

COMMENTARY AND OPINIONS

Le profil des patients-enseignants en médecine : une analyse située et situante des tensions du moment

Olivia Gross¹

*Author information is provided in the back matter of this manuscript

The profile of patient teachers in medicine: a situated and situating analysis of contemporary tensions

L'enseignement facultaire *par et avec* des patients est présenté comme pouvant transformer positivement la formation médicale. Toutefois, des questionnements récurrents relatifs au profil des patients concernés risquent de compromettre cette puissance transformative.

Je fais ce constat à partir d'une pratique de patiente-enseignante en tant qu'actrice associative depuis le début des années 2000, sachant aussi que j'ai contribué à institutionnaliser en France ce type d'enseignement au fil de ma propre institutionnalisation comme enseignante-chercheuse dans une faculté de santé. Mon savoir sur ces freins est donc situé¹ (en tant que militante associative) et situant² (en tant que contributrice à la construction de programmes d'enseignement par les patients et en tant qu'autrice

de plusieurs articles sur le sujet, dont une méta-analyse³). Il s'appuie en outre sur des observations participantes lors de la production de rapports institutionnels français^{4,5,6,7} et sur un grand nombre d'interactions informelles avec des acteurs concernés de tous ordres.

Les questionnements sur le profil des patients concernent leurs savoirs, leur représentativité, leur authenticité, et leur posture.

La valeur de leurs enseignements est associée à celle de leurs savoirs expérientiels. De là, découlent d'innombrables questions : comment on passe de l'expérience aux savoirs ? Quel tri opérer pour identifier les savoirs à enseigner ? Comment passe-t-on des savoirs à enseigner aux savoirs pour enseigner ?

© GROSS



Personne n'ayant de réponse à ces questions, qui plus est rarement adressées aux médecins qui enseignent, cela motive une forme d'inertie institutionnelle.

La représentativité, pour sa part, est présentée comme un idéal à atteindre, l'aune à laquelle mesurer la légitimité des patients.⁸ Mais cette notion est comprise au sens statistique du terme (un échantillon qui ressemble au reste du groupe, donc les patients-enseignants devraient ressembler aux patients vus en consultation). Or, représenter n'équivaut pas à ressembler, d'autant qu'il n'existe pas de patient-type, d'expérience unifiante. Il n'y a que des voix cacophoniques dont il s'agit de faire sens — et c'est justement ce qui justifie d'invoquer le paradigme de l'approche centrée sur la personne. Et, si vraiment, c'est la représentativité qui importe, alors, cela devrait pousser à recruter des représentants associatifs, seuls qualifiés pour représenter les patients. Mais prédomine l'idée que les associations ne représentent qu'une faible portion des personnes concernées et, qui plus est, la portion la moins satisfaite des soins, la plus revendicative, celle particulièrement en souffrance et peut-être même la plus favorisée sur le plan socio-économique. Ou encore — et cela m'a été clairement exprimé dans une instance officielle — on craint le risque de politisation des savoirs (comme s'il existait des savoirs neutres). Pour autant, il est encore plus facile de décrédibiliser ceux qui interviennent sur la seule base de leur expérience personnelle. Ainsi, la question de la représentativité ne mène nulle part, si ce n'est à écarter tous les profils de patients. Sans compter que la représentativité non plus n'est pas exigée des enseignants médecins.

La notion d'authenticité,⁹ invoquée afin de recourir à des « vrais patients », devrait inviter à récuser des faux patients (entendu par là des patients standardisés mais aussi des soignants-malades). Cependant, attention à ne pas sous-entendre qu'un patient authentique devrait être un patient « dans son jus », sans connaissances particulières. Outre son relent quasi colonial, cette idée conduirait à privilégier le recrutement de patients n'ayant pas forcément suivi un cheminement réflexif, et sans capacités communicationnelles, ce qui s'oppose aux différents constats relatifs à ce rôle.

Enfin, des considérations sur la posture des patients ponctuent les différentes recommandations, le plus

souvent sans étayage scientifique et à nouveau, sans qu'on en demande autant aux enseignants traditionnels. J'en prendrai trois pour exemples. D'abord, la notion de recul sur soi est devenue une sorte de mantra. S'il s'agit d'avoir mis son expérience en perspective avec celle de tiers, alors le souhaiter est sans doute souvent pertinent. Mais s'il s'agit d'être détaché émotionnellement de son vécu, alors cette injonction est hors de propos (et presque antinomique avec une bonne santé mentale). En outre, il est parfois mentionné que les patients ne doivent pas « être perçus ni utilisés en opposition au pouvoir médical ».⁷ Mais s'il y a un intérêt à promouvoir l'enseignement par les patients, n'est-ce pas justement pour remettre en question le principe même du pouvoir médical ? Enfin, il est affirmé qu'ils ne doivent pas avoir de compte à régler avec le milieu médical⁹ mais, s'il ne s'agit pas pour autant qu'ils tiennent pour responsables de leurs difficultés les étudiants ni les enseignants, s'il y a un intérêt à les faire intervenir, c'est bien à partir de ces difficultés.

Un récent rapport de l'Académie de Médecine plaide, de manière excessivement maladroite, pour que le recrutement des patients fasse l'objet de « garde-fous ».⁷ Pour ma part, je plaide pour « raison garder » et surtout, j'invite à se rappeler que si l'on n'y prend garde, « l'institution peut neutraliser n'importe quel concept ».¹¹ N'oublions pas que s'il est un attendu, c'est que les apports des patients servent à des apprentissages transformationnels et pour cela, il ne faut pas seulement reconnaître les limites déjà bien répertoriées de la formation médicale, mais être prêt à s'ouvrir à celles que les patients ont repéré. Et cela passe forcément par les y intégrer pleinement et à ne pas cadrer leur profil plus que de raison.

Author information:

1- University Sorbonne Paris North, France

Correspondence to:

Olivia Gross

email: oliviagross@me.com

Published ahead of issue:

Oct 6, 2026

© 2026 GROSS; licensee Synergies Partners. This is an Open Journal Systems article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>) which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is cited.

Conflict of Interest:

None

Funding:

None

References

1. Haraway, Donna. "Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective." *Fem Studies*. 1988. 14, no. 3: 575–99. <https://doi.org/10.2307/3178066>.
2. Seraphin G. Le « regard situant » : proposition de méthode d'analyse du regard en situation de recherche », *Questions Vives*. N° 38. 2022, mis en ligne le 27 déc 2024. <https://doi.org/10.4000/1345u>
3. Gross O, Ruelle Y. The pedagogical liminality of patient and public involvement in initial healthcare professional education: an umbrella review. *Res Involv Engagem*. 2025.11, 52. <https://doi.org/10.1186/s40900-025-00704-4>
4. Haute Autorité de Santé. *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire*. Saint-Denis (FR): Haute Autorité de Santé. 2020. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire. [Consulté le 20 juillet 2026]
5. Ordre National des Médecins. *Le patient partenaire*. Paris (FR): Conseil national de l'Ordre des médecins; 2023. Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-06/CNOM%20RAPPORT%20CORAP%20-%20PATIENT%20PARTENAIRE.pdf>. [Consulté le 20 juillet 2026]
6. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). *Participation des patients à la formation initiale des médecins : restitution des travaux conduits par la DGOS en lien avec la DGESIP*. Paris (FR): Ministère de la Santé; 2023. Disponible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_patient_formation_version_finale.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20004617e870fbb65666b41f6b74e3fecb7e57c3e69aad9350a6e7726b85d3f79e58082416bf141430001b35d4802eb5a5c32efb01ee406f518a7548e724eb6ceed30839976f6f192bb8037d565612d2f250947b288e37d6ed98. [Consulté le 6 octobre 2026]
7. Académie nationale de médecine. *Patients partenaires*. Paris (FR): Académie nationale de médecine. Disponible sur <https://www.academie-medecine.fr/patients-partenaires/>. [Consulté le 25 juillet 2026]
8. Crampton, S. Who truly represents patient perspective ? *Cancer World*. 2016. Disponible sur <https://archive.cancerworld.net/patient-voice/who-truly-represents-the-patient-perspective/>. [Consulté le 25 juillet 2026]
9. Towle A, Godolphin W. Patients as teachers: promoting their authentic and autonomous voices. *Clin Teach*. 2015 J;12(3):149–54. <https://doi.org/10.1111/tct.12400>
10. Jha V, Quinton ND, Bekker HL, Roberts TE. Strategies and interventions for the involvement of real patients in medical education: a systematic review. *Med Educ*. 2009 Jan;43(1):10-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03244.x>.
11. Delphy, C. *Penser le genre. L'ennemi principal*. Tome 2. Collection « Nouvelles Questions Féministes. Editions Syllepse 2001.