

ENSEIGNER LA MEDECINE AVEC LES PATIENTS COMME PARTENAIRES : CARTOGRAPHIE DE L'IMPLICATION DES PATIENTS DANS UN PROGRAMME DE RESIDENCE EN MEDECINE FAMILIALE

DOI : <https://doi.org/10.46298/pspa.16927>

Marie-Pierre Codsì^{1,2}, Tania Riendeau¹, Annie Descôteaux³, Marie
Leclair¹, Isabelle Germain⁴, Géraldine Layani^{1,5}, Philippe Karazivan¹

Affiliations

¹ Clinique universitaire de médecine de famille Notre-Dame, Montréal, Québec, Canada; Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

² Centre de recherche en pédagogie de la santé (CRPS), Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

³ Bureau du patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

⁴ Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

⁵ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

RESUME : Introduction : L'implication des patients partenaires en éducation médicale est en pleine expansion, mais demeure peu documentée dans les programmes de résidence. Cet article vise à décrire de manière concrète et structurée l'intégration des patients partenaires dans un programme post-gradué de médecine familiale. **Méthode :** Nous présentons une cartographie descriptive des différentes modalités d'implication des patients partenaires au sein du programme de résidence en médecine familiale de l'Université de Montréal. Les initiatives sont classées selon une taxonomie reconnue des niveaux d'engagement des patients en pédagogie. **Résultats :** Les patients partenaires sont impliqués à plusieurs niveaux, allant de la participation ponctuelle à des activités pédagogiques jusqu'à un rôle actif dans la gouvernance académique.

Leur implication se déploie dans différents contextes : structurel (comités de programme, implantation de milieux), évaluatif (admission, évaluation des compétences, rétroaction des patients) et pédagogique (enseignement de la communication, santé mentale, amélioration continue, cours ponctuels). Le programme s'appuie sur une infrastructure institutionnelle dédiée (Bureau du patient partenaire) pour soutenir le recrutement, la formation et l'accompagnement des patients partenaires.

Discussion : L'intégration systémique des patients partenaires repose sur des conditions clés, notamment la présence d'un soutien institutionnel structuré, la sélection de patients possédant un savoir expérientiel pertinent à la première ligne et leur implication à différents niveaux du programme. Au-delà des enjeux d'évaluation d'impact, cette démarche s'inscrit dans une transformation des valeurs éducatives vers davantage d'humanisme, de partenariat et de responsabilité sociale. **Conclusion :** Cette cartographie propose des exemples concrets et transférables pour soutenir l'intégration des patients partenaires dans les programmes de résidence. Elle vise à inspirer d'autres institutions souhaitant développer des approches pédagogiques centrées sur le partenariat patient.

MOTS-CLES : Résidence en médecine, médecine de famille, patient partenaire, éducation médicale, responsabilité sociale.

ABSTRACT : *Introduction:* Patient involvement in medical education is increasing worldwide, yet remains insufficiently described in postgraduate training programs. This article aims to provide a structured and practical description of patient partner integration within a family medicine residency program. **Methods:** We conducted a descriptive mapping of patient partner involvement within the family medicine residency program at the Université de Montréal. Initiatives were categorized using a recognized taxonomy of patient engagement levels in health professions education. **Results:** Patient partners are involved across multiple levels, ranging from participation in discrete teaching activities to active roles in academic governance. Their involvement spans structural (program committees, implementation of training sites), evaluative (admissions processes, competency committees, patient feedback tools), and educational contexts (communication training, mental health teaching, quality improvement projects, and targeted teaching sessions).

The program is supported by a dedicated institutional structure (Patient Partnership Office), which facilitates recruitment, training, and ongoing support for patient partners. **Discussion:** Systemic integration of patient partners relies on key enabling conditions, including structured institutional support, careful selection of patients with relevant primary care experience, and engagement across multiple levels of the curriculum. Beyond impact evaluation, this approach reflects a broader shift toward humanistic, partnership-based, and socially accountable medical education. **Conclusion:** This mapping provides concrete and transferable examples to support the integration of patient partners in residency training programs. It aims to inspire other institutions seeking to implement partnership-oriented educational approaches.

Keywords: Medical residency, family medicine, patient partner, medical education, social accountability

INTRODUCTION

Partout dans le monde, un nombre croissant de programmes de résidence cherchent à intégrer des patients partenaires dans leur cursus académique. Cette évolution est soutenue à la fois par des orientations politiques (Berkese et al, 2022 ; Sannié, 2019 ; Laverdière, 2018) et par un corpus grandissant de données scientifiques soulignant l'importance d'impliquer les patients dès les premières étapes de la formation des futurs médecins (Dijk et al, 2020 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018 ; Flora et al, 2016).

À titre d'exemple, une revue systématique publiée dans *BMJ Open* en 2020 sur l'implication des patients en éducation médicale souligne que leur participation permet notamment de mieux comprendre la réalité de la vie avec des maladies chroniques et de favoriser des environnements d'apprentissage sensibles aux enjeux culturels. Elle contribue également à renforcer la responsabilité sociale des institutions et à promouvoir des valeurs d'inclusion. Enfin, cette revue identifie que l'implication des patients tend à rendre l'enseignement plus concret, engageant et potentiellement transformateur pour les apprenants (Dijk et al, 2020). Pour réussir l'implication des patients dans les cursus de formation, différents éléments ont été identifiés dans la littérature comme facteurs de succès du partenariat patient dans les programmes de formation :

- impliquer des patients dans des endroits stratégiques à fort impact décisionnel;
- impliquer précocement des patients dans le processus de cocréation pédagogique;
- partager le leadership pédagogique dans la prestation du contenu (ex. : coanimation) (Eijkelboom et al, 2023 ; Dumez et al, 2026).

Si les données issues de la littérature apparaissent relativement explicites, il existe très peu d'exemples concrets rapportés en ce qui concerne l'implication des patients et patientes dans les programmes post-gradués (programmes de résidence). Ceux-ci restent surtout des initiatives pédagogiques limitées et circonscrites ou des projets pilotes (Dijk et al, 2020).

Ce qui laisse les pédagogues et cliniciens de terrain aux prises avec un questionnement important : comment impliquer de façon concrète et pertinente les patients partenaires à différents niveaux pédagogiques dans les programmes de résidence en médecine? Afin d'accompagner et d'inspirer les pédagogues et les cliniciens de terrain quant à des initiatives concrètes et implantées, la synthèse suivante présente des exemples réels et existants d'implication des patients dans des programmes de résidence. Plus particulièrement, nous souhaitons décrire l'exemple du programme de médecine de famille de l'Université de Montréal, qui est, à notre connaissance, l'un des exemples les plus avancés en termes de diversité d'implication de patients partenaires dans une offre de formation post-graduée en Amérique du Nord.

Ce programme a d'ailleurs reçu une mention de pratique exemplaire pour l'implication des patients partenaires lors de la visite d'agrément par le CMFC/CMQ (2021). Nous souhaitons donc décrire les différents contextes dans lesquels le partenariat avec les patients est implanté dans ce programme.

Différents niveaux d'implication des patients partenaires sont possibles et ont été préalablement décrits dans la littérature. Le chapitre de livre de Dumez et al, 2026). décrit les différents niveaux d'engagement des patients en pédagogie à partir de la taxonomie de Towle et est résumé dans le tableau 1. Chaque implication présentée dans le présent article sera catégorisée selon ces différents niveaux.

Tableau 1 : Différents niveaux d'engagement des patients en pédagogie

Niveau	Type d'implication du patient	Rôle du patient	Interaction avec les étudiants	Exemples
Niveau 1	Cas écrits ou scénarios (papier ou électronique)	Source d'histoire ou de données cliniques	Aucune interaction directe	Cas d'apprentissage par problème basés sur des histoires réelles de patients
Niveau 2	Patient standardisé ou patient volontaire	Participant à des simulations ou à l'apprentissage clinique	Interaction structurée dans un contexte pédagogique contrôlé	Examen clinique objectif structuré, simulation clinique, patients volontaires pour examen physique ou prise d'histoire
Niveau 3	Patient témoignant en classe	Témoignage de l'expérience vécue de la maladie	Interaction directe mais rôle surtout narratif	Patients parlant de leur diabète, cancer, maladie chronique, ou expérience d'erreur médicale
Niveau 4	Patient formateur ou évaluateur	Enseigne des compétences spécifiques ou donne une rétroaction	Interaction pédagogique active avec les étudiants	Patients formateurs en douleur chronique, rétroaction sur communication, évaluation de la relation de soin
Niveau 5	Patient partenaire dans l'enseignement et le curriculum	Coconcepteur ou coenseignant des activités pédagogiques	Collaboration avec enseignants et étudiants	Conception de cours, co-animation d'ateliers, participation à l'évaluation des programmes
Niveau 6	Patient partenaire au niveau institutionnel	Partenaire dans la gouvernance académique	Influence sur les orientations institutionnelles	Participation aux comités de programme, admissions, comités facultaires, Bureau du patient partenaire

Adapté de : Dumez V. et al. (2026, sous presse). The Patient as Educator. In Dent J., Harder R., Steinert Y. (dir.), A Practical Guide for Medical and Health Professions Teachers (7e éd.). Elsevier. Inspiré de la taxonomie de Towle.

Soutien du Bureau du patient partenaire dans les initiatives

Il est important de préciser qu'à l'Université de Montréal, le programme de médecine de 1er cycle, ainsi que les programmes post-gradués peuvent compter sur l'expertise du Bureau du patient partenaire pour l'implication des patients. Créé en 2011, le Bureau du patient partenaire a pour mission de soutenir et de développer l'intégration du partenariat patient dans la formation, la recherche et la gouvernance académique. Au sein de la Faculté, son rôle est de coordonner l'implication des patients partenaires tout au long du continuum de formation, d'accompagner les programmes et les enseignants dans l'intégration des meilleures pratiques, d'assurer le recrutement et la formation d'un réseau de patients partenaires et de contribuer au rayonnement et au développement de la recherche en partenariat patient.

En particulier, lorsque des patients sont impliqués à des niveaux d'implication 4 à 6 (tel que présenté dans le tableau 1), ces activités étant considérées comme plus stratégiques et à haute valeur décisionnelle, le Bureau du patient partenaire offre d'emblée du coaching et de l'accompagnement aux patients impliqués. Le Bureau du patient partenaire a développé un processus de recrutement rigoureux (DCPP, 2016).

Ce processus vise à identifier, parmi les personnes vivant avec une expérience significative de la maladie, celles qui possèdent déjà certaines compétences leur permettant de mobiliser cette expérience dans différents espaces de la formation en santé. Les différentes étapes permettent d'apprécier la capacité des personnes à adopter une posture réflexive sur leur trajectoire de soins et à transformer cette expérience en savoir transmissible (Flora, 2012).

C'est ce savoir qui doit être mobilisé tant auprès des apprenants que dans toute autre forme d'engagement, notamment pour la conception d'activités pédagogiques ou la participation à des activités à fort impact pédagogique. Les modalités exactes de recrutement suivent les recommandations émises dans le Guide de recrutement des patients partenaires (DCPP, 2016) élaboré par le Bureau du patient partenaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. La sélection s'appuie également sur le Référentiel de compétences des patients partenaires développé à partir des travaux de Luigi Flora (DCPP, 2016 ; Flora 2012), qui constitue l'outil central d'évaluation pour apprécier la capacité des personnes à mobiliser leur expérience vécue de manière réflexive et contributive.

Formation des patients partenaires

Tous les patients recrutés par le Bureau du patient partenaire suivent une formation sous forme de module virtuel portant sur les principes de base du partenariat, dans laquelle sont abordés les concepts d'évolution des

approches de soins, de co-construction et de complémentarité des savoirs scientifiques et expérientiels (Formation 101 de l'Unité de soutien au système de santé apprenant – Unité de soutien SSA Québec, 2023) . Celui-ci offre aussi de la formation continue aux patients, qui prend la forme de coaching individuel et d'activités de formation.

Accompagnement pédagogique du Bureau du patient partenaire

L'accompagnement offert par le Bureau du patient partenaire se déploie selon deux volets complémentaires. Le premier consiste à soutenir les instances qui sollicitent la mobilisation d'un patient partenaire, tandis que le second vise l'accompagnement des patients qui acceptent de s'impliquer dans les mandats proposés. Cet accompagnement permet notamment de clarifier les attentes et d'assurer la compréhension des équipes quant au rôle du patient partenaire, qui n'est pas de représenter l'ensemble des patients, mais bien de partager une perspective issue de son expérience vécue.

Une compréhension approfondie du contexte institutionnel ou pédagogique permet également de cibler les patients dont l'expérience est la plus pertinente et de préparer adéquatement leur participation. Le Bureau du patient partenaire peut par ailleurs agir à titre de conseiller ou de facilitateur lorsque des enjeux liés au partenariat émergent au cours de la collaboration.

Le second volet concerne l'accompagnement des patients partenaires. Celui-ci comprend notamment la présentation du contexte et des attentes associées à leur implication pédagogique, ainsi qu'un travail de préparation visant à anticiper certaines difficultés ou tensions susceptibles de survenir dans les dynamiques collaboratives. Cet accompagnement vise à soutenir une contribution constructive et réflexive des patients au sein des équipes avec lesquelles ils collaborent. Des périodes de préparation et d'échange en amont des activités, ainsi que des périodes de debriefing, sont aussi planifiées afin d'assurer un espace réflexif aux patients impliqués.

Cartographie de l'implication des patients partenaires

Description du programme de résidence en médecine de famille de l'UdeM

Après l'obtention de leur diplôme de médecine (MD) de premier cycle, les étudiants peuvent appliquer à un programme postdoctoral de deuxième cycle dans diverses spécialités médicales, incluant le programme de médecine de famille.

La formation en médecine de famille est, au Canada, une résidence d'une durée minimale de 24 mois, basée sur l'acquisition de compétences spécifiques. La formation a lieu principalement en clinique, avec plusieurs activités académiques ajoutées au cursus.

Ce programme de l'Université de Montréal accueille chaque année environ 160 résidents de première année répartis sur une vingtaine de milieux de formation (cliniques universitaires de médecine de famille – CUMF), pour un total d'environ 350 résidents. Un comité de direction de programme central gère les politiques globales et les compétences pédagogiques à acquérir, mais chaque CUMF possède également son propre programme local, mettant en pratique les orientations du comité central. Dans ce programme, les patients partenaires sont impliqués à différents niveaux pédagogiques. Pour les fins de cet article, nous avons séparé les différentes implications selon le type de contexte pédagogique.

Contexte structurel (construction du programme)

1. Le Conseil pédagogique (niveau 6 d'implication de patients)

Le programme possède, depuis plusieurs années, un comité nommé le Conseil pédagogique, responsable de penser les grandes réformes du programme, de proposer des initiatives pédagogiques et de rester à l'affût des meilleures pratiques pédagogiques dans la littérature scientifique.

Dans le cadre de ces travaux, les patients ont été impliqués à différents moments. D'abord, une patiente partenaire siège à toutes les rencontres du comité, qui se réunit une fois par mois. Elle est membre à part entière et ses interventions ont le même poids que celles des autres membres du comité.

Ceci permet de maintenir une vision des activités pédagogiques centrée sur la relation patient-médecin et sur les impacts à plus long terme pour les patients.

Des séances de réflexion collectives impliquant tout le corps professoral peuvent occasionnellement être organisées. Par exemple, en mai 2022, une demi-journée réflexive a eu lieu, impliquant plus d'une centaine de membres du corps professoral. Quatorze patients partenaires ont été invités à y participer. Leur participation a permis aux patients et aux médecins de travailler ensemble à définir les besoins de formation du médecin de famille des années futures.

2. Comité d'implantation d'une nouvelle CUMF (niveau 6 d'implication de patients)

Des patients partenaires ont été intégrés au comité d'implantation d'un nouveau milieu de formation, la CUMF Hochelaga-Maisonneuve. Ils ont participé comme membres à part entière à la création de ce milieu dans un quartier vulnérable de Montréal, en mobilisant leur expérience et leur vision de la qualité des soins.

3. Accueil des résidents par des patients (niveau 3 d'implication de patients)

À la CUMF Notre-Dame, chaque année, lors de leur première journée sur leur site de formation, les résidents sont accueillis pendant une heure par

des patients partenaires. Lors de cette activité, ce sont également les patients qui remettent les cartes d'accès de la clinique aux résidents comme symbole de bienvenue et de partenariat.

À la CUMF des Eskers d'Amos, les résidents sont accueillis par la communauté des Premières Nations de leur secteur avec un pow-wow. Le but de ces activités est multiple : intégrer très tôt la perspective des patients et de la communauté et illustrer symboliquement l'importance accordée au partenariat dès le début de la résidence.

Contexte évaluatif

4. Comité d'admission (niveau 6 d'implication de patients)

Un patient partenaire siège au comité responsable de gérer les admissions des candidats dans le programme de résidence. Il participe aux discussions sur le processus de sélection des candidatures et contribue à l'amélioration continue du processus d'admission.

5. Comité d'évaluation des compétences (Comité central de compétences) (niveau 6)

Le mandat du comité est de décider de la réussite ou de l'échec des stages effectués par les résidents et de se prononcer sur des méthodes de soutien pédagogique pour les résidents en difficulté. Depuis 2018, un patient partenaire siège à ce comité composé d'environ une dizaine de membres. Le patient partenaire est un membre votant du comité.

6. Fiche de rétroaction remplie par les patients (niveau 5)

Le programme a créé une fiche permettant aux patients soignés par les résidents de transmettre une rétroaction après la rencontre clinique. Cette fiche a été coconstruite à travers un processus pédagogique rigoureux impliquant des patients partenaires, des résidents et des médecins (Dallé, Gosselin, 2024). Cette innovation s'intègre au processus d'évaluation puisque ces fiches sont colligées puis intégrées à la rétroaction des résidents. Cela contribue à un processus intégrant une multitude de perspectives, dans une perspective d'évaluation 360 degré (Dallé, Gosselin, 2024; Lockyer, Sargeant 2022).

Contexte d'apprentissage en continuité

Les patients partenaires peuvent être intégrés à des équipes d'enseignants de façon régulière, par exemple :

7. Apprentissage de la communication (niveau 5 d'implication de patients)

Dans la CUMF Notre-Dame, une patiente partenaire a intégré l'équipe responsable de l'enseignement de la communication. Une fois par mois, cette équipe interdisciplinaire, formée d'une psychologue, d'une patiente partenaire et d'un médecin de famille, anime des ateliers réflexifs sur la communication et sur la relation de soin auprès des résidents.

8. Apprentissage de la santé mentale (niveau 5 d'implication de patients)

Une patiente partenaire s'est jointe, en 2020, à l'équipe interdisciplinaire de santé mentale de la CUMF Notre-Dame, qui se réunit chaque semaine pour discuter de cas plus complexes en santé mentale. Cette activité permet aux résidents d'être exposés aux enjeux relatifs au contexte de la santé mentale, en travaillant en interdisciplinarité et en partenariat avec les patients.

9. Apprentissage de processus d'amélioration continue (niveau 6 d'implication de patients)

Dans certains milieux, les résidents travaillent conjointement avec des patients partenaires dans des projets d'amélioration continue de la clinique (Codsi et al, 2021). Par exemple, à la CUMF des Eskers d'Amos, des résidents et des patients partenaires ont été impliqués avec le comité de gestion dans un projet pilote portant sur la réduction du taux de non-présentation des patients à leurs rendez-vous, qui constitue un défi organisationnel pour les équipes cliniques.

Contexte d'apprentissages ponctuels

10. Cours ponctuels (niveaux 2, 3 ou 4 d'implication de patients)

Les patients partenaires participent également, de manière ponctuelle, à des séances d'apprentissage portant sur des sujets précis.

Par exemple, plusieurs cours (d'une durée moyenne de 2 heures) ont été coconstruits et animés avec des patients partenaires, notamment des cours sur le rapport à la sexualité des personnes âgées, la MPOC (Deslauriers et al, 2023), la proche aidance, le soin en SRV, des cours d'éthique narrative et d'autres.

Exemples tirés d'autres programmes de résidence de médecine de famille

Le programme de médecine de famille de l'Université de Montréal présente plusieurs exemples d'implications possibles pour les patients partenaires. Bien d'autres pistes d'implication sont possibles selon la couleur et les réalités de chaque programme et de chaque université. Par exemple, d'autres initiatives prennent racine dans différents programmes de médecine de famille. À l'Université de Sherbrooke, au Québec, par exemple, une patiente partenaire a été identifiée et impliquée dans plusieurs projets pédagogiques clés : coconstruction et animation de sessions réflexives visant à améliorer la relation patient-médecin, participation aux sessions de discussion en santé mentale et séances de discussion sur la collaboration interprofessionnelle.

Elle participe également à la construction et à l'animation de réunions administratives du corps professoral de la clinique. D'autres exemples importants sont décrits, notamment en France, en particulier à travers l'expérience de Bobigny, dans laquelle les patients partenaires ont été intégrés dans des séances de groupes d'échange dans une optique de pratique réflexive.

Cette implication représente environ 300 heures par année offertes à 180 résidents, en duo avec des médecins enseignants (Gross, Gagnayre, 2021; Guary et al, 2023).

Discussion

Enjeux à discuter, pistes prochaines

Une programmation de recherche est en cours pour mieux comprendre et mesurer l'importance de l'impact de ces différentes implications sur les programmes de formation et sur la profession médicale. Cependant, si nous pensons qu'il est essentiel de mesurer l'impact de telles initiatives, nous pensons qu'il est important de rappeler la visée de ces mesures d'impact. Impliquer de façon systémique des patients partenaires reste d'abord et avant tout une décision institutionnelle, fondée sur des valeurs de partenariat, d'humanisme et de responsabilité sociale (Dijk et al, 2020 ; Flora, et al, 2016)¹.

Si la volonté institutionnelle est présente, les mesures d'impact doivent servir à comprendre comment mieux implanter le partenariat avec les patients, et non pas à savoir si celui-ci devrait être implanté ou non. Cette nuance étant faite, certains résultats préliminaires basés sur nos observations de terrain sont intéressants à mentionner pour les programmes qui souhaiteraient débiter de telles initiatives.

¹ Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec. Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux.

Rappelons que le programme de médecine de famille a pu s'appuyer sur l'expertise du Bureau du patient partenaire, dont la mission est d'accompagner l'intégration des patients partenaires dans les différentes unités de formation. La présence d'un Bureau du patient partenaire ou d'une structure équivalente dans une faculté de médecine constitue un important facteur de succès pour soutenir et encadrer les différentes initiatives de partenariat (Dijk et al, 2020).

De plus, dans le contexte d'une implication dans un programme de médecine de famille, le profil des patients partenaires recherchés doit être adapté à ce contexte particulier. Nous remarquons une nette valeur ajoutée au fait que le patient possède un savoir expérientiel directement tiré de son contact avec la médecine de première ligne. Par exemple, il est pertinent qu'il ait fréquenté les consultations sans rendez-vous et qu'il ait consulté à plusieurs reprises son médecin de famille, l'infirmière clinicienne, etc. Idéalement, le patient devrait être suivi dans une clinique universitaire de médecine de famille, car il aura ainsi déjà consulté des médecins résidents et des étudiants, en contexte de première ligne.

Cela peut paraître facile à implanter, mais les patients partenaires qui sont habituellement impliqués en pédagogie médicale sont, plus souvent, des patients qui ont une grande expérience de vie avec la maladie et qui, de ce fait, ont une grande expérience hospitalière, ainsi que des suivis en médecine spécialisée autres que ceux de la médecine de famille. La réalité de la médecine de première ligne dans les cliniques est différente (Sannié, 2019).

D'ailleurs, afin d'augmenter leur savoir expérientiel en première ligne, le Bureau du patient partenaire a organisé des séances préparatoires dans une clinique universitaire de première ligne, au cours desquelles des patients partenaires ont pu observer des résidents dans leur quotidien clinique. Ces séances d'observation leur ont permis de mieux se préparer à intervenir dans le contexte de l'enseignement de la médecine de famille. Par ailleurs, notre expérience nous permet de recommander que les patients partenaires puissent participer à plusieurs activités pédagogiques à différents niveaux dans le programme. Ces patients développent ainsi une vision plus globale du programme, ce qui augmente leur compréhension des enjeux systémiques et renforce la pertinence de leurs interventions.

Dans la même lignée que nos collègues de France (Guary et al, 2023 ; Gross, Gagnayre, 2021), nous nous permettons également de souligner l'importance d'intégrer des patients partenaires dans des contextes où une continuité pédagogique est possible. Ceci permet, selon nos observations, de renforcer grandement leur identité de pédagogues, autant pour eux que pour l'équipe de cliniciens de terrain et auprès des résidents (Descôteaux et al, 2025).

Finalement, les coûts de rémunération doivent aussi être prévus. Les patients partenaires sont rémunérés en tant que patients formateurs, en reconnaissance de leur expertise. Une sensibilisation doit donc être effectuée quant à l'importance de prévoir un budget adéquat au préalable (Richards et al, 2018).

Conclusion

Nous avons brièvement décrit dans cet article différentes initiatives de partenariat avec les patients au sein d'un programme post-gradué de médecine de famille. Dans une perspective visant à contribuer à la démocratisation des soins et à l'ouverture de nos institutions à un engagement accru des patients, nous espérons que ces initiatives pourront inspirer d'autres programmes de formation à travailler en partenariat.

L'intégration d'une pluralité de perspectives, en particulier celle des patients, dans la construction et l'amélioration des programmes de formation constitue une étape essentielle dans cette démarche. Notre article se veut, en ce sens, une proposition d'idées et d'initiatives relativement simples à mettre en œuvre pour tout programme souhaitant améliorer son offre de formation.

BIBLIOGRAPHIE

Berkesse A, Tourniaire N, Larget A, Jarno P, Dumez V. (2022). Le partenariat avec les patients dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé : raisons d'agir, types de contribution, degrés et niveaux d'engagement. *Kinésithérapie Scientifique*. N° 644, pp. 33–39.

Codsi MP, Karazivan P, Rouly G, Leclaire M, Boivin A. (2021) Changing relationships: How does patient involvement transform professional identity? An ethnographic study. *BMJ Open*. N°11(7):e045520. doi:10.1136/bmjopen-2020-045520.

Dallé L, Gosselin I. (2024). Implication des patients dans l'évaluation multisource : élaboration et évaluation d'un outil de rétroaction destiné aux résidents en médecine familiale. *Pédagogie Médicale*. N° 25(1), pp. 27–40.

DCPP (2016). [Guide de recrutement des patients partenaires](#). Direction collaboration et partenariat patient, Université de Montréal; 2016. Disponible à: <https://ceppp.ca/ressources/guide-de-recrutement-des-patients-partenaires/>

DCPP (2016). [Référentiel de compétences des patients partenaires](#). Direction collaboration et partenariat patient. Université de Montréal. Disponible à: <https://ceppp.ca/ressources/referentiel-de-competences-des-patients-partenaires/>

Descôteaux A, Codsí MP, Del Grande C, Alègre L, Clovin T, Stock BP, Jackson M, Dumez V. (2025). From fringe to core: Speaking out about our evolving role as patient partners in the PARTENAIRES interprofessional education programme. *Clin Teach*. 22(5):e70199. doi:10.1111/tct.70199

Deslauriers T, Tremblay A, Bihan H, Codsí MP, Rouly G, Leclaire M, et al. (2023). [Family medicine residents' perspectives about patient partners' participation in teaching participation in their training: A retrospective case study using a mixed-method explanatory sequential design](#). *Research Square*. Disponible à: <https://www.researchsquare.com/article/rs-3515949/latest>

Dijk SW, Duijzer EJ, Wienold M. (2020). Role of active patient involvement in undergraduate medical education: A systematic review. *BMJ Open*. 10(7):e037217. doi:10.1136/bmjopen-2020-037217

Dumez V, et al. (2026). The patient as educator. In: Dent J, Harder R, Steinert Y, editors. *A practical guide for medical and health professions teachers*. 7th ed. Elsevier; In press.

Eijkelboom C, Brouwers M, Frenkel J, van Gurp P, Jaarsma D, de Jonge R, et al. (2023). Twelve tips for patient involvement in health professions education. *Patient Educ Couns*. N° 106, pp. 92–97. doi:10.1016/j.pec.2022.07.001

Flora L, Berkesse A, Payot A, Dumez V, Karazivan P. (2016). The application of an integrated model of partnership-patient in the professionals of health training: Towards a new humanist paradigm and ethics of co-constructed knowledge in health. *J Int Bioethique Eth Sci*. N° 27(1–2), pp. 59–72.

Flora L. (2012). *Le patient formateur: élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé* [thèse]. Université Paris 8.

Gross O, Gagnayre R. (2021). Diminuer les injustices épistémiques au moyen d'enseignements par et avec les patients : l'expérience pragmatiste de la faculté de médecine de Bobigny. *Can J Bioeth*. N°4(1), pp. 70–78.

Guary J, Hébert P, Maury A, Le Ridant M, Renaut P, Odent S, et al. (2023). Changes in French family medicine residents' perspectives about patient partners' participation in teaching: A qualitative study in co-facilitated practice exchange groups. *Med Teach*. N° 45(11), pp.1239–1246.

Lockyer J, Sargeant J. (2022). Multisource feedback: An overview of its use and application as a formative assessment. *Can Med Educ J*. N° 13(4) pp.30–35.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). [Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux](#). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

Richards DP, Jordan I, Strain K, Press Z. (2018). Patient partner compensation in research and health care: The patient perspective on why and how. *Patient Exp J*. N° 5 (3), pp. 6–12.

Sannié T. (2019). Des patients partenaires d'enseignement : une avancée historique dans les formations médicales. *Santé Publique*. N° 31(4), pp.473–474.

Unité de soutien SSA Québec. (2023). [Module 101 : Les fondements du partenariat patient](#). Disponible à : <https://ssaquebec.ca/nouvelles/module-101-les-fondements-du-partenariat-patient/>