

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

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

La Documentation française | « [Revue française des affaires sociales](#) »

2017/1 | pages 61 à 78

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-61.htm>

Pour citer cet article :

Olivia Gross *et al.*, « Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants », *Revue française des affaires sociales* 2017/1 (), p. 61-78.

Distribution électronique Cairn.info pour La Documentation française.

© La Documentation française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

**Un département universitaire de médecine générale
au défi de la démocratie en santé :
la formation d'internes de médecine générale
par des patients-enseignants**

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

* L'ordre de présentation a été défini par les auteurs.

RÉSUMÉ

L'article rapporte un programme de patients-enseignants (PEP13) conçu en collaboration avec des patients, un laboratoire éducatif et pratiques de santé (LEPS) EA3412 et le Département universitaire de médecine générale (DUMG) de la faculté de médecine de l'université Paris 13. PEP13 s'adosse au principe selon lequel la perspective des patients permet d'améliorer la qualité des soins au moyen de la formation d'internes en médecine générale. L'article décrit PEP13, les recherches qui l'encadrent et présente leurs premiers résultats. Sont questionnés les effets de PEP13 sur les apprentissages des internes et les conditions permettant à terme sa transférabilité à d'autres facultés de médecine. La partie conceptuelle de la recherche s'adosse à la théorie du cours d'action. À ce stade de l'expérience, le constat est fait que les patients-enseignants promeuvent des soins respectueux des droits et de la dignité des malades, interrogent les *habitus*, apportent des connaissances sur le système de santé, sur ses lois récentes. Ils font preuve de compétences émotionnelles, pédagogiques, et relationnelles. Le succès actuel du programme repose sur la détermination d'un DUMG, son adossement à un laboratoire de recherche, l'intégration de patients-leaders dans le DUMG, l'effort apporté au recrutement des patients et sur le fait que les contenus pédagogiques constitutifs de la perspective des patients sont issus d'une élaboration collective.

ABSTRACT

A university department of general medicine (DUMG) meets the challenge of democratic rights in health care: training general practitioner junior doctors by patient-teachers

This article reports on a patient-teacher programme (PEP13) designed in collaboration with patients, a LEPS [*Laboratoire Éducatif et Pratiques de Santé*] EA3412 laboratory, and the University Department of General Medicine (DUMG) of the Faculty of Medicine of the University of Paris 13. PEP13 is based on the principle that the patient perspective can improve the quality of care through the training of general practitioners. The article describes PEP13, its research guidelines, and presents its preliminary results. The effects of PEP13 on junior doctors education and the necessary conditions for its transferability to other medical faculties are discussed. The conceptual part of the research is based on the course-of-action theory. The current stage of the research programme confirms that patient-teachers favour care which respects patients' rights and dignity, question the *habitus*, and increase knowledge about the health care system and its recent laws. They demonstrate emotional, pedagogical, and interpersonal skills. The current success of the programme is based on the choice of a DUMG [*Département universitaire de médecine générale*], its connection to a research laboratory, the integration of "patient leaders" in the DUMG, the effort to recruit patients, and the fact that the constitutive pedagogical elements of patients' perspectives are developed collectively.

Introduction

L'engagement des patients-usagers dans le système de santé est protéiforme et dépasse le seul cadre de la loi de 2002. Depuis quelques années, le concept de collaboration guide les évolutions des modalités d'implication des usagers dans le système de santé : les patients sont invités à participer au système de soins au nom de leur perspective particulière qui s'adosse à leurs savoirs expérientiels collectifs et en particulier à leur analyse des besoins exprimés par les bénéficiaires des soins. Leur contribution permet d'améliorer chacune des six dimensions de qualité des soins que sont la personnalisation des soins, la sécurité, l'efficacité, l'efficience, l'équité et le respect des délais (Institute of Medicine, 2001). La collaboration avec les patients n'est pas qu'un concept théorique, et ses modalités sont parfois assez poussées. Des instituts tels *l'European Medicines Agency* (EMA), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) recrutent des patients comme experts dans certaines de leurs commissions. Au sein des établissements de santé, ils peuvent dorénavant présider les commissions des usagers, introduites par la loi de réforme de notre système de santé de janvier 2016. En outre, les chercheurs sont incités à collaborer avec des patients pour que les recherches menées soient plus en adéquation avec les attentes des malades (Compagnon et Ghadi, 2014). Dans le domaine de l'éducation thérapeutique, pratique reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et indissociable de la proposition de soins aux malades chroniques, leur intervention est un critère d'autorisation de programmes proposés par les équipes de soins ainsi qu'un critère de qualité de ces derniers (HAS, 2014). Des anciens usagers de la psychiatrie sont actuellement recrutés en France dans les services psychiatriques pour améliorer la prise en charge des malades (Demailly, 2014 ; Demailly et Garnoussi, 2015). D'autres formes innovantes de participation de patients sont aujourd'hui testées en France.

Depuis un an, à l'unité de formation et de recherche Santé médecine et Biologie humaine (UFR – SMBH) de l'université Paris 13, au sein du Département universitaire de médecine générale, un programme de patients-enseignants inspiré par le rapport Berlin a été mis en œuvre. À notre connaissance, il est le premier en France à avoir engagé des patients avec un statut d'enseignants et de façon aussi systématique. Cet article est consacré à décrire cette expérience et à préciser les recherches qui l'encadrent. Sa première partie l'inscrit dans la lignée des expériences étrangères, la deuxième rend compte du programme, en détaille les caractéristiques et la gouvernance. La troisième partie présente les recherches qui l'encadrent et les premiers résultats. Ces derniers portent sur le profil des patients-enseignants ainsi que sur les contenus pédagogiques de leurs enseignements. Les leçons qui peuvent déjà être tirées de cette expérience feront l'objet de la discussion.

Un rapide panorama des expériences étrangères

Dans la formation initiale des médecins, en particulier dans les pays anglo-saxons, l'intégration de patients-enseignants est devenue une norme réglementaire (Berlin *et al.*, 2011). Angela Towle et ses collègues, qui ont réalisé une revue de littérature sur ce sujet, expliquent cela par l'effet des politiques qui insistent sur la nécessité de davantage intégrer la perspective des patients dans tout le système de santé. Ils précisent que dans les années 1970, il était surtout attendu que les patients relatent aux étudiants leur expérience de la maladie et qu'ils enseignent des habiletés cliniques.

Ces attendus ont évolué depuis les années 1990, du fait de la prise en compte du biopsychosocial et plus seulement du biomédical (Towle *et al.*, 2010). Les programmes existants font intervenir des patients selon différentes modalités, et leurs objectifs peuvent varier. Les programmes appelés *Health Mentors* (Towle *et al.*, 2014) font intervenir des patients qui témoignent de leur vie avec la maladie auprès de petits groupes d'étudiants issus de spécialités différentes. En Australie, un programme de patients-partenaires (*Patient Partner Program*) est destiné aux internes en médecine générale (Barr, Ogden et Rooney, 2014). Il se réfère dans ses principes à la Charte d'Helsinki et vise à développer les soins centrés sur les patients. Concrètement, le patient parle dans un premier temps de son parcours de soins, puis il est invité à donner son avis sur les situations cliniques qui sont étudiées. Ses promoteurs indiquent que la réussite du programme dépend des relations entre les patients recrutés comme enseignants et le coordinateur du programme. D'après eux, le bénéfice de cette approche est majeur, même si certains internes ont déclaré ne s'en être rendu compte qu'une fois en activité.

Actuellement, la tendance est d'intégrer la perspective des patients dans tous les aspects du *curriculum*. Une étude britannique a donné lieu à un rapport (Berlin *et al.*, 2011) qui établit les bonnes pratiques en la matière. Dans un souci de cohérence pédagogique, ce rapport insiste sur la nécessité d'intégrer la « perspective-patient » dans les enseignements portant sur l'éthique, la relation de soins, dans ceux faisant usage de la simulation, ainsi que dans les évaluations des étudiants. Il indique que le *curriculum* caché des études de médecine gagnera à être dévoilé par les patients. Sur le plan organisationnel, il précise qu'il convient d'intégrer un « patient leader » en charge de cette partie dans les instances pédagogiques de l'université.

À Montréal, le Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM) a créé, en 2011, un département qui donne des directions pour promouvoir la participation des patients dans l'évolution des programmes. Cette expérience, devenu un modèle, permet à 3 600 étudiants par an d'être familiarisés au concept de « patient partenaire » par des patients (Pomey *et al.*, 2015). Le CHUM est allé au-delà des recommandations du rapport de Berlin et de ses collègues, puisque ce département est codirigé par un médecin et un patient.

Dans le domaine de la formation médicale, la plupart des évaluations réalisées au niveau international portent sur la satisfaction des étudiants (Towle, 2010), mais n'apportent que peu d'informations sur la description des processus

d'implémentation des programmes (Reeper et Breeze, 2007) ou concernant l'impact de la « perspective-patient » sur les apprentissages des internes. Mais il semble quand même que les patients contribuent à améliorer la compréhension de ce que sont les soins centrés sur les patients (Towle *et al.*, 2010).

En France, s'il y a quelques expériences initiées par des UFR de médecine (Lyon Est, Paris 6), il est encore tôt pour parler d'une institutionnalisation massive, et ces enseignements sont souvent réservés à des problématiques transversales, comme la relation de soins. La plupart des autres interventions réalisées par des patients ou par des associations sont le fruit d'opportunités locales et ponctuelles et concernent une pathologie en particulier.

Le rapport « L'an II de la démocratie sanitaire » (Compagnon et Ghadi, 2014) a proposé la mise en place d'un dispositif d'élaboration « d'une ingénierie pédagogique à destination des patients intervenant dans les cursus de formation des étudiants, futurs professionnels de santé ». Le dispositif évoqué n'a finalement pas vu le jour, malgré le consensus autour du sujet dont fait état le rapport. La Conférence nationale de santé consacre une partie importante de son dernier rapport (2015) à la participation des usagers à la formation des professionnels de santé et déclare que celle-ci « doit s'envisager de façon explicite ». Et le tout jeune Institut pour la démocratie en santé (IPDS) vient de consacrer l'atelier qu'il coordonnait lors de la *Paris Health Care Week* (2016) à la formation initiale des médecins. Ces différents éléments indiquent que la formation médicale est un champ qui s'ouvre progressivement en France à la participation des patients.

Le programme de patients-enseignants de Paris 13 (PEP13)

Le Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Paris 13 entend développer les soins centrés sur les patients dans le paradigme biomédicosocial de la santé. Compte tenu des résultats internationaux à cet effet, le DUMG a souhaité développer un programme de formation pour les internes de médecine générale impliquant des patients-enseignants au sein de son diplôme d'études spécialisées (DES). Comme recommandé par le rapport Berlin, les patients y sont des enseignants au sens plein du terme. D'ailleurs, à l'appui de cette démarche, l'université a fait le choix de les engager et de les rémunérer en tant qu'enseignants vacataires. Pour les patients n'ayant pas les requis administratifs pour être enseignants vacataires, un financement complémentaire a été prévu à l'attention de ces derniers dans le budget même de la recherche¹. En effet, la posture des acteurs de cette expérience est celle de praticiens chercheurs (Kohn, 2001) qui interrogent leur pratique tout en l'élaborant.

Le DES est construit autour d'un objectif-clé : conduire les internes vers la capacité à gérer de façon autonome et réflexive leurs situations cliniques. Aussi,

1. Pour ces financements, il a été fait appel à une plateforme de financement participatif des recherches : Thellie.org

la pierre angulaire de leur formation est-elle constituée de groupes d'enseignements à la pratique réflexive entre internes, appelés GEPRI. Les GEPRI représentent environ 80 % des heures d'enseignement dispensées au cours du DES. Les internes y résolvent collectivement des situations cliniques authentiques rapportées de leurs lieux de stage. Ils y questionnent leurs décisions, mettent leurs connaissances et leurs compétences à l'épreuve pour dénouer les situations cliniques. Ils co-élaborent des propositions de soins à partir de leurs discussions et de recherches documentaires post-GEPRI, aboutissant à des écritures cliniques empruntant notamment à la médecine narrative.

Une quinzaine de patients-enseignants ont été engagés pour enseigner dans tous les GEPRI. Leurs enseignements représentent plus de 300 heures par an et sont réalisés systématiquement en binôme avec des médecins-enseignants.

Pendant les GEPRI, les patients-enseignants guident le questionnement des internes en mobilisant leur « perspective-patient », c'est à dire leurs savoirs construits à partir de leurs engagements associatifs et de leur « métier » de malade ou de proche de malade au sens donné par Birmelé et al. (2008). Au départ de la formation, il ne leur a pas été donné de consigne particulière, sinon d'intervenir librement dès lors que la résolution des situations leur semblait incomplète en interrogeant leur perspective-patient. Ce choix pédagogique s'est adossé aux principes d'une pratique réflexive permettant l'émergence, au fil des interventions, d'une formalisation progressive de la façon d'intervenir et des contenus abordés. Leur pensée enseignante s'y est donc élaborée dans l'action, GEPRI après GEPRI, en fonction des opportunités offertes par les modalités de résolution choisies par les internes. Enfin, ils participent à l'évaluation des étudiants, vérifiant dans leurs écrits que la perspective-patient y est restituée.

Tous les deux mois, ils sont invités à se réunir entre eux dans un comité de pilotage des patients (COPIPA) où, sous la guidance d'un pair chercheur, ils échangent sur leur pratique, élaborent collectivement les contenus pédagogiques de leur programme d'enseignement et déterminent leur posture éducative.

La gouvernance de PEP13

Dans la lignée des recommandations du rapport Berlin² et compte tenu de l'ancre de PEP13 dans les principes de la démocratie sanitaire, le DUMG entend promouvoir une collaboration pleine et entière, à tous les niveaux de son organisation avec des patients. Deux patients, acteurs du milieu associatif, dont l'une est chercheuse en sciences de l'éducation, ont été intégrés en tant que patients leaders dans la commission d'enseignement du DUMG, bien en amont du lancement du programme. L'intégration des patients dans cette commission a facilité la mise en œuvre du programme, le partage d'objectifs communs, l'expression de la perspective-patient sur l'ensemble des problématiques abordées au sein de cette commission. Ils sont membres du comité de pilotage de PEP13 qui se réunit tous les deux

2. cité *supra*.

mois. C'est au sein de ce comité que PEP13 a été élaboré, dans le respect des objectifs du DES et du référentiel national de compétences des médecins généralistes.

Les patients-enseignants sont recrutés et accompagnés par les patients leaders. Ces derniers gèrent le planning des enseignements pour ce qui concerne les patients. L'un des maîtres de conférences du DUMG gère les médecins-enseignants, la logistique et l'interface avec l'administration universitaire.

Deux guides méthodologiques ont été élaborés avec les patients leaders. Le premier sert à structurer les rapports que rédigent les internes en médecine générale sur les situations cliniques rencontrées. Le second permet aux enseignants de prendre connaissance des repères pédagogiques pour leur intervention en binôme.

Une réunion de bilan, enregistrée et retranscrite, est organisée chaque année, qui rassemble tous les enseignants-médecins, les patients-enseignants, les responsables du DUMG et du laboratoire éducations et pratiques de santé (LEPS), qui coordonne la majeure partie des recherches et appuie méthodologiquement la conception du programme.

Les recherches portant sur le programme PEP13

Un comité scientifique composé de membres du DUMG et de chercheurs du LEPS encadre les recherches. Ce comité se réunit tous les deux mois.

Le principe matriciel auquel s'adosse le programme PEP13 est celui selon lequel la perspective des patients complète les enseignements classiques et permet aux internes d'améliorer leur pratique de soins. Néanmoins, ce principe mérite d'être réinterrogé, ne serait-ce que dans une perspective d'amélioration continue du programme. Aussi la question principale de la recherche porte-t-elle sur les effets de la contribution de la perspective des patients-enseignants dans les apprentissages des internes.

Afin de pouvoir comparer cette expérience aux principales études publiées dans la littérature internationale, différents travaux ont été mis en œuvre pour nourrir nos recherches :

- des questionnaires de satisfaction portant sur les GEPRI sont soumis par voie numérique aux internes et aux enseignants ;
- la perception des internes de médecine générale sur l'utilité de la contribution des patients-enseignants à leur formation est documentée ;
- le sentiment de compétence des internes est également investigué à l'aune de la contribution des patients-enseignants ;
- l'acceptabilité du programme par les patients-enseignants et par les médecins est également explorée au moyen d'entretiens individuels et de *focus groups* ;
- le processus d'implémentation du programme donne également des éléments renseignant son acceptabilité ;
- un journal de bord où sont consignés les faits marquants, les décisions prises, celles ajournées, est tenu par le premier auteur de cet article et complète le dispositif de recueil des données.

Afin de compléter les publications internationales qui relèvent plus de l'évaluation d'une satisfaction des programmes, la communauté des enseignants-chercheurs a souhaité, dès la mise en œuvre de PEP13, contribuer à répondre à des questions inhérentes à la présence des patients-enseignants, comme celle de la caractérisation de la perspective-patient et celle de la détermination des caractéristiques de cet acteur social. Après avoir caractérisé la perspective-patient, une analyse de contenus évaluera son intégration dans les écrits des internes (récits de situations cliniques authentiques et thèses) et, par conséquent, son acceptabilité. Au-delà, il est également prévu d'analyser des situations simulées de soins.

Il s'agit de bien différencier l'évaluation du programme et le champ de la recherche. La recherche conceptuelle porte sur la perspective-patient. Elle emprunte à la psychologie sociale, puisque le groupe de patients-enseignants est vu comme un groupe culturel (Gross, 2015). Elle s'adosse à la théorie du cours d'action (Thereau, 2015). Selon cette théorie, ceux qui sont engagés dans une activité sont modélés par leur expérience de celle-ci. Ils sont dans un état de conscience dit « pré-réflexif » d'où il découle qu'une partie de leur expérience n'est accessible que par eux-mêmes. Selon ce principe, ce qui se laisse à voir n'est pas suffisant pour comprendre l'activité d'un agent. Aussi, les observations réalisées doivent-elles être suivies d'entretiens d'explicitation ayant pour objectif de faciliter la réflexion des acteurs sur leur pratique. Les observations des patients-enseignants doivent donc être complétées d'entretiens afin de comprendre le sens qu'ils donnent à leur activité ainsi que les raisons ayant motivé certaines de leurs réactions ou de leurs silences. Selon le principe d'énaction (Varela, 1989 ; Thereau, 2015), intrinsèquement lié à la théorie du cours d'action, les acteurs construisent des savoirs et réagissent rationnellement aux stimuli en fonction de leur histoire biologique et sociale. Dans le cadre des GEPRI, il est demandé aux patients-enseignants de réagir aux propositions des internes. Leurs contenus pédagogiques sont avant tout réactionnels, puis élaborés en *focus groups* lors des COIPA où ils articulent collectivement leurs réactions individuelles. Les observations des GEPRI et ces *focus groups* permettent d'identifier les thèmes et les sous-thèmes de leur enseignement et de constituer peu à peu une grille d'observation qui renseigne également les caractéristiques de leur interaction avec leur binôme.

Cette recherche conceptuelle se poursuit par une meilleure compréhension de la posture formative des patients-enseignants, que vient compléter une recherche sur le fonctionnement du binôme médecin-patient. En effet, la transférabilité de ce programme à d'autres DUMG est déjà envisagée. Pour renseigner les conditions du transfert, le profil formatif des patients-enseignants doit également être connu. Les compétences des patients engagés dans le système de santé ont été caractérisées (Gross et Gagnayre, 2015). Elles dépendent en partie du domaine d'activité où elles s'expriment (Armstrong et Dixon-Woods, 2013). Celles des patients engagés dans la formation initiale médicale ont commencé à être caractérisées, notamment dans le cadre du modèle de Montréal (Flora, 2015), mais les modalités d'enseignement y étant différentes, on peut supposer que cela les modifie en tout ou partie. Pour caractériser les compétences requises pour être un patient-enseignant dans

le cadre des GEPRI, trois perspectives sont appelées à être croisées : celles des médecins et celles des internes, explorées par questionnaire et celle des patients, lors d'un *focus group* dédié.

Des résultats préliminaires qui invitent à croire à la faisabilité et à l'utilité de PEP13

L'acceptabilité du programme

Des auto-questionnaires ont été réalisés à partir d'entretiens exploratoires, de *focus groups* et d'observations des GEPRI et des différentes séances de travail. Ils vont permettre de renseigner, à étapes régulières, l'évolution de l'acceptabilité du programme. Il est possible de percevoir l'état actuel de cette acceptabilité grâce à l'analyse des observations des GEPRI, des échanges lors de la séance annuelle de bilan et du journal de bord tenu par le chercheur principal.

Force est de reconnaître que la posture des patients-enseignants n'est pas simple : quand leurs propos sont trop spécialisés et précis, certains enseignants-médecins se montrent un peu déstabilisés, et quand ils s'expriment sur le mode argumentatif ou expérientiel, les internes rencontrent des difficultés à se les approprier. En effet, l'observation directe montre que ces derniers tendent à valoriser les informations factuelles. Aussi les patients-enseignants se sont-ils organisés pour s'équiper en données chiffrées et en ressources afin d'apporter des contenus précis qui leur permettent d'être mieux entendus par les internes. À titre d'exemple, les craintes de poursuites médico-légales, exprimées par les internes, ont été apaisées en montrant que le nombre de plaintes pénales déposées restait anecdotique.

De plus, force est de constater que les internes ne sollicitent d'eux-mêmes l'apport des patients-enseignants que lorsqu'ils ont repéré leur domaine d'expertise, sachant que celui-ci varie d'un patient-enseignant à l'autre. Pour cette raison, il a été décidé en cours de programme que ces derniers se présenteraient en début de GEPRI en précisant ce qui, d'après eux, fonde leur expertise. Par ailleurs, le binôme avec l'enseignant-médecin s'avère déterminant pour ce qui est de l'acceptabilité à chaud des interventions des patients-enseignants. Certains enseignants-médecins les valorisent ouvertement, en soulignant certains propos. On remarque alors à leur intérêt que les internes se les approprient, rendant possible ce premier retour d'un interne *via* un questionnaire d'évaluation : « La présence d'un patient-enseignant est une très bonne idée et apporte une réflexion différente. Il nous permet de ne pas rester fermés sur nos *a priori* parfois déformés par nos études. » En revanche, d'autres enseignants-médecins ne le font pas, et les propos des patients-enseignants ne sont alors pas repris par les internes. La crédibilité de leurs apports et donc leur appropriation par les internes semble dépendre en partie de mesures proactives telles que le soutien informel des médecins-enseignants. Ces derniers avaient initialement très bien accueilli le programme lors de la présentation qui

leur en avait été faite durant la réunion de rentrée des enseignants : « Cela va nous aider à rendre les internes plus actifs. » Ils ont témoigné largement lors de la première réunion-bilan de leur satisfaction. De même, certains, initialement plus dubitatifs, ont indiqué avoir revu leur position : « Je n'ai pas bien vécu le premier GEPRI, mais depuis ma position a évolué. » La première version du guide destiné aux enseignants prévoyait que les patients-enseignants aient le même rôle qu'eux, à savoir un rôle d'animation des GEPRI. Ce parti pris s'est révélé difficile à mettre en œuvre dans la pratique, compte-tenu du fait que les patients délivrent des connaissances et des expériences qu'il paraît contre-productif de limiter. Mais leur posture apparaît en contradiction avec celle de certains médecins-enseignants qui s'interdisent d'en faire autant. Ces derniers se révèlent plus résistants : « C'était une révolution pour nous de devenir animateurs, de s'abstraire de toute forme d'expertise. Alors, que les patients en aient... »

Malgré le cours sur la démocratie sanitaire qui avait pour but d'explicitier l'importance du recours à la perspective des patients, des remarques des internes et également des médecins-enseignants ont traduit leur difficulté à comprendre les raisons ayant conduit à solliciter la perspective des patients : « nous aussi sommes des patients ». Il faut également noter que les internes ont rapporté que n'étant plus « entre eux », ils se sentent obligés de « surveiller » leurs propos. Du côté des patients-enseignants, le premier indicateur de leur engagement – et donc de leur acceptabilité de PEP13 – est celui de leur assiduité. À date, ils réalisent en moyenne un GEPRI par mois, et ils corrigent les traces écrites des internes. Malgré cela, aucun absentéisme n'a été constaté, en dehors de quelques impondérables liés à leur état de santé. En revanche, leur participation au groupe collectif entre patients est plus aléatoire ($5 < n < 10$) mais ils réagissent aux rapports écrits qui en sont faits. À côté de cela, ils se soumettent bien volontiers à la recherche, qui est très prenante. Il faut noter que les internes ont signalé une certaine usure, sinon un rejet de cette dernière : « nous sommes passés d'étudiants à étudiés. » Dans les recherches à venir visant à mesurer plus finement l'acceptabilité de PEP13, ce résultat laisse à penser qu'il faudra s'attacher à distinguer l'acceptabilité de la recherche en cours de celle concernant le programme en lui-même.

Le profil des patients-enseignants, condition à terme de la transférabilité

Les premiers patients-enseignants ont été recrutés après un entretien approfondi, en fonction de critères établis par les coordinateurs du programme. D'autres critères ont ensuite émergé à partir de l'analyse en situation et à partir la méthode de l'instruction au sosie³. Les résultats ont été restitués aux patients-enseignants afin de veiller à leur validité externe.

3. Cette méthode (Oddone, Re et Briante, 1977), qui concerne l'activité au travail, réclame de répondre à la question : « Supposez que je sois votre sosie et que, demain, je me trouve en situation de vous remplacer dans votre travail. Quelles sont les instructions que vous devrez me transmettre afin que personne ne s'avise de la substitution? »

Les critères jugés indispensables par les concepteurs du programme étaient les suivants :

- avoir une bonne culture en santé dans plusieurs domaines (ce que nous appelons leur expertise) ;
- être dans une posture de bienveillance vis-à-vis des étudiants en médecine ;
- être des membres actifs d'une association de patients depuis plusieurs années ;
- être engagés à ce titre dans des activités d'intérêt général.

Cela pour que leurs savoirs s'adosent à des savoirs expérientiels collectifs et à une réflexion sur les enjeux systémiques des maladies chroniques. Il leur était demandé de partager un certain nombre de valeurs, comme le sens de la collaboration, de l'engagement, et l'inscription dans la complémentarité avec les professionnels de santé.

Par ailleurs, octroyer le statut d'enseignant, qui participait au départ de la volonté de corriger une relation médecin/malade de nature dissymétrique, convoque des compétences spécifiques. Notamment, une posture marquée par un comportement éthique, l'ouverture aux apports théoriques, la cohérence, l'acceptation de se questionner et de se laisser questionner (Boutet, 2002).

Dès les premiers GEPRI, il est apparu qu'ils devaient avoir des compétences émotionnelles pour supporter certains propos des internes susceptibles d'heurter leur sensibilité. Et lors du *focus group* dédié où a été utilisée la méthode de l'instruction au sosie, ce type de compétence a été cité en tout premier par les patients : « Il faut pouvoir rester impassible. On entend des choses qui font mal. » Quant à la bienveillance, elle est remontée spontanément : « Il ne faut pas y aller en opposant. », « Il faut être empathique. »

Pour les patients-enseignants, la culture en santé est, comme envisagé par les concepteurs du programme, un requis indispensable : « Il faut comprendre leur langage. Utiliser leur vocabulaire » ; « connaître le système de santé » ; « connaître les droits des malades » ; « connaître les ressources à leur indiquer ». Mais la culture partagée par les patients n'est pas que savante, elle est aussi expérientielle : « Il faut avoir une expérience collective du parcours de soins. »

Les savoir-faire qui leur semblent importants sont essentiellement d'ordre communicationnels : « Il faut user de diplomatie », « mettre de l'humour » et pédagogiques : « Il faut les pousser à se questionner » ; « On doit intervenir, mais pas trop non plus », « Tout doucement, je lui ai fait réaliser son défaut de pratique » ; « Il faut accepter ne pas pouvoir tout apporter en un seul cours. »

Ils rapportent que cette expérience a contribué aux objectifs qu'ils donnent à leur engagement, comme vouloir : « améliorer la qualité du système de soins », valoriser le rôle des médecins généralistes : « On a besoin d'eux. »

Les compétences attendues, en dehors de celles déjà mentionnées, sont d'ordre rédactionnelles et informatiques, puisqu'il leur incombe de corriger avec les médecins-enseignants les écrits des internes, en prenant soin de commenter leurs remarques. Il apparaît déjà que les enseignements les ont conduits à se former plus avant et que, par conséquent, ils doivent souscrire à s'engager dans des épisodes d'autoformation.

Parmi les personnes recrutées figuraient deux personnes correspondant parfaitement aux attendus pour être patients-enseignants, mais qui se sont avérées ne pas avoir de maladie chronique ni de proche concerné par l'association de malades dont elles faisaient partie. Lorsque cette problématique a émergé, elle a été réfléchi en COPIPA, et tous les participants ont considéré qu'il n'était pas nécessaire d'être malade ou d'être un proche de malade pour être patient-enseignant. Ils ont estimé que certains acteurs du milieu associatif partageaient suffisamment leurs valeurs et leurs préoccupations pour pouvoir les représenter à l'identique.

Tous ces éléments ont permis de constituer une grille de recrutement appelée à servir à la diffusion du programme dans des contextes similaires. Dans le cadre de PEP13, 18 patients qui se reconnaissent dans ces critères ont été recrutés, et ce groupe est appelé à encore s'étoffer.

La « perspective-patient »

À ce jour, 245 heures de cours ont été assurées par des patients dans le cadre des GEPRI. Les observations complétées par des entretiens d'explicitation ont permis de réaliser une grille utilisée par plusieurs chercheurs. Celle-ci permet de décrire la « perspective-patient » telle qu'elle s'exprime dans les GEPRI. Les résultats ont été restitués aux patients-enseignants pour veiller à leur validité externe. Une période de sept mois d'observation a été nécessaire pour parvenir à une exhaustivité thématique. Sont également en cours de questionnement les savoir-faire des patients-enseignants, au regard de l'acceptabilité des contenus qu'ils délivrent : apportent-ils des précisions ? Des contradictions ? Sous quelle forme ? En puisant dans leurs expériences de vie ? Dans celles d'autres patients ? Dans leur pratique associative ? En mobilisant des références précises ? Etc.

Les contenus pédagogiques des patients-enseignants ont été élaborés en deux temps. D'une part, ils se sont construits par énonciation, en réaction aux contenus rapportés par les internes. Les patients étaient libres d'y réagir quand ils le souhaitaient. Il leur était seulement suggéré de garder présent à l'esprit qu'ils devaient contribuer à faire progresser les internes. Aussi devaient-ils penser à privilégier l'écoute active, le questionnement, la confrontation bienveillante. Ils pouvaient également apporter des connaissances quand celles-ci se révélaient utiles pour résoudre la situation étudiée. D'autre part, les patients sont invités à se réunir pour analyser leur pratique. Ce temps d'échange, qui se déroule dans un lieu neutre (le pôle de ressources d'éducation thérapeutique d'Île-de-France) leur permet d'élaborer collectivement le sens qu'ils donnent à leur action, d'harmoniser leurs contenus éducatifs, de réfléchir à leur posture éducative, d'identifier leurs propres besoins de formation, et éventuellement de se positionner sur des questions vives. Dans ce lieu, ils sont encouragés à adopter une posture de praticiens réflexifs engagés dans une évaluation formative de leur propre action éducative.

La perspective-patient est élaborée collectivement, mais le format des GEPRI conduit à ce que les interventions des patients-enseignants soient conditionnées

par les échanges entre internes. En toute logique avec le principe d'énaction et avec le fait de les voir comme un groupe culturel, nous déduisons que les choix pédagogiques des patients-enseignants témoignent d'une sensibilité qui leur est propre : « Quand une pratique n'est pas correcte, on le perçoit. » La perspective-patient, telle qu'elle se manifeste en GEPRI, est composée de quatre objectifs pédagogiques :

Proposer des soins respectueux de la dignité et des droits des malades

Leur orientation pédagogique porte principalement sur la relation de soins : ils réagissent à tout ce qui leur semble l'entraver et notamment à ce qui porte atteinte aux notions de confiance (dont le manque de transparence dans les décisions) et de respect dont font partie la personnalisation des soins avec notamment la décision médicale partagée avec les patients, ou les termes à utiliser pour catégoriser les patients. Ainsi par exemple suggèrent-ils de parler de « personnes sans domicile fixe » plutôt que de SDF et réagissent-ils fortement aux catégorisations qui renvoient à des traits psychologiques (patient dépressif, hystérique, manipulateur, séducteur, difficile, procédurier...) Ou bien encore précisent-ils qu'ils convient de parler de « population générale » plutôt que de « population normale ». Ils aident à comprendre l'attitude de patients qui semblent opposants ; insistent sur les actions d'accompagnement et d'éducation qui facilitent l'adhésion thérapeutique. Enfin, ils réaffirment à chaque occasion les droits des malades, comme le droit au second avis, au refus de soins ou au secret médical, y compris dans des situations qui posent question aux internes.

Questionner les *habitus*

Ils interrogent des postures ou des notions qui ont du sens dans l'« entre-soi » médical, mais qui, à leur sens, méritent d'être réinterrogées. Ils ont relevé que les notions de « droit de retrait » ou de « non-assistance à personne en danger » sont mobilisées par les internes en dehors de leur cadre légal. Ils réagissent également devant la crainte manifeste de ces derniers vis-à-vis des conséquences médico-légales liées à leurs pratiques de soins. Cette crainte leur semble exagérée au regard du nombre de plaintes effectives en pénal. Ils considèrent qu'elle risque de les conduire à se défaire de leurs responsabilités morales, voire médicales. Ils attirent l'attention sur le fait que certaines normes médicales sont des constructions culturelles et qu'en tant que telles elles ne sont pas destinées à être suivies à la lettre. Ainsi, celles qui conduisent à faire attention aux modifications de traitement des patients de plus de 65 ans, qui sont connus pour avoir moins de capacité d'adaptation. Selon les patients-enseignants, la capacité d'adaptation des patients doit, dans ces situations, faire l'objet d'investigation de façon plus personnalisée.

Apporter des connaissances et des ressources

Ils apportent dans les GEPRI des connaissances sur le système de santé, sur son organisation (réseaux, commissions hospitalières...) et sur ses lois les plus récentes qui, de toute évidence, sont insuffisamment connues des internes. Par exemple, ils ont apporté des précisions sur les récentes modifications concernant le délai d'interruption volontaire de grossesse (IVG), les mesures réglementaires encadrant la fin de vie ou l'existence de la procédure d'évaluation de la capacité à conduire un véhicule.

Ils orientent vers des ressources associatives, institutionnelles (documents HAS...), régionales (cafés des aidants, lieux de répit...) et numériques (localisation des défibrillateurs...) qui peuvent aider les internes dans leur suivi des malades.

Valoriser le rôle des médecins généralistes

On constate qu'ils cherchent à valoriser le rôle du médecin-généraliste, témoignant de son importance dans le suivi des patients. Ils rappellent que les patients attendent d'eux qu'ils les aident à comprendre les décisions des médecins des autres spécialités, qu'ils les orientent vers des structures psychosociales, qu'ils discutent de leurs préférences, qu'ils les aident à rédiger leurs directives anticipées, les guident vis à vis d'Internet en les aidant à démêler le vrai du faux et à identifier les informations pertinentes dans leur cas personnel. Ils les amènent à se questionner sur ce qu'est un « bon médecin ».

Discussion

Les résultats concernant l'acceptabilité, bien que très préliminaires, renseignent sur la méthode d'implémentation de ce type de programme. Visiblement, l'enseignement sur la démocratie sanitaire n'a pas réussi à faire comprendre aux internes la spécificité de la « perspective-patient », qui justifie l'engagement des patients dans le DES. En effet, les remarques des internes sur le fait qu'eux aussi sont des patients montrent leur incompréhension du rôle spécifique des patients-enseignants. Ils n'ont donc pas perçu, au moment des observations, que ce qui compte, c'est de tenir le rôle d'un patient dans un lieu donné, d'analyser les situations, avec ce regard-là. Pas plus qu'ils n'ont perçu que la perspective-patient est loin d'être improvisée, que par un processus de conversion didactique, un contenu pédagogique stabilisé émerge des savoirs expérientiels. Les résultats concernant la perspective-patient témoignent effectivement d'un contenu orienté vers la promotion de soins respectueux de la dignité et des droits des malades et vers une plus grande communication entre patients et le monde de la santé en général. La perspective-patient vaut, parce qu'elle est le fruit d'une méthodologie d'élaboration

collective d'acteurs préalablement sélectionnés pour leur culture en santé, leur appartenance au milieu associatif et leurs compétences relationnelles. En ce sens, cette expérience confirme des résultats selon lesquels le recrutement des patients est déterminant pour la réussite des projets (Armstrong et Dixon-Woods, 2013).

Il se trouve que la perspective-patient, telle qu'elle émerge de ces résultats, évoque celle déjà décrite dans le contexte de l'enseignement en médecine (Towle *et al.*, 2010) ainsi que dans d'autres domaines d'intervention des patients. Ceci invite à penser qu'il y a un socle commun à la perspective des patients qui s'engagent au niveau collectif dans le système de santé. Ce socle commun permet de mieux comprendre l'apport de l'engagement des patients et justifie qu'ils soient vus comme une communauté épistémique, en ce sens qu'ils partagent de mêmes savoirs, de mêmes valeurs et de mêmes objectifs, comme celui de promouvoir la décision médicale partagée. Ceux des médiateurs de santé pairs (MSP) au Canada, qui ont été caractérisés par B. Godrie (2015), résonnent également avec ceux des patients-enseignants. Ces deux groupes cherchent en effet à renforcer l'éthique des soins et le respect de la dignité des malades. B. Godrie a montré que les MSP limitent les stigmatisations ordinaires. Leur seule présence conduit les différents acteurs à interroger leurs pratiques, à surveiller leurs éléments de langage. En ce sens, quand les internes rapportent devoir désormais « se surveiller », on peut se dire que cet objectif du programme est atteint. Même s'il faudra sans doute encore du temps pour qu'ils s'en approprient la pertinence. Cela nécessitera sans doute d'en passer par une pédagogie plus explicite. Ce type de pédagogie demande de passer plus de temps à expliquer les objectifs de l'enseignement auprès des internes. La caractérisation de la perspective-patient va permettre de franchir cette étape qui sera sans doute cruciale pour le succès du programme. Cela vaut aussi pour les médecins-enseignants. En effet, si l'on en croit ces premiers résultats, le médecin-enseignant aurait un rôle à jouer dans l'acceptabilité des enseignements des patients-enseignants. Il apparaît donc primordial qu'ils soient convaincus de leur utilité et qu'ils considèrent que les patients-enseignants peuvent leur permettre d'atteindre pleinement certains de leurs objectifs pédagogiques. Cela appelle à davantage leur expliciter les contenus pédagogiques délivrés par les patients et à travailler avec eux sur la manière de les articuler avec leurs propres objectifs.

Le fait que PEP13 porte sur les soins primaires n'est pas neutre, car l'organisation de la démocratie sanitaire à ce niveau des soins reste à concevoir (pas de questionnaires de satisfactions en routine ; peu, sinon pas, de comités d'usagers dans les maisons de santé ; pas de recueil des plaintes et réclamations...) Deux enjeux le guettent néanmoins : savoir transformer l'essai après la phase d'innovation et de valorisation des recherches qui galvanise actuellement ses différentes parties prenantes, ne pas lui faire assumer plus qu'il n'en peut porter, autrement dit ne pas s'attendre à ce qu'il règle à lui seul tous les besoins de l'enseignement. Le programme n'a pas d'autre ambition que celle qui est affichée, à savoir : que des patients enseignent ce que les patients entendent par des soins centrés sur les patients. Toute autre attente pourrait s'avérer contre-productive, car irréaliste. Y compris celle de rendre les internes « plus actifs ». Les patients-enseignants n'ont

pas pour vocation de résoudre des difficultés qui les dépassent, d'autant moins quand celles-ci relèvent de dynamiques institutionnelles.

Les recherches, en partie orientées vers les requis nécessaires pour, à moyen terme, être en capacité de transférer le programme, vont permettre d'étendre le programme à d'autres DUMG. La gouvernance de ces programmes est en cours d'élaboration. Le choix de ne recruter que des patients engagés de longue date dans le milieu associatif reste discutable. Il n'est pas évident que cela soit un prérequis pour les futurs programmes de ce type. Pour cette première expérimentation, cela a permis de recruter des patients qui pouvaient identifier parmi leurs connaissances celles qui étaient utiles aux internes. Maintenant que celles-ci sont caractérisées, il devient possible de former des patients moins experts que ceux qui ont été recrutés à Paris 13. Néanmoins, les patients-enseignants à venir devront avoir une bonne culture en santé, des savoirs expérientiels collectifs et être formés pour pouvoir participer aux GEPRI sans gêner leur déroulement et afin d'y être vraiment actifs.

Conclusion

Les patients sont donc entrés dans les facultés de médecine. À Bobigny, ils participent de plein droit à une commission d'enseignement. Ils enseignent au côté des médecins généralistes, avec un statut qui témoigne de la légitimité de leur présence. Dans le cadre des GEPRI, comme dans d'autres espaces où elle est convoquée, la perspective des patients veille à corriger ou *a minima* à interroger les *habitus* et les décisions prises dans l'« entre-soi » médical. Elle contribue à ce que les soins centrés sur les patients ne restent pas une formule incantatoire. Le succès du programme repose sur cinq facteurs :

- l'engagement d'un doyen, d'un DUMG, d'un laboratoire dans la responsabilité sociale de leur UFR ;
- l'adossement du DUMG à un laboratoire de recherche ;
- l'intégration de patients leaders dans le DUMG ;
- l'effort apporté au recrutement des patients ;
- et enfin le fait que le contenu de leur perspective ait été l'objet d'une élaboration collective progressive.

Parce qu'elle a été habilitée par l'institution, cette perspective devrait en toute logique devenir une seconde nature pour les médecins généralistes de demain.

Enfin, alors que la démocratie sanitaire est appelée à s'étendre, l'engagement de patients-enseignants devrait participer à en faire comprendre aux futurs médecins les principes et l'intérêt. Afin qu'eux aussi deviennent des acteurs de la démocratie sanitaire, dans le cadre de toutes leurs relations de soins, comme dans leurs lieux d'exercice.

Références bibliographiques

- Armstrong N. et Dixon-Woods M. (2013)**, « Optimizing patient involvement in quality improvement », *Health Expectations*, vol. 16, n° 3, septembre, p. 36–47, [en ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883095/>
- Barr J., Ogden K. et Rooney K. (2014)**, « Committing to patient centred medical education », *The Clinical Teacher*, vol. 11, n° 7, décembre, p. 503-506.
- Berlin A., Seymour C, Johnson I. et al. (novembre 2011)**, « Patient and public involvement in the education of tomorrow's doctors », Rapport, UCL Beacon project, 3 p., [en ligne] https://www.ucl.ac.uk/medicalschoo/quality/documents/relevant-links/ExecSummary_PPI_in_the_education_of_TDs_Berlin_et_.pdf
- Birmelé B. et Choutet P. (2006)**, « Malade : un métier ? À propos de la maladie chronique », *Revue d'éthique et de théologie morale*, vol. 2, n° 239, p. 105-116, [en ligne] https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RETM_239_0105
- Boutet M. (2002)**, « Pour une meilleure compréhension de la dynamique de la triade », in Boutet M. et Rousseau N. (dir.), *Les Enjeux de la supervision pédagogique des stages*, Montréal, PUQ, 260 p.
- Conférence nationale de santé (2015)**, « Droits des usagers, relation partenariale et formation des professionnels de santé », Rapport 2015 de la CNS sur le respect des droits des usagers, 48 p., [consulté en ligne le 25 juin 2016] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportducns_2015_v10122015.pdf
- Committee on Quality of Health Care in America (2001)**, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* Committee on Quality of Health Care in America, Washington DC, Institute of Medicine, National Academies Press, 8 p., [en ligne] <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>.
- Compagnon C. et Ghadi V. (2014)**, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », Rapport fait à la demande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, 14 février, 259 p., [en ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf.
- Demaillly L. et Garnoussi N. (2015)**, « Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style », *Sciences et Actions sociales*, n° 1, 22 p., [consulté en ligne le 25 juin 2016] http://www.sas-revue.org/images/pdf/n1d1/Le_savoir-faire_des_mediateurs_de_sante_pairs...pdf
- Demaillly L. (2014)**, « Les médiateurs pairs en santé mentale : une professionnalisation incertaine », *La Nouvelle Revue du travail*, [consulté en ligne le 25 juin 2016], <https://nrt.revues.org/1952#text>
- Flora L. (2015)**, *Un référentiel de compétences de patient : pourquoi faire ? Du savoir expérientiel des malades à un référentiel de compétences intégré : l'exemple du modèle de Montréal*, Sarrebruck, Presses académiques francophones, 148 p.
- Godrie B. (2015)**, « Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants », in Demaillly L. et Garnoussi N. (dir.) *Aller mieux. Approches sociologiques*, Lille, Presses du Septentrion.

- Gross O. (2015)**, « De l'institutionnalisation d'un groupe culturel à une entreprise de formation : le cas des patients-experts », *Éducation Permanente*, n° 202, p. 201-212.
- Gross O. et Gagnayre R. (2014)**, « What expert patients report that they do in the French health care system and the competencies and personality traits required », *Therapeutic Patient Education*, vol. 6, n° 2.
- Haute Autorité de la santé (2014)**, « *Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes* », HAS, mai, 40 p., [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_quadriennale_v2_2014-06-17_16-38-45_49.pdf
- Kohn R.C. (2001)**, « Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur », in Mackiewicz M.-P. (Éd.), *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social*, Paris, L'Harmattan, p. 15-38.
- Oddonne Y, Re A. et Briante G. (1977)**, *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail*, Paris, Éditions sociales, coll. « Essais », 260 p.
- Pomey M.-P., Flora L, Karzivan P. et al. (2015)**, « Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, HS, p. 41-50, [en ligne] https://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=SPUB_150_0041.
- Repper J. et Breeze J. (2007)**, « User and carer involvement in the training and education of health professionals: A review of the literature », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44, n° 3, mars, p. 511-519.
- Towle A., Bainbridge L., Godolphin W. et al. (2010)**, « Active patient involvement in the education of health professionals », *Medical Education*, vol. 44, n° 1, p. 64-74.
- Towle A., Brown H, Hofley C. et al. (2014)**, « The expert patient as teacher: an interprofessional Health Mentors programme », *The Clinical Teacher*, vol. 11, n° 4, juillet, p. 301-306.
- Theureau J. (2015)**, *Le Cours d'action. L'énaction et l'expérience*, Toulouse, Octarès, 666 p.
- Varela F.J. (1989)**, *Connaître les sciences cognitives. Tendances et perspectives*. Paris, Seuil, coll. « Science ouverte ».