Patient & Community Partnership for Education
informed and shared decision making

THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA
Office of the Vice-President, Health
UBC Health

GUIDES PRATIQUES POUR LA PARTICIPATION DES PATIENT·E·S À LA FORMATION DES PROFESSIONNEL·LE·S DE LA SANTÉ

GUIDE 4

Participation des patient·e·s à l'élaboration et à l'évaluation des programmes d'études

PARTIE 1
Coordonnatrice du guide : Angela Towle
Équipe de contribution :
Amber Bennett-Weston, James Bonnamy, Carolyn Canfield, Holly Harris, Betsabeh Parsa, Adrian Yee

PARTIE 2
Coordonnatrice du guide : Angela Towle
Équipe de contribution :
Lynn Ashdown, Matthijs Bosveld, Katherine Moreau, Arwa Nemir, Carolin Sehlbach



Avant de commencer

Nous vous recommandons de commencer par le Guide d'introduction qui fournit le contexte essentiel pour tirer le meilleur parti de cette série.

Les cinq guides sont disponibles à l'adresse https://meetingofexperts.org/guides-pratiques/

Table des matières

PARTIE 1 : ÉLABORATION DE PROGRAMMES D'ÉTUDES

1. Définitions 1

2. Pourquoi faire participer les patient·e·s à l'élaboration de programmes d'études? 1

3. Cadre d'élaboration de programmes d'études 2

4. Différentes façons de faire participer les patient·e·s à l'élaboration de programmes d'études 3

5. Guide pratique de la co-conception de programmes d'études 5

6. Élaboration de programmes d'études sous l'impulsion des patient·e·s ou de la communauté 7

7. Exemples de participation des patient·e·s aux différentes étapes de l'élaboration du curriculum 9

8. Références 12

PARTIE 2: ÉVALUATION DES PERSONNES APPRENANTES

1. Définitions 13

2. Introduction 14

3. Pourquoi intégrer les patient·e·s à l'évaluation? 14

4. Pour démarrer : les patient·e·s et l'évaluation formative 15

5. Avantages et difficultés liés à la participation des patient·e·s à l'évaluation sommative 17

6. Participation des patient·e·s à l'élaboration des outils d'évaluation 18

7. Travaux de recherche à venir 20

8. Références / Ressources 21

Aperçu des conseils pour faire participer des patient·e·s à l'évaluation 22



Participation des patient·e·s à l'élaboration et à l'évaluation des programmes d'études

GUIDE 4

PARTIE 1 : ÉLABORATION DE PROGRAMMES D'ÉTUDES

Coordonnatrice du guide : Angela Towle
Équipe de contribution : Amber Bennett-Weston, James Bonnamy, Carolyn Canfield, Holly Harris, Betsabeh Parsa, Adrian Yee

1. Définitions

Élaboration de programmes d'études :	processus qui comprend l'identification des problèmes et l'évaluation générale des besoins, l'évaluation ciblée des besoins, la définition des buts et des objectifs, la conception des stratégies pédagogiques, la mise en œuvre, ainsi que l'évaluation et la rétroaction.
Co-conception :	processus participatif dans lequel les patient·e·s agissent comme des partenaires à part entière et prennent part activement au processus de conception.

2. Pourquoi faire participer les patient·e·s à l'élaboration de programmes d'études?

La participation des patient·e·s à l'élaboration des programmes d'études renforce l'authenticité, la pertinence et la responsabilité sociale de la formation des professionnel·le·s de la santé (Towle et coll. 2026). Les patient·e·s apportent leur expérience vécue, qui permet d'ancrer les programmes d'études dans les réalités du terrain. Leur contribution aide ainsi le personnel enseignant et la population étudiante/les personnes apprenantes à aborder des enjeux complexes comme la stigmatisation, la sécurité Culturelle ou la sécurité des patient·e·s avec davantage de nuance et d'humanité. Leur participation contribue également à faire évoluer des programmes d'études qui tardent parfois à s'adapter, afin qu'ils tiennent compte de nouvelles réalités et de nouveaux défis, comme les soins virtuels ou les changements climatiques. La collaboration avec des groupes de patient·e·s issus de diverses communautés peut en outre faire davantage entendre des points de vue sous-représentés et contribuer à réduire les inégalités systémiques en matière de santé. Elle permet de veiller à ce que les programmes d'études reflètent les priorités et les réalités des communautés qu'ils cherchent à servir. Enfin, des études récentes montrent que les patient·e·s et les professionnel·le·s de la santé n'accordent pas toujours la même importance aux différents aspects des soins. La participation des patient·e·s peut donc contribuer à réorienter les priorités des programmes d'études vers l'empathie, la collaboration et la prise de décision partagée (Towle et coll., 2026).

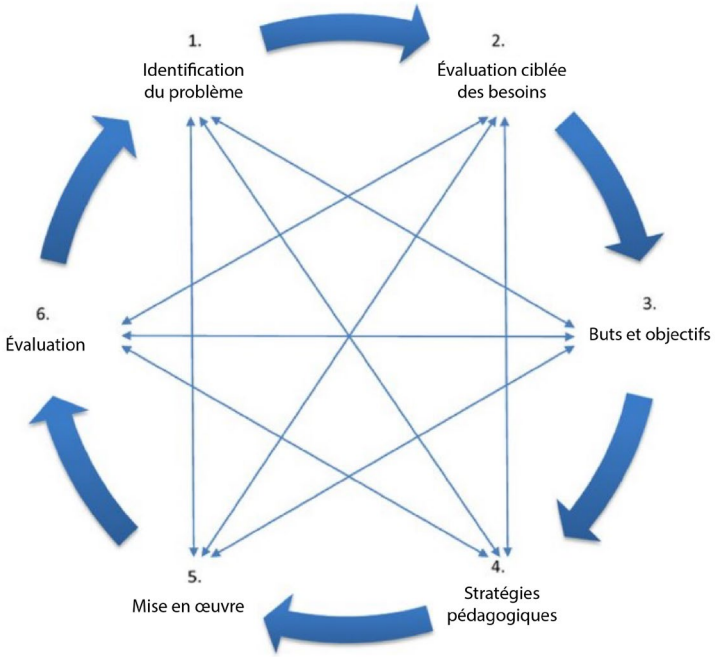
3. Cadre d'élaboration de programmes d'études

Nous avons structuré ce guide selon le modèle d'élaboration de programmes d'études en six étapes proposé par Kern et son équipe de collaboration (2022), un cadre largement utilisé en FPS (voir Figure 1). Nous proposons des stratégies visant à favoriser la participation des patient·e·s, ainsi que des conseils pratiques et des exemples adaptés à chaque étape.

1. **Identification du problème :** déterminer quelle lacune en matière de soins de santé ou d'éducation doit être comblée.
2. **Évaluation ciblée des besoins :** cerner les besoins des personnes apprenantes spécifiques et tenir compte de leur contexte particulier.
3. **Buts et objectifs :** définir ce que les personnes apprenantes doivent savoir, ressentir et être capables de faire.
4. **Stratégies pédagogiques :** sélectionner les méthodes et documents pédagogiques.
5. **Mise en œuvre :** déployer le programme d'études et en assurer la coordination logistique.
6. **Évaluation et rétroaction :** évaluer les personnes apprenantes et ajuster le programme d'études en fonction des résultats.

CONSEIL : Établissez des liens avec les personnes que vous souhaitez faire participer à l'élaboration de programmes d'études avant de vous lancer dans ce processus.

Figure 1 : Les six étapes de l'élaboration de programmes d'études selon Kern



« L'élaboration de programmes d'études véritablement transformateurs, fondés sur une réciprocité significative et bénéfiques pour toutes les parties prenantes, repose sur des relations solides et durables » Pour y parvenir, commencez modestement et, dès le départ, privilégiez la relation aux résultats pédagogiques ». James Bonnamy

4. Différentes façons de faire participer les patient·e·s à l'élaboration de programmes d'études

La participation des patient·e·s à l'élaboration des programmes d'études passe principalement par leur contribution dans le cadre d'une consultation initiale (correspondant aux étapes 1 à 3 du modèle en six étapes de Kern). Certaines personnes innovatrices ont mis à l'essai des démarches de co-création participative couvrant l'ensemble du processus, de l'évaluation des besoins à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme d'études (étapes 1 à 6). Voir, par exemple, Brand et coll., 2024; Bonnamy et coll., 2025, ainsi que les exemples de co-création décrits à la section 5. Les patient·e·s qui participent à l'enseignement ou au coenseignement, ainsi que les membres de la communauté ayant une expérience des enjeux liés aux soins, peuvent également contribuer à cerner les besoins et à repérer les possibilités d'élaborer ou de réviser les programmes d'études. Ces initiatives peuvent donner lieu à des collaborations non seulement avec les personnes chargées de la formation et de l'élaboration des programmes d'études des professionnel·le·s de la santé, mais aussi avec la population étudiante (voir la section 6).

Consultation : Les processus de consultation permettent de recueillir le point de vue des patient·e·s sur les programmes d'études, que ce soit dans le cadre d'une évaluation générale ou ciblée des besoins, ou encore lors de l'élaboration de cadres de compétences. La consultation consiste à solliciter l'avis des patient·e·s, mais les décisions quant à la manière dont ces commentaires seront pris en compte dans la conception des programmes d'études, l'enseignement et l'évaluation relèvent des personnes responsables de la formation des professionnel·le·s de la santé. Les méthodes de consultation comprennent les sondages, les groupes de discussion, les entrevues, la méthode Delphi ou d'autres démarches visant à dégager un consensus, ainsi que les forums communautaires, les ateliers ou les colloques. Les points de vue des patient·e·s peuvent compléter ceux de la population étudiante et des professionnel·le·s de la santé.

Co-conception : La co-conception est une démarche plus intensive et participative dans laquelle les patient·e·s collaborent avec le corps professoral, et parfois, avec d'autres parties prenantes telles que la population étudiante, depuis l'évaluation initiale des besoins jusqu'à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme. La co-conception repose sur un processus de mobilisation attentif, qui favorise un environnement sécuritaire et propice à la collaboration, où chaque personne participante se sent respectée, écoutée et soutenue. Des rencontres régulières du groupe de conception permettent de tisser des liens, de renforcer la collaboration et de favoriser un sentiment d'appropriation du programme d'études. Les initiatives de co-création réussies s'appuient souvent sur une animation compétente pour atténuer les hiérarchies traditionnelles et sur des cadres conceptuels qui définissent clairement les règles de participation.

CONSEIL :
La consultation constitue le moyen le plus simple de commencer.

EXEMPLE 1 : Le sous-comité de recherche sur l'apprentissage collaboratif du Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto (clc.camh.ca/mod/page/view.php?id=1643) utilise des « ententes de confort », soit un ensemble d'attentes définies conjointement qui servent de fondement aux pratiques collaboratives. Les ententes de confort traduisent des valeurs communes en attentes claires et concrètes, afin que les modalités de participation soient réalistes, inclusives et axées sur les relations. Pour établir une entente de confort, les membres du groupe définissent les attentes mutuelles qui permettront à chaque personne de participer de la manière qui lui convient le mieux. Contrairement aux règles ou aux ententes de groupe traditionnelles, les ententes de confort sont élaborées conjointement, ce qui favorise un sentiment d'appartenance et une responsabilité partagée quant à la façon dont le groupe fonctionne. Plutôt que de simplement encadrer les interactions, elles explicitent les valeurs fondamentales et les motivations qui sous-tendent le groupe et son travail. Les ententes de confort sont des documents évolutifs qui sont régulièrement réexaminés, notamment au début des réunions, lors des mises au point et pendant les débreffages. Les membres sont invités à réfléchir à ce qu'ils et elles souhaitent conserver, modifier ou ajouter. Elles deviennent ainsi de véritables mécanismes de responsabilité, qui permettent au groupe de vérifier, au fil du projet, s'il agit conformément à ses valeurs communes. Les ententes de confort sont également conçues pour être utilisées activement dans la pratique, notamment pour gérer des situations difficiles ou délicates, comme la recherche d'un consensus ou la résolution de tensions interpersonnelles. Les membres de l'équipe sont encouragés à signaler toute situation qui pourrait contrevenir à l'entente — par exemple, en faisant un signe convenu pour inviter le groupe à faire une pause, à engager une discussion collective ou à poursuivre l'échange en privé. Cela crée un espace propice à la réflexion et permet au groupe de s'adapter au besoin. Bien que les ententes de confort puissent être utiles dans tout travail de groupe visant à réduire les déséquilibres de pouvoir, elles revêtent une importance particulière dans les initiatives collaboratives qui font une place à des voix historiquement exclues des processus décisionnels.



5. Guide pratique de la co-conception de programmes d'études

EXEMPLE 2 : Brand et ses collègues (2025) expliquent comment établir et maintenir des partenariats collaboratifs et fructueux avec les patient·e·s dans le cadre de la co-conception de la formation des professionnel·le·s de la santé. S'appuyant sur cinq principes de co-conception — inclusion, respect, participation, itération et orientation vers les résultats — ils présentent des exemples concrets et les enseignements tirés de quatre projets de co-conception menés dans quatre disciplines de la santé et différents contextes d'apprentissage. Ils soulignent l'importance de s'attaquer activement, dès le départ, aux déséquilibres de pouvoir qui peuvent découler de dynamiques sociales, culturelles et institutionnelles traditionnelles, souvent complexes. Cela exige une réflexion critique, une capacité d'introspection et un engagement à reconnaître et à valoriser mutuellement les compétences de chacun·e. Lorsque les voix des patient·e·s et des communautés ne sont pas prises en compte, la formation risque de perpétuer les inégalités et de préparer les personnes apprenantes à évoluer dans des systèmes de santé et de services sociaux qui ne reflètent pas les réalités vécues par les communautés qu'elles sont appelées à servir.

CONSEIL :
La co-conception est un processus, une façon de penser et de travailler, plutôt qu'une activité ponctuelle.

EXEMPLE 3 : En s'appuyant sur les enseignements tirés d'une collaboration entre des patient·e·s et des personnes expertes de la santé pour co-concevoir un programme d'études, Graves et ses collègues (2025) formulent six recommandations regroupées en trois thèmes :

1. Choisir les bons partenaires : Sélectionner des patient·e·s partenaires possédant une expérience pertinente dans le domaine. Recruter des professionnel·le·s de la santé ayant une expertise pertinente.
2. Offrir un soutien adapté : Offrir une formation sur le partenariat. Respecter les échéanciers établis en collaboration avec les partenaires.
3. Créer un environnement propice : Offrir des avantages sociaux équitables. Adopter des approches souples.

EXEMPLE 4 : Bennett-Weston et ses collègues (2025) ont adopté les principes de coproduction de l'Institut national de recherche en santé — partage du pouvoir; prise en compte de tous les points de vue et de toutes les compétences; respect et valorisation des connaissances de toutes les personnes concernées; réciprocité; établissement et maintien des relations — pour élaborer trois axes de programme d'études : i) offrir des cours sur l'empathie fondés sur des données probantes; ii) faire participer les patient·e·s à l'enseignement des sciences biomédicales; iii) mettre en œuvre un enseignement longitudinal de la communication empathique et des compétences cliniques. À partir de leur expérience, ils ont dégagé

cinq enseignements clés pour aider les personnes chargées de concevoir des programmes d'études à co-produire des programmes de formation en médecine : i) désigner une personne-ressource attitrée pour accompagner les personnes participantes; ii) mettre en place un mécanisme de rétroaction; iii) favoriser diverses formes de participation; iv) accueillir et explorer toutes les contributions; v) faire preuve de transparence à chaque étape du processus.

EXEMPLE 5 : Ferguson et ses collègues (2025) décrivent une « activité de conception de cours à rebours » mise en œuvre lors de la première réunion des comités de planification. Cette activité met en évidence l'importance des patient·e·s et de leur expérience vécue dans la co-conception des cours et établit les bases de leur participation aux étapes suivantes. La conception de cours à rebours consiste d'abord à définir les résultats d'apprentissage souhaités, puis à déterminer le contenu et les activités nécessaires pour les atteindre. Cette démarche a récemment été mise à l'essai dans le cadre d'un nouveau cours sur le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale, élaboré conjointement avec un comité composé de patient·e·s, de membres du corps clinique et de membres du milieu de la recherche.

EXEMPLE 6 : Molloy et ses collègues (2024) ont adopté une approche de « réflexion conceptuelle » pour réaliser une co-conception du programme d'études supérieures en soins infirmiers en santé mentale. La réflexion conceptuelle est axée sur l'humain et met l'accent sur la collaboration afin de favoriser une représentation pertinente des parties prenantes principales. Cette approche répond aux appels lancés à l'enseignement supérieur pour qu'il établisse des partenariats avec les patient·e·s afin de mieux préparer les professionnel·le·s de la santé à l'exercice de leur spécialité et de soutenir l'élaboration de programmes d'études conformes aux normes et aux cadres émergents en matière de formation des professionnel·le·s de la santé. Afin de favoriser un accès plus équitable à la participation, les patient·e·s ont été recruté·e·s à titre contractuel et rémunéré·e·s pour le travail accompli.

EXEMPLE 7 : Johnston et ses collègues (2025) ont réalisé la co-conception d'un module entièrement en ligne de 6 semaines destiné à une population étudiante de deuxième cycle en santé mentale, ainsi que d'un module hybride de 12 semaines destiné à une population étudiante de premier cycle en psychologie et portant sur la prévention du suicide. En réunissant des personnes représentant une diversité de points de vue, ces deux modules contribuent à rapprocher les connaissances universitaires des pratiques concrètes en matière de prévention du suicide. Des personnes ayant une expérience vécue d'idées suicidaires, d'une tentative de suicide ou d'un deuil à la suite d'un suicide ont été recrutées par l'intermédiaire d'un organisme partenaire. Une approche pédagogique critique a été adoptée afin de remettre en question les hiérarchies traditionnelles du savoir universitaire et de placer au cœur des deux modules l'expérience vécue et actuelle ainsi que l'expertise issue de la collectivité.

6. Élaboration de programmes d'études sous l'impulsion des patient·e·s ou de la communauté

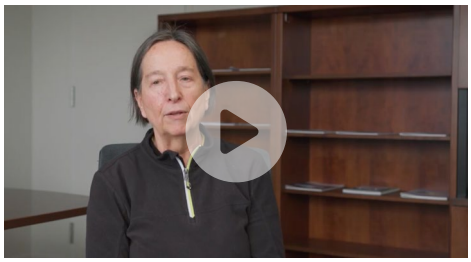
Les patient·e·s qui participent régulièrement aux activités d'enseignement peuvent également être amené·e·s à constater qu'un enrichissement du contenu s'impose. Lorsque les patient·e·s disposent de la latitude et du soutien nécessaires, ils peuvent puiser de façon créative dans leur expérience vécue et s'appuyer sur les réactions de la population étudiante pour déterminer quels aspects de cette expérience pourraient le mieux contribuer à combler les lacunes du curriculum officiel. Ainsi, les patient·e·s et la population étudiante peuvent collaborer à l'élaboration de programmes d'études qui répondent directement aux besoins d'apprentissage. Les patient·e·s et la population étudiante ont tout intérêt à améliorer la pertinence et l'impact de la formation, et leur collaboration à la refonte des programmes d'études peut générer des bénéfices mutuels et de nouvelles synergies.

CONSEIL :

Lorsque des patient·e·s ou des membres de la communauté repèrent, à partir de leur expérience, des lacunes dans les programmes d'études et sont à l'origine d'une démarche de changement, les responsables de la FPS peuvent répondre à un besoin réel de la communauté.

> **EXEMPLE 8 :** Dans cette vidéo, Carolyn Canfield explique comment elle a pris l'initiative de repenser un programme d'études sur la sécurité des patient·e·s, qu'elle avait coenseigné pendant plusieurs années à l'Université de la Colombie-Britannique.

VIDÉO : learning.media.ubc.ca/media/Guide+4%2C+Clip+1+-+Carolyn+Canfield/0_q57rs98e



> **EXEMPLE 9 :** Dans cet extrait vidéo, James Bonnamy présente deux exemples d'élaboration de programmes d'études à l'Université Monash, nés de besoins cernés par des membres de la communauté ayant eux-mêmes vécu des difficultés liées aux soins ou en ayant été témoins chez d'autres personnes. Dans les deux cas, il s'agissait de projets issus de la base portés par les préoccupations des membres de la communauté et leur volonté d'améliorer les soins de santé, pour eux-mêmes comme pour les autres. L'un portait sur les troubles alimentaires et l'autre, sur les biais cognitifs dans la prise de décision en matière de soins de santé.

VIDÉO : learning.media.ubc.ca/media/Guide+4%2C+Clip+2+-+James+Bonnamy/0_s2h0kifn



Résumé de la participation des patient·e·s à toutes les étapes de l'élaboration des programmes d'études (voir la section 7 pour des exemples et d'autres conseils)

ÉTAPE	PRIORITÉ	PARTICIPATION DES PATIENT·E·S	CONSEILS
1. Identification du problème	Définir les besoins prioritaires en matière de santé dans la communauté et au sein du système.	Consultations publiques, forums, témoignages issus de l'expérience vécue, sondages, recensement des lacunes en matière de soins.	Déterminer les priorités au niveau du système, de la communauté et de la relation entre patient·e·s et prestataires.
2. Évaluation ciblée des besoinst	Cerner les besoins spécifiques des personnes apprenantes et tenir compte du contexte d'apprentissage.	Séances d'écoute, groupes de discussion, évaluations des besoins menées en co-conception, identification des enjeux prioritaires par les patient·e·s.	Faire participer la population étudiante et le corps professoral à l'écoute des perspectives des patient·e·s.
3. Buts et objectifs d'apprentissage	Définir les résultats d'apprentissage (connaissances, compétences, attitudes).	Traduire les expériences vécues en buts, objectifs d'apprentissage ou compétences.	Tirer parti de l'expertise du corps professoral pour s'assurer que les objectifs d'apprentissage sont clairs et mesurables.
4. Stratégies pédagogiques	Définir le contenu, les méthodes, les stratégies d'apprentissage et d'enseignement, les activités pédagogiques et les méthodes d'évaluation.	Récits, ateliers animés par des patient·e·s, simulations (p. ex., débreffages animés par des patient·e·s), co-création de contenus multimédias et coenseignement.	Faire preuve d'ouverture à des méthodes d'enseignement non traditionnelles, comme les approches artistiques, les vidéos réalisées par des patient·e·s, la poésie, les cercles de narration, etc.
5. Mise en œuvre	Planifier le déploiement et assurer la coordination logistique.	Essais pilotes avec rétroaction des patient·e·s, animation tenant compte des traumatismes, horaires souples et coanimation.	Tester de nouvelles approches dans le cadre de petits projets pilotes avant de les déployer à plus grande échelle.
6. Évaluation	Évaluer l'efficacité du programme, les progrès des personnes apprenantes et l'expérience des patient·e·s.	Outils d'évaluation co-conçus, rétroactions des patient·e·s sur les personnes apprenantes et les programmes, séances de réflexion, rétroaction aux personnes contributrices. Réviser le programme d'études à la lumière de la rétroaction.	Partager les résultats avec les patient·e·s ayant participé à l'élaboration du programme d'études et à sa mise en œuvre.

7. Exemples de participation des patient·e·s aux différentes étapes de l'élaboration du curriculum

Étape 1 : Identification du problème

> **EXEMPLE 10 :** La contribution du public et des patient·e·s à la définition de la mission d'une faculté de médecine
>
> meetingofexperts.org/wp-content/uploads/2020/02/Consultation-on-Priority-Health-Concerns-in-BC.pdf

Les patient·e·s et les membres du grand public ont été consultés au sujet des priorités de la population en matière de santé dans le cadre d'un processus visant à reviser la mission et les compétences attendues à la fin de la formation à la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC). Une consultation publique animée a réuni des patient·e·s, des membres de leur famille et des personnes représentant plus de 30 organismes communautaires. Au moyen de forums et de sondages, les personnes participantes ont cerné les priorités à la fois à l'échelle des systèmes de santé et dans le cadre des relations individuelles entre médecins et patient·e·s, en particulier pour les personnes qui ont un accès limité à des soins de qualité en raison de la marginalisation et de la stigmatisation. Leurs contributions ont directement éclairé l'élaboration d'un nouvel énoncé de mission et de compétences attendues en fin de formation, formulés dans un langage davantage axé sur les patient·e·s et inclusif, et mettant l'accent sur l'écoute active, la prise de décision partagée et une approche holistique des soins dans la formation clinique.

Étape 2 : Évaluation ciblée des besoins

> **EXEMPLE 11 :** Participation des patient·e·s à l'évaluation des besoins en vue de la refonte d'un module de développement professionnel continu sur les soins de fin de vie destiné aux médecins de famille de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) (Tajani et coll., 2021).

Le processus a débuté par une consultation menée par l'intermédiaire du Comité consultatif des patient·e·s et de la communauté de l'UBC, suivie d'un groupe de discussion de 90 minutes réunissant 15 personnes représentant une diversité de perspectives et d'expériences. Les responsables du projet, soit des membres du personnel administratif et des médecins de famille, ont participé à la rencontre à titre de personnes chargées de prendre des notes et d'observer les échanges. Les patient·e·s ont fait ressortir les principaux enjeux liés aux soins de fin de vie, les compétences que les médecins de famille devraient posséder dans ce domaine ainsi que

CONSEIL :

Lors du recrutement pour les consultations, il peut être utile de s'appuyer sur les trois catégories de participation des patient·e·s et du public proposées par Williamson (2007) : Patient·e·s à titre individuel : peuvent décrire et évaluer leur propre expérience des soins de santé. Groupes de patient·e·s : connaissent les expériences et les points de vue d'autres patient·e·s vivant une situation similaire. Personnes représentant ou défendant les intérêts des patient·e·s : connaissent les savoirs et les intérêts communs à l'ensemble des patient·e·s et peuvent faire valoir leur point de vue sur des enjeux de portée générale.

CONSEIL :

Faire participer l'ensemble de l'équipe chargée de l'élaboration des programmes d'études, y compris les professionnel·le·s de la santé, aux consultations — par exemple, en leur confiant un rôle d'observation ou de prise de notes — permet de mieux comprendre la perspective des patient·e·s et d'établir avec elle un lien plus significatif. Cette démarche peut également amener les professionnel·le·s de la santé à réfléchir à leur propre pratique clinique et, au besoin, à la faire évoluer.

des ressources pertinentes. Les réponses ont ensuite été regroupées en cinq domaines liés aux soins de fin de vie, puis les personnes participantes ont voté afin de déterminer les besoins d'apprentissage prioritaires. Ces priorités ont directement orienté la définition des objectifs d'apprentissage et la sélection des ressources du module.

Étape 3 : Buts et objectifs d'apprentissage

> **EXEMPLE 12 :** Élaborer conjointement des objectifs d'apprentissage à partir d'expériences vécues (Towle et Godolphin, 2013).

Dans le cadre des ateliers « Voix des patient·e·s et de la communauté » organisés à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), des patient·e·s ayant une expérience vécue conçoivent, en collaboration avec le corps professoral et la population étudiante, des ateliers destinés aux personnes en formation dans les professions de la santé. Les ateliers sont ensuite animés par les patient·e·s. Le processus commence par l'examen des expériences vécues par les patient·e·s en lien avec le thème de l'atelier et par la détermination de ce qu'ils et elles souhaitent que les personnes apprenantes en retirent. Le rôle du corps professoral consiste à traduire ces besoins d'apprentissage en objectifs pédagogiques clairs et familiers pour les personnes apprenantes et le corps professoral. La population étudiante, quant à elle, contribue en faisant connaître ses besoins d'apprentissage et en donnant sa rétroaction sur les activités proposées.

CONSEIL :

Le corps professoral peut traduire les besoins d'apprentissage cernés par les patient·e·s en objectifs d'apprentissage qui répondent aux exigences des cours et aux normes d'accréditation.

Étape 4 : Stratégies pédagogiques

> **EXEMPLE 13 :** Des personnes sourdes et malentendantes qui conçoivent des activités d'apprentissage (Ham et coll., 2021).

Des personnes sourdes et malentendantes ont co-conçu et animé des ateliers interactifs destinés à des personnes en formation dans les professions de la santé à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC). Avec le soutien d'un organisme communautaire local représentant les personnes sourdes et malentendantes, des personnes ayant une expérience vécue ou actuelle ont conçu une activité d'apprentissage expérientiel visant à faire comprendre les obstacles à la communication rencontrés au quotidien et à présenter des stratégies concrètes pour favoriser des soins accessibles. L'organisme communautaire a également mis à disposition un lieu de rencontre et d'apprentissage adapté aux besoins des personnes sourdes et malentendantes.

CONSEIL :

Un partenariat avec un organisme communautaire offrant des programmes et des services à des groupes ayant des besoins particuliers en matière de santé peut donner à ces groupes l'occasion de concevoir et d'animer des ateliers à l'intention des personnes apprenantes des professions de la santé.

Étape 5 : Mise en œuvre

> **EXEMPLE 14 :** Mise en œuvre d'un atelier destiné aux personnes sourdes et malentendantes (Ham et coll., 2021).

Après deux réunions consacrées à la co-conception de l'atelier (voir exemple 13), une troisième réunion a servi de répétition générale. Trois personnes étudiantes ont ainsi pu recueillir la rétroaction de l'ensemble des membres de l'équipe de co-conception. Les modifications apportées comprenaient notamment : une représentation plus diversifiée des personnes sourdes et malentendantes au sein du panel, afin de maintenir les échanges centrés sur les expériences liées aux soins de santé; la création d'un document à emporter permettant aux personnes étudiantes de retenir les principales stratégies de communication; des occasions pour les personnes étudiantes de s'exercer à travailler avec une personne interprète en langue des signes et avec du matériel d'aide à l'écoute. Trois personnes sourdes et malentendantes ont ensuite animé l'atelier remanié. D'autres ajustements ont été apportés à la lumière de la rétroaction de la population étudiante avant que l'atelier ne soit proposé à l'ensemble de la population étudiante.

CONSEIL :

La mise à l'essai de nouvelles activités pédagogiques animées par des patient·e·s auprès d'un petit groupe de personnes étudiantes bénévoles permet de les affiner à partir de la rétroaction de la population étudiante et des patient·e·s.

Étape 6 : Evaluation

> **EXEMPLE 15 :** Perfectionnement itératif d'un programme de formation en soins virtuels à partir de la rétroaction des patient·e·s (Parsa et coll., 2026; UBC Medicine Educational Media, 2024).

L'Université de la Colombie-Britannique (UBC) a mis au point *The Listen* (La salle d'écoute), un programme de formation en soins virtuels sous forme de balado, co-conçu avec 28 patient·e·s et personnes proches aidantes partenaires. Créée pour répondre aux lacunes urgentes en matière de formation mises en évidence pendant la pandémie de COVID-19, cette série en cinq épisodes reflète les priorités cernées par les patient·e·s, notamment l'établissement d'une relation de confiance, l'empathie numérique et l'accessibilité. Des mécanismes de rétroaction ont été intégrés à chaque étape du processus. Les premières versions des balados ont été examinées par des patient·e·s partenaires et des personnes apprenantes, qui ont formulé des commentaires sur le ton, la clarté et la représentation. Leurs suggestions ont directement orienté les révisions, afin que le produit final soit inclusif, tienne compte des traumatismes et s'appuie sur les expériences concrètes des patient·e·s. Après la co-conception des balados, l'équipe pédagogique a organisé une activité de célébration avec les patient·e·s partenaires. Les personnes apprenantes leur ont adressé des messages de remerciement et ont passé en revue avec elles les modifications apportées au programme d'études.

CONSEIL :

Prévoyez une activité de clôture à la fin du projet d'élaboration du programme d'études afin de réunir toutes les personnes participantes, de partager les résultats de l'évaluation, de célébrer les réussites et de faire le point sur les apprentissages. Cette démarche valorise la contribution des patient·e·s et favorise leur engagement à long terme.

8. Références

Bennett-Weston A, Harrell C, Ward A, Jones M, Howick J. Co-producing an empathy-focused medical curriculum with patients, educators and students. Clinical Teacher 2025; 22:e70100. https://doi.org/10.1111/tct.70100

Bonnamy J, Calvert S, Bennett C, Dart J, Molloy R, Brand G. Students' perspectives from co-designed, lived experience eating disorders education: a qualitative inquiry. Nurse Education Today 2025; 144:106412. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106412

Brand G et al. 'You don't see what I see': co-designing simulation to uncover and address cognitive bias in healthcare. Medical Teacher 2024; 46(7):885-888. https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2313581

Brand G, Sheers C, Hansen A, Stephens G, Dart J, Shannon B, Bonnamy J. How to… co-design with healthcare consumers. Clinical Teacher 2025; 22:e70039. https://doi.org/10.1111/tct.70039

Ferguson C, Gellert Y, Gavarkovs A. How to create on-line continuing professional development with people with lived and living experience. Clinical Teacher 2025; 22:e70228. https://doi.org/10.1111/tct.70228

Graves L, Soleas E, Turnnidge J, Cofie N, Jackson M, Mulder J et al. Six ways to get a grip on co-creating curriculum with patients. Canadian Medical Education Journal 2025; 16(5):73-76. https://doi.org/10.36834/cmej.79711

Ham J, Towle A, Shyng G. Deaf and Hard of Hearing awareness training: a mentor-led workshop. Clinical Teacher 2021; 18:180-185. https://doi.org/10.1111/tct.13304

Johnston K, King K, Allen C. Co-designing psychology education: sharing expertise in suicide prevention and support. Journal of Mental Health Training, Education and Practice 2025; 20(3):159-169. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-02-2024-0019

Kern DE. Overview. A six-step approach to curriculum development. In: Thomas PA et al., editors. Curriculum development for medical education. 4th ed. Johns Hopkins University Press; 2022.

Molloy R, Hansen A, Robinson E, D'Astoli P, Wood T, Buus N. Stakeholder perspectives on co-designing a post-registration mental health nursing curriculum: a case study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2024; 31:303-312. https://doi.org/10.1111/jpm.12988

Parsa B, Canfield C, Eatmon R, Ho K, Huang A, Hubinette M et al. Co-creating virtual care education with patient partners. Clinical Teacher 2026; 23:e70398. https://doi.org/10.1111/tct.70398

Tajani S, Towle A, Beamish L, Bluman B. Patient partners in continuing professional development: Experience developing an end-of-life care program for family physicians. Journal of Continuing Education in the Health Professions 2021; 41(4):273–278. https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000392

Towle A, Godolphin W. Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. Medical Teacher 2013; 35(3):219–225. https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.737966

Towle A, Yee A, Canfield C. The patient as curriculum developer. In: Dent J, Steinert Y. Harden R, editors. A practical guide for medical and health professions teachers. 7th ed. Elsevier; 2026 (In press).

Williamson C. 'How do we find the right patients to consult?' Quality in Primary Care 2007; 15:195-199. https://www.primescholars.com/articles/how-do-we-find-the-right-patients-to-consult.pdf

RETOUR À LA TABLE DES MATIÈRES

Participation des patient·e·s à l'élaboration et à l'évaluation des programmes d'études

PARTIE 2 : ÉVALUATION DES PERSONNES APPRENANTES

Coordonnatrice du guide : Angela Towle
Équipe de contribution : Lynn Ashdown, Matthijs Bosveld, Katherine Moreau, Arwa Nemir, Carolin Sehlbach

1. Définitions

Évaluation formative :
également appelée évaluation au service de l'apprentissage ou rétroaction. Certains éléments recueillis dans le cadre des évaluations formatives peuvent également éclairer les décisions relatives à l'évaluation sommative.

Évaluation sommative :
également appelée évaluation des apprentissages, elle est souvent associée à des évaluations à enjeux élevés.

Évaluation des programmes d'études :
approche consistant à recueillir et à analyser de façon continue des données sur les compétences et les progrès d'une personne apprenante, afin de lui fournir une rétroaction utile et de permettre la prise de décisions importantes à la fin d'une période ou d'une phase de formation.

Évaluation ou rétroaction à sources multiples :
également appelée « rétroaction à 360 degrés », cette méthode d'évaluation du rendement consiste à recueillir, auprès de diverses sources, des rétroactions généralement anonymes sur les comportements professionnels d'une personne. Ces sources peuvent inclure des collègues, des personnes responsables de la supervision, une diversité de professionnel·le·s de la santé, des personnes étudiantes et, dans certains cas, des patient·e·s ou des client·e·s.

Évaluation en milieu de travail :
évaluation du rendement des stagiaires dans un contexte pratique à l'aide de différentes méthodes (p. ex. observation directe, mini-exercices d'évaluation clinique), combinées à la rétroaction d'une personne responsable de la supervision, d'une personne préceptrice, d'une personne conseillère ou d'un·e patient·e.

Évaluation axée sur les compétences :
méthode permettant d'évaluer les compétences, les connaissances et les aptitudes d'une personne en fonction de rôles professionnels ou d'objectifs d'apprentissage précis, en mettant l'accent sur leur mobilisation dans des situations concrètes.

Examen clinique objectif structuré (ECOS) :
outil d'évaluation fondé sur les principes d'objectivité et de standardisation, dans lequel les rôles des patient·e·s sont traditionnellement joués par des patient·e·s standardisé·e·s ou simulé·e·s (PS).

Activités professionnelles délégables :
éléments fondamentaux de la pratique professionnelle qui peuvent être entièrement confiés à une personne stagiaire dès lors qu'elle a démontré qu'elle possède les compétences nécessaires pour les réaliser sans supervision.

2. Introduction

Dans ce guide, nous considérons que la participation des patient·e·s à l'évaluation doit être un processus actif, auquel prennent part des patient·e·s ayant une expérience vécue authentique et qui s'appuie sur cette expérience. Nous ne traitons pas ici de l'évaluation réalisée par des patient·e·s standardisé·e·s ou simulé·e·s qui jouent un rôle défini par des professionnel·le·s, laquelle constitue l'objet principal de la plupart des travaux menés jusqu'à présent. La recherche et les pratiques portant sur la participation des patient·e·s à l'évaluation des personnes apprenantes en sciences de la santé — que ce soit dans le cadre de la formation de premier cycle, de la formation postdoctorale ou du développement professionnel continu — sont en plein essor, mais demeurent relativement récentes. La majorité des études publiées sur l'évaluation des personnes apprenantes par les patient·e·s portent sur des personnes stagiaires en formation postdoctorale, dans un contexte clinique. Ces études proviennent principalement des États-Unis et concernent surtout les domaines des soins infirmiers et de la médecine; très peu de travaux ont été menés dans d'autres disciplines de la santé (Nemir et coll., 2024). Il s'agit d'un domaine de la participation des patient·e·s à la formation qui offre un vaste potentiel de recherche et d'expérimentation.

> *« La voix authentique des patient·e·s demeure encore largement absente de l'évaluation contemporaine fondée sur les compétences en formation médicale, malgré l'évolution mondiale vers un partenariat accru avec les patient·e·s afin de définir une conception plus holistique des compétences des personnes apprenantes en médecine. »* **Malau-Aduli, 2022**

3. Pourquoi intégrer les patient·e·s à l'évaluation?

Les travaux publiés (Ashdown et Jones, 2026; Finch et coll., 2018; Kearney et coll., 2022; Khalife et coll., 2022) font ressortir les avantages suivants.

- L'évaluation des personnes apprenantes repose généralement sur le jugement de professionnel·le·s de la santé et a été critiquée parce qu'elle ne permet pas toujours d'offrir une vision globale des compétences. Les évaluations professionnelles tendent à mettre davantage l'accent sur les compétences cliniques, les connaissances et l'expertise médicales, tandis que les patient·e·s portent davantage leur attention sur le professionnalisme, la communication et les dimensions interpersonnelles des soins, telles qu'elles sont vécues du point de vue de la personne qui reçoit les soins.
- Intégrer le point de vue des patient·e·s, que ce soit au moyen d'une évaluation distincte ou comme composante d'une évaluation à sources multiples, permet d'obtenir une rétroaction plus complète.
- Les patient·e·s et les professionnel·le·s de la santé peuvent évaluer différemment les compétences en communication, les attitudes et les compétences non techniques, ce qui souligne l'importance de recueillir le point de vue des deux groupes.
- Les personnes apprenantes peuvent tirer profit de la rétroaction des patient·e·s, qui les aide à adopter une approche davantage axée sur les patient·e·s et à comprendre comment leurs interactions avec ces patient·e·s peuvent influer sur leurs résultats de santé.
- Faire des patient·e·s des personnes évaluatrices contribue également à rendre l'évaluation plus authentique, puisqu'elle s'appuie sur des expériences réelles et sur la façon dont les personnes stagiaires se comportent dans un contexte de soins.
- Enfin, la participation des patient·e·s à l'évaluation permet aux établissements de concrétiser leur engagement envers la responsabilité sociale à l'égard des communautés qu'ils servent et de veiller à ce que la formation prépare les futur·e·s professionnel·le·s de la santé à répondre aux besoins et aux attentes en constante évolution des patient·e·s et de la société.

4. **Pour démarrer :** les patient·e·s et l'évaluation formative

Ces dernières années, l'évaluation dans le domaine de la FPS a accordé une importance croissante à l'évaluation formative, dans laquelle la rétroaction joue un rôle essentiel pour soutenir et favoriser les apprentissages et le développement des personnes apprenantes. La rétroaction fournie par les patient·e·s constitue actuellement leur principale contribution au processus d'évaluation. Renforcer et élargir cette participation représente donc un point de départ important pour les établissements de FPS qui souhaitent examiner et améliorer leurs pratiques actuelles en matière d'évaluation.

CONSEIL :

Puisque la plupart des travaux portant sur la participation des patient·e·s à titre de personnes évaluatrices ont été menés dans le contexte de l'évaluation formative, celle-ci constitue un bon point de départ.

Conseils et techniques

- La rétroaction des patient·e·s devrait être prise en compte au même titre que celle provenant des autres sources d'évaluation.
- Une préparation adéquate du corps professoral, des personnes évaluatrices et des personnes apprenantes est nécessaire pour favoriser leur aisance et leur confiance à l'égard des nouvelles méthodes d'évaluation faisant intervenir des patient·e·s.
- Un bon point de départ consiste à s'appuyer sur un cours pratique existant où les personnes préceptrices pourraient être encouragées à faire participer les patient·e·s à la formulation de rétroactions destinées aux personnes apprenantes.
- Commencer par utiliser un outil existant et validé comme l'outil d'évaluation de la communication (CAT), conçu pour permettre aux patient·e·s d'évaluer les compétences en communication des médecins, mais qui pourrait être adapté à d'autres disciplines de la santé (voir l'exemple 3).
- La préparation et l'accompagnement continu des patient·e·s sont essentiels. Donner une rétroaction est une compétence qui s'apprend, tant pour les professionnel·le·s que pour les patient·e·s; on ne peut donc pas simplement leur confier ce rôle sans les y préparer.
- Proposer différentes façons de donner de la rétroaction, par exemple verbalement ou par écrit, de façon anonyme ou en personne.
- Reconnaître que ce n'est pas tous les patients ou toutes les patientes qui souhaitent intervenir comme personnes évaluatrices lorsqu'ils ou elles reçoivent des soins dans un contexte clinique.
- Prendre en compte le risque de coercition dans un contexte où les patient·e·s dépendent des professionnel·le·s qui les invitent à participer. Préciser que la participation des patient·e·s est entièrement volontaire et qu'elle n'aura aucune incidence sur le niveau ou la qualité des soins reçus.
- Tenir compte des rapports de pouvoir, tout en soulignant l'importance et la valeur de la rétroaction des patient·e·s pour améliorer la formation et le perfectionnement professionnel des personnes apprenantes.
- La confidentialité et, lorsque cela est pertinent, l'anonymat des patient·e·s sont des éléments importants à prendre en compte en fonction de l'objectif de la collecte de rétroactions, afin de préserver la relation entre la personne qui reçoit les soins et la personne stagiaire.
- La participation des patient·e·s nécessite également une infrastructure administrative et des ressources de la part de l'établissement. Elle comporte certains risques et demande des efforts et des investissements supplémentaires, notamment pour le recrutement et la préparation des patient·e·s, ainsi que pour la collecte, la gestion et la diffusion des données d'évaluation.
- Veillez à faire participer une diversité de patient·e·s afin que les rétroactions recueillies reflètent un éventail de points de vue et d'expériences (voir le Guide 3).
- En plus des considérations propres à la participation des patient·e·s à l'évaluation, appliquez les principes généraux du partenariat avec les patient·e·s, notamment en faisant preuve de transparence quant aux exigences, aux modalités de rémunération ou de reconnaissance.

EXEMPLE 1 : Dans cette vidéo, Arwa Nemir, de l'Université de la Colombie-Britannique, propose des pistes pour se lancer en s'appuyant sur les ressources existantes.

VIDÉO : learning.media.ubc.ca/media/Guide+4%2C+Clip+3+-++Arwa+Nemir/0_068lhrzw



EXEMPLE 2 : L'un des principaux obstacles à la rétroaction des patient·e·s est le déséquilibre de pouvoir entre les patient·e·s et les professionnel·le·s de la santé en milieu clinique. Pour remédier à cela, Bosveld et ses collègues ont co-conçu, avec des patient·e·s et des professionnel·le·s de la santé, une activité de formation interprofessionnelle fondée sur des données probantes et axée sur la rétroaction des patient·e·s, destinée aux professionnel·le·s de la santé (Bosveld et coll., 2025). La formation comprend une première séance de deux heures consacrée aux principes théoriques de la rétroaction, ainsi que deux témoignages de patient·e·s portant sur leur expérience vécue de la rétroaction. À l'issue de cette séance, les professionnel·le·s de la santé reçoivent une invitation à solliciter la rétroaction des patient·e·s dans le cadre de leur pratique quotidienne. Six semaines plus tard, une deuxième séance de deux heures permet aux personnes participantes de faire le point sur leurs expériences et de prendre part à des séances d'accompagnement entre pairs, animées par un·e patient·e ayant reçu une formation à cette fin. L'activité a été mise à l'essai auprès de sept personnes participantes, dont des infirmier·ère·s, des personnes résidentes en médecine et des médecins spécialistes. La formation a contribué à créer un environnement sécuritaire favorisant un dialogue ouvert entre patient·e·s et professionnel·le·s de la santé.

Pour en savoir plus sur cette étude et les prochaines étapes, voir Sehlbach et coll. (2024) et visionner la vidéo de Matthijs Bosveld, de l'Université de Maastricht.

VIDÉO : learning.media.ubc.ca/media/Guide+4%2C+Clip+4+-+Matthijs+Boseveld/0_80sklwi6



CONSEIL :

Intégrer au développement professionnel continu des professionnel·le·s de la santé une formation visant à les encourager à solliciter la rétroaction des patient·e·s auprès des personnes apprenantes.

5. Avantages et difficultés liés à la participation des patient·e·s à l'évaluation sommative

Les évaluations sommatives à enjeux élevés privilégient actuellement l'objectivité, la standardisation et la fiabilité, afin que toutes les personnes évaluées soient soumises aux mêmes conditions. Dans ce contexte, la participation des patient·e·s s'est largement limitée au recours à des patient·e·s standardisé·e·s (PS), formé·e·s pour jouer des rôles dans le cadre d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS). Pour intégrer à l'évaluation sommative des patient·e·s ayant une expérience vécue authentique, il faudra reconnaître que la standardisation n'est pas le seul principe qui compte : l'authenticité, la validité et l'utilité doivent également être considérées comme des principes fondamentaux de l'évaluation. De plus, la participation des patient·e·s permettrait de mieux aligner l'évaluation sur les réalités auxquelles les professionnel·le·s de la santé seront confronté·e·s dans leur pratique. L'un des principaux obstacles à leur participation à l'évaluation sommative tient toutefois à la réticence des médecins et des autres professionnel·le·s de la santé responsables de la supervision ou de l'évaluation à partager avec les patient·e·s le pouvoir associé à leur rôle d'évaluateurs ou d'évaluatrices. On reconnaît toutefois de plus en plus la valeur des données provenant de sources multiples dans l'évaluation, c'est-à-dire de la prise en compte de différentes sources de données dans le cadre des évaluations à enjeux élevés.

EXEMPLE 3 : Kearney et ses collègues (2022) ont étudié la participation de patient·e·s véritables à des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) sommatifs dans une faculté de médecine de premier cycle. Ils ont constaté que les patient·e·s ayant une expérience vécue apportent une plus grande authenticité, puisque leurs récits ne suivent pas un schéma standardisé; les personnes étudiantes ont le sentiment que l'évaluation avec un·e patient·e ayant une expérience vécue est plus « naturelle » et se sentent plus détendues; les personnes évaluatrices constatent que les personnes étudiantes mènent la consultation de manière plus naturelle plutôt que de jouer un rôle, ce qui leur permet de mieux observer comment les personnes stagiaires se comporteraient en situation réelle. Cette approche a toutefois nécessité d'adapter les barèmes de notation afin de tenir compte du caractère plus fluide d'une véritable consultation, plutôt que de s'appuyer sur les listes de contrôle habituellement utilisées avec des patient·e·s simulé·e·s. Elle a également exigé des ressources supplémentaires, puisque la planification des ECOS et la participation des patient·e·s aux examens demandaient davantage de temps, de travail et d'efforts.

CONSEIL :

Même sans participer directement à l'évaluation, les patient·e·s peuvent contribuer à la co-conception de scénarios de simulation ou à la formation des patient·e·s simulé·e·s afin de rendre les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) plus réalistes.

6. Participation des patient·e·s à l'élaboration des outils d'évaluation

Il existe peu d'outils d'évaluation dont la validité et la fiabilité ont été démontrées et qui sont adaptés à une utilisation par des patient·e·s évaluateur·trice·s. L'évaluation repose souvent sur des formulaires de rétroaction ou des sondages auprès des patient·e·s et porte généralement sur les soins qu'ils ont reçus. Il est donc nécessaire de concevoir de nouveaux outils d'évaluation en collaboration avec les patient·e·s. Voici deux exemples ci-dessous.

EXEMPLE 4 : L'outil d'évaluation de la communication (CAT), accessible à l'adresse suivante, est un instrument validé et largement utilisé, élaboré avec la participation de patient·e·s : www.mededportal.org/doi/10.15766/mep_2374-8265.9806.

Le CAT est sans doute l'un des outils les plus couramment utilisés pour recueillir la rétroaction des patient·e·s sur le rendement des personnes étudiantes en médecine et des personnes résidentes en médecine. Mis au point et mis à l'essai par Makoul et ses collègues (2007), il permet aux patient·e·s d'évaluer les compétences interpersonnelles et communicationnelles des médecins en formation et en exercice. Son élaboration a notamment reposé sur l'examen de modèles et d'instruments existants, des groupes de discussion réunissant environ 30 patient·e·s ainsi qu'un sondage national mené par téléphone auprès de 1 011 membres du grand public choisis au hasard. Le CAT comporte 15 éléments, est rédigé à un niveau de lecture correspondant à la quatrième année et utilise une échelle de réponse à cinq points, où 5 correspond à « excellent ». Des essais sur le terrain menés auprès de 38 médecins et de 950 patient·e·s (25 patient·e·s par médecin) ont démontré la fiabilité et la validité de l'outil pour évaluer la perception qu'ont les patient·e·s du rendement de leur médecin. Celui-ci peut être utilisé avec succès par les médecins comme par les patient·e·s, dans diverses spécialités cliniques.

EXEMPLE 5 : Moreau et ses collaborateurs (2017) décrivent la mise au point de l'outil d'évaluation pédagogique « Évaluation par les parents des compétences non techniques mises en œuvre par les personnes résidentes » (PARENTS), conçu pour évaluer le rendement des personnes résidentes dans les services d'urgence pédiatrique.

L'outil a été élaboré à partir d'entrevues avec des médecins formateurs et des personnes résidentes, de groupes de discussion avec des parents, d'une analyse documentaire et d'une technique de groupes

nominaux adaptée menée auprès d'expert·e·s. Des parents ont ensuite été interrogés afin de mieux comprendre comment ils interprétaient les éléments de l'outil, les traitaient mentalement et y réagissaient, ainsi que pour déterminer les modalités d'utilisation de l'outil. Ces entrevues ont mené à la suppression de l'une des 20 questions, à l'ajout de photos des personnes résidentes et à la modification de certains libellés et éléments de mise en forme. Au total, 37 personnes résidentes et 434 patient·e·s ont participé à l'évaluation de l'outil afin d'en établir la validité.

Participation des patient·e·s à l'élaboration des activités professionnelles délégables (EPA)

La participation des patient·e·s à l'évaluation peut notamment passer par leur contribution à l'élaboration des activités professionnelles délégables (EPA), qui portent sur les tâches cliniques réalisées par les personnes stagiaires en formation postdoctorale. Cette approche offre une occasion d'intégrer les principes des soins axés sur le patient ou la patiente à l'évaluation médicale.

EXEMPLE 6 : El-Haddad et ses collègues (2017) ont mené des entrevues auprès de 11 patient·e·s ayant souffert de douleurs lombaires pendant les deux semaines suivant leur sortie de l'hôpital. Les entrevues portaient notamment sur leur expérience de l'hospitalisation, leurs interactions avec les professionnel·le·s de la santé, en particulier les personnes stagiaires, ainsi que leurs attentes à leur égard. Les données issues des entrevues et des groupes de discussion avec les cliniciens ont servi de base à l'élaboration des descripteurs d'une activité professionnelle délégable portant sur la prise en charge de la douleur lombaire aiguë. Bien que les patient·e·s et les clinicien·ne·s aient exprimé plusieurs attentes communes à l'égard des personnes stagiaires, de nombreux éléments de l'EPA ont été principalement élaborés à partir des entrevues avec les patient·e·s, notamment la section sur les « attitudes requises », ce qui a permis de définir des descripteurs concrets et mesurables.

7. Travaux de recherche à venir

Dans leur revue systématique, Finch et coll. (2018) ont conclu qu'une évaluation authentique par les patient·e·s constitue un élément utile de l'apprentissage des personnes étudiantes, mais que les données sont insuffisantes pour déterminer si, et de quelle manière, cette rétroaction entraîne des changements à long terme dans leur pratique professionnelle. Khalife et coll. (2022) proposent notamment d'examiner :

1. comment la rétroaction des patient·e·s, combinée aux mesures des résultats rapportés par les patient·e·s, peut éclairer et enrichir l'évaluation du rendement;
2. la rentabilité de la participation des patient·e·s, notamment les répercussions économiques du recrutement, de la collecte des données d'évaluation et de leur transmission aux personnes apprenantes;
3. les obstacles socioculturels et institutionnels qui limitent l'expression des patient·e·s, alors que celle-ci peut contribuer à une vision plus globale de ce qui constitue une pratique professionnelle compétente.

La participation des patient·e·s à l'évaluation des personnes apprenantes et à l'évaluation au service de l'apprentissage constitue donc un domaine d'innovation en plein essor, qui offre un vaste potentiel de recherche.

8. Références / Ressources

Ashdown L, Jones L. The patient as assessor. In: Dent J, Steinert Y. Harden R, editors. A practical guide for medical and health professions teachers. 7th ed. Elsevier; 2026 (In press).

Bosveld M, Hermans M, Verhoeven M, Smeenk F, Sehlbach C. Partners in care: training healthcare professionals in using patient feedback. Clinical Teacher 2025; 22:e70130. https://doi.org/10.1111/tct.70130

El-Haddad C, Damodaran A, McNeil P, Hu W. A patient-centred approach to developing entrustable professional activities. Academic Medicine 2017; 92(6):800-808. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001616

Finch E, Lethlean J, Rose T, Fleming J, Theodoros D, Cameron A et al. How does feedback from patients impact upon healthcare student clinical skill development and learning? A systematic review. Medical Teacher 2018; 40:244-252. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1401218

Kearney GP, Johnston JL, Hart ND, Cullen KM, Gormley GJ. Consulting properly rather than acting: advocating for real patient involvement in summative OSCEs. Advances in Simulation 2022; 7:16. https://doi.org/10.1186/s41077-022-00213-4

Khalife R, Gupta M, Gonsalves C, Park YS, Riddle J, Tekian A, Horsley T. Patient involvement in assessment of postgraduate medical learners: a scoping review. Medical Education 2022; 56:602-613. https://doi.org/10.1111/medu.14726

Makoul G, Krupat E, Chang C-H. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. Patient Education and Counseling 2007; 67:333-342. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005

Malau-Aduli BS. Patient involvement in assessment. How useful is it? Medical Education 2022; 56:590-592. https://doi.org/10.1111/medu.14802

Moreau K, Eady K, Tang K, Jabbour M, Frank J, Campbell M, Hamstra SJ. The development of the PARENTS: a tool for parents to assess residents' non-technical skills in pediatric emergency departments. BMC Medical Education 2017; 17:210. https://doi.org/10.1186/s12909-017-1042-9

Nemir A, Pearson M, Kitchin V, Wilbur K. Real patient participation in workplace-based assessment of health professional trainees: a scoping review. Evaluation & the Health Professions 2024; 47:283-295. https://doi.org/10.1177/01632787231180275

Sehlbach C, Bosveld M H, Romme S, Nijhuis M A, Govaerts MJ, Smeenk FW. Challenges in engaging patients in feedback conversations for health care professionals' workplace learning. Medical Education 2024; 58(8):970-979. https://doi.org/10.1111/medu.15313

Aperçu des conseils pour faire participer des patient·e·s à l'évaluation

Patients évaluateurs / patientes évaluatrices des personnes apprenantes

Aider les patient·e·s à formuler une rétroaction constructive sur la communication, l'empathie et le professionnalisme des personnes apprenantes.

1. Utiliser des outils simples de rétroaction

- Commencez par des formulaires structurés comme l'outil d'évaluation de la communication (CAT), ou par une simple liste de contrôle. Par exemple :
  - La personne étudiante a-t-elle établi un contact visuel?
  - Vous êtes-vous senti·e écouté·e et respecté·e?
  - La personne étudiante était-elle réceptive à vos suggestions?

2. . Donner une brève orientation

- Une séance de préparation de 30 minutes peut s'avérer très utile.
- Présentez les éléments à observer, expliquez comment formuler une rétroaction et précisez pourquoi celle-ci est importante.
- Prévoyez un exercice pratique utilisant le formulaire de rétroaction.

3. Intégrer la participation des patient·e·s à des situations réelles ou simulées

- Invitez les patient·e·s partenaires à participer à :
  - des jeux de rôle cliniques (p. ex., annoncer une mauvaise nouvelle);
  - des ECOS ou des tournées de service;
  - des activités en milieu communautaire ou en contexte de télésanté
- Utilisez leur rétroaction en complément de celle du corps professoral afin d'obtenir une évaluation plus complète.

4. Encourager la réflexion chez les personnes étudiantes

- Invitez la population étudiante à réfléchir à la rétroaction des patient·e·s :
  - « Qu'est-ce qui vous a surpris? »
  - « En quoi cela pourrait-il influencer votre pratique future? »
- Intégrez ces réflexions aux dossiers de travail ou aux évaluations.

5. Comparer la rétroaction des patient·e·s et du corps professoral

- La comparaison des rétroactions permet de mettre en évidence les points forts et les lacunes.
- Les patient·e·s mettent davantage l'accent sur l'impact émotionnel et la relation humaine, tandis que le corps professoral peut se concentrer davantage sur les compétences techniques.

6. Boucler la boucle

- Expliquez comment la rétroaction des patient·e·s a contribué aux modifications apportées à l'évaluation ou au programme d'études.
- Reconnaissez leur contribution au moyen de certificats, d'activités de remerciement ou de la mention de leur statut de coauteur·trice.

RETOUR À LA TABLE DES MATIÈRES