UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Nourisson Chris-Romain

Présentée et soutenue publiquement le 05 mai 2021

Faisabilité de l'intervention de patients experts au sein d'un groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand.

Étude qualitative auprès de personnes atteintes de pathologies chroniques et/ou faisant partie d'associations au sein de la région Auvergne-Rhône Alpes.

Directeur de thèse et membre du jury : Monsieur TESSIERES Fréderic, Maître de conférence, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Docteur médecin généraliste.

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Docteur médecin généraliste.

Membres du jury : Madame RICHARD Amélie, Maître de conférence, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Docteur médecin généraliste.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **BERNARD** Mathias : **DEQUIEDT** Vianney : **FOGLI** Anne : **HENRARD** Pierre : **PEYRARD** Françoise : **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice : **CHAZAL** Jean
DOYEN RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **CLAVELOU** Pierre : **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes

M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M.	EVRARD Bertrand	Immunologie
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale
M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme	FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle	GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme	MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle	VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	DELMAS Julien	Bactériologie
Mle	MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
M.	GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale

2ème CLASSE

Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	PIZON Frank	Santé Publique
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie

Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme	ROUGE Laure	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout le personnel de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand et des différents hôpitaux où j'ai pu pratiquer mes années d'apprentissage de la médecine, particulièrement ceux ayant été bienveillants à mon égard.

Merci aux membres du jury d'avoir accepté de m'accompagner dans cette dernière épreuve pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine.

Merci à mes frères et mes sœurs dont j'ai pu être l'observateur tout au long de notre enfance, grâce à vous je n'ai jamais connu l'ennui. Vous avez fait grandir notre famille et comblé de bonheur nos parents avec tous vos enfants, Lola, Léo, Mathis, Noémie, Raphaël, Lucas et Gabin, et le futur arrivant que j'embrasse très fort.

Merci à mes parents, vous êtes ma source d'inspiration pour mes choix au quotidien, merci de m'avoir gardé si longtemps près de vous pour me permettre aujourd'hui d'être épanoui et heureux.

Merci à toi Marion avec qui je partage ma vie depuis plusieurs années. Merci de m'avoir donné la chance et le plus grand bonheur d'agrandir notre famille avec la naissance de Romy.

Merci à toi Romy, notre enfant, tu n'as pas encore deux mois et pourtant tu nous combles de bonheur chaque jour depuis que nous avons su que ta maman était enceinte.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations 12

Introduction 13

I. Généralités 16

1. Définition du groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles 16
2. Objectif du groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles 16
3. Les compétences du médecin généraliste 17

3.1. Approche globale et prise en compte de la complexité 17

3.2. Éducation, prévention en santé individuelle et collective 18

3.3. Premier recours et urgence 18

3.4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient 19

3.5. Relation, communication, approche centrée patient 19

3.6. Professionnalisme 19

4. Définition du patient-expert 20

4.1. Le patient partenaire 20

4.2. Le patient profil source 22

4.3. Le patient coach 23

II. Objectif de l'étude 25

III. Matériel et Méthode 26

1. Choix de la méthode 26
2. Population de l'étude 26

2.1. Population cible 26

2.2. Critères d'inclusions et d'exclusions 27

2.3. Méthode d'échantillonnage 27

3. Recueil et analyse des données 28
4. Réalisation de la grille d'entretien 29

5. Analyse des données 30

6. Absence de déclaration au CNIL et au CPP 30

IV. Résultats 31

1. Données sociodémographiques de l'échantillon 31

2. Données générales de l'élaboration des verbatim 32

3. Thème 1 : Le GEASP 33

4. Thème 2 : Le patient expert 34

5. Thème 3 : Propositions d'interventions 35

6. Thème 4 : Les bénéfices 37

7. Thème 5 : Les obstacles 39

V. Discussion 42

1. Forces et faiblesses de l'étude 42

1.1. Conception de l'étude : population, thèmes, différents biais 42

1.2. Réalisation des entretiens 44

1.3. Analyse des données 45

2. Réflexion et analyse des résultats 45

2.1. Qualité des participants 45

2.2. GEASP 46

2.3. Patient expert 46

2.4. Propositions d'interventions lors d'un GEASP 47

2.5. Bénéfices 47

2.6. Obstacles 48

VI. Conclusion 49

Annexes 51

Annexes 1 : Fiche de présentation 51

Annexes 2 : grille d'entretien 53

Bibliographies 54

Serment d'Hippocrate 55

LISTE DES ABREVIATIONS

GEASP : Groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles

GEP : Groupes d'échanges de pratiques

CNIL : Comité national de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

INTRODUCTION

Les groupes d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles ou GEASP sont un élément central de la formation des étudiants en médecine générale de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand, comme d'autres UFR en France (1). Ils sont aussi appelés groupes d'échanges de pratiques (GEP). Les GEASP permettent d'aborder des situations biomédicales vécues par l'étudiant, mais aussi et surtout d'enrichir les situations biomédicales avec des explications de contexte et l'apport des autres participants, tous étudiants ou médecins jusqu'à aujourd'hui.

Sur le plan personnel ces groupes d'entraide permettent à des internes de partager leurs expériences, leurs doutes et de pouvoir se rassurer sur des situations cliniques vécues.

Sur le plan professionnel, ces groupes permettent l'analyse de situations vécues par l'interne de médecine générale afin de faire un point critique positif et négatif des différentes compétences à acquérir au cours de l'internat de médecine générale.

Les compétences que doit acquérir un étudiant interne en médecine générale sont décrites dans la marguerite des compétences (2). La marguerite des compétences en comporte six qui sont, l'approche globale et la prise en compte de la complexité, l'éducation et la prévention en santé individuelle et collective, les premiers recours urgences, la continuité le suivi et la coordination des soins autour du patient, la relation, la communication et l'approche centrée patient, le professionnalisme.



L'enseignement se fait selon le modèle bio-psycho-social au cours du 3ème cycle de médecine générale.

Cependant au cours des GEASP, les participants ne font que supposer ce que peuvent ressentir les patients face à un problème donné puisque les groupes ne sont composés que d'étudiants en médecine et de tuteurs eux aussi professionnels de la santé.

Pour remédier à cette problématique, la question s'est posée d'intégrer des patients atteints de pathologies chroniques comme intervenants au sein des GEASP. Ces patients ne seraient pas choisis par hasard : le concept de patient expert peut être une solution.

Après des recherches dans la littérature, il semble que le Canada et particulièrement la faculté de médecine de Montréal (3) a fortement développé ce concept depuis une dizaine d'années. (4) A la faculté de médecine de Montréal, le patient expert participe à des cours universitaires, fait partie de l'administration médico-sociale et co-développe des projets d'enseignement avec des professionnels de la santé. La faculté de Montréal propose également un cursus universitaire pour les personnes qui souhaitent devenir patients experts.

Ce travail a pour objet d'explorer le ressenti de personnes atteintes de pathologies chroniques et/ou faisant partie d'associations sur leurs éventuelles participations à un GEASP, ainsi que d'évaluer avec eux la faisabilité pratique de leur intégration.

I. GENERALITES

1. Définition du groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles

Au cours de son cursus universitaire à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand, lors de la première journée d'accueil à la faculté de médecine, chaque étudiant interne de médecine générale se voit réparti aléatoirement dans un groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles.

Ces GEASP sont composés en moyenne par une dizaine d'étudiants de la même promotion. Ces étudiants feront partie du même GEASP au cours de leurs trois années d'interne en médecine générale.

Chaque groupe se voit attribuer un tuteur, médecin généraliste et enseignant à la faculté, qui tiendra l'encadrement du même groupe au cours des trois années d'internat de médecine générale.

2. Objectif du groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles

Cette méthode dédiée à la formation des internes de médecine générale permet d'exploiter des situations vécues par les internes au cours de leurs stages. L'enseignement ne se déroulant plus en termes de connaissances mais en termes de compétences. Les compétences que doivent acquérir les internes de médecine générale sont réparties en six grandes classes illustrées au sein de la marguerite des compétences.

Outre le fait d'aborder l'enseignement en termes de compétences, le GEASP a pour but de développer la démarche réflexive des internes. Chaque étudiant, en amont du cours, prépare

un résumé de la situation clinique qui lui a posé un ou plusieurs problèmes. Les problèmes peuvent toucher tous les domaines de compétences, mais aussi toucher leur intimité et leur vie personnelle.

La tâche des internes est d'analyser en groupe une situation professionnelle vécue par un des participants dans les buts d'expliciter la compréhension de la situation, la prise en charge, les décisions et les compétences mobilisées.

Ensuite le groupe questionne, argumente et propose des alternatives à l'étudiant ayant exposé une situation au cours d'un échange encadré par leur tuteur.

Le groupe s'autoévalue et détermine des axes d'amélioration dans les domaines de compétences qui sont abordés au cours des échanges.

3. Les compétences du médecin généraliste

L'étudiant de troisième cycle ne doit pas seulement parfaire ses connaissances, mais il doit être en capacité de développer des compétences et être dans une démarche réflexive.

L'autoévaluation fait également partie des apprentissages. La discipline de médecine générale est complexe mais l'on peut résumer les compétences (2) du médecin en six catégories.

3.1. Approche globale et prise en compte de la complexité

Quel que soit le type de recours aux soins du patient, le médecin saura mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient. C'est à dire que le médecin se montre capable :

- D’adapter des postures différentes en fonction de la situation (soins, éducation en santé, prévention...).

- De prendre en compte les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles comme facteurs décisionnels.

- De prendre en compte l’avis du patient et de partager avec lui les décisions.

- D'évaluer les décisions et leurs conséquences à court, moyen et long terme.

- De cogérer avec le patient des plaintes et des pathologies aiguës et chroniques de manière hiérarchisée.

3.2. Éducation, prévention en santé individuelle et collective

Le médecin accompagne le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, tout en respectant la motivation et le cheminement du patient. Le médecin intègre dans sa pratique :

- Des actes destinés à diminuer l’incidence d’une maladie, qu’ils soient individuels ou communautaires.
- Une posture qui place le patient en sujet, tout en s’engageant dans une alliance afin de développer ensemble des compétences en santé.
- D’autres intervenants pour partager le suivi (associations, confrères, famille du patient).
- Des programmes de formations et des actions de préventions et d’éducations.

3.3. Premier recours et urgence

Le médecin acquiert la capacité de gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, en organisant une accessibilité aux soins optimale en termes de proximité, disponibilité et coût.

Le médecin sait gérer simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples et les hiérarchise.

Il sait exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours et peut intervenir, si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie.

3.4. Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient

Le médecin assure la continuité et la coordination des soins du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement. Il devient le référent du patient dans l'espace et la durée.

Le médecin sait prendre en compte l'évolution des problèmes de santé.

3.5. Relation, communication, approche centrée patient

C'est la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage et les différents intervenants de santé. Cette relation nécessite des habiletés communicationnelles adéquates, comme l'écoute, afin de tirer du discours du patient et de son entourage des besoins explicites et implicites.

3.6. Professionnalisme

Le médecin assure un engagement envers la société et répond à ses attentes. Il développe une activité professionnelle en privilégiant le bien être des personnes par une pratique éthique et déontologique.

Le médecin agit avec altruisme et sans discrimination en favorisant l'accès équitable aux soins.

Le médecin assume ses responsabilités et explicite ses décisions. Il garantit la confidentialité des échanges avec les patients.

Le médecin apprend à gérer son temps pour trouver un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

4. Définition du patient expert

Le patient expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique (5), a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et a appris à vivre avec. Le patient expert est avant tout acteur de sa propre santé.

L'université de Montréal, pionnière dans ce concept, déploie depuis 2010 dans leur enseignement le patient expert. L'objectif initial d'un tel déploiement était celui d'une autonomie optimale du patient et de ses proches, afin de sortir du modèle de soin hospitalo-centré.

L'université de Montréal a publié un référentiel (5) comprenant la description des compétences des différents profils de patients experts.

4.1. Le patient partenaire

Le profil patient partenaire correspond à une personne qui se connait dans la vie avec la maladie. Il identifie les situations susceptibles de déclencher des émotions et sait gérer celles-ci de manières optimales.

Il mobilise des ressources qui lui permettent de gérer efficacement ses émotions et de vivre une meilleure expérience de vie avec la maladie, il redonne ainsi un sens à sa vie au travers de nouvelles habitudes.

Le patient partenaire sait reconnaître que la maladie provoque des situations d'impuissance dans certains contextes de vie. Ainsi il sait exprimer son impuissance, accompli un processus de deuil à l'égard de ces nouveaux domaines de défaillance et sait solliciter son environnement, afin de lui permettre d'y faire face.

De plus, il profite des moments d'espoir pour s'investir dans son rétablissement.

Il sait également mettre en perspective les événements de la vie avec la maladie, se questionne de façon constructive sur son expérience de la maladie.

Les compétences citées ci-dessus lui permettent de se réapproprier sa capacité de prise de décision en fonction des limites de son contexte de vie.

Le patient défini ses besoins et ses aspirations tout en constatant et décrivant les difficultés qui lui font face. Il sait se fixer des objectifs de vie concrets. Il peut ainsi déterminer les moyens et ressources nécessaires pour atteindre ses objectifs de vie.

Le patient partenaire mobilise ses savoirs expérientiels. Au cours de la maladie il est exposé à de multiples situations qui lui permettent d'acquérir de nouvelles compétences. Ainsi en faisant preuve d'introspection, il sait expliciter ses savoirs acquis auprès de ses partenaires (malades, familles et professionnels de la santé).

Le patient partenaire développe ainsi de la confiance en soi lui permettant de mobiliser l'ensemble des savoirs acquis ou partagés, pour faire face à de nouvelles situations. Il participe également à différents processus d'apprentissage selon ses besoins.

Le patient partenaire développe sa capacité de résilience. Il reconnaît ses forces, ses limites, distingue les ressources internes et externes dont il bénéficie, pour faire face aux nouvelles épreuves, il sait rester optimiste et ressortir plus fort de ses expériences.

4.2. Le patient profil source

La patient profil source sait transmettre ses expériences à ses partenaires et à son entourage. Il sait communiquer et établir une relation de confiance et de partenariat, afin d'échanger de l'information dans un langage clair et adapté, en tenant compte de l'expression des langages verbaux et non verbaux.

Il sait exprimer ses limites et tenir compte des besoins, des émotions et des préoccupations de ses partenaires.

Il analyse de façon rétrospective les différentes phases de vie avec la maladie, lui permettant ainsi de se situer dans son parcours de vie avec la maladie. Il analyse aussi l'évolution de ses relations avec les différents intervenants, lui permettant ainsi de se situer dans sa relation aux autres et à l'environnement en fonction des transformations qu'engendre la vie avec la maladie.

Le patient profil source sait prendre de la distance par rapport à ses propres représentations et vis à vis des représentations d'autrui, il sait aller au-delà de ses propres émotions afin de limiter sa subjectivité.

Il est à l'écoute, se rend disponible et instaure un climat de confiance avec l'autre et le groupe. Il sait faire preuve d'assertivité.

Le patient profil source accompagne une personne ou un groupe dans un processus réflexif et conclut ses interactions de façon respectueuse, en fonction du temps disponible et des limites de l'autre ou du groupe.

Il revient sur les situations exprimées afin d'en tirer des enseignements.

Il est capable de se raconter de façon pédagogique. Il généralise l'expérience de la vie avec la maladie, afin de prendre conscience de son registre d'expérience et sait transmettre ce registre. Il capte l'attention de l'auditoire et répond aux questions et interrogations complémentaires de celui-ci.

Le patient profil source sait extraire de son expérience individuelle, un ou plusieurs concepts de vie avec la maladie. Il sait dégager de ses expériences ce qui est généralisable de ce qui lui est particulier. Il utilise son expérience pour expliciter et illustrer un message précis.

Le patient profil source arrive également à cerner les attentes du public, trouve dans son registre expérientiel le ou les épisodes les plus appropriés pour illustrer ses propos.

Il fait preuve d'altruisme, il s'intéresse aux autres et fait preuve de générosité et d'humanité.

4.3. Le patient coach

Le patient profil coach assume un leadership transformationnel, en accompagnant un individu ou un groupe. Il sait valoriser les initiatives d'un individu ou d'un groupe et favorise les apprentissages à l'aide d'outils appropriés pour tendre à la résolution de problèmes, tout en veillant à rendre l'individu ou le groupe autonome.

Il co-anime une dynamique de travail et décèle les leviers et les freins à cette dynamique, s'adapte aux freins au fur et à mesure pour maintenir une bonne dynamique de travail.

Le patient profil coach assume un co-leadership. Il porte une vision commune avec son partenaire et investit du temps et de l'énergie pour faire vivre cette vision.

Le patient profil coach co-développe une perspective d'ensemble dans une stratégie gagnant/gagnant pour entretenir des dynamiques de travail propice au développement.

Il tisse et entretient des réseaux. Le patient profil coach prévoit les ressources qui peuvent influer sur la pérennité du réseau. Il développe des relations et sollicite ses contacts pour qu'ils participent à la vie d'un réseau. Il affirme son rôle au sein du réseau, sait expliquer sa fonction et participe à la vie du réseau et à sa visibilité.

Le patient profil coach analyse une dynamique relationnelle de partenariat avec un patient, un groupe ou une organisation pour prendre connaissance de la situation actuelle. Il enquête et analyse la situation pour pouvoir mettre en œuvre une dynamique positive, qu'il sait expliciter tout en validant la perception de la situation auprès des tiers.

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif d'un GEASP est d'aborder toutes les compétences du médecin généraliste au cours d'un échange entre professionnels de la santé. La compétence située au centre de la marguerite est l'approche centrée patient. Cette compétence requiert des habiletés communicationnelles et relationnelles importantes, dans le but de dénicher et de comprendre le contexte de vie du patient, afin d'établir une réponse mêlant le biomédical, la psychologie et le social pour un problème posé.

L'objectif de ce travail est d'étudier la faisabilité de développer cette compétence centrée patient à l'aide de la participation de patients experts, afin de sortir d'un modèle d'enseignement fait par des professionnels de la santé en apportant un « vécu » patient au sein des GEASP.

Effectivement, le patient expert, atteint d'une pathologie, peut de par son vécu acquérir diverses compétences qui pourraient être bénéfiques pour les étudiants. Ses compétences acquises le place dans différents profils.

Ainsi l'étude de la faisabilité de l'intervention de patient expert au sein de GEASP doit faire poser diverses questions. La première est la compréhension, par les participants, de ce qu'est un GEASP et un patient expert. Il faudra pouvoir déterminer leur volonté réelle de participer à un tel projet. Enfin l'étude doit permettre de déterminer des obstacles à la réalisation de ce projet.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

La recherche qualitative est une démarche interprétative, faisant suite à un recueil de données directement auprès des patients. Elle permet d'explorer des comportements et des expériences personnelles et de cerner la réalité d'une situation particulière.

Elle aborde également les émotions et les sentiments de la personne.

Elle permet un dialogue plus direct, sans intervention d'avis extérieurs dans l'avis des patients.

Le choix de cette méthode pour l'étude nous a semblé évident, puisqu'il s'agissait de comprendre les connaissances et la pensée des participants, et non pas de « quantifier » un processus.

Nous avions opté avant la crise sanitaire de la Covid 19, pour une méthode qualitative par des entretiens semi-dirigés.

2. Population de l'étude

2.1. Population cible

Afin d'atteindre les différents objectifs fixés, il a fallu réfléchir au recrutement de potentiels patients experts.

Nous avons eu l'idée, pour trouver des personnes se rapprochant de la définition de patients experts, de contacter diverses associations de l'ancienne région Auvergne. Nous avions en tête que les personnes qui composent ces associations sont investies dans leurs maladies, dans la recherche et surtout ont la volonté d'aider les autres.

Le premier contact des associations de malades s'est fait par différents moyens (e-mail, téléphone, contact via leur site internet et de visu). Ce premier contact visait à se présenter et à expliquer succinctement le projet afin d'attirer l'attention des potentiels participants. Une fiche explicative comprenant les définitions d'un GEASP, du concept de patient expert et l'objectif de l'étude était envoyée aux différents volontaires.

Enfin le recrutement des patients se voulait initialement assez divers. Nous avons cherché à joindre des patients atteints de diverses pathologies qui sont, l'addiction, les maladies inflammatoires chroniques intestinales, la sclérose en plaque, le cancer…

2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être atteint d'une pathologie chronique et/ou faire partie d'une association de malades.

Les critères d'exclusion n'étaient pas définis. L'objectif de l'étude étant de faire un état des lieux de la faisabilité de l'intervention de patients experts, définir des critères d'exclusions aurait été à l'encontre des objectifs de l'étude, notamment en masquant de potentiels obstacles.

2.3. Méthode d'échantillonnage

Nous avons contacté par différents moyens de communication la majorité des

associations de malades de l'ancienne région Auvergne. Ces associations étaient cherchées via le moteur de recherche GOOGLE et référencées sur les sites internet des hôpitaux (CHU Clermont-Ferrand, centre Jean Perrin)

3. Recueil et analyse des données

Nous avions opté avant la crise sanitaire, pour une méthode qualitative par des entretiens semi-dirigés oraux.

Nous n'avons pu rencontrer qu'une seule personne en présentiel. La crise sanitaire actuelle ne nous a pas permis de poursuivre cette méthode.

Plusieurs conséquences :

- Nous avons dû modifier le guide d'entretien, établi initialement pour un échange oral, et ainsi le transformer en cinq thèmes comprenant cinq questions ouvertes. (Annexe 2)
- Pour que les participants répondent aux questions des cinq thèmes nous n'avons pas imposé de délai.
- Nous avons opté pour des échanges par e-mail, SMS et appels téléphoniques pour toutes les questions relatives au guide d'entretien et aux réponses formulées.

Ainsi les guides d'entretiens finaux sont le fruit de plusieurs échanges dans le temps avec les différents participants.

4. Réalisation de la grille d'entretien

La grille d'entretien avait pour but d'explorer les connaissances des participants sur la formation des étudiants en médecine générale par GEASP et le concept de patient expert, ainsi que leur ressenti sur une éventuelle participation à des GEASP.

Les 5 thèmes prédéfinis sont les suivants :

- GEASP : Le but de la question étant de savoir si les participants ont bien compris ce qu'est actuellement un GEASP.
- Patient expert : Ce thème a pour objectif de déterminer si les patients ont compris la définition du patient expert et quelles sont leurs expériences dans ce domaine.
- Intervention lors d'un GEASP : Ce thème a pour but de savoir sous quelles formes les participants imaginent-ils leurs interventions auprès des étudiants et de déterminer leurs volontés réelles de participer. Au cours des différents entretiens avec les participants, nous leur expliquons le fonctionnement actuel d'un GEASP (lieux, matériels, méthodes d'enseignements, fréquence, durée moyenne, composition en termes de qualité et quantité des intervenants) mais nous leur expliquons également qu'il sera toujours possible de laisser libre cours à leur imagination s'ils veulent modifier une ou plusieurs de ces caractéristiques.
- Bénéfices pour le patient expert, l'association et les étudiants : Ce thème est proposé pour que les participants puissent expliquer quels bénéfices ils pensent pouvoir tirer d'une telle participation. Un projet dont les bénéfices sont déterminés en amont de son élaboration permettent d'entretenir des relations pérennes.
- Les obstacles : Ce thème a pour but de déterminer quels sont pour les participants les freins à leur intervention afin de pouvoir les anticiper et trouver des leviers pour faciliter leur participation. Aussi des obstacles paraissant insurmontables rendraient le projet caduc.

5. Analyse des données

Les verbatim sont le fruit de plusieurs échanges dans le temps par différents moyens de communications (appels téléphoniques, SMS, email).

Les verbatim sont modifiés pour pouvoir être rendus anonymes.

Les variables descriptives permettant d'identifier les patients selon leur âge, leur sexe, leur(s) pathologie(s), leur(s) rôle(s) au sein des associations sont demandées au début du guide d'entretien.

Dans notre étude, le raisonnement analytique a été inductif, c'est à dire qu'il utilisait les données recueillies pour générer des idées générales, afin d'en extraire les éléments-clefs intéressant le sujet. Les éléments les plus pertinents sont extraits thème par thème.

L'auteur de cette étude déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Certaines phrases issues des verbatim, particulièrement parlantes, ont été conservées et citées à l'identique. Les données sont rendues anonymes. Ainsi, lors des citations d'extraits, les patients sont désignés par la lettre « P », suivi d'un numéro correspondant au numéro de l'entretien.

6. Absence de déclaration au CNIL et au CPP

Il n'y a pas eu de nécessité de déclaration de l'étude auprès du CNIL (6) car les données recueillies ne concernent ni la thérapeutique ni le suivi médical des patients.

Il n'y a pas non plus de nécessité de déclaration auprès du CPP (7) car la recherche concerne un projet d'enseignement et non pas de la recherche humaine.

IV. RESULTATS

1. Données sociodémographiques de l'échantillon

Le groupe des participants est composé de six femmes pour un seul homme. Pourtant le recrutement se voulait assez divers et non orienté vers l'un des deux sexes.

Numéros des patients	Sexes	Tranches d'âges en années	Pathologies chroniques	Activités aux seins d'une associations	En activités professionnelles
P1	Femme	50-60	Néoplasie du sein	Oui : développement de projet, accueil des patients, administratrice	Oui
P2	Femme	50-60	Néoplasie du sein	Oui : Administration d'une association	Oui
P3	Femme	50-60	Sclérose en plaque	Non	Non
P4	Femme	60-70	Aucune	Oui : Écoutante bénévole	Non
P5	Femme	50-60	Dystonie	Oui : Administration	Oui
P6	Homme	60-70	Dystonie	Oui : Promotion de l'association par tenu d'un journal et administration	Non
P7	Femme	50-60	Néoplasie du sein et Néoplasie de l'utérus	Oui : Directrice régionale d'une association	Non

Les participants ont tous plus de 50 ans. Ceci semble normal pour plusieurs raisons : Les pathologies chroniques atteignent plus volontiers les personnes d'un âge avancé. La seconde

raison semble être le fait que la plupart des participants sont installés professionnellement avec un temps de travail adapté en fonction de leurs pathologies ou ne présentent plus d'activités professionnelles. Ceci leur laisse plus de temps libre pour un investissement au sein d'associations et pour l'élaboration de projets.

Les pathologies dont sont atteintes les personnes de l'étude sont : néoplasie du sein pour trois participantes, néoplasie de l'utérus et du sein pour une participante, sclérose en plaque pour une participante et dystonie pour deux participants. Enfin une des personnes interrogées est une interlocutrice pour les malades atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales, elle est formée pour ce poste au sein de son association.

La majorité des personnes ayant répondu ont une activité au sein d'associations. Cette donnée s'explique facilement puisque le recrutement s'est fait via l'intermédiaire des annuaires des associations.

Le nombre de participants est assez faible pour plusieurs raisons. Le nombre d'associations ayant répondu positivement à notre démarche est faible. Nous supposons qu'un autre obstacle à la participation des personnes contactées était la crise sanitaire. Les préoccupations personnelles et professionnelles des personnes ne leur ont pas permis de se lancer dans de nouveaux projets.

2. Données générales de l'élaboration des verbatim

Les premiers guides d'entretiens ont été envoyés durant le mois de septembre 2020.

Après le premier envoi, aucun des participants ne nous a recontacté pour des questions avant leurs premières réponses complètes.

Les délais des réponses sont de 1 mois à 4 mois.

Après réception des réponses l'enquêteur a échangé avec les participants afin de mieux comprendre leurs propositions.

3. Thème 1 : Le GEASP

Les personnes interrogées ne connaissaient pas les méthodes d'enseignement par GEASP :

- P1 « Je n'avais jamais entendu parler de GEASP avant que Chris-Romain ne m'en parle »
- P4 « Avant votre questionnaire je n'avais jamais entendu parler de GEASP »

Les participants semblent avoir compris que la problématique principale de cette étude est l'enrichissement des GEASP par leur présence afin d'aborder plus précisément l'approche centrée patient :

- P6 « Le but de cette étude est d'améliorer la compétence approche centrée patient par la participation de patients experts. »

Les participants ont compris que l'objectif principal des GEASP est le développement des compétences des internes en médecine générale :

- P2 « Ce GEASP a pour but de développer leurs compétences en tant que futur docteur en médecine. »
- P5 « Une situation professionnelle vécue par des internes présents est analysée par le groupe. Les étudiants s'entrainent au questionnement tout en s'auto-évaluant. »
- P6 « Le but d'un GEASP est d'organiser l'enseignement de médecine générale du troisième cycle, en fonction des données de la recherche pédagogique valorisant

les méthodes d'apprentissage par compétences. »

Parmi les propositions faites, une des personnes interrogées suggère que le GEASP puisse évoluer avec la participation de patients experts, afin que les relations patients/soignants soient plus satisfaisantes et améliorent les connaissances qu'ont les patients des soignants et vice-versa, pour aboutir à un savoir commun.

P7 « C'est pourquoi j'ai accepté de répondre à ce questionnaire avec l'espoir que la relation patients/soignants soit plus satisfaisante et améliore la connaissance de l'autre pour aboutir à un savoir. »

Ainsi les participants de cette étude semblent avoir compris la définition d'un GEASP, son fonctionnement et son but.

4. Thème 2 : Le patient expert

Cinq des personnes interrogées ne connaissaient pas le concept de patients experts :

- P1 « Encore une fois c'est une notion que je découvre et que je trouve extrêmement pertinente »
- P2 « Pas de connaissance sur le concept de patient expert avant l'entretien avec Chris-Romain Nourisson. »

Deux participants connaissaient au préalable de l'étude le concept de patient expert :

- P4 « Il existe au sein de l'hôpital ou est suivi mon fils, à Nice, un patient expert dont la pathologie est la rectocolite hémorragique. »
- P7 « J'ai entendu parler de ce concept par un ami qui a suivi le cursus de l'université des patients à Paris-Sorbonne. »

Les différents participants ont donné des définitions plus ou moins précises du patient expert :

- P3 « C'est la personne qui va partager ses expériences et faire comprendre les difficultés rencontrées dans sa vie. »
- P6 « Le patient expert désigne celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et a appris à vivre avec. »

Le concept et la définition du patient expert sont compris par les participants. Aussi la définition du patient expert à fait écho chez plusieurs participants qui se reconnaissent dans la définition.

5. Thème 3 : Propositions d'interventions

Les propositions d'intervention des participants peuvent être regroupées en différentes catégories.

La proposition la plus commune est celle d'un témoignage de leurs parcours de soins. La description du parcours de soin se fait en plusieurs étapes, la vie sans la maladie, la découverte des premiers symptômes, la période des examens paramédicaux et des traitements, la vie avec la maladie.

P6 « Raconter la période d'errance diagnostique. Comment le diagnostic de ma maladie a été trouvé. Ce qui a changé dans ma vie avant et après le diagnostic. »

P1 « En essayant d'être un peu créative je peux imaginer mon intervention en trois

temps… Présentation de mon cas… la façon dont j'ai vécu mon cancer…quelques anecdotes qui m'ont marqué… qu'est que cela a changé dans ma vie d'après. »

Plusieurs participants se proposent de mettre à disposition leurs compétences pour enrichir la formation des étudiants et développer les compétences de ceux-ci :

- P1 « Partage des fiches outils sur l'assertivité, l'empathie et l'écoute active. »
- P1 se propose également de définir les différents styles sociaux des individus présents au cours d'un GEASP par la méthode DISC (Acronyme signifiant Dominant, Influant, Stable et Conforme. Le modèle DISC est un outil d'évaluation psychologique servant à déterminer le type psychologique d'un sujet). Et d'expliquer ensuite comment interagir entre personnes de styles sociaux différents.
- P2 « Échange en mini groupe, un patient expert et cinq étudiants sur des cas pratiques vécus… les objectifs de ces échanges sont… développer les compétences générales des étudiants (écoute, empathie, I care, communication…)

Trois des participants souhaitent avoir des échanges interactifs avec les étudiants :

- P5 « Mise en situation d'un étudiant avec la simulation d'une consultation… Analyse en groupe de la consultation et des propositions faites. »
- P6 « J'imagine aussi mon intervention comme un échange interactif avec les étudiants. »
- P2 « Échange en mini groupe (un patient expert et cinq étudiants) sur des cas pratiques vécus par le patient expert et les étudiants sur un thème donné. »

Un des objectifs pour les participants est aussi de pouvoir présenter leur association aux étudiants :

- P4 « Aussi je peux présenter l'association, mon rôle au sein de celle-ci … »
- P6 « Pour l'association, le projet s'inscrit totalement dans notre esprit de

fonctionnement … Notre devise : « En parler, c'est déjà aider » résume à elle seule l'état d'esprit qui nous anime. »

6. Thème 4 : Les bénéfices

Le quatrième thème avait pour objectif de recueillir auprès des personnes interrogées, les bénéfices potentiels pour les étudiants, pour le participant et pour leurs associations.

Les bénéfices cités pour les étudiants de médecine générale sont les suivants :

- Améliorer les qualités d'écoute et de communication des étudiants.

    - P2 « J'ai eu pour fonction un poste de Manager dans lequel nous avons dû mettre en pratique des compétences telles que l'écoute, la communication, l'empathie, le savoir dire non. »

- Permettre aux étudiants en médecine d'être sensibilisés sur des pathologies rares et pouvoir ainsi reconnaitre plus aisément les symptômes afin d'en faire le diagnostic plus rapidement.

    - P4 « Plusieurs bénéfices pour les étudiants, sur la reconnaissance plus aisée des symptômes. »

    - P5 « Le but est de faciliter le diagnostic en faisant connaître cette maladie rare. »

- Sensibiliser les étudiants en médecine générale sur les pathologies et leurs conséquences.

    - P4 « Plusieurs bénéfices pour les étudiants, sur la connaissance du malade dans sa vie quotidienne avec la maladie (alimentation et social). »

    - P6 « Elles et ils seront sensibilisés à la dystonie et a sa place dans le parcours de santé et même socio-professionnel du patient. »

Les bénéfices cités pour les associations et les patients-experts sont les suivants :

- Promouvoir les associations et se faire connaître aux professionnels de la santé.

    - P1 « Enfin les médecins ou futurs médecins pourront à l'avenir avoir l'idée d'adresser des patientes à l'association. »

    - P6 « Pour l'Association, le projet s'inscrit totalement dans notre état d'esprit de fonctionnement… pour faire connaitre la dystonie. »

- Avoir l'opportunité de créer un réseau d'entraide entre associations et professionnels de la santé.

    - P1 « Alors avoir la chance de garder quelques contacts avec des médecins ou des futurs médecins pour échanger, lorsque les difficultés pointent leurs nez. »

- Permettre aux personnes atteintes de pathologies chroniques engagées dans des

associations de se sentir reconnues par l'institution médicale.

- P7 « Être au cœur de l'institution formatrice serait une reconnaissance de l'expertise du patient et le signe de la volonté et de l'engagement de l'institution d'améliorer cette dimension relationnelle. »

Plusieurs bénéfices pour les personnes atteintes de pathologies chroniques sont cités. Ces bénéfices pourraient résulter d'une collaboration entre les patients experts et le corps médical.

P5 « L'objectif est aussi pour l'association d'œuvrer au plus près du corps médical pour jouer son rôle d'aide au patient et au médecin généraliste. »

P7 « La convergence des expériences, celle du médecin et celle du patient, mises en relations, serait bénéfique pour le bien être du patient… »

Enfin des bénéfices d'ordre purement personnel aux participants sont cités :

P1 « J'apprécie toujours de rencontrer des nouvelles personnes, de découvrir de nouveaux univers. Donc oui à titre personnel »

P6 « Je dirais que pour répondre dans l'ordre que sur le plan personnel, c'est tout simplement la réalisation d'une action dont j'aurais rêvé. »

7. Thème 5 : Les obstacles

Le temps à investir dans un tel projet est un obstacle. Ce temps d'investissement

comprend une préparation en amont de l'intervention, des échanges réguliers dans le temps. Il faut aussi pour les patients experts pouvoir se rendre disponible au moment des cours.

P2 « Les obstacles seraient …je ne serai disponible qu'une fois par mois. »

P4 « Les obstacles sont l'organisation pratique, le temps disponible… »

P7 « Une régularité dans les réunions et les ateliers. Donc du temps et un investissement réel des deux côtés. »

Le matériel nécessaire lors des séances peut aussi être un obstacle. Le matériel cité comprend une salle pour la dispensation des cours, des chaises, des tables, un projecteur et un mur blanc pour la projection des cours.

P1 « Si on peut avoir un projecteur (prise HDMI) et un écran ou un mur blanc c'est cool. »

P7 « Avec humour je dirais des tables, des chaises, une connexion, un lieu pour recevoir qui ne soit pas dans une pièce aveugle. »

Les pathologies dont sont atteints les potentiels participants peuvent être un obstacle. L'entretien en public est susceptible de provoquer chez certains participants des symptômes. La fatigue engendrée par une maladie chronique est également un des obstacles cités.

P3 « Temps libre, fatigue, concentration et compréhension des textes. »

P5 « L'intervention en public peut déclencher une crise due au stress. »

Certains participants pensent ne pas avoir les compétences nécessaires pour mener à bien un tel projet. D'autres estiment pourvoir être mis en difficultés par les questions trop techniques des étudiants.

P3 « Je ne pense pas être à la hauteur de ce projet. Je n'ai pas fait de longues études. »

P5 « Et bien sûr ne pas savoir répondre à toutes les questions. »

P6 « Un obstacle pourrait être le fait de ne pas savoir répondre à toutes les questions. »

De plus, le contexte sanitaire actuel et la propagation active du virus Covid 19 est aussi un obstacle. D'autant plus que certaines personnes interrogées présentent un risque accru de développer des formes graves. Les précautions sanitaires à prendre lors des cours font parties des obstacles.

P1 « Pas de contrainte spécifique hors COVID. »

P2 « Période de confinement, une présence physique est plus pertinente. »

Pour finir avec les obstacles, une participante souhaite se former pour devenir une patiente experte reconnue afin de faire valoir son expertise. Elle souhaite en tant que professionnelle toucher une rémunération pour ce travail auprès des étudiants.

P7 « Le patient doit être rémunéré. C'est déjà reconnaître son expertise et la volonté de travailler ensemble, ce qui n'a pas de coût. »

V. DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Conception de l'étude : population, thèmes, différents biais :

Notre recherche est originale puisqu'elle porte sur un sujet qui n'a pas encore était exploré au sein de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand. Aussi l'enrichissement de la formation des futurs médecins généralistes par l'implication des personnes atteintes de pathologies chroniques est un concept plein d'avenir.

Pour explorer la faisabilité ainsi que l'intention réelle des personnes atteintes de pathologies chroniques à participer à la formation des étudiants en médecine, l'étude qualitative nous semblait être la méthode la plus adaptée.

Il peut exister des biais d'auto-sélection car la décision d'inclusion dans l'étude est due à la décision du patient de participer (8). Initialement le recrutement se voulait assez divers sur les pathologies chroniques, néanmoins l'étude montre une participation plus importante des personnes atteintes de néoplasie.

Il existe aussi des biais de volontariat car les caractéristiques des personnes volontaires sont différentes de ceux qui décident de ne pas de participer. Nous remarquons ainsi deux choses dans l'étude. La première est la sur-représentation des personnes atteintes de pathologies en lien avec le cancer. La deuxième est la sur-représentation dans l'échantillon des personnes ayant plus de 50 ans. Or le recrutement initial devait inclure des personnes atteintes de pathologie addictives qui touchent toutes les catégories d'âge.

Aussi il existe un biais de subjectivité. La conception des réponses des participants s'est faite au cours de différents échanges dans le temps avec l'enquêteur. Certaines réponses auraient pu être suggérées ou encouragées.

Nous pensons qu'il n'existe pas de saturation des données pour tous les sujets abordés au cours de l'enquête. La taille de l'échantillon est assez faible avec la participation de seulement six personnes atteintes de pathologies chroniques et une faisant partie d'une association.

Nous avons eu des difficultés pour obtenir des réponses de la part des associations. Pour la première approche, qu'elle soit physique, par téléphone ou mail nous nous sommes attachés à nous présenter personnellement en nous identifiant par notre nom, prénom puis en expliquant que nous étions étudiants en médecine, interne en 3ème année de médecine générale. Les personnes ayant répondu positivement à notre démarche ne comprenaient pas notre situation au sein des études médicales. Elles ne savaient pas nous situer au sein du cursus universitaire de médecine. Cette méconnaissance de la formation des étudiants en médecines à probablement était un frein pour les personnes ayant reçu une demande de participation par e-mail. Ne comprenant pas en quelle qualité nous les contactions, elles ont décidé de ne pas répondre.

Nous supposons que la taille de l'échantillon est limitée car un autre obstacle à la participation des personnes contactées était la crise sanitaire. Les préoccupations personnelles et professionnelles des personnes ne leur ont pas permis de se lancer dans de nouveaux projets. Du fait de la crise sanitaire nous n'avons pas pu rencontrer de visu les potentiels participants. Ainsi au cours des différents échanges (téléphoniques et e-mails) nous n'avons pas pu saisir l'expression corporelle des personnes interrogées. Ceci ayant pour conséquence de ne pas avoir pu saisir les moments d'incompréhension lors de l'explication du projet. Des interrogations sont restées en suspens pour le potentiel participant. Par conséquence il paraît plus difficile pour

d’éventuels participants de s'investir dans un projet qui ne semble que virtuel.

La crise sanitaire a modifié la technique habituelle de la méthode qualitative. L’idée de la démarche qualitative est de mettre le patient dans un état de réflexivité et de recueillir une richesse d’éléments. Les entretiens téléphoniques ou par mails sont une rupture dans la réflexivité des participants.

En conclusion nous n’avons pas un échantillon représentatif de la population pouvant correspondre à la définition du patient expert et/ou souhaitant participer à la formation des étudiants en médecine générale de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand. Nous ne pouvons en tirer qu'un ressenti d’une minorité qui n’est pas extrapolable.

1.2. Réalisation des entretiens

La réalisation des entretiens par écrit a permis d’éviter le biais de mémorisation.

Bien que les questions soient ouvertes sur différents thèmes, les réponses obtenues sont parfois succinctes. Aussi afin de limiter le biais subjectivité certaines réponses sont restées très succinctes, l’enquêteur n’ayant pas pour but d’influencer ou de suggérer des réponses mais seulement d’éclaircir des points qu’il ne comprenait pas.

Après avoir envoyé le guide d'entretien aux participants, nous n'avons pas imposé de délai dans le temps de réponse. C'est aussi une erreur à notre sens. Bien que nous sommes restés joignables à tout moment, par téléphone personnel et e-mail pour répondre à leurs questions au fur et à mesure de leur avancée dans l'élaboration de leurs réponses, nous n'avons échangé avec les participants que deux ou trois fois avant leur réponse définitive. Le temps de réponse était ainsi d’un à quatre mois. Délai qui nous semble trop long pour entretenir un échange actif,

productif et ciblé.

1.3. Analyse des données

Les guides d'entretien ont permis de faire émerger des réponses variées et originales, ce qu'une étude quantitative n'aurait pas permis de faire.

Tous les participants ont répondu à l'ensemble des questions posées dans le guide d'entretien.

L'analyse des données a été réalisée sur le verbatim retranscrit entièrement sur papier. Un biais d'interprétation des données existe puisque l'analyse des verbatim n'est réalisée que par l'enquêteur.

L'analyse des données est faite en premier lieu sur la qualité des intervenants puis thème par thème.

2. Réflexion et analyse des résultats

2.1. Qualité des participants

Les participants de cette étude ont tous plus de 50 ans. Ce qui semble naturel puisque les pathologies chroniques atteignent plus volontiers les personnes âgées. La seconde raison de cette donnée semble être le temps disponible à investir. Les personnes d'un âge avancé sont mieux installées professionnellement et personnellement et ont ainsi plus de temps à investir dans des nouveaux projets.

Sur les sept participants, six sont des femmes. Il semble que les femmes soient plus

volontaires pour participer à ce type de projet. Néanmoins il existe un biais dans ce résultat car dans les associations contactées, aucunes ne s'adressaient spécifiquement aux hommes contrairement aux associations pour le cancer du sein. (Par exemple cancer de la prostate)

La diversité des pathologies représentées est faible, à cause de la taille de notre échantillon, mais aussi car certaines pathologies peuvent avoir trop d'impact sur la vie des participants ou être considérées comme honteuses, comme l'addiction.

2.2. GEASP

Si l'acronyme GEASP était inconnu pour l'ensemble des participants avant l'étude, l'enseignement par compétence à fait écho chez certains participants.

L'ensemble des participants a compris ce qu'est actuellement un GEASP et dans quel but celui-ci est pratiqué actuellement à la faculté de médecine.

Aussi un des objectifs de l'étude, qui est l'enrichissement des GEASP par la participation de patient expert, est compris par les participants.

2.3. Patient expert

Le concept et la définition du patient expert sont compris par l'ensemble des participants. Certains d'entre eux connaissaient avant l'étude ce concept. Ceux qui ne connaissaient pas ce concept se sont reconnus dans la définition et de par leur engagement au sein des associations.

2.4. Propositions d'interventions lors d'un GEASP

L'étude qualitative et la question ouverte sur la proposition d'intervention lors d'un GEASP ont pu montrer la motivation réelle des participants pour ce projet. Ainsi les propositions sont très variées et leurs objectifs tout autant.

Les participants semblent prêts à investir du temps à l'élaboration de cours pour les étudiants et à se mettre à disposition pour enrichir les groupes d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles.

2.5. Bénéfices

Pour que le projet de la participation aux GEASP de personnes atteintes de pathologies chroniques et/ou faisant partie d'association soit réalisable et se pérennise dans le temps il faut que les deux parties puissent tirer des bénéfices.

Ainsi les participants pensent que leur implication est utile pour les étudiants. Ils pensent de par leurs histoires personnelles avec la maladie mais aussi par leurs qualités professionnelles pouvoir apporter un plus aux étudiants en médecine générale.

Les bénéfices de cette collaboration ne concernent pas seulement les étudiants, les participants citant des bénéfices d'ordre personnels et associatifs.

Certains participants se projettent plus loin que ce qui leur ai suggéré dans la question et exposent l'idée de bénéfices pour les patients atteints d'une pathologie chronique si une collaboration venait à aboutir.

2.6. Obstacles

Les obstacles cités sont nombreux. Ils sont de nature financière, matériel, hygiénique, disponibilité…

Aucun des obstacles cités par les participants ne semble insurmontable.

Ainsi les leviers à trouver pour développer leurs participations et leurs motivations sont identifiés et peuvent être mis en œuvre. Le projet est donc réalisable.

VI. CONCLUSION

La question de la faisabilité de l'intervention de patients-experts au sein d'un groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand devait répondre à plusieurs questions.

L'ensemble des participants a compris les définitions de GEASP et de patients experts. C'est un prérequis essentiel pour pouvoir étudier la faisabilité de leurs interventions. Tous ont répondu plus ou moins précisément à ces deux questions.

Le thème de la grille d'entretien concernant leur proposition d'intervention au sein d'un groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles avait pour but de déterminer leur volonté réelle de participer et à se projeter.

Seulement un des participants ne se sent pas à la hauteur de ce projet.

Les propositions sont diverses et variées, parfois inattendues, ce qui démontre une volonté réelle de participer à ce projet.

Les participants de l'étude exposent des bénéfices qui sont d'ordres personnels, associatifs mais aussi des bénéfices pour les étudiants en médecine et pour les personnes atteintes de pathologies chroniques.

Ainsi le développement de ce projet peut être pérenne dans le temps avec la formulation, de la part des participants, de bénéfices pour tous les partis concernés.

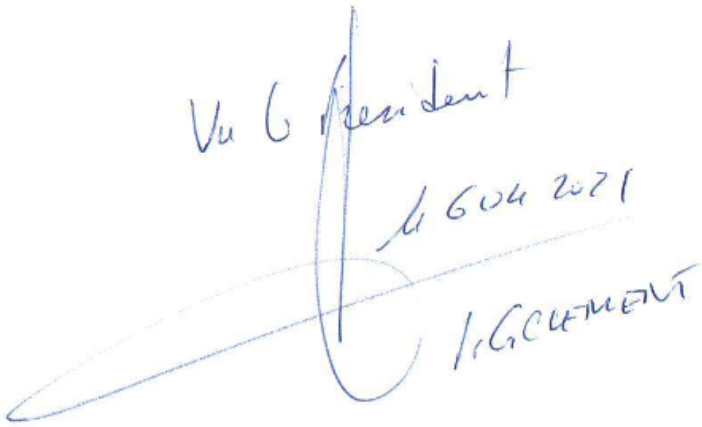
Enfin les obstacles cités par les participants de l'étude ne sont en aucun cas insurmontables.

Certains obstacles demandent de l'anticipation, comme pouvoir débloquer des fonds pour la rémunération de patients-experts.

Bien sûr la crise sanitaire actuelle est un frein non contrôlable à la participation de patients experts pour des rencontres en présentiel.

Ainsi en conclusion, le projet d'intervention de patients experts au sein des groupes d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand est réalisable.





ANNEXES

Annexes 1 : Fiche de présentation

Je vous ai contacté afin de savoir comment vous envisageriez une intervention en tant que "patient-expert" auprès des internes (étudiants de 7 ème, 8 ème et 9 ème années de médecine) futurs médecins généralistes à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand au cours d'un GEASP.

Mais qu'est-ce qu'un GEASP ?

GEASP= Groupe d'entrainement à l'analyse d'une situation professionnelle.

L'enseignement pour des internes n'est plus depuis quelques années un enseignement par connaissances, mais un apprentissage par compétences. Il ne suffit pas pour soigner de connaitre la pathologie d'un patient sur le plan théorique. Il faut aussi avoir une approche centrée sur le patient qui nécessite d'avoir compris la position du malade dans sa maladie, son ressenti et ce qu'il perçoit du système de santé dans sa globalité.

Le GEASP a pour but d'aller au-delà des connaissances théoriques, pour permettre à un futur praticien d'avoir des compétences de professionnel, à la fois sur le plan médical, mais aussi sur le plan relationnel et empathique.

En pratique, un groupe de 10 internes se réunit de manière mensuelle pendant 3 ans afin de discuter ensemble de situations cliniques variées avec l'encadrement d'un médecin plus

expérimenté (leur tuteur). L'analyse des situations va au-delà du cas clinique technique purement médical. Nous discutons de l'approche relationnelle, de psychologie, de dimension sociale et de dimension environnementale. L'échange est au cœur de nos préoccupations.

Jusqu'à présent, à Clermont Ferrand, ces échanges se font entre professionnels et futurs professionnels de la santé.

Il est admis dans plusieurs pays que l'intervention de patients dans ce type d'échange pourrait être très fructueuse, apportant une possibilité de penser et une façon de voir les choses de manière différente.

Il est de l'intérêt collectif que le patient expert ou partenaire choisi soit un patient impliqué dans sa maladie, implication qui pourrait se retrouver auprès d'association de malades. Il se pourrait également que l'association puisse tirer partie des discussions qui pourraient avoir lieu (en établissant par exemple des liens avec les futurs professionnels de santé et leurs formateurs). C'est l'échange qui compte.

Le "patient expert" est un terme issu de la culture anglo-saxonne. Ce sont des patients qui rendent souvent service aux autres patients qui souffrent du même mal. Mais ils peuvent aussi rendre service à ceux qui les soignent en leur apportant leurs visions des soins.

C'est dans ce but que je vous sollicite et vous demande d'imaginer qu'elle pourrait être la nature de votre intervention dans un groupe de GEASP. Toutes les idées sont les bienvenues.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce travail qui me permettra de devenir Docteur en médecine et je souhaite par l'avenir entretenir une collaboration avec vous afin que nous puissions ensemble améliorer les compétences des médecins de demain.

Annexes 2 : Grille d'entretien

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude sur l'intervention d'un patient-expert auprès d'étudiant de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand au cours d'un GEASP.

Présentation personnelle :

Thème 1 : Le GEASP :

Qu'avez-vous compris du fonctionnement d'un GEASP ?

Thème 2 : Patient expert :

Que connaissez-vous du concept de patient expert ?

Thème 3 : Intervention lors d'un GEASP :

Maintenant imaginez vous faisant parti d'un GEASP, comment et sous quelle forme envisagez-vous votre intervention ?

Thème 4 : Bénéfice pour le patient, l'association :

Pensez-vous qu'une telle intervention ou collaboration puisse vous apportez quelque chose sur le plan personnel, à l'association et aux étudiants ?

Thème 5 : Les obstacles :

Quels sont pour vous les obstacles à la réalisation d'une telle intervention ? (matériel, rémunération, temps libre …) ?

Question finale : Il y-a-t-il un point particulier que vous voudriez approfondir ou sur lequel vous souhaitez revenir ?

Merci d'avoir répondu à mes questions et d'avoir participé à la réalisation de cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les GEASP | Département de Médecine Générale de Clermont Ferrand [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: http://dmg-clermontferrand.fr/le-tutorat/

2. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :8.

3. Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_2016.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_2016.pdf

4. Guide_implantation1.1.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf

5. Referentiel_competences_des_patients_2016.pdf [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Referentiel_competences_des_patients_2016.pdf

6. La CNIL, c'est quoi ? | Besoin d'aide | CNIL [Internet]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/la-cnil-cest-quoi

7. Comité de protection des personnes. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Comit%C3%A9_de_protection_des_personnes&oldid=180669730

8. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003. 630 p.

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant 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 fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

Faisabilité de l'intervention de patients experts au sein d'un groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Résumé :

CONTEXTE Les enseignements par groupe d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles tels qu'ils sont pratiqués aujourd'hui à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand ne se déroule qu'entre professionnels de la santé.

OBJECTIF Déterminer s'il est possible de faire participer des patients experts au sein des groupes d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles et définir les freins et les leviers à leurs participations.

METHODE Étude qualitative par des entretiens semi dirigés avec des personnes atteintes de pathologies chroniques et/ou faisant partie d'associations de malades au sein de la région Auvergne-Rhône Alpes.

RESULTATS Les sept participants ont répondu aux questions du guide d'entretien permettant d'explorer la faisabilité du projet. Ces questions concernaient les définitions des GEASP et de patient expert, l'intention réelle de participer, les bénéfices et les obstacles à la réalisation de ce projet.

CONCLUSION La participation de patients experts au sein des groupes d'entrainement à l'analyse de situations professionnelles à la faculté de médecine de Clermont-Ferrand est réalisable.

Mots-clés :

- Patient expert
- GEASP
- Étude qualitative
- Compétences
- Enseignement
- Médecine Générale
- Internes
- Associations