

État des lieux, en Fédération Wallonie-Bruxelles, de l'implication des patients dans les dispositifs pédagogiques infirmiers

Catherine Dans, Isabelle Aujoulat, Franck Manzoni, Isabelle Bragard

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2026/1 vol. 38 , PAGES 147 À 156

ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

Date de mise en ligne : 27/03/2026

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2026-1-page-147?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2026-1-page-147?lang=fr).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

État des lieux, en Fédération Wallonie-Bruxelles, de l'implication des patients dans les dispositifs pédagogiques infirmiers

An overview of patient involvement in the training of nurses in the Wallonia-Brussels Federation of Belgium

Catherine Dans¹, Isabelle Aujoulat², Franck Manzoni³, Isabelle Bragard⁴

⇒ Résumé

Introduction : Si la nécessité de l'implication des patients à différents échelons des systèmes de soins de santé est de plus en plus reconnue, leur implication dans la formation des professionnels de la santé, en particulier les infirmiers, est moins documentée.

But de l'étude : Cette recherche vise à documenter l'implication des patients dans la formation des infirmiers en Fédération Wallonie-Bruxelles (Belgique). Elle a pour objectif de (i) décrire le type d'implication des patients dans les dispositifs rencontrés et (ii) comprendre quelles sont les conditions qui influencent cette implication.

Méthodologie : Il s'agit d'une recherche qualitative, exploratoire et descriptive, par entretiens semi-dirigés auprès d'enseignants impliquant des patients dans leur dispositif pédagogique.

Résultats : Dix des onze instituts d'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles dispensant une formation en soins infirmiers intègrent des patients dans 21 dispositifs pédagogiques. Les entretiens menés auprès de 24 enseignants impliqués dans ces 21 dispositifs ont montré que, dans la majorité des cas, l'implication des patients demeure limitée. Les modalités de collaboration ainsi que la formation des patients peuvent dépendre de l'intervention d'une tierce personne. Malgré un soutien institutionnel majoritairement présent, peu de moyens financiers sont alloués à ce type d'enseignement.

⇒ Abstract

Introduction: While the importance of involving patients at various levels of healthcare systems is increasingly acknowledged, their participation in the training of healthcare professionals—particularly nurses—remains under-documented.

Aim of the Study: This study aims to explore patient involvement in the training of nurses within non-university higher education institutions in the Wallonia-Brussels Federation (Belgium). The objectives are (i) to describe the forms of patient involvement identified in nursing education programs, and (ii) to understand the conditions that influence this involvement.

Methodology: This is an exploratory and descriptive qualitative study based on semi-structured interviews with educators who integrate patients into their teaching practices.

Results: Ten out of the 11 institutions offering nursing programs in the Wallonia-Brussels Federation involve patients in 21 educational initiatives. Interviews with 24 educators revealed that, in most cases, patient involvement remains relatively limited. The modes of collaboration and patient training often rely on the intervention of a third party. Although institutional support is generally present, few financial resources are allocated to this type of teaching. The status of patients and the preparation of both patients and educators for collaboration are rarely formalized.

Conclusion: Patient involvement in nursing education largely depends on the personal commitment of individual educators. There is a need for further reflection on the resources and

¹ Institut de recherche santé et société (IRSS), faculté de santé publique, université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.
Haute École Libre Mosane, département paramédical : Sainte-Julienne, Liège, Belgique.

² Institut de recherche santé et société (IRSS), faculté de santé publique, université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

³ Université Dauphine PSL/ École nationale supérieure des mines, université des patients, Sorbonne université, Paris, France.

⁴ Haute École Libre Mosane, centre de recherche, Liège, Belgique.

Le statut des patients et la préparation des patients et des enseignants à collaborer sont peu formalisés.

Conclusion : L'implication des patients dans la formation des infirmiers reste majoritairement dépendante d'un engagement personnel des enseignants. Une réflexion sur les moyens et les formations pour préparer les patients et les enseignants à collaborer s'impose.

Mots-clés : enseignement infirmier ; infirmier ; collaboration ; patient ; enseignant.

training necessary to support effective collaboration between patients and educators.

Keywords: nursing education; nursing; collaboration; patient; educator.

Introduction

De nouvelles façons de penser et d'agir se développent dans le but d'améliorer la qualité des soins et des services de santé. Un nombre croissant de recommandations [1] vont dans le sens d'une meilleure reconnaissance de l'expertise des patients à différents niveaux décisionnels, pour répondre aux nombreux défis auxquels les systèmes de santé font face.

Souvent, la question se pose de savoir si l'expérience de vie avec la maladie est suffisante pour « hisser » le patient au statut « d'expert ». Selon certains auteurs [2,3], pour effectuer cette transition, le patient se distancie de son expérience, ce qui lui permet de développer une expertise pouvant être reconnue suivant son utilité. Ainsi, les patients, experts de leur vie avec la maladie, feraient progresser l'expertise collective.

Le Modèle de Montréal [3], qui s'est imposé comme référence en francophonie, explique comment et dans quels domaines les patients experts peuvent être impliqués. Selon ce modèle, l'implication des patients s'étend dans 5 domaines différents : les soins directs en tant que « patients ressources » ou pairs aidants, la gouvernance des institutions de soins, les politiques de santé, la recherche et la formation des professionnels de la santé. C'est de ce dernier domaine dont il est question dans cet article.

La littérature internationale traite de l'implication de patients dans la formation des professionnels de santé, en majorité des médecins [4]. Différents types d'implication de patients, allant du témoignage de leur vie avec la maladie à la co-construction du programme de cours, y sont relatés. Ces types sont classés par Towle et al. [5] selon une typologie basée sur 6 attributs : implication du patient, durée de contact, autonomie, formation, implication dans la planification, rencontres et programme et engagement institutionnel. Cette typologie permet de nuancer la façon dont le patient collabore avec l'enseignant en complétant

le Modèle de Montréal [3]. Le premier attribut concerne le degré d'implication du patient :

- Type 1 : Cas papier ou scénario électronique où le patient est l'objet de l'attention.
- Type 2 : Patient standardisé : la rencontre du patient avec l'étudiant se fait sur base d'un scénario construit qui sert d'exemple pour illustrer ou renforcer l'apprentissage (simulation¹).
- Type 3 : Partage d'expérience de vie : l'enseignant planifie la rencontre et le patient détermine le niveau de participation (témoignage, jeux de rôle, etc.).
- Type 4 : Patient et enseignant interviennent ensemble : l'enseignant prépare le cours, les deux peuvent évaluer les étudiants. Le patient reçoit une préparation spécifique.
- Type 5 : Patient et enseignant sont partenaires égaux. Ensemble, ils développent le cours, l'enseignent et l'évaluent. Le patient fait des choix significatifs par rapport à la prise de décision.
- Type 6 : Le patient collabore au programme d'études à un niveau institutionnel en plus d'être partenaire égalitaire.

Les travaux portant sur l'implication des patients dans la formation des professionnels de soins concernent le plus souvent les médecins [4,6] et traitent majoritairement de l'impact sur les savoirs des étudiants en matière de raisonnement clinique et d'empathie [6]. Peu de travaux concernent la formation des infirmiers. Or, ces professionnels occupent une place majeure dans les soins.

La présente recherche a été conduite dans la partie francophone de Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles ; FWB). Elle vise à documenter l'implication des patients² dans la formation des infirmiers responsables en soins

¹ Simulation : technique pédagogique qui permet d'apprendre dans un contexte proche de la réalité.

² Le terme générique « patient » est volontairement utilisé plutôt que « patient expert » ou « patient formateur », reflétant le terme employé par la majorité des enseignants rencontrés lors de cette recherche.

généraux dans l'enseignement supérieur non universitaire. Elle a pour objectif (i) de décrire le type d'implication des patients dans les dispositifs rencontrés et (ii) de comprendre quelles sont les conditions qui influencent cette implication des patients.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une recherche qualitative, exploratoire et descriptive, fondée sur des entretiens semi-dirigés menés auprès d'enseignants impliquant des patients dans leur programme en FWB.

Critères d'éligibilité des dispositifs pédagogiques inclus dans l'étude

Trois critères d'éligibilité ont été retenus. Le premier nécessitait que le dispositif soit organisé dans une formation initiale d'infirmiers en soins généraux en FWB. Le deuxième critère reposait sur la présence physique de patients dans le cours (dispositifs 2 à 5 suivant la typologie de Towle et al. [5]). Enfin, la formation devait avoir été dispensée au moins une fois (les dispositifs en préparation sont exclus.)

Seuls les enseignants actifs dans les dispositifs pédagogiques sélectionnés sont inclus dans cette recherche.

Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon s'est basé sur 2 stratégies concomitantes. Au départ d'un échantillon de convenance, une procédure en « boule de neige » a permis, à partir des informations transmises par les enseignants interrogés, d'obtenir les coordonnées d'autres collègues impliquant des patients dans leur enseignement. En parallèle, un contact systématique a été établi avec les directeurs d'enseignement des 11 instituts d'enseignement (appelés hautes écoles en FWB) où la formation d'infirmiers est dispensée. Le croisement des informations a permis de recenser d'autres enseignants impliquant des patients dans leur dispositif d'enseignement.

C'est ainsi que 31 dispositifs ont été identifiés au départ, desquels 10 ont été exclus : 4 ne faisaient pas intervenir physiquement les patients (cf. type 1 de la typologie de Towle et al. [5]), 3 n'avaient pas encore eu lieu et 3 n'étaient pas enseignés en formation initiale. Au total, 21

dispositifs ont été inclus, dispensés dans 10 des 11 hautes écoles de la FWB. Parmi celles-ci, 2 hautes écoles avaient 1 dispositif, 3 hautes écoles en avaient 2, 3 hautes écoles en organisaient 3 et 1 haute école en organisait 4.

Recueil des données

Une réponse d'au moins un enseignant a été obtenue dans chacune des 11 hautes écoles.

Comme détaillé dans le tableau 1, sur les 21 dispositifs retenus, 17 impliquaient un seul enseignant et 4 impliquaient entre 2 et 6 enseignants. Sur les 32 enseignants concernés par ces dispositifs, 24 ont accepté de participer à un entretien individuel ou en équipe. Parmi ces 24 enseignants, 21 étaient des femmes et 3 étaient des hommes. Tous ont suivi une formation initiale d'infirmier et l'ont poursuivie par des formations complémentaires allant d'une spécialisation à un doctorat, en passant par un master en santé publique.

Lors des entretiens, les enseignants ont été invités à décrire la genèse de leur dispositif de formation impliquant des patients, les freins et leviers rencontrés, les effets attendus de la participation des patients en fonction des objectifs pédagogiques ainsi que la description précise du dispositif de collaboration dans les aspects de préparation, d'enseignement et d'évaluation.

La durée moyenne des entretiens était de 1 h 12 min avec un écart allant de 0 h 42 mins à 2 h 09 min. Les entretiens ont eu lieu de décembre 2021 à mai 2023.

Méthode d'analyse des données

Les 21 entretiens ont été enregistrés et retranscrits *ad verbatim* pour faire l'objet d'une analyse thématique descriptive [7]. Le travail de codage a été fait manuellement et les extractions de données ont été classées à l'aide d'une grille sur Excel.

Pour répondre à la première question, portant sur *le type d'implication des patients*, les unités d'analyse étaient prédéfinies à partir des 6 attributs repris de la typologie de Towle et al. [5]. Pour augmenter la fiabilité du classement, une validation inter-codeurs [8] a été opérée entre la chercheuse principale (CD) et un patient ayant une expérience de formation des soignants (FM) pour 10 dispositifs. Les perceptions divergentes ont été résolues au moyen de discussions entre les deux chercheurs.

Pour répondre au deuxième objectif de recherche, traitant des conditions qui influencent le développement de tels dispositifs, une première liste de 5 rubriques de

Tableau I : Description des 21 dispositifs

Type d'implication (Towle et al. [5])	Année d'études (1 à 4)	Nature du cours (A)	Méthode pédagogique	TP ^a	Nombre étudiant	Nombre patient	Nombre enseignant/titulaire	Numéro du dispositif
2	2	AC ^b	SG ^c	Oui	80	1	1	6
	2	AC	SG	Oui	8-10	1	1	10
3	2	P ^d	GG ^e	Oui	NP ^f	1	1	2
	2	P	GG	Non	180	1	1	3
	1	P	GG	Non	30-60	3	1	5
	2	AC	SG	Oui	85-90	25	1	8
	1	P	GG	Non	120	2	2	9
	2	P	GG	Oui	70	1	1	11
	4	AC	SG	Non	200	1	1	12
	4	AC	SG	Oui	200	1	1	13
	2	P	SG	Oui	60-80	1-4	1	14
	3	P	GG	Oui	70-80	3	1	15
	4	P	GG	Oui	2-22	4	1	16
	3	P	GG	Non	30-40	1	1	17
	2	P	SG	Oui	100-125	3-4	1	18
	3	AC	SG	Oui	200	NP	2	20
4	3	AC	SG	Oui	NP	5	3	21
5	3	DS ^g	SG	Oui	60-80	6-8	1	1
	3	AC	SG	Oui	70-90	6-8	1	4
	4	AC	SG	Oui	NP	15-25	1	7
	3	DS	SG	Oui	80-90	6	6	19

^a : Tierce personne^b : Activité clinique y compris simulation^c : Sous-groupe^d : Spécifique à 1 pathologie : par. ex : insuffisance cardiaque^e : Grand groupe^f : Non précisé^g : Démarche en soins : éducation thérapeutique du patient, communication

classement [7] a été prédéfinie en fonction des questions qui avaient été explorées lors des entretiens, à savoir : la genèse du projet, les freins, les leviers, les effets attendus, les modalités précises de préparation, d'enseignement et d'évaluation. Au début de l'analyse du matériau, une double lecture de plusieurs entretiens a été effectuée par deux chercheuses (CD et IA). La mise en commun de leur

travail a fait émerger des thèmes transversaux désignant différents types de conditions, telles que la liberté pédagogique, la charge de travail, les valeurs de l'enseignant, le soutien de la direction, le rôle d'une tierce personne dans la préparation des patients, etc. Ces thèmes ont été appliqués par CD à l'analyse des entretiens suivants. La synthèse des résultats de la deuxième question est

présentée ci-après selon 3 catégories finales regroupant ces thèmes : (i) les conditions liées à l'organisation, (ii) les conditions liées aux patients et (iii) les conditions liées aux enseignants.

Considérations éthiques

La participation à cette étude était entièrement libre. Comme elle portait sur un dispositif pédagogique ne modifiant pas la santé des personnes, l'accord d'un comité d'éthique n'était pas requis. Toutefois, un avis consultatif a été demandé au comité d'éthique hospitalo-facultaire des cliniques universitaires Saint-Luc et de l'UCLouvain en cours de recherche, et le projet a été approuvé (2024/22jul/362).

Résultats

Les résultats se déclinent en deux parties : tout d'abord, la description des dispositifs selon la typologie de Towle et al. [5] ensuite, l'analyse des conditions influençant l'implication des patients dans la formation initiale des infirmiers.

1. Caractérisation des dispositifs suivant l'implication des patients

La description des dispositifs (type d'implication, année d'études, nature du cours, méthode pédagogique, tierce personne, nombre d'étudiants, de patients et d'enseignants impliqués) rencontrés dans 10 des 11 hautes écoles dispensant la formation des infirmiers responsables en soins généraux en FWB est présentée dans le tableau 1.

Les modalités de collaboration suivant les 6 attributs de la typologie de Towle et al. [5] ont permis de caractériser les 21 dispositifs rencontrés. Les détails des attributs ayant permis cette classification sont repris ci-dessous.

Attribut 1 : Type d'implication des patients. Une majorité des dispositifs de notre échantillon (N = 14) correspondait au type 3 (patients partageant un savoir expérientiel). Pour 2 dispositifs, l'implication du patient se faisait sur base d'un scénario construit par l'enseignant (type 2). Un dispositif collaborait avec des patients spécifiquement formés pour intervenir (type 4). Les 4 derniers incluaient le patient comme partenaire égalitaire (type 5). Aucun patient n'était impliqué à un niveau institutionnel (type 6).

Attribut 2 : Durée de contact entre les patients et les étudiants.

Dans les activités cliniques, le nombre d'heures d'intervention des patients était souvent de 4 à 6 h sur un volume total allant jusqu'à plusieurs centaines d'heures (incluant les stages). Pour les activités théoriques, il était principalement de 2 h, quel que soit le volume total de l'activité (de 8 à 40 h). Une exception a été observée dans une activité dispensant 100 % de ses heures (15 h) en présence de patients.

Attribut 3 : Autonomie des patients dans la conception des cours. Trois niveaux ont été définis. L'autonomie était considérée comme *faible* quand le patient intervenait dans un canevas construit par l'enseignant. Ces situations (N = 16) se retrouvaient surtout dans des dispositifs où il était invité à entrer dans un rôle de simulation, à apporter une partie de son vécu expérientiel, à répondre aux questions des étudiants ou à animer des groupes de discussion sur base d'une thématique prédéfinie. L'autonomie était considérée comme *moyenne* quand le patient partageait son expérience de vie avec la maladie, en lien avec un cours spécifique (N = 1). Pour 4 dispositifs, l'autonomie était *élevée* : les patients animaient des ateliers pour lesquels ils co-construisaient les objectifs, les méthodes et le contenu avec les enseignants.

Attribut 4 : Formation du patient. Elle variait en fonction de la présence ou non d'une tierce personne, issue du milieu des soins, d'une association de patients (structure bénévole) ou d'un organisme extérieur (structure professionnelle). Dans 5 dispositifs (sur 14) du type 3, il n'y avait pas de tierce personne. L'enseignant préparait le patient, pendant une durée plus ou moins longue, avant son intervention. L'enseignant numéro 2 (E2) dont le dispositif pédagogique relève du type 3 (T3) de la typologie de référence expliquait que cette pratique évitait de « *formater et de policer* » (E2, T3) leur discours. Un autre enseignant s'était impliqué dans la préparation du patient en l'absence de moyens financiers permettant de recourir à l'aide d'un organisme extérieur. Dans ces cas, les patients n'étaient pas formés à l'intervention mais bien informés des spécificités du cours : titre, année d'études, nombre d'étudiants, heure d'intervention, objectif du cours, nature de l'intervention (question/réponse, témoignage, interactions en petits groupes). Dans les 16 autres dispositifs, une tierce personne était impliquée. Deux cas de figure étaient rencontrés : soit elle informait uniquement le patient, soit elle les formait. Le premier cas (N = 7) impliquait des associations de patients ou une tierce personne issue du milieu des soins. Le deuxième cas (N = 9) concernait des organismes extérieurs où la préparation du patient variait d'un organisme à l'autre et n'était pas standardisée. Sur 3 organismes concernés, un seul, grâce à un financement spécifique, avait développé un programme standardisé recommandé à tous les patients s'impliquant

dans un dispositif via leur intermédiaire. C'est ainsi que l'on retrouve un cadre d'intervention similaire dans les 4 dispositifs où il intervenait. Les enseignants de ces 4 dispositifs désignaient également les patients par le terme « patient formateur », ce qui correspondait à l'appellation spécifique utilisée par cet organisme. Les autres enseignants, du type 5, les désignaient par le terme « patient partenaire », tandis que les enseignants du type 3 utilisaient tous le terme « patient ».

Attribut 5 : Implication du patient dans la planification, les rencontres et le programme. Celle-ci variait selon l'intervention ou non de la tierce personne. Plus le patient était formé par elle, plus il était impliqué dans la planification, les rencontres et le programme : « *Il y a eu des réunions préparatoires avec l'équipe de patients formateurs et on a créé le cours tous ensemble* » (E19, T5). Quand il n'y avait pas d'organisme extérieur, l'implication dans les décisions liées à la planification et au programme de cours était moindre. Une variabilité selon l'enseignant était observée, laissant parfois une grande liberté quant aux thèmes à aborder pendant les 2 h de cours concernées : « *Je lui ai dit : à toi d'expliquer ce que tu veux expliquer* » (E17, T3).

Attribut 6 : Engagement institutionnel. Aucun dispositif étudié n'impliquait des patients dans la gouvernance de l'établissement d'enseignement.

2. Les conditions qui influencent l'implication des patients dans les dispositifs de formation initiale des infirmiers

Indépendamment du type d'implication des patients, les conditions rapportées par les enseignants concernaient les conditions de faisabilité organisationnelles, les conditions de faisabilité liées aux patients et les conditions de faisabilité liées aux enseignants.

2.1. Conditions de faisabilité organisationnelles

Pour les trois quarts des enseignants, la liberté pédagogique et le soutien de la direction ont été identifiés comme étant des conditions facilitantes. Toutefois, une charge de travail logistique supplémentaire, inhérente à ce type de collaboration, a régulièrement été rapportée.

Concernant la liberté pédagogique, un enseignant (E2, T3) a précisé « *que c'est super important aussi d'avoir une liberté pédagogique* ». Cette condition favorable était inhérente au contexte de l'enseignement supérieur. D'autres éléments, liés à l'organisation de chaque institution, étaient rapportés, comme, tout d'abord, la collaboration avec une tierce personne qui centralisait le travail de

communication avec les patients : « *Très clairement avoir le soutien d'une organisation extérieure c'est quand même un fameux facilitateur* » (E4, T5). Ensuite, la possibilité de réunions en distanciel (via Teams) était un autre élément invoqué qui simplifiait l'organisation et diminuait le coût des déplacements des patients. Enfin, le soutien de la direction, à travers une reconnaissance du travail fourni, était largement cité par les enseignants et vécu comme important. Ce soutien se manifestait aussi, dans la mesure du possible, financièrement : « *On doit demander des sous à la direction et ce n'est pas toujours simple. Mais en tout cas, elle est à l'écoute. Maintenant, ce que l'on va recevoir on verra...* » (E1, T5). D'autre part, presque tous les enseignants ont également souligné la charge de travail supplémentaire occasionnée.

Au niveau logistique, cela impliquait d'adapter les horaires, réserver les locaux, le parking, compléter les documents d'assurance liés à la venue des patients : « *D'un point de vue purement organisationnel [...], ce sont des dispositifs qui prennent beaucoup de temps* » (E4, T5). En amont, cela supposait de libérer du temps pour des réunions préparatoires : « *On s'est rencontrées plusieurs fois avant d'animer : donc ça a demandé quand même beaucoup d'investissement* » (E3, T3). Une autre charge de travail résidait dans la nécessité de devoir prévoir « un plan B » si un patient se désistait à la dernière minute : « *Il y en a une qui a envoyé un mail à 7 h 30 pour dire : 'ça ne va pas' [comprendre : il est malade, il ne viendra pas]* » (E20, T3).

2.2. Conditions de faisabilité liées aux patients

Deux éléments facilitants ont été pointés : la préparation des patients et la reconduite du dispositif à l'année suivante. À côté de cela, un obstacle concernant certaines compétences pédagogiques manquantes a été relevé.

Une hétérogénéité des modalités de recrutement et du type de préparation des patients a été constatée. Le fait que les patients aient été, le cas échéant, préalablement formés et préparés par une tierce personne, rassurait les enseignants : « *[Une activité] qui demande de leur part d'avoir suivi une formation. Parce que c'est vrai que [...] ça peut quand même les ébranler* » (E21, T4). Toutefois, certains reconnaissaient que la formation aurait pu être améliorée en fonction des besoins des enseignants. La continuité de l'implication d'un même patient dans un même dispositif pédagogique au cours des années apportait un confort et facilitait le travail ainsi que le lien de confiance qui se développait, au fur et à mesure, entre les différents protagonistes : « *Il y a quelque part aussi un véritable échange entre nous qui fait qu'on se connaît de mieux en mieux [...]* Je suis super confortable avec elle parce que je

sais que, dans tous les cas, cela se passera bien » (E6, T2). Un enseignant a fait remarquer que tous les patients ne convenaient pas pour toutes les thématiques abordées et qu'il était nécessaire de bien choisir la thématique préalablement. Un autre a avancé que certains patients n'avaient pas les compétences pédagogiques minimales requises. Cela renvoyait au malaise ressenti chez certains enseignants face à l'attitude jugée moins adéquate de certains patients : « *Cela reste une difficulté. Parce que j'en ai 3, dans ma tête, pour qui je me dis qu'ils ne sont pas complètement à leur place en faisant cela. [...] Alors ils risquent de faire peut-être plus de mal que de bien. [...] Les étudiants pourraient dire que c'est vraiment dur de collaborer avec un patient parce qu'ils auront été en contact avec un patient qui est un peu rude* » (E1, T5).

2.3. Conditions de faisabilité liées aux enseignants

Les enseignants ont mis en avant leurs représentations de l'impact positif de l'implication des patients à différents niveaux, tout en exprimant unanimement une difficulté liée au manque de statut du patient.

Une condition rapportée par les enseignants portait sur leur conviction que l'implication des patients dans leur enseignement apporte quelque chose à leurs étudiants : « *Je pense que c'est quelque chose qui, à terme, est réellement impactant et laisse des traces chez les étudiants* » (E21, T4). Un enseignant a souligné l'importance de l'aspect émotionnel qui ressortait lors du témoignage du patient. La satisfaction rapportée par les étudiants, de rencontrer les patients, semblait représenter un important levier motivationnel pour les enseignants – tous types de dispositifs confondus. L'apport de l'implication des patients dans l'enseignement était évalué dans 5 des 21 dispositifs au moyen d'évaluations formelles concernant les acquis d'apprentissage. Les enseignants ont rapporté en outre que cette expérience était riche pour les patients aussi. Enfin, ils y trouvaient également une plus-value personnelle et professionnelle, comme cet enseignant qui évoquait la reconnaissance du patient envers le travail des infirmiers : « *J'avais juste envie de pleurer sur le côté* » (E17, T3). D'autres enseignants expliquaient qu'impliquer un patient dans leur dispositif pédagogique était dynamisant au niveau personnel. Indépendamment du type de dispositif dans lequel ils étaient engagés, beaucoup d'enseignants pensaient que la présence de patients apportait de la cohérence à leurs pratiques : « *Ce dispositif permet de travailler avec les patients là où souvent c'est un discours qui le leur dit mais qui ne le fait pas vraiment* » (E19, T5).

En plus de ces aspects, tous les enseignants exprimaient un malaise lié au statut du patient et certains d'entre eux ajoutaient un malaise vis-à-vis de la relation de travail qui en découlait. Les patients avaient un statut de bénévole, ce qui limitait la possibilité de les rémunérer. L'enseignant n'avait pas de lien hiérarchique avec le patient mais restait néanmoins le garant officiel de l'activité d'apprentissage. Cette position pouvait parfois les placer dans un inconfort quand les patients ne respectaient pas leur « mission », telle qu'elle avait été définie. Un enseignant se questionnait sur sa légitimité à adresser des remarques aux patients. Un autre, qui travaillait avec des patients sans passer par une tierce personne, expliquait qu'il se laissait le choix de recourir à un autre patient l'année suivante.

Discussion

Une grande majorité des hautes écoles organisant la formation d'infirmiers responsables en soins généraux en FWB (N = 10/11) ont au moins un dispositif pédagogique impliquant la présence de patients. Ce résultat pourrait s'expliquer par la diffusion de plus en plus importante du concept de patient partenaire au travers de colloques et de publications scientifiques, mais également par le rôle des organismes extérieurs qui proposent aux enseignants l'implication de patients dans la formation des professionnels de santé.

Concernant les modalités de collaboration, on retrouve une implication ponctuelle et souvent courte (2 h) du patient, sous la forme d'un témoignage de sa vie avec la maladie, sans concertation préalable de ce dernier au sujet de la construction du dispositif pédagogique. Ces résultats rejoignent ceux constatés dans la littérature [9]. Selon les enseignants concernés, l'une des raisons de cette courte implication réside dans le fait qu'elle soit compatible avec le programme de cours. Toutefois, tout en déplorant cette faible implication dans leur dispositif pédagogique, ils espèrent qu'elle marquera émotionnellement les étudiants afin qu'ils s'en souviennent plus tard, dans leur pratique clinique. Ceci rejoint l'avis d'autres auteurs [10] qui mentionnent que la présence des patients apporte une meilleure compréhension des différents contextes culturels, sociaux et psychologiques des patients. Le développement du raisonnement clinique, des habiletés de communication et de l'empathie sont également rapportés [6].

Ensuite, une autre particularité relevée parmi les modalités de collaboration, quel que soit le type d'implication des patients, est l'intervention d'une tierce personne.

Sa fonction variait et influençait la façon dont le patient était préparé à intervenir ainsi que le rôle qu'il occupait dans le dispositif. Cela pourrait s'expliquer par les différences de mandat, de moyens financiers et de ressources humaines présentes au sein de l'organisme. Ces différences influencent le type d'implication du patient et son autonomie au sein du dispositif. À ce titre, les nuances apportées par la présence de la tierce personne mériteraient d'être considérées. Or, la typologie de Towle et al. [5] nous a paru comme insuffisante pour rendre compte de la diversité des dispositifs découlant du rôle important joué par la tierce personne. Comme le mentionnaient Gordon et al. [9], les types d'implication sont parfois plus complexes et ne se classent pas aisément dans un seul niveau. On retrouve par exemple dans le type 3 des degrés d'autonomie variables : lors de 2 heures de cours impliquant un patient, certains patients peuvent développer le contenu qu'ils souhaitent tandis que d'autres ont un canevas précis proposé par l'enseignant et/ou la tierce personne. Ces nuances se retrouvent dans les travaux de Tew et al. [11] et Spencer et al. [6] qui ont inspiré la typologie de Towle et al. [5]. En référence à ces travaux, et aux constats faits en FWB à propos des différents rôles joués par les tierces personnes rencontrées, la typologie de Towle et al. [5] pourrait s'enrichir d'un 7^e attribut, qui permettrait de caractériser plus finement les modalités d'implication des patients dans la formation des professionnels de la santé, et surtout d'y mentionner le rôle de la tierce personne. Cela reflèterait mieux les particularités rencontrées en FWB et probablement ailleurs [12].

Concernant les conditions de faisabilité, nos résultats montrent que les enseignants jouent un rôle central, par leur volonté et leur engagement personnel, motivés par la conviction que la participation des patients est bénéfique pour la formation des étudiants. Plusieurs d'entre eux font explicitement le lien entre leurs valeurs professionnelles, développées notamment dans la spécialisation d'infirmiers en santé communautaire, et la place accordée aux patients dans leur dispositif pédagogique.

Au niveau des conditions de faisabilité liées à l'organisation, il ressort que la liberté laissée à l'enseignant de donner plus de poids au patient, ainsi que le soutien reçu de sa direction, constituent des atouts indéniables. Toutefois, des freins ont été soulignés en termes de temps à consacrer à la préparation des cours avec les patients et, de surcroît, de travail administratif et logistique. Ces mêmes freins sont rapportés dans des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) français [13]. À cet égard, la reconduction d'un même dispositif d'année en année par un même binôme patient/enseignant a été soulignée comme élément facilitateur.

Au niveau des conditions de faisabilité liées aux patients, l'hétérogénéité des modalités de recrutement et du type de préparation des patients questionne les compétences de partenariat attendues par certains enseignants investis dans les dispositifs co-construits avec les patients (type 5). En effet, la co-construction d'un dispositif de formation requiert d'autres compétences, une préparation en amont et un investissement en temps plus conséquent par rapport au témoignage de sa vie avec la maladie. À ce sujet, Tew et al. [11] pensent que le personnel enseignant n'est pas le mieux placé pour recruter et former les patients. Ils recommandent de s'entourer de professionnels spécifiquement chargés de cette mission et ayant, idéalement, une expérience en tant qu'utilisateurs de services. Cet avis est partagé par le ministère français en charge de la santé [14].

Deux éléments sont à discuter en ce qui concerne les conditions de faisabilité liées aux enseignants. D'une part, le peu d'évaluations formelles systématiques (N = 5) empêche de documenter l'apport de l'implication des patients dans l'enseignement. Or, une démonstration de la triple concordance [15] entre les objectifs poursuivis, l'activité d'apprentissage réalisée et l'évaluation amènerait encore plus de crédit et de poids au développement de tels dispositifs. D'autre part, le manque de statut lié au patient en FWB, déploré unanimement par les enseignants, contraste avec d'autres pays. Au Royaume-Uni [16] et en France [14] l'implication des patients dans la formation des professionnels de la santé est reconnue comme importante et est encouragée. En Fédération Wallonie-Bruxelles, une reconnaissance par l'instance décisionnelle des programmes de formation de l'enseignement supérieur belge (l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur) serait un levier important pour avancer. C'est d'ailleurs une des recommandations parues dans le livre blanc du Consortium APPS [1]. Ensuite, le développement d'un statut pour les patients permettrait de préserver leurs droits tout en facilitant l'obtention d'un revenu, via leur activité d'enseignement et une flexibilité dans leurs jours de travail [11]. Enfin, si la formation de patients est préconisée, il serait intéressant de se pencher sur celle des enseignants pour développer leur posture partenariale dans le cadre de leur enseignement et les préparer eux-aussi à mieux collaborer avec les patients. En effet, la posture partenariale est avant tout un état d'esprit qui reconnaît l'autre comme un partenaire de travail avec qui l'on peut échanger [17,18] et de qui on peut apprendre, en fonction des compétences de chacun et dans un contexte toujours situé. Or, cet état d'esprit ne va pas de soi et demande des compétences spécifiques tant chez les enseignants que chez les patients [17-19]. C'est pourquoi apprendre et développer cette posture partenariale au moyen de formations communes est nécessaire.

Forces et limites

Malgré une double stratégie d'échantillonnage, il est possible que nous n'ayons pas couvert l'ensemble des dispositifs impliquant des patients dans la formation initiale des infirmiers en FWB durant la période de notre étude. Une autre limite porte sur le point de vue exclusif des enseignants. Il serait intéressant de le trianguler avec celui des patients et des étudiants.

Enfin, la chercheuse principale (CD) est elle-même enseignante en haute école et implique des patients dans ses dispositifs. Cela lui a conféré une légitimité pour approcher les enseignants concernés par des dispositifs de formation impliquant des patients. Cependant, une mise à distance de son vécu a dû être réalisée, dans le cadre d'un exercice réflexif soutenu par le comité d'accompagnement du projet et au moyen de la triangulation de l'analyse des données avec d'autres chercheurs, co-auteurs de cet article.

Conclusion

Une recherche exploratoire qualitative menée auprès des 11 hautes écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui dispensent un enseignement en soins infirmiers en impliquant des patients a mis en évidence 21 dispositifs impliquant des patients entre 2021 et 2023. Ces dispositifs ont été classés selon 5 niveaux de la typologie de Towle et al. [5], allant de l'implication du patient dans un dispositif de simulation à la co-construction, au co-enseignement et à l'évaluation de l'activité d'apprentissage. Une majorité des dispositifs se situe au niveau 3 – correspondant à une implication relativement faible des patients – sous la forme d'un partage de savoirs expérientiels. Cette classification pourrait être adaptée aux spécificités rencontrées en FWB et probablement ailleurs, en s'enrichissant d'un 7^e attribut relatif à la prise en compte explicite de l'intervention ou non d'une tierce personne. Même si la charge de travail est conséquente pour les enseignants, les avantages liés à la présence de patients sont décrits comme très nombreux et semblent recherchés pour laisser une empreinte émotionnelle à l'apprentissage. Toutefois, une systématisation des évaluations des acquis d'apprentissage réalisées en présence de patients apporterait plus de poids et d'objectivité à l'intérêt de cette implication. En l'absence d'obligation décréte en FWB, le développement de ces pratiques pédagogiques innovantes relève encore le plus souvent de pratiques isolées et laissées au bon

vouloir des enseignants. Si la question de la généralisation de l'implication des patients dans la formation des professionnels de la santé reste ouverte, des réflexions sur les moyens à mettre en place pour préparer et/ou former les binômes patient/enseignant en vue de leur collaboration et le statut à conférer à ces patients restent nécessaires.

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Références

1. Consortium APPS. Orienter les soins vers le patient partenaire : un livre blanc pour la Grande Région [en ligne]. Interreg Grande Région ; 2020. 33 p. [Visité le 05/12/2025]. Disponible sur : https://www.patientpartner.org/files/APPS_White_Book_fr.pdf
2. Tourette-Turgis C. Les patients experts et les soignants, vers des relations de réciprocité. Soins. 2015 ; (796) : 37-9.
3. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique. 2015 ; S1(HS) : 41-50.
4. Gross O, Gagnayre R. Diminuer les injustices épistémiques au moyen d'enseignements par et avec les patients : l'expérience pragmatiste de la faculté de médecine de Bobigny. In : Boudreau LeBlanc A & Affdal A, éditeurs. Montréal : Canadian journal of bioethics/Revue canadienne de bioéthique ; 2021. pp. 70-78.
5. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. Med Educ. 2010 ; 44(1) : 64-74.
6. Spencer J, Blackmore D, Heard S, McCrorie P, McHaffie D, Scherpbier A, et al. Patient-oriented learning : a review of the role of the patient in the education of medical students. Med Educ. 2000 ; 34(10) : 851-7.
7. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 5^e éd. Paris : Armand Colin ; 2021. 432 p.
8. Cohen L, Manion L, Morrison K. Validity and reliability. In : Research methods in education. 8^e éd. Routledge ; 2017. pp. 1-40.
9. Gordon M, Gupta S, Thornton D, Reid M, Mallen E, Melling A. Patient/service user involvement in medical education : a best evidence medical education (BEME) systematic review : BEME Guide No. 58. Med Teach. 2020 ; 42(1) : 4-16.
10. Sharma M. « Can the patient speak ? » : postcolonialism and patient involvement in undergraduate and postgraduate medical education. Med Educ. 2018 ; 52(5) : 471-9.
11. Tew J, Gell C, Foster S. Learning from experience. Involving service users and carers in mental health education and training. Nottingham: Mental Health in Higher Education ; 2004.
12. Schusselé Filiettaz S, Laroussi-Libeault L, Rochat S, Gaillard Desmedt S. Retour d'expérience sur la mise en œuvre du partenariat-patient dans une formation continue en Suisse. Santé Publique. 2024 ; 36(3) : 57-68.
13. Questroy M, Margat A, Gross O, Marchand C. L'engagement des patients dans la formation des étudiants en soins infirmiers : une étude exploratoire. Rech Soins Infirm. 2022 ; 148(1) : 22-39.

14. Thomas B. Vers une participation effective des patients à la formation initiale des médecins : retour sur les travaux menés par le ministère chargé de la santé. *Parten Soin Avec Patient Anal.* 2024 ; (7) : 10-34.
15. Leclercq D. Radiographier les Concordances O-M-E-R d'un cours ou d'un curriculum. In : *Conception et évaluation de cours ou de curriculum de formation.* Liège (Belgique) : Université de Liège ; 2008. pp. 1-37.
16. Gross O, Gagnayre R. Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale. *Rev Fr Pédagogie.* 2017 ; (201) : 71-82.
17. Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Educ Thérapeutique Patient.* 2019 ; 11(1) : 1-8.
18. DCCP, CIO-UdeM. *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux [en ligne].* Université de Montréal ; 2016. 25 p. [Visité le 05/12/2025]. Disponible sur : https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_sss-28-10-2016.pdf
19. Pomey MP, Clavel N, Normandin L, Del Grande C, Ghadiri, P, Fernandez-McAuley I, et al. Assessing and promoting partnership between patients and health-care professionals : co-construction of the CADICEE tool for patients and their relatives. *Health Expect.* 2021 ; 24(4) : 1230-41.