échelles d'évaluations nationales officielles des EDN. (71)

La place des patients dans l'enseignement reste encore mal identifiée par certains professionnels de santé, malgré la reconnaissance croissante de leur savoir expérientiel, complémentaire au savoir biomédical retrouvé dans les travaux de H. Lefort et T. Psiuk (72). Ils ne sont pas toujours véritablement intégrés dans le cursus de formation du fait d'un faible degré de priorité des facultés (53) et par les réticences de certains médecins enseignants allant jusqu'à l'« *intrusion* » dans des espaces professionnels traditionnellement réservés aux cliniciens pour certains. (73) En 2024, 22 UFR sur 35 déclarent avoir intégré la participation de patients dans leurs enseignements pour les étudiants en médecine (74). L'arrêté du 27 janvier 2025 rend cette intégration obligatoire dans chaque faculté, il n'existe à notre connaissance pas encore de bilan complet chiffré au niveau national en mai 2025. (75)

4. **Perspectives complémentaires**

4.1 Structuration du partenariat patient

Le développement des enseignements intégrant des patients semble être une volonté partagée, bien que chaque université avance encore de manière indépendante. L'intégration de la perspective des patients représente une innovation pédagogique majeure, visant à enrichir les compétences des étudiants, des patients eux-mêmes et des enseignants (40,51). Cette démarche s'inscrit pleinement dans le principe fondamental « *primum non nocere* » (67). L'adhésion des enseignants passe par une formation adaptée, une expérimentation progressive, et une réflexion éthique sur la place des patients enseignants. (76) Plusieurs stratégies sont proposées : structurer la participation des patients avec des objectifs d'apprentissage clairs et modalités d'interaction définies, : former les patients avec programmes de préparation pédagogiques, : sélectionner rigoureusement les patients pour assurer la qualité de l'enseignement, : former les médecins enseignants au partenariat patient-enseignant, : mettre en place une intégration progressive, évaluée et adaptée au fil du temps et : respecter un cadre juridique et éthique, protégeant patients, médecins et étudiants.(40, 51)

4.2 Initiatives existantes en France

Le programme « *PEP 13* » (77) de l'Université Sorbonne Paris Nord constitue un modèle de co-construction pédagogique réussi, avec un comité de pilotage assurant l'évaluation continue du dispositif. Ce projet a inspiré d'autres initiatives nationales, telles que le CI3P (18) à l'Université Côte d'Azur. La création d'un pool de patients enseignants sous forme de département, comme à Rennes avec son Dispositif de Partenariat Patient dans l'Enseignement et la Recherche (DPPER) (78) ou à Grenoble avec son Département

universitaire Grenoble Alpes des Patients Enseignants (DUGAPE)(79) permet d'assurer la pérennité et le développement des enseignements. À l'international, le programme britannique « Patients as Educators »(80) et le modèle nord-américain « Patient-as-Teacher Program » (81) offrent des cadres structurés et inspirants.

Les ambitions des enseignants sont multiples, mais le nombre de patients intervenants reste un facteur limitant le développement de nouvelles formations tout comme le nombre de médecins enseignants intéressés par le sujet. (53) Un faible recrutement de patients, associé à une rémunération et une indemnisation des frais insuffisantes, freine cette progression. (53) En mars 2021, la faculté de médecine de Strasbourg a lancé un appel à candidature pour recruter des patients-enseignants, en collaboration avec France Assos Santé Grand-Est. (82) La communication autour des expériences réussies par l'intermédiaire colloques est un levier important pour promouvoir le partenariat patient. (48,51,53)

Depuis plus d'un an, les ministères concernés « *prennent en compte les évolutions dans la formation des étudiants en médecine* » Allory E.(83) Un rapport ministériel de novembre 2023 a formulé 23 recommandations pour structurer l'implication des patients dans la formation médicale. (47) Le colloque de janvier 2024 sur la participation des patients à la formation initiale des futurs médecins, organisé à Paris, par le ministère de la Santé, a présenté un état des lieux de cette intégration dans le cursus médical français. (84) En août 2024, France Assos Santé a publié des livrets pratiques destinés à faciliter l'intégration de patients-enseignants dans les programmes de formation, en fournissant des recommandations concrètes et des retours d'expériences. (85) Un arrêté du 5 février 2025, publié au Journal Officiel, reconnaît officiellement la participation des patients aux formations théoriques et pratiques en médecine. (86) Cette étape renforce la démocratie en santé et permet le développement effectif de nouvelles formations.

4.3 Modèle d'implémentation et conditions de réussite

Un modèle d'implémentation progressif de l'implication des patients dans la formation médicale pourrait faciliter l'adaptation des institutions académiques, des enseignants, et des patients. Ce modèle se décomposerait en 3 phases s'inspirant des recommandations du rapport ministériel sur l'intégration des patients dans la formation initiale en santé de 2023(47). Une phase exploratoire : identifier et sensibiliser patients-enseignants, médecins-enseignants, et étudiants par le biais de groupes de travail, de séminaires et de conférences, en étudiant les modes existants et leur faisabilité locale. Une phase d'expérimentation pilote : sélectionner les patients, les former, implémenter un projet pilote et évaluer les résultats. Une phase de généralisation structurée et pérennisation : élaborer un cadre institutionnel, incorporer les patients dans des unités d'enseignements obligatoires, développer les ressources (guides pédagogiques, plateformes numériques de coordination) et assurer un financement durable par l'attribution d'un budget universitaire ou par la collaboration avec des organismes de santé.

Ce modèle faciliterait l'adaptation des enseignants, optimiserait l'expérience des patients et assurerait une intégration efficace et durable dans le programme pédagogique. Les conditions de succès reposent sur : une collaboration interprofessionnelle (médecins, patients, paramédicaux, pédagogues), un soutien institutionnel des universités et des autorités sanitaires, et une évaluation continue pour adapter et améliorer les dispositifs pédagogiques.

4.4 Ouvertures pour de futures recherches

L'approche qualitative unique de cette étude constitue une limite. (32) Il serait intéressant d'étudier de manière quantitative les différentes solutions proposées de notre thèse concernant la gestion de la participation des patients à l'enseignement. Cela permettrait de mieux construire le partenariat entre patients et professionnels de santé dans l'enseignement, et de le pérenniser en renforçant la robustesse des résultats. Un élargissement du protocole par des enquêtes par questionnaire, auprès d'un échantillon plus large d'enseignants, permettrait de quantifier certaines tendances et d'identifier des corrélations entre variables.

CONCLUSION

L'implication du patient dans l'enseignement médical, telle que perçue par les médecins enseignants de cette étude, apparaît comme une pratique encore en développement. Son rôle est progressivement reconnu comme une source d'enrichissement pédagogique, permettant aux étudiants de bénéficier de l'expérience vécue des patients. Les enseignants interrogés soulignent la valeur ajoutée de cette approche, tout en insistant sur la nécessité de sélectionner et de former les patients-enseignants afin de garantir la qualité de leurs interventions. Ces constats s'accordent avec les publications récentes de la DGOS (2024), qui établissent les bases d'un cadre national jusque-là inexistant. (87)

Cependant, l'intégration des patients dans l'enseignement médical reste inégale, influencée par les contextes institutionnels et les pratiques de chaque enseignant. Malgré un soutien global à cette approche, des défis demeurent : la reconnaissance institutionnelle des patients-enseignants, la structuration de leur rôle, et la coordination entre les différents acteurs éducatifs. Ces résistances trouvent souvent leur origine dans des représentations professionnelles traditionnelles et un cadre encore peu structuré.

Malgré ces obstacles, les résultats de cette étude mettent en évidence l'impact positif de l'implication des patients sur les compétences relationnelles des futurs médecins. En partageant leur expérience, les patients favorisent une médecine plus centrée sur le patient, une dynamique confirmée par l'étude canadienne de Hayes et al. (88) sur le programme « *Patients as Teachers* ». Ces échanges contribuent à replacer la relation médecin-patient au

cœur des études médicales, tout en enrichissant les apprentissages par une perspective complémentaire.

Toutefois, cette recherche présente certaines limites. Le nombre restreint d'entretiens réalisés a pu réduire la diversité des perspectives recueillies, limitant la portée des résultats.

(32) Ces derniers ne prétendent donc pas être généralisables, mais ils offrent une compréhension approfondie des perceptions des médecins interrogés, influencées par leurs contextes institutionnels.

Pour renforcer cette dynamique pédagogique, l'adoption d'un modèle de co-construction pédagogique, comme celui expérimenté à Montréal, pourrait constituer une piste prometteuse pour structurer cette approche. Par ailleurs, l'intégration des patients dans les ECOS, un outil basé sur la simulation destiné à évaluer de manière standardisée les compétences relationnelles des étudiants, souligne l'importance de cette dimension humaine dans la formation. (68)

En conclusion, cette étude rappelle que la qualité de la relation médecin-patient se construit dès le début de la formation médicale. En reconnaissant les patients comme des acteurs pédagogiques à part entière, elle encourage une évolution progressive de l'enseignement médical vers une approche plus humaine. Les médecins enseignants interrogés reconnaissent une véritable plus-value pédagogique à la présence des patients, mais appellent à une structuration nationale de leur rôle.

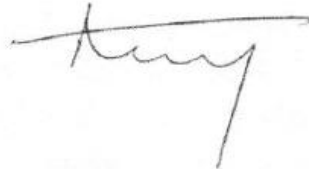
Ce travail ouvre ainsi des perspectives pour repenser les modèles pédagogiques et invite à de futures recherches visant à mieux structurer cette approche innovante, afin de garantir une formation plus complète.

VU

Strasbourg, le 14/5/25

Le président du jury de thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



Vu et approuvé

Strasbourg, le 10 JUIN 2025

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Malentique et Sciences de la santé

Professeur Jean SIBILIA



BIBLIOGRAPHIE

1. Glare PW, editor. Oxford Latin Dictionary. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press ; 2012. p. 1448.
2. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clin Med (Lond). 2002 ; 2(3) : 227-9.
3. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. BMJ. 2013 May 14 ; 346 : f2614.
4. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau CA, Marchand C, Mercier A, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. Rev Fr Aff Soc. 2017 Mar ; (1) : 61-78.
5. Université Côte d'Azur. Le partenariat en pédagogie médicale et en sciences de la santé – Centre d'Innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P) [En ligne]. Nice : Université Côte d'Azur ; [cité le 12 nov 2023]. Disponible sur : <https://ci3p.univ-cotedazur.fr/enseignement/>
6. Thomas B. Vers une participation effective des patients à la formation initiale des médecins : retour sur les travaux menés par le ministère chargé de la santé. 2024.
7. Gagnayre R, Villey E, Truchi R, et al. L'éducation du patient VIH. Med Mal Infect. 1997 ; 27(10) : 477-84.
8. EULAR. Recommendations for the inclusion of patient representatives in rheumatology research. Ann Rheum Dis. 2011 ; 70(5) : 722-6. doi:10.1136/ard.2010.135129.
9. Gagnayre R, D'Ivernois JF. L'éducation thérapeutique du patient : un guide pour la pratique. Paris : Maloine ; 2007.

10. République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J Off. 5 mars 2002.
11. Tourette-Turgis C, Paulo R. L'Université des patients-Sorbonne : contexte de la création [En ligne]. Paris : Sorbonne Université ; 2020. [cité le 21 déc 2023]. Disponible sur : <https://www.udp-sorbonne.fr/wp-content/uploads/2025/02/contexte-de-la-crecc81ation-de-luniversitecc81-des-patients-sorbonne-.pdf>
12. Debarge R, Guilloteau A, Doucet E, Coblençe A, Lucas C, Boujut E, et al. Le patient formateur dans l'enseignement médical : état des lieux et perspectives. Pédagogie Médicale. 2021 ; 22(2) : 65-72.
13. Lechopier N. Le projet PACTEM [En ligne]. PACTEM ; 2015. [cité le 23 sept 2023]. Disponible sur : <https://doi.org/10.58079/sn27>
14. Gross O. Se former dans un « laboratoire social » : l'exemple de PEP13. Prat Santé Ment. 2020 ; 66(3) : 64-71.
15. Faculté de Médecine de Marseille. Patients partenaires de soins et d'enseignement : colloque inter-facultaire [En ligne]. Marseille : Aix-Marseille Université ; 2018 Oct 11. [cité le 03 mars 2023]. Disponible sur : <https://medecine.univ-amu.fr/fr/actualites/colloque-patients-partenaires>
16. Sordet C, Schaefferbeke T, Sibilia J. L'éducation thérapeutique du patient en rhumatologie : enjeux, organisation, retours d'expérience. Rev Rhum. 2016 ; 83(9) : 955-61. doi:10.1016/j.rhum.2016.07.005.
17. Piel J, Franck N, Schmitt L, Klein O, Kopp M, Vidailhet P. Former les internes en psychiatrie au rétablissement : l'expérience strasbourgeoise d'enseignement par des usagers-formateurs. Inf Psychiatr. 2018 ; 94(6) : 445-52. doi:10.3917/inpsy.9406.0445.

18. Université Côte d’Azur. Centre d’Innovation du Partenariat avec les Patients et le Public (CI3P) [En ligne]. Nice : Université Côte d’Azur ; [cité le 28 nov 2023]. Disponible sur : <https://ci3p.univ-cotedazur.fr/>
19. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient-as-partner approach in health care : a conceptual framework for a necessary transition. Acad Med. 2015 ; 90(4) : 437-41. doi:10.1097/ACM.0000000000000603.
20. Flora L. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé [En ligne]. Santé Publique ; 2015. [cité le 9 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.academia.edu/78347529/Le Montreal model enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la sant%C3%A9](https://www.academia.edu/78347529/Le_Montreal_model_enjeux_du_partenariat_relationnel_entre_patients_et_professionnels_de_la_sant%C3%A9)
21. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Aff (Millwood). 2013 ; 32(2) : 223-31.
22. Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. Prat Form Anal. 2010 ; (58-59) : olivier_lv.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 [En ligne]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; [cité le 3 fév 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>
24. République Française. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé. J Off. 26 juillet 2019. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCITA000038821261> [cité le 10 fév 2024].
25. Haute Autorité de Santé. Partenariat patient : recommandations de bonnes pratiques [En ligne]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020 sept. [cité le 25 sept 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3198479/fr/partenariat-patient-recommandations-de-bonnes-pratiques

26. Beresford L, Wong G, Cuthbertson L, Swallow V. Patient and public involvement in health professional education: a systematic review. *Med Educ.* 2021 ; 55(3) : 234-49.
27. Towle A, Godolphin W, Grams G, LaMarre A. Putting informed and shared decision making into practice: A patient teacher perspective. *Patient Educ Couns.* 2020 ; 103(9) : 1741-6.
28. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient-as-partner approach in health care: A conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med.* 2015 ; 90(4) : 437-41.
29. Lejeune C, Bourdon S. *Méthodologie de la recherche qualitative.* Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2017.
30. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago : Aldine ; 1967.
31. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé.* Paris : Global Media Santé ; 2021 janv.
32. Pelaccia T. *Comment réussir son mémoire ? 50 questions réponses.* Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2019 oct.
33. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods.* 2006 ; 18(1) : 59-82.
34. Jha V, Quinton ND, Bekker HL, Roberts TE. Strategies and interventions for the involvement of real patients in medical education: a systematic review. *Med Educ.* 2015 ; 49(10) : 1007-21. doi:10.1111/medu.12795.
35. Flora L, Vinsonneau G, Boivin A, et al. Partenariat patient en formation initiale des professionnels de santé : enseignements d'un dispositif pilote à l'Université Côte d'Azur. *Rev Med Interne.* 2022 ; 43(9) : 569-76. doi:10.1016/j.revmed.2022.05.002.
36. Brejon C, Flora L, Fournier C, et al. Patient partenaire et enseignement médical : expériences croisées et perspectives pour une pédagogie innovante. *Pédagogie Médicale.* 2021 ; 22(1) : 3-14. doi:10.1051/pmed/2021001.

37. Hilgert M. Inclusion de patients enseignants dans la formation des internes de Médecine Générale en France. Point de vue des internes de Médecine Générale. Thèse de médecine. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2023.
38. Schneider C. Inclusion de patients-enseignants dans la formation des étudiants en santé. Point de vue des patients par enquête qualitative. Thèse de médecine. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2023.
39. Pomey MP, Clavel N, Jenkins C, et al. Patients as partners in education: a systematic review of the experiences and perceptions of health professionals. *Acad Med*. 2020 ; 95(9) : 1426-38. doi:10.1097/ACM.0000000000003442.
40. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, et al. Active patient involvement in medical education: a systematic review of recent literature (2013-2021). *Med Educ*. 2022 ; 56(3) : 245-59. doi:10.1111/medu.14648.
41. Weissman J, Blankenburg R, Ofri D, et al. Integrating patients as teachers in medical education: insights and challenges from educators across North America. *Acad Med*. 2023 ; 98(1) : 98-105. doi:10.1097/ACM.0000000000004967.
42. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le partenariat patient : état des lieux et perspectives pour la formation des professionnels de santé. *Rev Med Interne*. 2021 ; 42(11) : 751-8. doi:10.1016/j.revmed.2021.06.002.
43. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 ; 19(6) : 349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
44. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2016.
45. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Paris : La Découverte ; 2010.

46. Colloque inter-universitaire. Participation des patients dans la formation initiale des professionnels de santé. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2022 mai 12-13.
47. Ministère de la Santé et de la Prévention (France). Participation des patients à la formation initiale des futurs médecins : état des lieux et perspectives [En ligne]. Paris : Ministère de la Santé et de la Prévention ; 2023 nov. [cité le 05 avril 2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_patient_formation_version_finale.pdf
48. Conseil national de l'Ordre des médecins. Patient partenaire : état des lieux et perspectives [En ligne]. Paris : CNOM ; 2023. Mise à jour 2025. [cité le 05 avril 2024]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1k5eyzv/cnom_rapport_corap_-_patient_partenaire.pdf
49. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau CA, Marchand C, Mercier A, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. Rev Fr Aff Soc. 2017 ; (1) : 61-78.
50. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clin Med Lond Engl. 2002;2(3):227-9.
51. Flora L. Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé. Thèse de doctorat. Paris : Université Paris 8 ; 2012.
52. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. Med Educ. 2010 ; 44(1) : 64-74. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x.
53. Maury A, Dumez V, Boivin A, Flora L, Montreuil M, Provencher V, et al. Partenariat patient dans l'enseignement médical initial : état des lieux et recommandations. Santé Publique. 2021 ; 33(4) : 559-70. doi:10.3917/spub.214.0559.

54. Spencer J, Blackmore D, Heard S, McCrorie P, McHaffie D, Scherpbier A, et al. Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Med Educ.* 2000 ; 34(10) : 851-7. doi:10.1046/j.1365-2923.2000.00782.x.
55. Prudhomme C, Dumez V, Karazivan P, Flora L, Clavel N, Pomey MP. Évaluation des compétences relationnelles des étudiants en santé par des patients enseignants : exemple d'un atelier pédagogique. *Pédagogie Médicale.* 2019 ; 20(3) : 155-62. doi:10.1016/j.ipegme.2019.05.002.
56. Dumez V, Pomey MP, Flora L, Karazivan P. L'enseignement avec les patients partenaires en France : état des lieux et perspectives. *Pédagogie Médicale.* 2020 ; 21(2) : 79-86. doi:10.1016/j.ipegme.2020.04.001.
57. 1er colloque interuniversitaire sur l'engagement des patients dans les formations en santé ; 2022 mai 20 ; Bobigny, France. Bobigny : Université Sorbonne Paris Nord ; 2022. [En ligne]. [cité le 03 mars 2024]. Disponible sur : <https://patients-enseignants.fr>
58. Haute Autorité de Santé. Guide Médiateur de santé-pair en santé mentale [En ligne]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012. [cité 05 mai 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1340630/fr/le-mediateur-de-sante-pair-en-sante-mentale
59. République Française. Arrêté du 31 janvier 2013 relatif aux compétences exigées pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient et à l'organisation des programmes d'ETP. *J Off.* 7 fév 2013 ; n°0032 : texte 17.
60. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel des compétences et des objectifs pédagogiques du DES de Médecine Générale [En ligne]. Paris : CNGE ; 2020 déc. [cité le 11 nov 2024]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/media/docs/upload/CNGE/Referentiel_DES_MG_version_2020.pdf

61. Pomey MP, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. PLoS One. 2015 ; 10(4) : e0122499. doi:10.1371/journal.pone.0122499.
62. Université Côte d'Azur. Diplôme universitaire Art du soin en partenariat avec le patient [En ligne]. Nice : Université Côte d'Azur ; [cité le 8 nov 2024]. Disponible sur : <https://univ-cotedazur.fr/formation/offre-de-formation/diplome-universitaire-art-du-soin-en-partenariat-avec-le-patient>
63. Gross O, Flora L. Les patients partenaires d'enseignement en santé : émergences, perspectives et défis. Santé Publique. 2022 ; HS(1) : 41-8. doi:10.3917/spub.hs02.0041.
64. Bradley P, Postlethwaite K. Setting up a clinical skills learning facility. Med Educ. 2003 ; 37 Suppl 1 : 6-13. doi:10.1046/j.1365-2923.37.s1.10.x.
65. Maury B, Gross O, Halle M. Patients-enseignants en formation médicale initiale : un levier pour une pédagogie centrée sur le patient [En ligne]. Santé Publique. 2021 ; HS : 41-50. [cité le 03 mars 2024]. Disponible sur : https://www.sfsp.fr/images/2021_maury_patients_enseignants.pdf
66. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 ; 312(7023) : 71-2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.
67. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. BMJ Qual Saf. 2016 ; 25(8) : 626-32. doi:10.1136/bmjqs-2015-004839.
68. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient contact: evaluating a clinical skills programme integrating communication and physical examination skills. Med Teach. 2009 ; 31(5) : e202-11.

69. Sorbonne Université. Les Examens Cliniques Objectifs Structurés (ECOS) [En ligne]. Paris : Sorbonne Université ; [cité le 05 avril 2025]. Disponible sur : <https://sante.sorbonne-universite.fr/formations/etudes-medicales/le-2e-cycle/les-examens-cliniques-objectifs-structures-ecos>
70. Université de Strasbourg. Participants standardisés [En ligne]. Strasbourg : UNISIMES ; [cité le 05 avril 2025]. Disponible sur : <https://unisimes.unistra.fr/equipement/outils-de-la-simulation/participants-standardises/>
71. République Française. Référentiel des épreuves dématérialisées nationales (EDN) du deuxième cycle des études de médecine [En ligne]. Paris : MESR ; 2023. [cité le 05 avril 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_edn_2023.pdf
72. Lefort H, Psiuk T. Patient partenaire, patient expert, de l'accompagnement à l'autonomie. Paris : Doin ; 2018.
73. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sci Soc Santé. 2007;25(2):43-66.
74. Ministère de la Santé et de la Prévention. Participation des patients dans la formation des étudiants en médecine [En ligne]. Paris : Ministère de la Santé ; 2024. [cité le 05 avril 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr>
75. Arrêté du 27 janvier 2025 relatif à la participation de patients dans les formations pratiques et théoriques des études de médecine.
76. Prudhomme C, Dumez V, Karazivan P, et al. Former enseignants et patients à la pédagogie partenariale : enjeux et perspectives. Pédagogie Médicale. 2020 ; 21(2) : 87-94. doi:10.1016/j.ipegme.2020.05.001.
77. Université Sorbonne Paris Nord. Programme PEP13 : Patients Enseignants Partenaires en formation [En ligne]. Bobigny : Université Sorbonne Paris Nord ; 2022. [cité le 02 février 2023]. Disponible sur : <https://medecine.univ-paris13.fr/pep13/>

78. Université de Rennes. Dispositif de Partenariat Patient dans l'Enseignement et la Recherche (DPPER) [En ligne]. Rennes : Université de Rennes ; 2023. [cité le 08 avril 2025]. Disponible sur : <https://u-rennes.fr/dpper>
79. Université Grenoble Alpes. Département Universitaire Grenoble Alpes des Patients Enseignants (DUGAPE) [En ligne]. Grenoble : Université Grenoble Alpes ; 2024. [cité le 8 avril 2025]. Disponible sur : <https://www.univ-grenoble-alpes.fr/dugape>
80. Howe A, Anderson J, Smajdor A. Patients as teachers: promoting their authentic contribution and learning opportunities for students. *Med Educ*. 2020 ; 54(3) : 207-15. doi:10.1111/medu.14048.
81. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ*. 2010 ; 44(1) : 64-74. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x.
82. Université de Strasbourg. Appel à candidatures patients-enseignants [En ligne]. Strasbourg : Université de Strasbourg ; 2021 mars. [cité le 08 avril 2025]. Disponible sur : <https://med.unistra.fr/actualites/appel-patients-enseignants>
83. Engagement des patients partenaires dans la formation des étudiants en médecine [Internet]. [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.sfsp.fr/suivre-l-actualite/les-actualites-generales-de-la-sante-publique/le-dossier-du-mois/item/64212-engagement-des-patients-partenaires-dans-la-formation-des-etudiants-en-medecine>
84. Sante Mentale. Santé Mentale. 2024 [cité 30 avr 2025]. Vers une participation effective des patients en formation initiale des médecins. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2024/01/vers-une-participation-effective-des-patients-en-formation-initiale-des-medecins/>

85. Guide-patient-dans-la-formation-medecine-ANEMF-V-29-juillet.pdf [Internet]. [cité 23 avril 2025]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2024/07/Guide-patient-dans-la-formation-medecine-ANEMF-V-29-juillet.pdf>
86. Guide-patient-dans-la-formation-medecine-ANEMF-V-29-juillet.pdf [Internet]. [cité 02 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2024/07/Guide-patient-dans-la-formation-medecine-ANEMF-V-29-juillet.pdf>
87. Patients-partenaires-rapport-DGOS-2024.pdf [Internet]. [cité 05 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2024/06/Patients-partenaires-rapport-DGOS-2024.pdf>
88. Hayes V, Martens P, Vickery K, Batalden M, McGrath J, Rankin M, et al. The benefits of honoring patients as teachers: a qualitative study. *Fam Med*. 2018;50(2):118-123. doi:10.22454/FamMed.2018.651683.

ANNEXES

Annexe 1. Mails adressés aux départements de médecine générale

Objet : Recherche de candidats pour une étude sur la participation des patients à l'enseignement

Bonjour,

Nous sommes trois étudiantes de la faculté de médecine de Strasbourg.

Nous vous sollicitons dans le cadre de la réalisation de notre thèse d'exercice en médecine générale, dirigée par les Docteurs Carine Zumstein et Antoine Giacomini.

Pour ce faire, nous aurions aimé recruter des internes en médecine générale, des médecins participant à l'enseignement ainsi que des patients participant à l'enseignement dans plusieurs facultés de médecine de France, afin de pouvoir recueillir leurs avis au cours d'un entretien d'environ 30 minutes à 1 heure.

Serait-il possible de relayer notre demande auprès de vos listes de diffusion d'étudiants, de médecins-enseignants et de patients-enseignant ? Nous vous joignons la notice d'information de notre étude qui détaille notre projet de recherche, ainsi que le formulaire de consentement que les participants pourront signer.

Merci d'avance pour votre aide,

HILGERT Manon – MALL Jérôme – SCHNEIDER Caroline

Annexe 2. Lettre d'information et consentement

Strasbourg, le / /

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Il s'agit d'une étude portant sur la place des patients dans l'enseignement médical en France. La responsable scientifique est le docteur Carine Zumstein (Chef de Clinique des Universités en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg).

L'objectif de cette étude est de recueillir, d'analyser et de confronter le point de vue des étudiants, des enseignants et des patients sur les enseignements incluant des patients enseignants au cours du cursus étudiants de médecine générale.

Nous nous adressons à vous car vous faites partie des personnes que nous pourrions inclure dans notre étude. Nous aimerions vous proposer un entretien individuel pour recueillir votre avis sur la question, sachant qu'il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Votre participation nous est précieuse car elle nous permettra de dégager des axes d'amélioration pour la formation des internes de médecine générale à Strasbourg.

Votre participation à ce programme sera anonyme et les informations recueillies, confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande aux adresses suivantes :

hilgertmanon@gmail.com - malljero2@gmail.com -
caroline.schneider2@etu.unistra.fr

Si vous le souhaitez, nous pouvons aussi échanger plus directement avec vous, afin de vous expliquer l'objectif précis de cette recherche. N'hésitez pas à nous contacter en utilisant l'adresse électronique ci-dessus.

Si vous acceptez de participer à ce programme, vous pouvez contacter :

HILGERT Manon pour le groupe étudiant : hilgertmanon@gmail.com

MALL Jérôme pour le groupe enseignant : malljero2@gmail.com

SCHNEIDER Caroline pour le groupe patient : caroline.schneider2@etu.unistra.fr

Nous vous répondrons pour fixer une date de rencontre, en présentiel ou à distance. Cette rencontre durera entre 30 minutes et 1 heure environ.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, merci de remplir le formulaire de consentement joint. Nous vous garantissons que votre participation sera totalement anonyme et que ce projet a été évalué par une commission « informatique et libertés ».

Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à donner de justification et sans aucun préjudice quelconque. Il n'y aura notamment pas de conséquences sur vos résultats d'examen.

En espérant une réponse positive de votre part, nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre demande.

Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez contacter les responsables aux adresses suivantes : hilgertmanon@gmail.com - malljero2@gmail.com - caroline.schneider2@etu.unistra.fr

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par les 3 étudiantes selon les groupes jusqu'à la soutenance de leur thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6. (1) e. du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à : hilgertmanon@gmail.com - malljero2@gmail.com - caroline.schneider2@etu.unistra.fr

Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée. Aucun transfert des données hors Union européenne n'est réalisé. L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : dpo@unistra.fr

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

HILGERT Manon – MALL Jérôme – SCHNEIDER Caroline

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Mr /Mme (rayez la mention inutile)

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance

Adresse :

Téléphone :

Il m'a été proposé de participer à une étude sur la place du patient dans l'enseignement médical en France.

L'investigateur HILGERT Manon ou MALL Jérôme ou SCHNEIDER Caroline m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier et sans aucun préjudice.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.

3) L'anonymat des réponses est garanti et les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

4) Ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

☐ J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche sur l'instauration d'un enseignement incluant des patients-enseignants à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

☐ J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio. Celui-ci sera uniquement accessible par HILGERT Manon ou MALL Jérôme ou SCHNEIDER Caroline et sera détruit après retranscription.

Date :

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :

Annexe 3. Guide d'entretien semi-directif

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES MÉDECINS ENSEIGNANTS :

1. Accueil du participant, remerciements et consentement à participer et à être enregistré.

2. Quelle est votre expérience d'enseignement intégrant des patients ?

Relances : si oui : description, vécu, apports et freins, améliorations, impact sur la pratique.

Si non : connaissez-vous ? comment pensez-vous que cela se passe ? cela vous intéresserait-il ? apports et freins possibles ? impact sur la pratique envisagé, intérêt d'un tel enseignement, choses à maintenir, améliorer, supprimer ?

3. Qu'est-ce qui vous a motivé ou vous motiverait à participer à un tel enseignement ?

4. Comment imaginez-vous la participation d'un patient à un de vos enseignements ? Sous quelle forme ?

Relances : témoignage, ateliers...

5. Dans votre expérience, quel était le profil des patients-enseignants ?

Relances : Qui, pathologie, compétences, recrutement, méthode d'intervention ? Quels étaient leurs qualités et leurs défauts ? Quelle valeur apportez-vous à l'apport et au savoir du patient ?

6. Quel statut envisageriez-vous pour le patient-enseignant ? Et quelle rémunération ?

7. Quel est votre ressenti à l'idée qu'un patient enseignant évalue un étudiant en santé ? De quelle manière envisagez-vous cette évaluation ?

8. Dans quel type d'enseignement pensez-vous que l'on puisse intégrer des patients enseignants ?

9. Quelle place accordez-vous au patient dans les soins et dans votre pratique ? A-t-elle évolué au fur et à mesure de votre pratique ?
10. Comment le statut du patient-enseignant peut-il influencer sa relation avec son médecin ? Comment vous adapteriez vous face à un tel patient en consultation ? Comment vous adapteriez vous dans un enseignement conjoint ?
11. Finalement après notre discussion qu'est-ce qu'un patient enseignant pour vous ?
12. Recueil des données socio-démographiques - Profil du participant :
Age, sexe, faculté d'enseignement et statut, nombre d'année d'enseignement.
13. Remerciements pour leur participation.

Annexe 4. Fiche de recueil des données socio-démographiques

Recueil de données socio-démographiques pour le groupe des enseignants :

Âge :

Sexe :

Faculté d'enseignement :

Statut à la faculté :

Nombre d'années d'enseignement :

Annexe 5. Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion
Caractéristiques personnelles
1. Quels auteur(s) a (ont) mené les entretiens ? Jérôme MALL
2. Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Aucun
3. Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Remplaçante en médecine générale
4. Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Femme
5. Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Formation académique et auto-formation à la méthode qualitative, sans expérience préalable.
Relation avec les participants
6. Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Non.
7. Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Remplaçante en médecine générale, ancienne interne de la faculté de Strasbourg, en cours de rédaction d'une thèse qualitative.
8. Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ? Intérêt pour le sujet, rédaction de thèse, motif global de la recherche.
Domaine 2 : Conception de l'étude
Cadre théorique

9. Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Méthode qualitative avec approche inspirée de la théorisation ancrée.

Sélection des participants

10. Comment ont été sélectionnés les participants ? Recrutement de médecins enseignants via les DMG des facultés, échantillonnage raisonné théorique à variation maximale.

11. Comment ont été contactés les participants ? Par courriel ou directement par d'autres enseignants ou lors de colloques.

12. Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? Huit

13. Combien de personnes ont refusé de participer à l'étude ? Aucun refus.

14. Où les données ont-elles été recueillies ? Au domicile de l'enquêtrice et sur le lieu d'exercice professionnel d'un participant.

15. Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non.

16. Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Médecins enseignants âgés de 28 à 72 ans, participant à la formation des étudiants en France, avec des profils variés.

Domaine 3 : Analyse et résultats

Recueil de données

17. Les questions étaient-elles fournies par les auteurs ? Le guide avait-il été testé au préalable ? Guide d'entretien en annexe. Oui, guide d'entretien en annexe, testé préalablement au 1^{er} entretien.

18. Les entretiens étaient-ils répétés ? Non.

19. Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel ? Enregistrement audio double.

20. Des notes de terrain ont-elles été prises ? Oui, consignées dans un journal de bord à l'issue de chaque entretien.

21. Combien de temps ont duré les entretiens ? Durée moyenne des entretiens individuels : 49 minutes. Durée totale : 396 minutes (de 31 à 69 minutes).

22. Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Oui, avec le directeur de thèse.

23. Les retranscriptions ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non.

Analyse et résultats

24. Combien de personnes ont codé les données ? Trois (co-codage avec Manon HILGERT et Caroline SCHNEIDER).

25. Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Oui, ainsi qu'une carte mentale préparatoire.

26. Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à partir des données.

27. Quels logiciels ont été utilisés pour gérer les données ? Microsoft Word et Excel.

28. Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Oui.

Rédaction
29. Les citations ont-elles été utilisées ? Les citations ont-elles été identifiées ? Oui, chaque citation était identifiée.
30. Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui.
31. Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui.
32. Y a-t-il une description des cas particuliers ou discussion des thèmes secondaires ? Oui.

Annexe 6. Synthèse d'autres expériences au sein de facultés ayant mis en place une structure dédiée au partenariat patient

Sorbonne Paris Nord

RECRUTEMENT	
Prise de contact	Interconnaissance, associations
Mode de sélection	Cooptation, entretien
Critères	Motivation, culture en santé, compétences émotionnelles, savoirs expérientiels explicites
ACCOMPAGNEMENT	
Formation initiale	Observation/participation progressive
Suivi	Compagnonnage entre patients, debriefing
ENSEIGNEMENTS DISPENSES	
1^{er} cycle	Sciences humaines et sociales
2^e cycle	
3^e cycle (médecine générale)	Démocratie en santé, pratique réflexive, groupe d'échanges et d'analyses
Hors médecine	Activité physique adaptée, sciences infirmières, kinésithérapie, odontologie, pharmacie
Modalités	Enseignements, groupes d'échanges ; co-construction, évaluation, jury, mentorat d'internes, accompagnement thèse
Volume horaire	300h par an
Nombre de patients	Environ 20
RECONNAISSANCE	
Cadre d'emploi	Vacataire, « formateur extérieur à l'administration »
Rémunération	Au taux horaire vacataire
STRUCTURATION	
Forme	Chaire de recherche sur l'engagement des patients, comité de patients ; Intégration de patients aux commissions du département universitaire de médecine générale
Financement	Université
PERSPECTIVES	
• Développement de nouvelles interventions • Approfondissement de l'évaluation de l'impact des patients enseignants	

Toulouse

RECRUTEMENT	
Prise de contact	Appel à candidature

Mode de sélection	Dossier et entretien
Critères	Prérequis et compétences prédéfinis ; signature d'une charte
ACCOMPAGNEMENT	
Formation initiale	4 journées de formation (prise de parole, communication)
Suivi	Debriefing
ENSEIGNEMENTS DISPENSES	
1^{er} cycle	Relation de soin, handicap, éthique
2^e cycle	Maladies chroniques, annonce d'une mauvaise nouvelle
3^e cycle	
Modalités	Enseignements dirigés, simulation ; co-conception des enseignements, élaboration de grille d'évaluation
Volume horaire	Environ 1000h par an
Nombre de patients	Environ 20
RECONNAISSANCE	
Cadre d'emploi	
Rémunération	Indemnisation
STRUCTURATION	
Forme	Conseil pédagogique des usagers de la santé, depuis 2018
Fonctionnement	Election d'un patient au sein du conseil de département de médecine, maïeutique et paramédical
Financement	ARS (FIR), faculté
PERSPECTIVES	
• Création d'un pôle dédié • Poursuite du déploiement du projet en médecine et dans les autres formations	

Figure 1. Arbre de codage

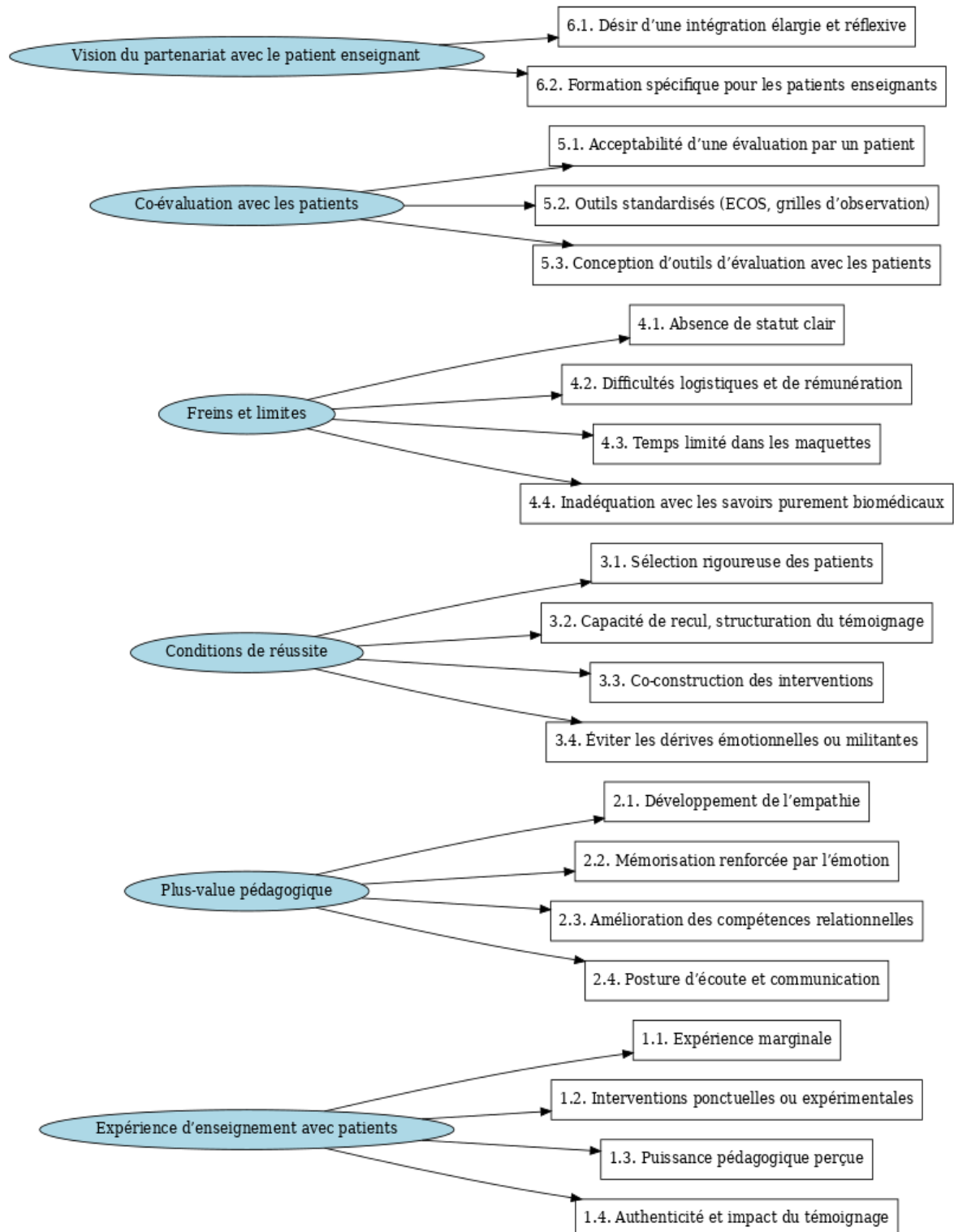


Figure 2. Carte mentale préparatoire

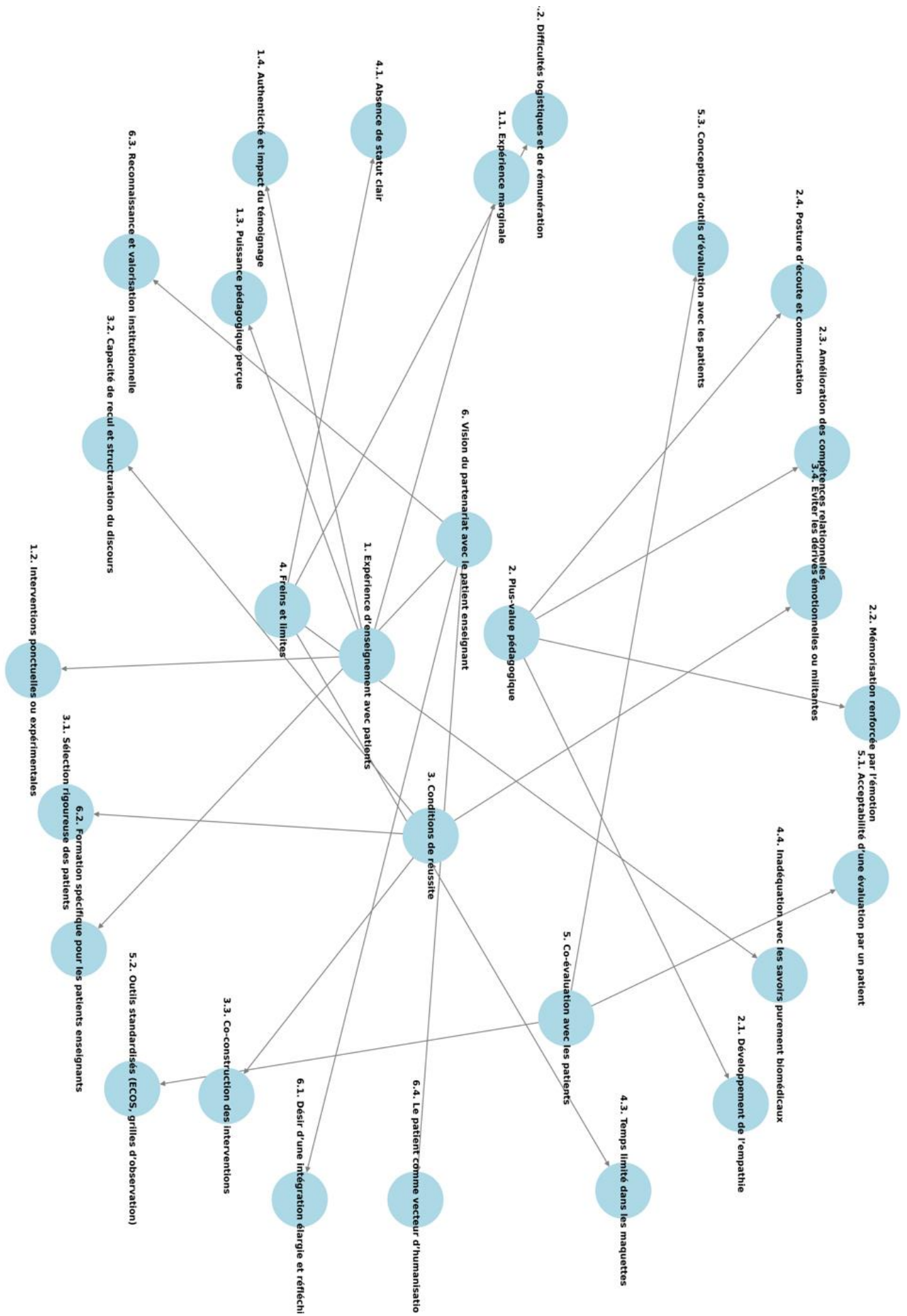
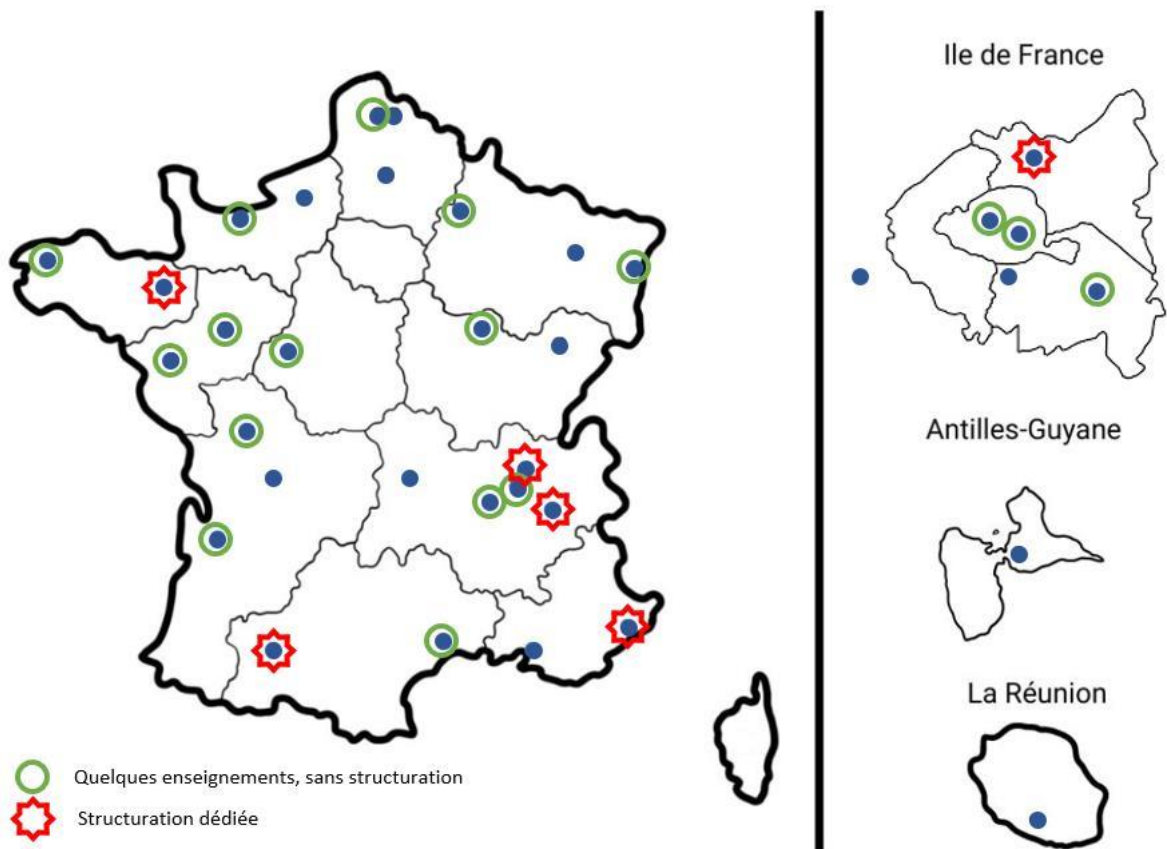
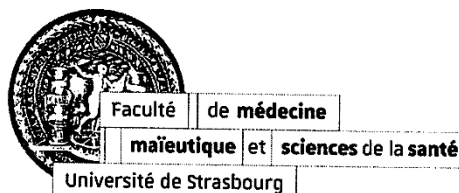


Figure 3. Cartographie du déploiement de la participation des patients dans la formation initiale des médecins au sein des 35 UFR médicales françaises.



DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Mall Prénom : Jérôme

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète »

Signature originale :

À Strasbourg, le 17/05/2025

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ

Objectif

Explorer la place du patient dans l'enseignement médical, du point de vue de médecins enseignants.

Contexte

La reconnaissance du savoir expérientiel du patient comme complémentaire au savoir biomédical suscite un intérêt croissant dans le champ de la formation médicale universitaire. Toutefois, son intégration dans ces dispositifs pédagogiques reste limitée, inégale, et souvent dépendante d'initiatives locales.

Méthode

Cette étude qualitative s'appuie sur huit entretiens semi-directifs réalisés auprès de médecins enseignants exerçant dans six facultés de médecine françaises. L'analyse thématique vise à faire émerger les représentations, les pratiques et les questionnements suscités par l'implication des patients dans les enseignements.

Résultats

Plusieurs axes ont émergé : l'identité subjective du patient enseignant, construite entre légitimité liée à l'expérience, et place incertaine dans le système académique. Les participants reconnaissent une plus-value pédagogique significative, notamment pour le développement de l'empathie, l'approche centrée patient. Des apports pédagogiques complémentaires, enrichissant les enseignements traditionnels, introduisant une réflexivité accrue. Des résistances initiales, nourries par la nouveauté du dispositif et une culture médicale encore fondée sur la verticalité des savoirs. Des perspectives d'évolution du partenariat, soutenues par une dynamique institutionnelle et une ouverture progressive à des modèles pédagogiques plus collaboratifs. Des freins persistants, d'ordre culturel, organisationnel et juridique, nécessitent néanmoins d'être dépassés pour permettre une généralisation durable du dispositif.

Conclusion

Cette étude met en lumière le potentiel formateur de l'implication des patients dans l'enseignement médical, tout en appelant à une structuration nationale plus claire de leur rôle. Elle ouvre des perspectives pour repenser les modèles pédagogiques dans une logique de co-construction des savoirs et d'humanisation de la formation médicale.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Patient enseignant, partenariat patient, savoir expérientiel, pédagogie participative, formation médicale, évaluation des étudiants, approche centrée patient, innovation pédagogique.

Président : Monsieur le Professeur Gilles Bertschy

Directeurs : Monsieur le Docteur Antoine Giacomini et Madame la Docteure Carine Zumstein

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thibault Bahougne, Monsieur le Docteur Jocelyn Céraline, Madame la Docteure Margherita Giannini et Madame la Docteure Christelle Sordet

Auteure et Adresse: Jérôme Mall 32, A Avenue du Général de Gaulle 67201 Eckbolsheim