

La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3e cycle: un état des lieux en France

Pierre de Bremond d'Ars

► **To cite this version:**

Pierre de Bremond d'Ars. La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3e cycle: un état des lieux en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02418212

HAL Id: dumas-02418212

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418212>

Submitted on 5 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**SOUTENANCE A CRETEIL
UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2018

N°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Médecine Générale
-----**

**Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :
À : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)**

Par Pierre de BREMOND d'ARS

Né(e) le à

**TITRE : La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes
en troisième cycle : un état des lieux en France.**

**DIRECTEUR DE THESE :
Pr Jacques CITTEE
Signature du Directeur de Thèse**

**LE CONSERVATEUR DE LA
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
Cachet de la bibliothèque**

REMERCIEMENTS

« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin. »

Proverbe africain.

Au Pr Jacques Cittée. Merci de ta confiance et de ton soutien dans la direction de ma thèse et de mon mémoire. Ton aide et ta patience durant toutes ces années d'internat auront été précieux.

A Madame Emmanuelle Boutin pour son écoute et le temps consacré à m'aider à comprendre le traitement des données statistiques.

Au Pr Laurence Compagnon. Merci d'avoir accepté de relire ma thèse, et pour ces débriefings en SASPAS qui m'ont tant appris.

Aux Dr Patrick Bouet et Jacques Lucas pour m'avoir inspiré ce sujet de thèse au hasard d'une rencontre.

A mes mentors et aux maîtres de stages qui m'ont accueilli dans leur cabinet et fait découvrir les différentes facettes de l'exercice de la médecine générale.

A tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux avec qui j'ai travaillé ces dernières années. Ce travail vous est dédié.

A tous ceux croisés au sein de l'ACEM, l'ANEMF, la FAGE, l'ISNAR, ReAGJIR, vous m'avez peu à peu donné le goût du travail commun. Pour ces moments, merci.

A la communauté soignante et non-soignante de Twitter, dealers d'humour et de soutien, remède anti-burn-out et morosité, merci d'exister et de me permettre d'apprendre un peu plus chaque jour.

Aux membres du Collectif #FakeMed, à la Team CEFNIQQOFALSC, aux soirées d'R avec MrFDA, et autres rendez-vous passés ou à venir.

Aux amis, de toujours, du Nord, du Sud, de l'Ouest ou de l'Est, soutiens de toutes ces années d'études, que vous soyez couverts d'eau propre et non d'opprobre.

A ma famille, mes parents, alliés et moteurs de toujours,

A Raphaëlle et Louis, mes petits Fremens que je dois guider sur le Kwisatz Haderach,

A Pauline, pour sa patience et son amour quotidien.

PLAN

REMERCIEMENTS	2
PLAN	3
Introduction.....	6
1. L’interprofessionnalité, une réponse nécessaire à des défis actuels.....	6
2. Une pratique liée à l’organisation de son système de soin.....	7
3. Une problématique récente.....	8
4. Un premier regard sur les pratiques nationales.....	12
5. Un autre regard	12
6. Objectif de l’étude.....	13
Matériel et Méthodes	14
1. Caractéristiques de l’étude	14
2. Population de l’étude	14
3. Outils utilisés	14
4. Recueil des données.....	15
5. Exploitation des données du questionnaire.....	16
RESULTATS.....	17
1. Analyse Descriptive	17
1.1. Population étudiée.....	17
1.2. Situation des départements de médecine générale	19
1.3. Population des départements de médecine générale	20
1.4. Enseignements théoriques et pratiques au sein des DMG	21
1.5. Priorité accordée à l’enseignement interprofessionnel dans les différents DMG.....	22
1.6. Freins et projets en rapport avec l’enseignement interprofessionnel.....	23
2. Analyse comparative	25
2.1. Sur les problèmes rencontrés.....	25
2.2. Sur les projets recensés.....	26
DISCUSSION	27
1. Synthèse des résultats.....	27
1.1. Des DMG motivés et des formations théoriques présentes	27
1.2. Peu de confrontation à l’exercice interprofessionnel et un manque de moyens humains	27

1.3.	Apport des données de l'étranger.....	28
2.	Comparaisons aux données de la littérature	28
2.1.	Sur l'analyse descriptive	28
2.1.1.	Sur la situation des départements de médecine générale.....	28
2.1.2.	Sur l'encadrement de la formation	29
2.1.3.	Sur les formations en place	30
2.1.4.	Sur les freins au développement des enseignements interprofessionnels.....	30
3.	Pistes d'avancées et propositions :	32
3.1.	Outils de formations.....	32
3.1.1.	Groupes d'échanges interprofessionnels.....	32
3.1.2.	Simulation et « jeux sérieux »	33
3.1.3.	Evaluation des formations.....	33
3.2.	Equité, liberté, interprofessionnalité	34
3.3.	Ouverture	35
4.	Forces et limites de l'étude.	35
	Conclusion	37
	BIBLIOGRAPHIE.....	38
	ANNEXES.....	43
1.	Mail d'envoi des questionnaires	43
2.	Questionnaires	45
	ABSTRACT	51
	RESUME	52

ABREVIATIONS

CAIPE: Center for the Advancement of Interprofessional Education

CIHC : Canadian Interprofessional Health Collaborative

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DMG : Département de Médecine Générale

ESP : Equipe Soins Primaires

FIP : Formation à l'Interprofessionnalité

GEPi : Groupe d'Echanges de Pratiques Interprofessionnel

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

UFR : Unité de Formation et de Recherche

SPP-IR : Soins Primaires Pluriprofessionnels - Innovation Recherche

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Introduction

1. L'interprofessionnalité, une réponse nécessaire à des défis actuels

Le monde occidental est en ce début du XXIème siècle confronté à de nombreux défis, parmi lesquels le vieillissement de sa population et l'explosion des pathologies chroniques^{3,29}. Les professionnels de santé, engagés dans le soin au quotidien, sont confrontés à des situations de plus en plus complexes, faisant intervenir de nombreux acteurs. Par ailleurs, dans un système contraint sur le plan financier, ils sont de plus en plus soumis à une nécessité d'efficacité de leurs pratiques.

Depuis la conférence d'Alma-Ata de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1978³⁸, le renforcement des soins primaires a été promu comme stratégie de développement de la qualité des systèmes de santé. Sur le plan opérationnel, ils correspondent aux problématiques de premier recours, d'accessibilité, de continuité et permanence des soins. Ce champ du soin fait donc intervenir de nombreux acteurs, parmi lesquels le médecin généraliste mais aussi l'infirmier, le pharmacien, la sage-femme, etc.

La prise en charge de cas complexes peut dépasser les seules compétences du médecin généraliste, qui doit être, comme le dit l'expression consacrée par la loi HPST de 2009³³, le pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoires. En effet, l'article L4130-1 du Code de la santé publique définit les missions du médecin généraliste de premier recours comme étant :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ; »

De nombreux acteurs jouent alors un rôle autour du patient, chacun ayant ses compétences, ses champs d'actions, sa vision et perception du patient.

L'Organisation Mondiale de la Santé donne pour définition de la pratique en collaboration en santé : « Lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention. »⁶³

Ce changement des habitudes de travail, souvent volontaire, implique l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles. Nous nous posons donc la question de la formation à cette forme d'exercice.

La formation à l'interprofessionnalité (FIP) dans le soin est, selon le CAIPE (Center for the Advancement of Interprofessional Education), une démarche où deux professions de soin (ou plus) apprennent à l'autre, de l'autre, à propos de l'autre, pour améliorer la collaboration et la qualité des soins. (« *Interprofessional Education occurs when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care* »)⁹.

On parle ici de professions de santé différentes intervenant dans le soin de premier recours comme, sans être exhaustif, infirmier, kinésithérapeute, médecin, pharmacien, sage-femme, etc.

2. Une pratique liée à l'organisation de son système de soin

Les soins primaires en France évoluent progressivement vers le regroupement des acteurs, notamment au sein de maisons et pôles de santé représentées par une fédération nationale, la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé²⁰. Il existe une volonté des acteurs de

soins et des pouvoirs publics de favoriser l'exercice regroupé en maisons de santé pluriprofessionnelles^{41 42 43} et la collaboration interprofessionnelle (HAS 2008)²⁸. La Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016 permet de créer des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des Equipes de soins primaires (ESP)^{5,35}. Au Royaume-Uni, le soin primaire est organisé autour de centres de consultation (GP practices) où les tâches sont réparties entre les différents acteurs de soins, notamment des « practice nurses »⁵³. En Belgique, la majorité des médecins généraliste exercent seuls, ou en regroupements monoprofessionnels pluridisciplinaires (regroupements de plusieurs médecins de spécialités différentes).²⁴

Le Royaume-Uni possède depuis de nombreuses années un système de soins où les acteurs de soins primaires, tels les médecins généralistes et infirmiers, travaillent ensemble. On retrouve dans les critères d'évaluation de la formation des futurs médecins généralistes britanniques par le Royal College of General Practitioners la nécessité de savoir travailler en équipe⁵⁰. En France, au Royaume-Uni et en Belgique, les formations sont dépendantes de structures locales (doyens, départements de médecine générale).

Dans ces trois pays, la formation des futurs médecins généralistes est différente mais suit un schéma commun : elle a pour but l'acquisition de compétences du médecin généraliste telles que définies par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)⁶⁴ et le Collège national des généralistes enseignants (CNGE)⁸.

3. Une problématique récente

La formation à l'exercice interprofessionnel est une problématique récente. Si l'OMS appelle depuis 1980 à plus de collaboration, c'est en 2010 qu'est paru le « *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* »⁶³, ou « *Plan d'action pour l'éducation interprofessionnelle et les pratiques collaboratives* ».

Le message clé de ce plan est que la formation des professionnels de santé à une pratique collaborative est une étape nécessaire pour qu'ils soient à même de mieux répondre aux besoins de santé locaux. Les pratiques collaboratives renforcent le système de santé et améliorent les résultats de santé. De nombreux mécanismes peuvent être mis en place pour

modeler les pratiques collaboratives et doivent être adaptés à chaque système de santé. On note l'identification et le soutien de « champions » (personnes ressources motivées et innovantes), la mise à jour des cursus de formation et l'élimination des obstacles législatifs à l'exercice interprofessionnel.

Au Canada, dans la même année, le CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) publiait son plan d'action pour une éducation à l'interprofessionnalité adressé à tous les professionnels de santé ¹⁰. On y retrouve la référence à un système organisé de compétences présenté sous forme de « marguerite ».

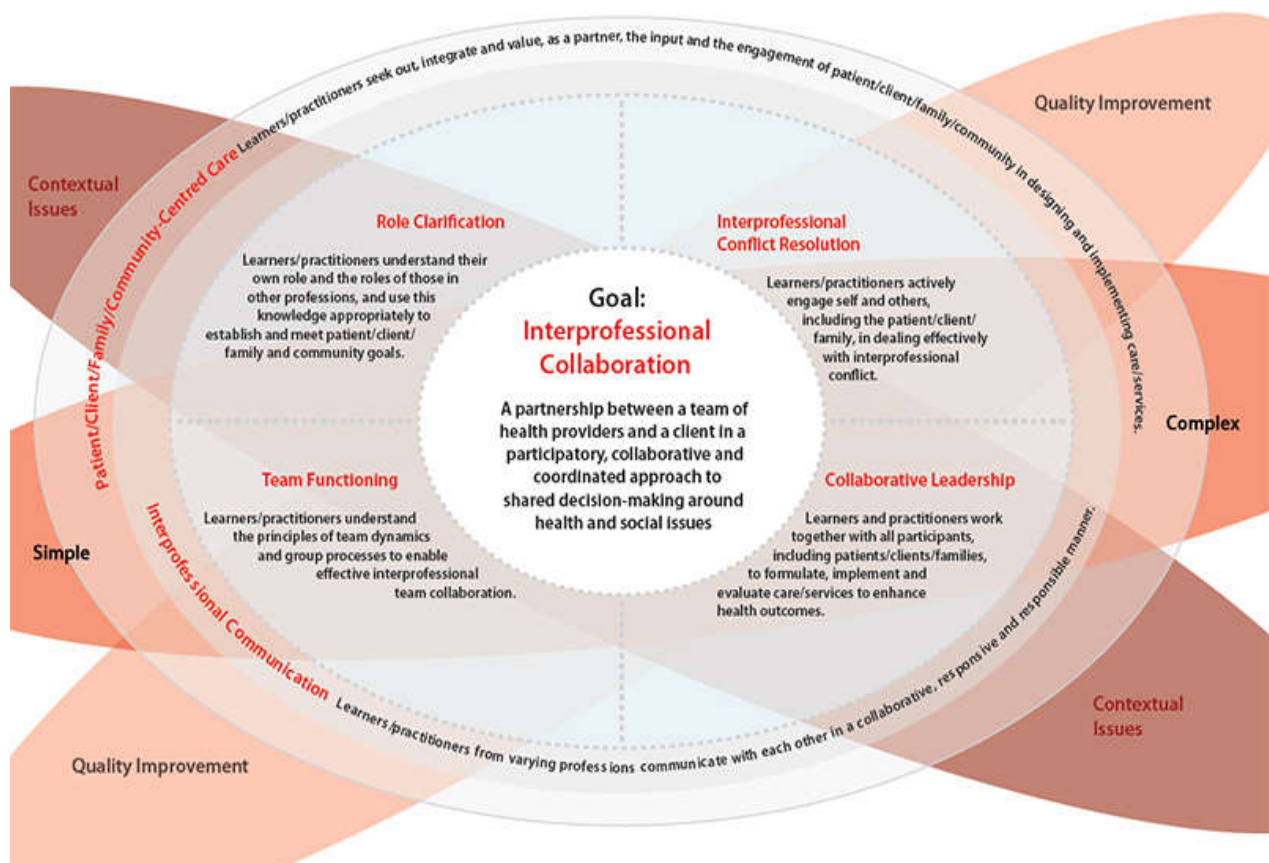


Figure 1. Plan national de compétences interprofessionnelles, CIHC, Guide de référence rapide 2010.

Les quatre grands pétales de cette « marguerite » sont la clarification des rôles, la résolution interprofessionnelle des conflits, le « leadership » (ou guidance) collaborative et le fonctionnement en équipe. Le tout est centré sur la collaboration interprofessionnelle, et est englobé par la communication interprofessionnelle et, au-delà, par l'approche centrée patient/client/famille/communauté.

En pratique l'enseignement de l'interprofessionnalité, comme décrit dans l'Université de Laval au Canada ⁴⁵, est axé autour de ces principes.

D'après les expériences menées dans cette université de Laval ⁴⁵ l'apprentissage du travail interprofessionnel passe par différentes étapes dans la formation.

Les cours de formation à l'interprofessionnalité qui y sont proposés se découpent en trois modules, avec une progression de l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle.

Le premier cours a pour but l'acquisition des concepts de base, de découverte des autres professions de santé, de l'approche centrée patient, et de la communication interprofessionnelle.

Le deuxième cours permet d'expérimenter la pratique collaborative, sur des situations cliniques théoriques, par le travail en groupe et une attention portée sur l'approche centrée patient, la compréhension de la situation par chaque professionnel, le rôle de chacun, la dynamique du travail en équipe, et l'analyse des différents modes de direction des groupes.

Le troisième cours met en situation les professionnels, autour de situations cliniques simulées, de jeux de rôle. L'accent est porté sur le niveau de collaboration demandé par la situation, la prévention des conflits et la communication interprofessionnelle, la reconnaissance des facteurs qui influencent la collaboration et enfin la place du patient et de ses proches dans la collaboration. Cette progression des enseignements est décrite dans la figure 2.



Figure 2. Cursus d'Education Interprofessionnelle à l'Université de Laval, Québec, CANADA. Michèle Aubin, Gisèle Bourdeau, Emmanuelle Careau, Raquel Da Silva Luis, Myriam Gauthier, Nathalie Houle, Louise Picard, Mehrdad Razmpoosh and Daphney St-Germain, 2010.

De ces formations nous retenons une progression nécessaire de l'enseignement interprofessionnel, avec une première étape de connaissance de l'autre, une deuxième de travail en commun sur des situations théoriques et une troisième étape de mise en pratique de ces pratiques collaboratives.

4. Un premier regard sur les pratiques nationales

Un mémoire paru en 2017, soutenu par le Dr. Julie Tyrant, chef de clinique à la faculté de médecine de Grenoble, nous donne une première approche de ce qui se fait en France actuellement sur le plan de l'enseignement interprofessionnel ¹⁸.

Moins de la moitié des facultés de médecine proposaient une formation initiale interprofessionnelle aux pratiques collaboratives. On y note le caractère récent des enseignements à la pratique collaborative, 10 formations parmi 18 recensées dans les départements de médecine générale, l'étaient depuis moins de 6 ans. L'approche des apprentissages était dans une grande majorité socio-constructiviste. Les axes de travail principaux étaient la représentation des autres professions de santé, la communication, la découverte de l'autre. Les moyens d'actions étaient principalement des ateliers thématiques, des réflexions autour de cas cliniques et la production d'un travail de groupe.

5. Un autre regard

Lors de l'élaboration du projet de thèse et des recherches bibliographiques, le décalage important entre la situation en France et dans les pays anglophones nous est apparu. Les revues systématiques Cochrane réalisées régulièrement sur l'enseignement de l'interprofessionnalité ^{40,51,52} ou sur les effets des pratiques collaboratives ¹³ ne recensent en majorité que des études issues des Etats-Unis, du Canada, d'Australie. Les études francophones sont rares, mais de plus en plus nombreuses. Nous notons par exemple la création récente, en France en juillet 2016, de l'association Soins Primaires Pluriprofessionnels : Innovation Recherche (SPP-IR) ⁵⁹, structure dont le but est de faciliter le développement de la recherche dans les structures pluriprofessionnelles de soins primaires et de fédérer chercheurs et professionnels de terrain intéressés par ce champ.

Nous avons donc voulu réaliser un état des lieux en France, tout en tenant compte des pratiques dans deux pays frontaliers que sont le Royaume-Uni et la Belgique, et contribuer à cette dynamique importante d'évolution des pratiques et de l'enseignement.

6. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux descriptif de l'enseignement de l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3^e cycle de formation en France, et de trouver les facteurs favorisant et les freins ressentis au développement de ce type d'enseignement.

L'objectif secondaire était de comparer les modes de formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3^e cycle de formation en France, Belgique et Royaume-Uni.

Matériel et Méthodes

1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative par questionnaire des modes de formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3^e cycle dans les universités de formation en France, Royaume-Uni et Belgique.

2. Population de l'étude

Les lieux de formation inclus sont les 35 départements de médecine générale français, les 14 doyens de formation de troisième cycle du Royaume-Uni, et les 9 universités belges de formation de troisième cycle.

3. Outils utilisés

Le questionnaire a été construit spécialement pour cette étude avec le directeur de thèse, traduit et corrigé par deux anglophones, une native et une chef de clinique de médecine générale.

La recherche bibliographique et l'échange avec une professionnelle de santé québécoise de l'université de Laval, Michèle Aubin, Professeur titulaire au département de médecine familiale et de médecine d'urgence et titulaire de la chaire de soins palliatifs, ont permis de discuter de certains facteurs qui pouvaient favoriser ou freiner le développement de l'enseignement de l'interprofessionnalité, ainsi que ses différents modes d'enseignement.

Nous avons retenu et construit le questionnaire autour des facteurs suivants :

- Présence d'autres formations en santé au sein de l'université
- Présence de formations en sciences humaines au sein de l'université
- Nombre d'étudiants à former
- Nombre d'enseignants facultaires présents (enseignants statutaires et simples chargés d'enseignement)
- Présence de formation théorique à l'interprofessionnalité
- Présence de formation pratique à l'interprofessionnalité
- Attitude face à l'importance de l'enseignement de l'interprofessionnalité

- Difficultés rencontrées et projets de développement de l'enseignement de l'interprofessionnalité.

Les deux versions (francophone et anglophone) du questionnaire sont en annexes.

4. Recueil des données

Le déroulement de l'étude est résumé sur la figure 1 :

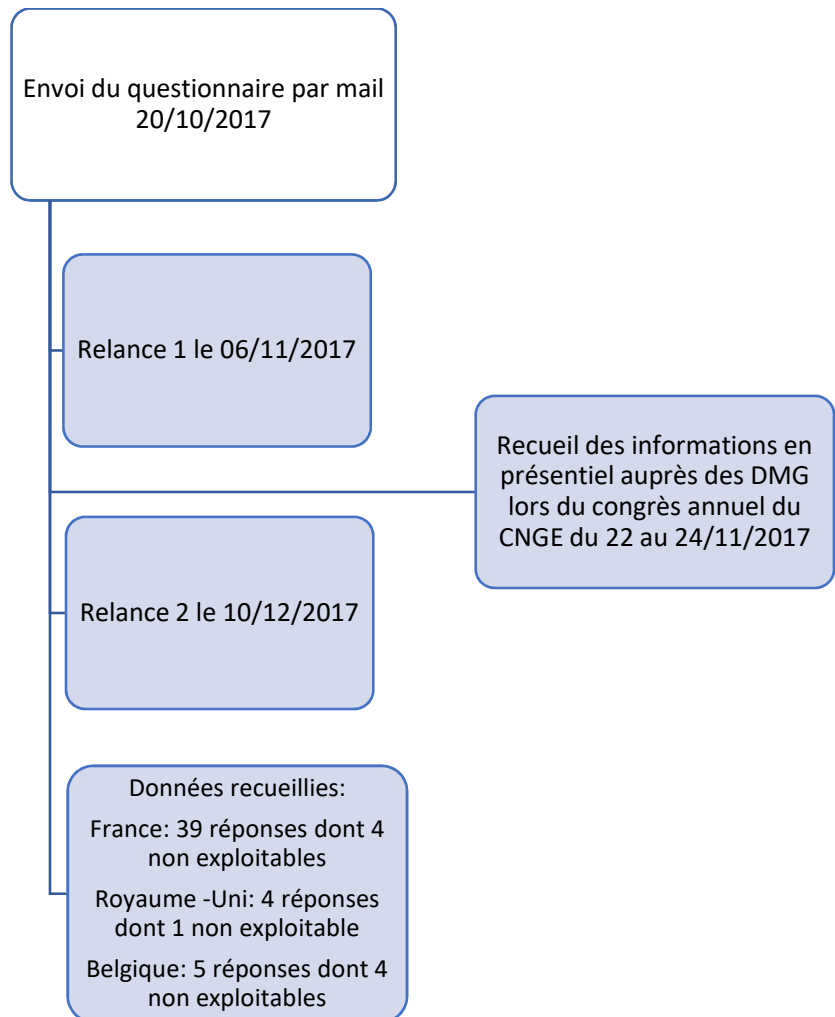


FIGURE 3. Diagramme de flux de l'étude

5. Exploitation des données du questionnaire

Lors du dépouillement, nous n'avons pas tenu compte des réponses en double et des réponses vides. Ces réponses incomplètes ou en doublons n'ont donc pas été incluses dans l'analyse.

Les données des questionnaires ont été saisies dans une base de données sous le logiciel Excel.

L'analyse des données a été réalisée avec l'utilitaire GMRC Shiny Stats et Epi Info.

Les tests utilisés ont été le test du Khi2 et le test de Fisher au regard des faibles effectifs.

Les Odds Ratios bruts ont été estimés à partir d'une régression logistique univariée réalisée avec Epi-info.

RESULTATS

1. Analyse Descriptive

1.1. Population étudiée

39 départements de formations ont été inclus dans l'étude. Les réponses ont été classées en deux groupes (France et Etranger). Le groupe France comportait 35 départements de médecine générale (DMG) soit une exhaustivité au niveau national. Le groupe Etranger comportait trois départements de formation de troisième cycle de médecins généralistes du Royaume-Uni et un département de formation de troisième cycle de médecine générale en Belgique.

La répartition du nombre d'internes au sein des départements de formation en France semble homogène avec une majorité entre 100 et 500 internes, et quelques lieux de formation avec moins de 100 internes ou plus de 500 internes.

L'échantillon des départements de formation étrangers était trop réduit pour avoir une vision globale.

UFR	REGION	Nombre d'Etudiants	Nombre d'Enseignants	Ratio Etudiants/Enseignants
Faculté de Médecine Université de Limoges	Nouvelle-Aquitaine	Moins de 100	Entre 10 et 30	>0,1
UFR Sciences Médicales et Pharmaceutiques Université de Franche-Comté	Bourgogne-Franche-Comte	Moins de 100	Moins de 10	0,1-0,05
Faculté Libre de Médecine Université Catholique de Lille	Hauts-de-France	Moins de 100	Entre 10 et 30	>0,1
Faculté de Médecine Université de Bourgogne	Bourgogne-Franche-Comte	Entre 100 et 300	Entre 30 et 50	>0,1
Faculté de Médecine et de Pharmacie Champagne Ardennes	Grand-Est	Entre 100 et 300	Entre 10 et 30	0,1-0,05
UFR des Santé, Médecine et Biologie Humaine Léonard de Vinci Université Paris Nord	Ile-de-France	Entre 100 et 300	Entre 30 et 50	>0,1
Faculté de Médecine Université des Antilles et de la Guyane	Antilles-Guyane	Entre 100 et 300	Moins de 10	<0,05
Faculté de Médecine de Tours Université François Rabelais	Centre-Val-de-Loire	Entre 100 et 300	Moins de 10	<0,05
UFR de Médecine Université d'Amiens	Hauts-de-France	Entre 100 et 300	Entre 10 et 30	0,1-0,05
Faculté de Médecine et de Pharmacie Université de Poitiers	Nouvelle-Aquitaine	Entre 100 et 300	Entre 30 et 50	>0,1
UFR de Médecine Université Caen Basse-Normandie	Normandie	Entre 100 et 300	Entre 10 et 30	0,1-0,05
Faculté de Médecine Université d'Auvergne	Auvergne-Rhône-Alpes	Entre 100 et 300	Entre 10 et 30	0,1-0,05
Université de la Réunion	Ile de la Réunion	Entre 100 et 300	Entre 10 et 30	0,1-0,05
Faculté de Médecine Paris Sud Université Paris Sud	Ile-de-France	Entre 100 et 300	Entre 10 et 30	0,1-0,05
Faculté de Médecine Lyon Est Université Claude Bernard	Rhône-Alpes	Entre 300 et 500	Ne sait pas	Ne sait pas
Université d'Angers	Pays-de-la-Loire	Entre 300 et 500	Entre 30 et 50	0,1-0,05
Faculté de Médecine Université Paris Est Créteil Val de Marne	Ile-de-France	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine J. Lisfranc Université Jean Monnet Saint-Etienne	Auvergne-Rhône Alpes	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
UFR Médicale Paris Ile de France Ouest Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines	Ile-de-France	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine Toulouse Rangueil Université Paul Sabatier Toulouse III	Occitanie	Entre 300 et 500	Plus de 50	0,1-0,05
Faculté de Médecine et de Pharmacie Université Joseph Fourier-Grenoble	Auvergne-Rhône-Alpes	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine et de Pharmacie Université de Rouen	Normandie	Entre 300 et 500	Entre 30 et 50	0,1-0,05
Faculté de Médecine Université de Nantes	Pays-de-la-Loire	Entre 300 et 500	Plus de 50	0,1-0,05
Strasbourg Faculté de Médecine Université Louis Pasteur	Grand-Est	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine Université Henri Poincaré-Nancy	Grand-Est	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
UFR de Médecine et Sciences de la Santé Université de Bretagne Occidentale	Bretagne	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine Université Paris Descartes	Ile-de-France	Entre 300 et 500	Entre 30 et 50	0,1-0,05
Faculté de Médecine Université Nice Sophia-Antipolis	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	Entre 300 et 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine Université Pierre et Marie Curie	Ile-de-France	Plus de 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine Henri Warembourg Université de Lille 2	Hauts-de-France	Plus de 500	Entre 30 et 50	0,1-0,05
UFR Sciences Médicales Université Victor Segalen - Bordeaux 2	Nouvelle-Aquitaine	Plus de 500	Entre 10 et 30	<0,05
Université de Rennes 1 Faculté de Médecine	Bretagne	Plus de 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine Université Montpellier 1	Occitanie	Plus de 500	Entre 10 et 30	<0,05
Faculté de Médecine Université de la Méditerranée Aix-Marseille II	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	Plus de 500	Entre 10 et 30	<0,05
UFR de Médecine Université Paris Diderot	Ile-de-France	Ne sait pas	Entre 10 et 30	Ne sait pas

Tableau 1. Population étudiée des départements de médecine générale français

UFR	REGION	Nombre d'Etudiants	Nombre d'Enseignants	Ratio Etudiants/Enseignants
Leicester Medical School	England	2. Entre 100 et 300	Entre 30 et 50	>0,1
Université Libre de Bruxelles	Bruxelles-Capitale	2. Entre 100 et 300	Entre 10 et 30	0,1-0,05
Health Education England -East Midlands	England	4. Plus de 500	Plus de 50	0,1-0,05
Birmingham Medical School - West Midlands	England	5. Ne sait pas	Ne sait pas	Ne sait pas

Tableau 2. Population étudiée des départements de médecine générale étrangers

1.2. Situation des départements de médecine générale

Nous notons la présence dans plus de 70% des UFR françaises des quatre autres professions de santé principalement associées à l'exercice de la médecine générale, à savoir les infirmiers, les pharmaciens, les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Cela est similaire aux résultats étrangers, excepté la formation en maïeutique qui n'est retrouvée dans aucune unité de formation ailleurs qu'en France.

Les formations en sciences humaines les plus retrouvées sont la psychologie, la sociologie et l'histoire, et de façon moins présente l'anthropologie et les sciences de l'éducation.

	France (n=35)	Etranger (n=4)
Formations en santé		
Soins infirmiers	28	3
Kinésithérapie	25	3
Pharmacie	25	3
Maïeutique	30	0
Odontologie	3	1
Psychomotricité	1	0
Aide-soignant	1	0
Orthophonie	1	0
Ne sait pas	0	0
Formations en Sciences Humaines		
Psychologie	27	3
Sociologie	28	3
Histoire	25	3
Anthropologie	19	1
Sciences de l'Education	19	1
Philosophie	1	0
Aucune	0	1
Ne sait pas	4	0

Tableau 3. Répartitions des différentes formations dans les universités.

1.3. Population des départements de médecine générale

Le recueil du nombre d'étudiants et d'enseignants nous a permis de calculer le ratio du nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants. Les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Nous notons une répartition de la majorité des DMG en France entre 100 et 500 étudiants, avec une majorité de DMG composés d'entre 10 et 30 enseignants. Le calcul du ratio du nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants dans les DMG français

montre que le plus grand nombre de DMG en France (15 sur 35) a un ratio inférieur à un enseignant pour 20 étudiants.

	France (n=35)	Etranger (n=4)
Nombre d'étudiants		
Moins de 100 étudiants	3	0
Entre 100 et 300 étudiants	11	2
Entre 300 et 500 étudiants	14	0
Plus de 500 étudiants	6	1
Ne sait pas	1	1
Nombre d'enseignants		
Moins de 10 enseignants	3	0
Entre 10 et 30 enseignants	22	1
Entre 30 et 50 enseignants	7	1
Plus de 50 enseignants	2	1
Ne sait pas	1	1
Ratio du nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants		
>0.1	5	1
0.1-0.05	13	2
<0.05	15	0
Non connu	2	1

Tableau 4. Nombre d'étudiants et d'enseignants et
Ratio du nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants

1.4. Enseignements théoriques et pratiques au sein des DMG

Le recueil des formations théoriques dans les différentes universités met en évidence la présence de cours sur les compétences et les champs d'actions des autres professions de santé et la présence d'enseignants non médecins dans plus de 50% des DMG. Le recueil des formations pratiques montre une forte mise en relation des étudiants avec les autres professions de santé, par des réunions communes et du travail autour de situations de patients dans plus de 60% des DMG, mais peu de projets autour de patients (12 sur 35).

La réalisation des stages ambulatoires en milieu pluriprofessionnel ne concerne qu'entre 0 et 25% des stages effectués par les internes pour 22 DMG sur 35 en France.

	France (n=35)	Etranger (n=4)
Enseignements théoriques :		
Présence d'un ou plusieurs cours sur les compétences des autres professions de santé	19	2
Présence d'un ou plusieurs cours sur les champs d'action des autres professions de santé	20	3
Présence d'enseignements avec d'autres étudiants en santé	13	3
Présence d'enseignants non médecins	20	3
Aucune des propositions	5	0
Enseignements pratiques :		
Lors des stages ambulatoires, mise en relation régulière avec d'autres professions de santé	32	4
Lors des stages ambulatoires, réunions communes avec d'autres professions de santé	23	4
Lors des stages ambulatoires, travail avec d'autres professions de santé autour de situations de patients ?	22	4
Lors des stages ambulatoires, projets autour de patients	12	4
Aucune des propositions	2	0
Proportion des stages ambulatoires en médecine générale effectués dans des structures où travaillent d'autres professions de santé :		
0%-25%	22	2
25%-50%	5	0
50%-75%	2	0
75%-100%	1	2
Ne sait pas	5	0

Tableau 5. Analyse descriptive des formations théoriques et pratiques dans les différentes universités

1.5. Priorité accordée à l'enseignement interprofessionnel dans les différents DMG

La majorité des DMG était tout à fait d'accord (19) ou d'accord (14) pour définir la formation au travail interprofessionnel des internes comme une priorité.

Pour vous la formation interprofessionnelle en santé pour les internes en médecine générale est prioritaire :	France (n=35)	Etranger (n=4)
Tout à fait d'accord	19	3
Plutôt d'accord	14	1
Plutôt pas d'accord	2	0
Pas du tout d'accord	0	0

Tableau 5. Priorité accordée à l'enseignement interprofessionnel

1.6. Freins et projets en rapport avec l'enseignement interprofessionnel

Nous avons de plus recueilli les difficultés rencontrées et les projets en rapport à l'enseignement interprofessionnel dans des questions ouvertes. L'ensemble des réponses peut être retrouvée en annexe.

Une analyse de contenu thématique ^{6,32} de ces données qualitatives a permis d'identifier 5 problèmes principaux et 4 projets principaux, et d'en faire une présentation quantitative présentée dans le tableau 5.

Nous avons pu ainsi identifier comme freins principaux à la mise en place d'enseignements interprofessionnels le manque de temps et le manque de disponibilité des enseignants. A l'inverse, nous notons qu'il n'est pas retrouvé un manque de motivation des étudiants pour ces enseignements.

On ne retrouve pas d'unité dans les différents projets recensés, mais plutôt une diversité, avec des projets de rapprochements avec les enseignants des autres professions de santé, des projets de séminaires regroupant les étudiants des différentes formations, mais aussi d'augmenter l'exposition en stage aux autres professions de santé, et la création de groupes d'échanges de pratiques interprofessionnels.

	France (n=35)	Etranger (n=4)
Problème de temps	17	2
Problème de financement	12	1
Problème de disponibilité des enseignants	17	3
Problème de motivation des étudiants	2	0
Problème d'inadaptation du programme	7	1
Projet de développer des partenariats avec les enseignants des autres professions	7	0
Projet de mettre en place des séminaires de découverte interprofessionnels/intervenants	7	1
Projet de renforcer l'exercice en lieu d'interprofessionnalité	6	2
Projet de groupes d'échanges de pratique interprofessionnels	5	0

Tableau 6. Problèmes rencontrés lors de la mise en place d'enseignements interprofessionnels, et projets d'enseignements interprofessionnels

2. Analyse comparative

2.1. Sur les problèmes rencontrés

Nous avons tenté de mettre en évidence un lien statistique entre le ratio du nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants, et les problèmes rencontrés.

Mais il ne nous est pas possible de conclure à un lien entre le nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants, et des problèmes de temps, de financement, de disponibilité des enseignants, de motivation des étudiants ou d'inadaptation des programmes.

Ratio Enseignants sur Etudiants	Problème de temps (n=18)	Problème de financement (n=12)	Problème de disponibilité des enseignants (n=17)	Problème de motivation des étudiants (n=2)	Problème d'inadaptation des programmes (n=7)
>0,1	1	1	4	1	1
0,1-0,05	7	4	4	0	2
<0,05	8	6	8	1	3
Non connu	1	1	1	0	1
<i>Lien retrouvé :</i>	<i>Non</i>	<i>Non</i>	<i>Non</i>	<i>Non</i>	<i>Non</i>
Les données sont présentées sous forme d'effectifs. Le test utilisé est la régression logistique pour les variables qualitatives.					

Tableau 7. Recherche de lien entre les ratios du nombre d'étudiants sur le nombre d'enseignants et des problèmes rencontrés dans les départements de médecine générale en France.

2.2. Sur les projets recensés

Nous avons tenté de mettre en évidence un lien statistique entre le ratio du nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants, et les projets recensés.

Mais il ne nous est pas possible de conclure à un lien entre le nombre d'enseignants sur le nombre d'étudiants, et des projets de rencontres, de séminaires, de GEAP interprofessionnels ou d'une volonté de renforcer l'exercice interprofessionnel.

Ratio Enseignants sur Etudiants	Projet de rencontres interprofessionnelles (n=7)	Projet de séminaire interprofessionnel (n=7)	Projet de renforcer l'exercice interprofessionnel (n=6)	Projet de GEAP interprofessionnel (n=5)
>0,1	1	2	2	0
0,1-0,05	1	1	1	2
<0,05	4	4	2	3
Non connu	1	2	1	0
<i>Lien retrouvé :</i>	<i>Non</i>	<i>Non</i>	<i>Non</i>	<i>Non</i>
Les données sont présentées sous forme d'effectifs (%). Le test utilisé est la régression logistique pour les variables qualitatives.				

Tableau 8. Recherche de lien entre les ratios du nombre d'étudiants sur le nombre d'enseignants et des projets de développement de l'enseignement interprofessionnel recensés dans les départements de médecine générale en France

DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

1.1. Des DMG motivés et des formations théoriques présentes

Les départements de médecine générale français avaient une bonne connaissance des autres professions de santé présentes dans leurs universités. Les formations théoriques sur les autres professions de santé étaient répandues, des enseignements étaient ouverts à des enseignants non médecins.

La grande majorité des DMG ont déclaré mettre en relation leurs internes et d'autres professionnels de santé lors des stages ambulatoires, notamment lors de réunions ou du travail autour de patients, même si on notait une proportion plus faible de projets autour de patients.

Il a été mis en évidence une variété des projets déclarés, avec des projets de séminaires de découverte, des prises de contact entre enseignants, des projets de Groupes d'Echanges de Pratiques interprofessionnels (GEPi).

Et dans leur grande majorité, les DMG considéraient la formation à l'interprofessionnalité comme une priorité.

De plus, la motivation des étudiants était présente, seuls 2 DMG rapportant un déficit dans ce domaine.

1.2. Peu de confrontation à l'exercice interprofessionnel et un manque de moyens humains

La faible proportion de stages ambulatoires effectués dans des structures interprofessionnelles, comprise entre 0 et 25 % pour plus de la moitié des DMG, montrait que peu d'internes étaient effectivement exposés à une pratique collaborative.

Cela se voyait aussi dans la faible proportion de projets autour des patients dans les stages ambulatoires.

S'ils sont motivés, les DMG devaient faire face à de nombreux défis. Les enseignants rapportaient principalement des problèmes de temps et de disponibilité des enseignants, avec parfois une inadaptation des programmes et un manque de moyens financiers. Le ratio entre

nombre d'enseignants et nombre d'étudiants était faible, avec le plus souvent plus de 10 étudiants par enseignant.

1.3. Apport des données de l'étranger

Si le faible taux de réponse ne nous a pas permis de réaliser une analyse statistique comparative fiable, on a pu noter des tendances allant dans le sens d'un retard au développement de l'enseignement interprofessionnel en France comparé à ce qui se fait au Royaume-Uni et en Belgique. Les différences les plus marquantes portaient justement sur les pratiques interprofessionnelles des étudiants, avec systématiquement des projets interprofessionnels autour de patients et une majorité de stages effectués dans des structures pluriprofessionnelles.

Mais les problèmes rencontrés dans le développement de l'enseignement de la pluriprofessionnalité ont semblé similaires entre la France et l'étranger, avec un manque de temps et de disponibilité des enseignants retrouvé dans la majorité des cas.

2. Comparaisons aux données de la littérature

2.1. Sur l'analyse descriptive

2.1.1. Sur la situation des départements de médecine générale

L'étude a montré une bonne connaissance des filières médicales et paramédicales « proches » en France. En effet, nous avons retrouvé la connaissance de la présence des formations en maïeutique dans 85% des cas, en pharmacie et kinésithérapie dans 71% des cas et en soins infirmiers dans 80% des cas. Ces professions étaient celles auxquelles étudiants et enseignants sont confrontés lors de la formation théorique initiale (PACES commune) et lors des formations pratiques (stages et relations de travail avec les infirmiers et élèves infirmiers).

Ces données étaient conformes à ce qui avait été retrouvé par le docteur J. Tyrant, et présenté dans son mémoire de DES de médecine générale ¹⁸.

Les proportions des autres formations étaient bien moindres, comme l'a montré le docteur J. Tyrant. Les répondants des DMG n'avaient connaissance que d'une façon limitée des formations d'odontologie (8%), de psychomotricité (2%) ou d'aide-soignant (2%).

En ce qui concerne les formations non médicales, il existait une plus grande disparité avec une bonne connaissance des formations en psychologie (77%), sociologie (80%) et histoire (71%), une connaissance moyenne pour l'anthropologie et les sciences de l'éducation (54%) et une occurrence pour la philosophie (2%).

Ces données françaises étaient comparables avec celles recueillies en Belgique et au Royaume-Uni, sans avoir la puissance statistique suffisante pour retrouver une différence.

Cette connaissance et proximité avec les professions médicales et paramédicales correspondait à la première phase de l'enseignement de l'interprofessionnalité, à la connaissance de l'autre. Confrontés les uns aux autres lors de la première année ou lors des stages d'externes, étudiants comme enseignants ont conscience que l'autre se forme à côté. C'est ce que Oandasan décrivait en 2005 : « *créer des occasions d'apprentissage informel, de socialisation et d'intégration de son rôle dans le soin qui permettent aux professionnels de développer des compétences utiles pour un enseignement interprofessionnel réussi.* » (*Opportunities for informal learning, socialization, and role integration provide opportunities for professionals to develop and put into practice the skills necessary for successful IPE.* ») ^{48,49}

2.1.2. Sur l'encadrement de la formation

Les résultats français de l'étude ont montré que les étudiants étaient nombreux dans les DMG, avec des enseignants peu nombreux.

Nous avons fait le choix d'établir un ratio entre le nombre d'enseignants déclarés et le nombre d'étudiants formés dans les DMG.

Ce classement arbitraire en fonction du ratio calculé a été choisi afin de pouvoir réaliser des analyses statistiques et calculs de rapport de côtes. Une de nos hypothèses était qu'un nombre plus grand d'enseignants par rapport au nombre d'internes permettrait un développement plus important de projets dépassant la simple acquisition de compétences médicales.

En effet, les structures nationales représentant les enseignants en médecine générale alertent les pouvoirs publics depuis des années sur le manque d'enseignants ⁵⁵⁻⁵⁷.

Malheureusement, nous n'avons pas réussi (probablement par manque de puissance) à mettre en évidence de lien entre le ratio enseignants/étudiants et des projets en place, ou des problèmes rencontrés.

2.1.3. Sur les formations en place

Le recueil des différentes formations théoriques et pratiques montrait une part modérée d'enseignements sur les autres professions (compétences 54%, champs d'actions 57%) et une part faible d'enseignements avec les autres professions (présence d'étudiants d'autres professions 37%, enseignants non médecins 57%).

Cette mise en relation des étudiants lors de situations réelles ou inspirées du réel est un axe d'amélioration possible. Dans son guide pour l'éducation interprofessionnelle ⁶³ de 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé recommandait l'interaction entre étudiants, ainsi que les méthodes pédagogiques « adultes » en prise avec la réalité. « *Research indicates that interprofessional education is more effective when: * principles of adult learning are used (e.g. problem-based learning and action learning sets) * learning methods reflect the real-world practice experiences of students * interaction occurs between students.* »

En ce qui concernait la priorité accordée à l'enseignement de l'interprofessionnalité en France, une écrasante majorité (33/35) des DMG étaient d'accord sur le fait qu'une formation interprofessionnelle en santé pour les internes en médecine générale était prioritaire.

Dans nos résultats, nous avons noté que la première étape de formation évoquée en introduction, la connaissance de l'autre, semble être franchie en France pour les professions médicales et paramédicales.

2.1.4. Sur les freins au développement des enseignements interprofessionnels

Nous avons recueilli sous la forme de questions ouvertes à réponses courtes les difficultés rencontrées et les projets pour le développement de l'enseignement interprofessionnel. On comptait dans les freins principaux le temps (49%), les ressources financières (34%), et la

disponibilité des enseignants (49%). Ces contraintes logistiques pourraient être attribuées aux moyens faibles alloués à la médecine générale en comparaison aux autres spécialités¹⁹, mais pourraient aussi être liées au défi logistique de faire coïncider les emplois du temps de plusieurs départements de formations. Dans le mémoire du Dr. Tyrant ¹⁸, on notait en effet que la majorité (67%) des formations à l'exercice interprofessionnel en France étaient proposées à seulement deux filières différentes (principalement pharmacie et soins infirmiers). On pouvait évoquer comme axe d'amélioration possible sur ces plans la possibilité de regrouper les départements de formation non plus par filière mais par exercice (soins de premier recours), en envisageant, comme ce fut le cas après la guerre en Bosnie, faute de moyens, une organisation des formations des soins primaires commune entre médecins et infirmiers de soins primaires ⁴⁶.

En ce qui concernait la mise en place d'enseignements dédiés à la pratique collaborative, les données du docteur Tyrant montraient que les enseignements mis en place étaient récents (10 formations parmi 18 recensées dans les départements de médecine générale, l'étaient depuis moins de 6 ans).

De plus, dans la majorité des cas, ces formations ne regroupaient que quelques professions de santé ¹⁸ et les étudiants motivés par ces formations.

Nos résultats allaient en ce sens, la majorité des étudiants n'ayant pas la possibilité de se former aux pratiques collaboratives, les stages en milieu « mixte » étant rares. Ceci est problématique car la plupart des études explorant le ressenti des étudiants confrontés en stage à des situations de pratique collaborative révèlent qu'ils en sont satisfaits et se sentent mieux formés aux compétences socles interprofessionnelles ^{23,25}. Après la phase de connaissance de l'autre, après la phase d'expérimentation sur des situations de soins théoriques inspirées de situations réelles, la phase d'intégration aux pratiques se fait par le vécu de situations cliniques où la collaboration est utilisée, puis validée, ancrée par le retour d'expérience et le débriefing. (Voir Figure 2) ⁴⁵

L'absence de motivation des étudiants n'était retrouvée que 2 fois dans les freins à la mise en place d'enseignements interprofessionnels (5%). Les étudiants français seraient donc tout aussi intéressés par de tels enseignements que leurs homologues canadiens ou britanniques.

Reeves et Oandasan ⁴⁹ ont identifié aussi des freins administratifs et logistiques à la création d'enseignements regroupant différentes professions. Leur conseil est d'identifier des partenaires de choix motivés afin de mettre en place ces enseignements, avec comme limite la pérennité de cet enseignement en cas de départ ou d'arrêt d'activité de personnes ressources. Ils évoquent aussi des freins politiques et institutionnels : les institutions définissant les cadres d'actions de chaque profession (en France, ordres et ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur) doivent promouvoir ces pratiques collaboratives et donc leur enseignement. Les nouveaux modes de rémunération et le financement de projets d'équipe dans les maisons de santé pluriprofessionnelles semblent un bon début ².

Nous n'avons pas exploré plus avant le contenu de ces enseignements dans notre travail, mais la littérature, francophone ou anglophone, donne comme principales compétences à acquérir la résolution des conflits, la communication et l'approche réflexive. ^{47,63}

3. Pistes d'avancées et propositions :

3.1. Outils de formations

3.1.1. Groupes d'échanges interprofessionnels

Le recueil des projets autour des formations interprofessionnelles a montré comme pistes d'avancées des partenariats avec les autres enseignants, des séminaires de découverte des autres professions (7 occurrences, soit 20%) ce qui correspondrait à une première phase d'enseignement des pratiques collaboratives dans un modèle comme celui de l'Université de Laval ⁴⁵. Ont été également exprimés une volonté de mise en situation plus importante, ainsi que celle de renforcer l'exercice en milieu d'interprofessionnalité (6 occurrences, soit 17%). De plus, 5 DMG (14%) ont déclaré vouloir mettre en place des groupes d'échanges de pratiques interprofessionnelles (GEPi). Ces GEPi nous semblent intéressants et mériteraient un travail de recherche dédié. Ils associeraient, dans leur mise en place possible, deux compétences jugées nécessaires par l'OMS, à savoir communiquer et développer une approche réflexive, ainsi qu'un partage des connaissances et des compétences.

3.1.2. Simulation et « jeux sérieux »

Une piste non retrouvée dans notre travail mais qui pourrait se révéler intéressante serait la simulation. La mise en situation de professionnels de santé de filières différentes autour d'un cas pratique, en contexte de formation, avec un patient acteur ou un équipement de simulation, permettrait d'analyser et d'améliorer les pratiques ⁷. Dans la thèse du docteur Viault, on retrouvait ainsi l'idée de compétences non techniques dont l'acquisition est évaluées par le score CTS (Clinical Teamwork Scale)²⁷. On pourrait envisager une adaptation de ce score et de ces techniques de mises en situation pour la médecine générale.

Une étude similaire avait été menée dans l'Oregon et publiée en 2015 ²⁵, et renforce l'idée que la collaboration de différents professionnels de santé autour de situations médicales simulées permettrait une meilleure acquisition de compétences interprofessionnelles.

Lors d'exercices au SimUsanté d'Amiens en 2016, la réalisation de telles simulations dès le deuxième cycle, plaçant les étudiants en médecine, en soins infirmiers ou en électroradiologie médicale en position de tuteur et de tuteuré selon les sujets, avait permis de mettre en évidence à la fois un ressenti d'acquisition de compétences, mais aussi une meilleure perception des autres métiers.³⁹

3.1.3. Evaluation des formations

Par ailleurs, il existe des outils d'évaluation de ces formations : les questionnaires *Interdisciplinary Education Preparation Scale* (IEPS) ⁴⁴, *Readiness for Professional Learning Scale* (RIPLS) ¹¹ et *Attitudes Toward Healthcare Teams Scales* (ATHCTS) ³⁰.

L'IEPS a été élaboré pour évaluer les perceptions professionnelles et les domaines affectifs connexes pour les participants à des programmes d'éducation interprofessionnels.

Le RIPLS a été élaboré pour évaluer les attitudes et les perceptions des étudiants et des professionnels afin de déterminer s'ils sont prêts à l'apprentissage et au changement qu'implique l'exercice interprofessionnel.

L'ATHCTS a été développé comme un suivi pré- et post-mesure ou longitudinal des attitudes envers les équipes de soins de santé parmi les membres de l'équipe et/ou les stagiaires et leurs superviseurs dans les programmes de formation d'équipe de soins cliniques.

Une traduction adaptée aux pratiques françaises et l'utilisation de tels moyens de mesure standardisés pourrait permettre un meilleur retour d'expérience des formations proposées ou en cours de développement.

A ce jour, seul le RIPLS est à notre connaissance traduit en français.

3.2. Equité, liberté, interprofessionnalité

Les formations médicales et paramédicales voient leurs contours et leurs rôles changer fortement ces dernières années. Réforme du DES de médecine générale ³⁴, rôle d'éducation thérapeutique des pharmaciens ³⁶, réflexions sur les infirmiers de pratiques avancées ¹⁷, extension des compétences des sages-femmes ³⁷ avec une autonomisation, volonté de la filière de masso-kinésithérapie de se doter d'un master 2 ¹² en sont des exemples. De grands changements sont à prévoir et chaque filière est en droit de souhaiter se développer, se renforcer. Dans un système de soins à budget fixe, ce qui est donné à l'un peut sembler être arraché à l'autre, comme le montre les réactions des syndicats de médecins à l'annonce d'une possibilité pour les pharmaciens de vacciner^{4,14,22}, ou plus récemment lors des discussions sur la création en France d'un exercice infirmier de pratiques avancées. ^{15,54,62}. Afin de développer les enseignements interprofessionnels, les propositions de l'OMS ⁶³ sont claires : faire tomber les barrières et donner à chacun une place autour de la table, les compétences d'écoute et de résolution des conflits étant aussi à mettre en œuvre au niveau des formateurs. Une fois réunis, venus de leur plein gré, les formateurs pourront mettre en commun des ressources et former ensemble les futurs professionnels de santé à travailler de manière collaborative.

La question des moyens ne se résume pas à l'augmentation d'une enveloppe budgétaire, comme le montre l'exemple du département de soins primaires de Sarajevo ⁴⁶. Dans un système de soins mis à mal par la guerre, l'exercice qui s'imposait était interprofessionnel, de la formation à l'exercice.

« *De l'absence de moyens peut naître la paralysie, mais aussi l'innovation.* », disait Patty Solomon, PhD ⁵⁸ en 2010 au congrès de l'Association Canadienne de Physiothérapie.

3.3. Ouverture

Dans le premier état des lieux dressé par le Dr. Tyrant ¹⁸ ou dans les travaux du Dr. Fiquet à Rennes ^{21,31}, on note que la vision actuelle du travail interprofessionnel est souvent limité aux professions médicales ou paramédicales.

Dans littérature canadienne et américaine, plus pléthorique, on retrouve souvent la notion d'« *allied health professionals* »¹ qui regroupe un ensemble de métiers gravitant autour du patient sans être professionnels de santé, comme par exemple les travailleurs sociaux, les coachs sportifs, les diététiciens. Ils font aussi parti des réseaux de soins primaires.

Et, si l'on passe à côté de certains professionnels, quelle personne est centrale et pourtant peu présente ? Le patient.

Dans ses travaux de 2005, d'Amour évoquait justement l'absence du patient dans les équipes de soins interprofessionnelles comme une contradiction, le patient étant constamment au cœur des motivations de l'équipe. ¹⁶

Comme l'écrivait en 2015 Supper et al., « *Il faut une participation active du patient pour dépasser les frontières professionnelles et hiérarchiques.* » « *The active participation of the patient is required to go beyond professional boundaries and hierarchies.* » ⁶⁰

L'exemple du DMG de Bobigny ²⁶ et du programme PEP13 comme celui des ateliers réalisés au sein de l'Université de Colombie Britannique, mettant en situation d'enseignants des patients experts ⁶¹ permet d'approcher de nombreux sujets comme le ressenti et le point de vue du patient, mais aussi de développer des compétences interprofessionnelles telles que définies par le Canadian National Competency Framework of Interprofessional Collaboration¹⁰, à savoir la clarification des rôles, la résolution de conflit, l'approche centrée patient, la communication et le leadership.

4. Forces et limites de l'étude.

Au nombre des forces de ce travail on peut compter :

- L'originalité

Nous avons tenté de comparer des modes de formation aux pratiques collaboratives dans différents pays. Ce travail transfrontalier n'a pas, à notre connaissance, été tenté auparavant.

- L'exhaustivité

Nous avons pu récupérer des réponses de l'ensemble des départements de médecine générale de France, ce qui nous permet d'avoir l'exhaustivité sur ce plan.

- L'utilité

Ce travail original ouvre des pistes de réflexions sur la formation à l'exercice interprofessionnel des internes de médecine générale dans un contexte où il est désiré tant au niveau des professionnels de santé que de l'Etat.

Parmi les limites on peut compter :

- Une approche médico-centrée

Nous ne nous sommes intéressés qu'aux formations des futurs médecins généralistes. Or, dans une pratique collaborative, chaque acteur de soin doit être formé à cet exercice.

Un travail de recherche interprofessionnel aurait été plus adapté mais plus complexe à mener.

- Le recueil

Le recueil des données s'est fait par questionnaire autoadministré par Internet et en présentiel lors du congrès du CNGE, avec un biais d'interprétation possible des questions.

Le faible taux de recrutement des pays étrangers n'a pas permis de réaliser une analyse statistique comparative des modes de formations aux pratiques collaboratives de puissance suffisante pour obtenir des résultats probants.

Conclusion

Le but de notre travail était de dresser un état des lieux de l'enseignement de l'interprofessionnalité en France. Nous notons que la majorité des départements de médecine générale sont conscients qu'une priorité importante doit être accordée à cet enseignement. De plus, les étudiants semblent motivés et des cours, des séminaires interprofessionnels se mettent en place ou ont déjà lieu.

Toutefois, il faut être conscient du retard français, que ce soit en termes d'ouverture aux professions gravitant autour du patient ou en termes de mise en pratique de l'exercice interprofessionnel lors des stages et de mises en situation. L'amélioration de l'enseignement de l'interprofessionnalité pourra cependant s'appuyer sur les outils développés dans le domaine, qu'il s'agisse de la simulation, des groupes d'échanges interprofessionnels ou des scores d'évaluation validés. Une piste supplémentaire serait l'ouverture des enseignements aux autres professions de santé et aux patients-experts, voire la création de structures d'enseignements de soins primaires interprofessionnelles.

Des travaux supplémentaires seraient souhaitables, sur le versant comparatif, avec des moyens permettant un meilleur taux de réponse dans les universités étrangères. Une étude collaborative à l'échelle européenne pourrait être envisagée avec les moyens institutionnels et financiers nécessaires. Le recensement des actions menées par les DMG en France serait aussi à poursuivre et compléter devant les nombreux projets recensés, et les évolutions futures de cet enseignement.

BIBLIOGRAPHIE

1. American institute Of Medical Science and Education. What Does Allied Healthcare Mean? *AIMS Educ.* 2016. Available at: <https://www.aimseducation.edu/blog/allied-healthcare-mean/> [Consulté le mai 9, 2018].
2. Anissa Afrite (Irdes), Julien Mousquès (Irdes). Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *IRDES.* 2014; Document de travail(62). Available at: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>.
3. Anon. L'état de santé de la population en France - Édition 2015 - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available at: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015> [Consulté le mai 8, 2018].
4. Anon. Vaccination antigrippale par le pharmacien : quel retour vers le médecin traitant ? - Les Articles du SML. Available at: <http://www.lesml.org/fr/169-les-articles-du-sml.php?actu=4469-vaccination-antigrippale-par-le-pharmacien-quel-retour-vers-le-medecin-traitant-> [Consulté le mai 9, 2018].
5. ARS. PAPS Portail: Equipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé. Available at: <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html> [Consulté le mai 13, 2018].
6. Bardin L. Chapitre II. Analyse de réponses à des questions ouvertes : la symbolique de l'automobile. In: *L'analyse de contenu.* L'analyse de contenu. PUF; 2013:10. Available at: <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-62.htm> [Consulté le mai 13, 2018].
7. Benoit Viault. Intérêt d'une formation pluridisciplinaire pour l'apprentissage de gestions de situations critiques sur simulateur de patient haute-fidélité des internes en médecine générale. 2017. Available at: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiV3YfF8sPaAhVDvxQKHQDVB24QFggoMAA&url=http%3A%2F%2Farchive.bu.univ-nantes.fr%2Fpollux%2Ffichiers%2Fdownload%2Ffe2e8d4c-4c1b-405c-a2c6-a8c3a9143af5&usg=AOvVaw0hoe63nB7_5GDszKXCcUv2 [Consulté le avril 18, 2018].
8. C. Attali, P. Bail, A-M. Magnier, J-N. Beis, C. Ghasarossian, J. Gomes, P. Chevallier, X. Lainé, P. Le Mauff, Y. Zerbib, B. Gay.-. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer.* 2006;(76):32.
9. CAIPE. CAIPE | About us › The Definition and Principles of Interprofessional Education. Available at: <http://caipe.org.uk/about-us/the-definition-and-principles-of-interprofessional-education/> [Consulté le mars 14, 2016].
10. CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) framework. *Off. Interprofessional Educ.* Available at: <https://www.mcgill.ca/ipeoffice/ipe-curriculum/cihc-framework> [Consulté le mars 27, 2018].

11. Cloutier J, Lafrance J, Michallet B, Marcoux L, Cloutier F. French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context. *J. Interprof. Care*. 2015;29(2):150-155.
12. CNOMK. Communiqué de presse - Un master 2 pour les kinés. *Ordre Masseurs-Kinésithérapeutes*. 2017. Available at: <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/communiquede-presse-2/> [Consulté le mai 9, 2018].
13. Cochrane Reviews. How effective are strategies to improve the way health and social care professional groups work together? | Cochrane. Available at: /CD000072/EPOC_how-effective-are-strategies-improve-way-health-and-social-care-professional-groups-work-together [Consulté le mai 9, 2018].
14. CSMF. Vaccination par les pharmaciens : les médecins toujours opposés | CSMF. Available at: <http://www.csmf.org/actualites/2016-10-19-000000/vaccination-par-les-pharmaciens-les-medecins-toujours-opposes> [Consulté le mai 9, 2018].
15. CSMF. Décret infirmier en pratique avancée : le médecin doit rester le chef d'orchestre | CSMF. Available at: <http://www.csmf.org/actualites/2018-03-08-000000/decret-infirmier-en-pratique-avancee-le-medecin-doit-rester-le-chef> [Consulté le mai 9, 2018].
16. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J. Interprof. Care*. 2005;19 Suppl 1:116-131.
17. Delamaire M-L, Lafortune G. *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. OECD Publishing; 2010. Available at: <https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/54-fr.html> [Consulté le mai 9, 2018].
18. Docteur TYRANT Julie. Etat des lieux des formations initiales interprofessionnelles aux pratiques collaboratives à destination des étudiants en profession de santé et des méthodes pédagogiques associées en France en 2017. 2017.
19. DREES. Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé - édition 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available at: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2016-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2017> [Consulté le mai 22, 2018].
20. FFMPs. Accueil. Available at: <http://www.ffmps.fr/> [Consulté le mai 8, 2018].
21. Fiquet L. Comment les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes se représentent-ils le médecin généraliste ? : Étude qualitative par focus group. 2010.
22. France SPM. Vaccinations contre la grippe en pharmacie : vers un premier bilan ? *Synd. MGFrance*. Available at: <https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiqués/1826-vaccinations-contre-la-grippe-en-pharmacie-vers-un-premier-bilan> [Consulté le mai 9, 2018].
23. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?, Learning together to work together : Interprofessional education, a myth or reality ? *Rech. Soins Infirm*. 2011;(106):40-46.

24. Gerkens Sophie MS. *Belgium Health system review*. European Observatory on Health systems and policies; 2010. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF?ua=1.
25. Goldberg LR, Brown GR, Mosack VA, Fletcher PA. Student reflections following exposure to a case-based interprofessional learning experience: Preliminary findings. *J. Interprof. Care*. 2015;29(4):380-382.
26. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants, A university department of general medicine (DUMG) meets the challenge of democratic rights in health care: training general practitioner junior doctors by patient-teachers. *Rev. Fr. Aff. Soc.* 2017;(1):61-78.
27. Guise J-M, Deering SH, Kanki BG, et al. Validation of a tool to measure and promote clinical teamwork. *Simul. Healthc. J. Soc. Simul. Healthc.* 2008;3(4):217-223.
28. HAS. Haute Autorité de Santé - Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Available at: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante [Consulté le février 3, 2018].
29. INSEE. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619. Available at: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#titre-bloc-7> [Consulté le février 3, 2018].
30. Kim K, Ko J. Attitudes toward interprofessional health care teams scale: a confirmatory factor analysis. *J. Interprof. Care*. 2014;28(2):149-154.
31. Laure F, Sandrine H, ANNEZO F, et al. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015.
32. L'Écuyer R. *Méthodologie de L'Analyse Développementale de Contenu: Méthode Gps et Concept de Soi*. PUQ; 1990.
33. LEGIFRANCE. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879. 2009. Available at: [Consulté le février 3, 2018].
34. LEGIFRANCE. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597. 2016. Available at: [Consulté le mai 9, 2018].
35. LEGIFRANCE. Code de la santé publique - Article L1434-12. *Code Santé Publique*. L1434-12. Available at: [Consulté le mai 13, 2018].
36. LEGIFRANCE. Code de la santé publique - Article L1161-1. *Code Santé Publique*. L1161-1. Available at: [Consulté le mai 9, 2018].
37. LEGIFRANCE. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination | Legifrance. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte> [Consulté le mai 9, 2018].

38. Leite P. *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*. USSR: OMS; 1978. Available at: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10244:paho-celebrates-112th-anniversary&Itemid=2&lang=en [Consulté le avril 18, 2018].
39. LOUIS E. et al. Communications orales. *Pédagogie Médicale*. 2017;18:S9-S55.
40. Malt G. Cochrane Review Brief: Interprofessional Education: Effects On Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Online J. Issues Nurs*. 2015;20(2):12.
41. Marisol Touraine. Discours de Marisol Touraine - Inauguration de la maison de santé pluriprofessionnelle de Tomblaine. *Ministère Solidar. Santé*. 2016. Available at: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-de-marisol-touraine-inauguration-de-la-maison-de-sante> [Consulté le février 3, 2018].
42. MASS. Coopération entre professionnels de santé - Coopérations - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available at: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/> [Consulté le février 3, 2018].
43. MASS. Pôles, maisons et centres de santé - Structures de soins - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available at: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/> [Consulté le février 3, 2018].
44. McFadyen AK, Maclaren WM, Webster VS. The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): an alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. *J. Interprof. Care*. 2007;21(4):433-443.
45. Milot É, Dumont S, Aubin M, et al. Building an interfaculty interprofessional education curriculum: what can we learn from the Université Laval experience? *Educ. Health Abingdon Engl*. 2015;28(1):58-63.
46. Mottu F. Formation en médecine de famille à Ilidza/Sarajevo : projet HOPE-HUG. *Prim Care* 2001;1116-9. 2001.
47. Netgen. Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins ? *Rev. Médicale Suisse*. Available at: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-172/Formation-interprofessionnelle-une-exigence-pour-une-approche-integree-des-soins> [Consulté le février 3, 2018].
48. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context. *J. Interprof. Care*. 2005;19 Suppl 1:21-38.
49. Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *J. Interprof. Care*. 2005;19 Suppl 1:39-48.
50. RCGP. RCGP Curriculum 2010, revised 7 May 2014 : Statement 2.04 Enhancing Professional Knowledge. Available at: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/training/gp-curriculum-overview/online-curriculum/1-being-a-gp.aspx> [Consulté le avril 18, 2018].
51. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst. Rev*. 2013;(3):CD002213.

52. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008;(1):CD002213.
53. Sean Boyle. *United Kingdom (England) Health system review*. European Observatory on Health systems and policies; 2011. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf?ua=1.
54. SML. Les infirmiers en pratiques avancées - Actualités du SML. Available at: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=4704-les-infirmiers-en-pratiques-avancees> [Consulté le mai 9, 2018].
55. SNEMG. Communiqué de presse SNEMG : Il manque des enseignants de médecine générale à Lille.... Available at: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_snemg_il_manque_des_enseignants/ [Consulté le mars 20, 2018].
56. SNEMG. Communiqué de presse SNEMG du 16 novembre 2017 : Ratio enseignants/étudiants de médecine générale. Available at: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_snemg_du_16_novembre_2017_rat/ [Consulté le mars 20, 2018].
57. SNEMG. Communiqué de presse SNEMG : Combien d'enseignants de médecine générale seront nommés en 2014 ? Available at: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_snemg_combien_denseignants_de/ [Consulté le mars 20, 2018].
58. Solomon P. La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir? *Physiother. Can.* 2010;62(1):56-65.
59. SPP-IR. SPP-IR. Available at: <http://www.ffmps.fr/index.php/evaluations-recherches-qualite/spp-ir> [Consulté le mai 10, 2018].
60. Supper I, Catala O, Lustman M, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J. Public Health.* 2015;37(4):716-727.
61. Towle A, Brown H, Hofley C, et al. The expert patient as teacher: an interprofessional Health Mentors programme. *Clin. Teach.* 2014;11(4):301-306.
62. User S. Exercice infirmier de pratique avancée : MG France exige des garanties. *Synd. MGFrance*. Available at: <https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiqués/1860-exercice-infirmier-de-pratique-avancee-mg-france-exige-des-garanties> [Consulté le mai 9, 2018].
63. WHO. WHO | Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *WHO*. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/ [Consulté le février 3, 2018].
64. WONCA. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf. Available at: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20ersion.pdf> [Consulté le mars 14, 2016].

ANNEXES

1. Mail d'envoi des questionnaires

Annexe 1.

Bonjour,

Médecin généraliste en fin de formation, j'ai choisi de réaliser ma thèse sur le thème de la formation interprofessionnelle en santé. Au cours de mon cursus, mes stages et premières expériences professionnelles m'ont confirmé l'importance de travailler en bonne intelligence avec les autres professionnels de santé.

Mener un travail en bonne coordination entre professionnels de santé dans un contexte ambulatoire me semble actuellement indispensable pour délivrer de meilleurs soins aux patients, avec une communication efficace et un partage clair des tâches. Il semble cependant que nous ne soyons pas encore suffisamment formés à ce travail interprofessionnel dans nos universités françaises et j'ai voulu vérifier si ce constat était vrai à l'échelle nationale. J'ai choisi d'étendre cette réflexion à des pays voisins, la Belgique et le Royaume-Uni, afin de pouvoir comparer les approches et d'en tirer d'éventuels enseignements.

Pour ce faire, je m'adresse à vous, enseignants en médecine générale, français, belges ou britanniques, au moyen du court questionnaire (11 questions) qui suit. Merci pour votre participation !

Si certains étaient intéressés par les résultats de cette enquête, n'hésitez pas à vous manifester.

Cordialement,

Pierre de Bremond d'Ars (pierredubremondars@gmail.com)

Université Paris Est Créteil

Directeur de thèse : Dr Jacques Cittée.

Annexe 2.

To medical school lecturers:

Request for Information

As a general practitioner at the end of my training, I have chosen interprofessional health education as the theme of my thesis. During my studies, internship and initial experience as a GP, the importance of close collaboration with other health professionals was confirmed.

It is clear that good coordination between health professionals in an ambulatory context, is essential in giving better patient care with effective communication and clear sharing of tasks. It seems, however, that interprofessional training is not sufficiently developed in French universities and I wanted to verify whether this was true on a national scale.

Furthermore, in order to compare approaches and gain further insight I have chosen to extend my analysis of interprofessional training to neighbouring countries, namely Belgium and the United Kingdom.

Therefore, I would greatly appreciate your participation as medical school lecturers in French, Belgian or British universities by answering the short questionnaire (11 questions) which follows. I thank you in advance for your cooperation!

Naturally, the results of this survey will be available to all who are interested.

Thank you and best regards,

Pierre de Bremond d'Ars (pierredebremondars@gmail.com)

University of Paris Est Créteil

Thesis director: Dr Jacques Cittée.

2. Questionnaires

Annexe 3. Version Française :



La formation universitaire interprofessionnelle en santé.

Madame, Monsieur, Cher Collègue,

Médecin généraliste en fin de formation, j'ai choisi de réaliser mon travail de thèse sur le thème de la formation interprofessionnelle en santé. Mon cursus, mes stages et mes premières expériences professionnelles m'ont confirmé l'importance de travailler en bonne intelligence avec les autres professionnels de santé. Dans le contexte ambulatoire de soins de premiers recours, cette question devient actuellement cruciale en termes de qualité et de coordination des soins.

Cependant les démarches de formation des futurs médecins généralistes à ce travail interprofessionnel restent encore assez mal connues dans nos universités françaises. Le but de cette enquête est donc de mieux appréhender cette réalité à l'échelle nationale. Nous avons choisi d'étendre également cette enquête à deux pays voisins, la Belgique et le Royaume-Uni, afin de pouvoir comparer les approches et d'en tirer d'éventuels enseignements.

Pour ce faire, nous vous adressons à vous, enseignants de médecine générale, français, belges ou britanniques, ce court questionnaire (11 questions) qui suit.

Nous nous engageons à vous restituer de manière synthétique les résultats de cette enquête, si vous êtes d'accord.

Nous vous remercions par avance pour votre participation

Bien cordialement

Pierre de Bremond d'Ars (pierredubremonddars@gmail.com)

Pr Jacques Cittée (jacques.cittee@u-pec.fr) – Directeur de thèse

Université Paris Est Créteil – Département de Médecine Générale

1. Dans quelle université enseignez-vous ? *
2. Dans quelle région se situe-t-elle ? *
3. Les formations en santé suivantes sont-elles présentes dans votre université ? (plusieurs réponses possibles) *
 - Soins Infirmiers
 - Kinésithérapie
 - Pharmacie
 - Maïeutique
 - Ne sait pas
 - Autre :

4. Les formations en sciences humaines suivantes sont-elles présentes dans votre université ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Psychologie
- Sociologie
- Histoire
- Anthropologie
- Sciences de l'éducation
- Ne sait pas
- Autre :

5. Combien d'étudiants sont inscrits au total en formation initiale de médecine générale en troisième cycle ? (Une seule réponse) *

- Moins de 100
- Entre 100 et 300
- Entre 300 et 500
- Plus de 500
- Ne sait pas

6. Combien avez-vous d'enseignants dédiés à la formation initiale facultaire de médecine générale en troisième cycle (titulaires/associés/chargés d'enseignement) ? (Une seule réponse) *

- Moins de 10
- Entre 10 et 30
- Entre 30 et 50
- Plus de 50
- Ne sait pas

7. Au cours de la formation des futurs médecins généralistes dans votre faculté, ont-ils eu (plusieurs réponses possibles) : *

- Un ou plusieurs cours exposant les compétences des autres professions de santé ?
- Un ou plusieurs cours exposant les champs d'action des autres professions de santé ?
- Des enseignements organisés avec d'autres étudiants en santé non médecins ou non généralistes ?
- Des enseignants non médecins ?
- Aucune des propositions.

8. Au cours de certains stages ambulatoires effectués en médecine générale, les étudiants (plusieurs propositions possibles) : *

- Sont-ils mis en relation régulière avec d'autres professionnels de santé ?
- Participent-ils à des réunions communes avec d'autres professions de santé ?
- Travaillent-ils avec d'autres professions de santé autour de situations de patients ?
- Mènent-ils des projets avec d'autres professionnels de santé autour de patients spécifiques ?
- Aucune des propositions ci-dessus.

9. Dans quelle proportion les stages ambulatoires effectués en médecine générale sont-ils effectués dans des structures où travaillent d'autres professions de santé ? (Une seule réponse) : *

- 0%-25%
- 25-50%
- 50-75%
- 75-100%
- Ne sait pas

10. Pour vous la formation interprofessionnelle en santé pour les internes en médecine générale est prioritaire : *

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

11. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour mettre en place une formation interprofessionnelle en santé pour vos internes de médecine générale ?

12. Quels sont vos projets pour développer la formation interprofessionnelle en santé dans votre université ?

Annexe 4. Version anglaise.

Interprofessional Education Comparison in future GP's.

To medical school lecturers:

Request for Information

As a general practitioner at the end of my training, I have chosen interprofessional health education as the theme of my thesis. During my studies, internship and initial experience as a GP, the importance of close collaboration with other health professionals was confirmed. It is clear that good coordination between health professionals in an ambulatory context, is essential in giving better patient care with effective communication and clear sharing of tasks. It seems, however, that interprofessional training is not sufficiently developed in French universities and I wanted to verify whether this was true on a national scale. Furthermore, in order to compare approaches and gain further insight I have chosen to extend my analysis of interprofessional training to neighbouring countries, namely Belgium and the United Kingdom.

Therefore, I would greatly appreciate your participation as medical school lecturers in French, Belgian or British universities by answering the short questionnaire (11 questions) which follows. I thank you in advance for your cooperation!

Naturally, the results of this survey will be available to all who are interested.

Thank you and best regards,

Pierre de Bremond d'Ars (pierredobremondars@gmail.com)

Pr Jacques Cittée (jacques.cittee@u-pec.fr) – Thesis director

University of Paris Est Créteil

*Required

1. What is your University (or medical school)? *
2. What country is it in? *
3. Which health profession curricula are offered in your university? (many possible responses)

Tick all that apply.

- Nursing
- Physiotherapy
- Pharmacy
- Midwifery
- Unknown
- Other:

4. Which humanities courses are offered in your university?(many possible responses) *

Tick all that apply.

- Psychology
- Sociology
- History
- Anthropology

- Education sciences
- Unknown
- Other:

5. How many students are currently enrolled in GP residency program(s) in your University? (years 6 to 9) (One Answer) : *

Mark only one oval.

- 0 to 100
- Between 100 and 300
- Between 300 and 500
- More than 500
- Unknown

6. How many medical teachers are dedicated to teaching in that(those) residency program(s)? (One answer) *

Mark only one oval.

- 0 to 10
- Between 10 and 30
- Between 30 and 50
- More than 50
- Unknown

7. In your University, does the general practice curriculum offer (several possible answers): *

Tick all that apply.

- One or more courses outlining the skills of other health professions?
- One course or courses describing the fields of action of other health professions?
- Common courses with other non-physician health professions students
- Courses where non-physicians are among the teachers
- None of the above.

8. During residency rotations in outpatient primary care, do the students have the possibility to (several possible answers): *

Tick all that apply.

- Connect to other health professionals?
- Participate in joint meetings with other health professions?
- Work with other health professionals around patient situations?
- Conduct projects with other health professionals around specific patients ?
- None of the above.

9. What proportion of outpatient primary care residency rotations are in structures where the students will work with other health professionals? (Only one answer): *

Mark only one oval.

- 0%-25%
- 25-50%

- 50-75%
- 75-100%)
- Unknown

10. In your opinion, Interprofessional Education for GPs in training is a priority;

Tick all that apply.

- Strongly agree
- Agree
- Neutral
- Disagree
- Strongly disagree

11. What challenges do you (or did you) face in setting up or carrying on interprofessional health education for future general practitioners in your University?

12. Do you intend to develop interprofessional health education in your university and if so, how?

ABSTRACT

YEAR : 2018
NAME OF THE AUTHOR : de BREMOND d'ARS Pierre
THESIS DIRECTOR : Pr CITTEE Jacques
Training to collaborative practices of post graduate general practitioners : an inventory in France.
<p>Introduction : Collaborative practices in health care have been promoted by health authorities since 1980, to improve healthcare quality and efficiency. In order for healthcare professionals to engage in collaborative practices, training is essential. Our aim was to survey the methods used to teach collaborative practices in France and compare them with the United-Kingdom and Belgium.</p> <p>Materials and methods : Post graduate training methods for GPs in France (35) were compared with those in the United-Kingdom (14) and Belgium (9) using self-administrated internet questionnaires. A secondary analysis used logistic regression to define the teacher/ trainee ratio, the project, or difficulties encountered in inter professional practice training of future GP's in France. Results : The data collection was comprehensive in France while only 4 questionnaires were returned from abroad. The results indicate that in France, both training departments and students are enthusiastic about the teaching of collaborative practices using widespread theoretical training and inter professional meetings but hampered by the lack of suitable training grounds and resources. Significant differences between France and the other nations surveyed could not be established in this study. Conclusion : Interprofessional training is developing in France and continues to be inspired by international examples. Further qualitative evaluation of the programs would be useful.</p>
<p>KEYWORDS :</p> <p>Medical education General Practice Primary health care Cooperative Behavior Survey and questionnaires</p>
<p>University Adress. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX</p>

RESUME

ANNEE : 2018
NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : de BREMOND d'ARS Pierre
DIRECTEUR DE THESE : Pr. CITTEE Jacques
TITRE DE LA THESE : La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en troisième cycle : un état des lieux en France.
<p>Introduction : La pratique collaborative, ou exercice interprofessionnel, est recommandée par les autorités de santé afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Pour que les soignants exercent en collaborant, il est important de les former à ce type d'exercice.</p> <p>L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux en France des modes de formation aux pratiques collaboratives en troisième cycle de médecine générale en comparant les résultats à ceux du Royaume-Uni et de la Belgique. Matériel et Méthode : Une enquête par questionnaire auto-administré a été menée auprès des départements de formation de troisième cycle de médecine générale français (35), britanniques (14) et belges (9). Une analyse descriptive et comparative a été menée. Résultats : Le recueil a été exhaustif en France mais seulement 4 questionnaires ont été récoltés à l'étranger. Les résultats montrent en France une appétence des départements de formation et des étudiants pour l'enseignement des pratiques collaboratives, avec des formations théoriques et des rencontres interprofessionnelles répandues, mais freinées par le manque de terrains de stage adaptés, le manque de moyens. Nous n'avons pas pu conclure à des différences significatives entre la France et les autres pays sondés. Conclusion : La formation à l'exercice interprofessionnel se développe en France et peut continuer à s'inspirer des exemples internationaux. Une poursuite des évaluations des programmes, sur un versant qualitatif, serait souhaitable.</p>
MOTS-CLES : Enseignement Médical Médecine Générale Soins de santé primaire Comportement Coopératif Enquêtes et questionnaires
ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRETEIL CEDEX