



HAL
open science

Évaluation des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'université Grenoble Alpes

Hélène Hiscock

► **To cite this version:**

Hélène Hiscock. Évaluation des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'université Grenoble Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03457703

HAL Id: dumas-03457703

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03457703>

Submitted on 30 Nov 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2021

**ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN
INTERPROFESSIONNALITÉ DES ÉTUDIANTS EN SANTÉ
À L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Hélène HISCOCK

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
LE **29/11/2021**

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur et Doyen de l'UFR médecine Patrice MORAND

Membres :

Mme le Professeur Anne-Claire TOFFART

M. le Docteur Jean-Didier BARDET (Co-directeur de thèse)

M. le Docteur Nicolas PINSAULT (Co-directeur de thèse)

Mme le Docteur Pauline GIRARD (Directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Mis à jour le 01 Octobre 2021

Page 4 sur 4

REMERCIEMENTS

Je remercie le professeur Patrice Morand d'avoir accepté la présidence de ce jury et le professeur Anne-Claire Toffart d'avoir participé à l'évaluation de ce travail.

Pauline, un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. J'apprécie ton aide, ta réactivité et ta sérénité à toute épreuve. Merci aussi pour ta bienveillance et à la qualité de ton accompagnement pédagogique et humain lors de mon premier stage d'internat à la Grande Ramée. Aux bons moments partagés lors des visites du lundi matin en vélo (toujours sous la pluie) et aux papis et mamies qui continuent de penser que tu es sapeur-pompier ...

J'adresse également ma reconnaissance à Nicolas Pinsault et Jean Didier Bardet pour leur implication, leur expertise dans le domaine de la recherche ainsi que leurs conseils avisés ayant enrichi cette thèse.

Enfin je tiens à remercier Maïa Dolgoploff pour l'aide apportée concernant l'analyse statistique des données ainsi qu'à tous les responsables de filière pour avoir participé à la relecture de l'enquête et à la diffusion de celle-ci aux étudiants.

A Timothée et Agnès, pour votre enthousiasme et votre accueil chaleureux au sein de la grande ramée. En route vers de nouvelles aventures !

A Isabelle et Farah, merci pour votre patience, votre implication et le respect que vous témoignez aux personnes âgées au quotidien malgré toutes les difficultés. A tous les bons moments partagés avec l'équipe du CSG!

A Florent, Sophie et Marlène qui m'ont accompagné pour la fin de mon internat dans un cadre magnifique.

A mes co-internes de la clinique mutualiste : Orlane, Wassila, Claire et Florine qui ont apporté de la bonne humeur et une motivation quotidienne pour traverser une période professionnelle difficile.

Plus personnellement, je tiens à remercier mes parents pour leur confiance et leur soutien au quotidien. Des premiers exercices mathématiques à la relecture de ce travail en passant par les dissertations variées, vous avez toujours mis la main à la pâte sans hésiter. Merci également pour tout ce que vous nous avez permis de découvrir dans ce monde jusqu'ici. Je suis admirative de votre parcours et de vos projets actuels, aussi beaux et fous qu'ils soient.

A Lisou qui nous a montré plus d'une fois le chemin. Tu as toujours couvert nos frasques en restant d'un calme inébranlable. Bravo pour tout ce que vous avez accompli avec George (notre entraîneur de ski éternellement jeune et beau devenu notre beau-frère). Au petit Doudoui qui a la chance de grandir dans un environnement idyllique avec des parents aimants et attentionnés.

A Ptich, mon acolyte ! A nos moments de folie et de joie (que Corentin affectionne tant), à toutes les péripéties qui ont rythmé notre enfance et à celles que l'on n'avouera jamais ! A mes compétences innées en excel et en word qui m'ont facilité ce travail... A ta manière habile de rire de moi lorsque je ne suis plus rationnelle dans mes moments de doutes, de stress ou de colère me permettant de prendre le recul nécessaire pour en rire. Merci pour tout et surtout à notre « Annémichelade » qui restera à tout jamais dans nos cœurs. Je te sais entre les mains bienveillantes et attentionnées de Bertrand en qui j'ai toute confiance.

A Papi et Mamie pour les bons moments partagés au Havre. Je pense bien à vous.

A Jacques et Manoune, à tout ce que vous avez traversé ensemble dans l'amour et dans la bienveillance envers ceux que vous aimiez. Merci d'avoir toujours veillé sur moi et d'avoir suscité ma vocation.

A la famille Hiscock de Nâves, qui m'a recueilli dans un des moments les plus sombres de cette thèse, un fameux 2 septembre... Merci pour le réconfort, la tisane apaisante et l'huile essentielle d'hélichryse italienne.

A Doug et Mary, qui ont suivi mes études de médecine outre-Atlantique et que j'ai toujours beaucoup de plaisir à revoir.

A Jacques et Annick, pour toutes les belles randonnées que vous nous recommandez et votre capacité à nous faire voyager partout dans le monde par vos récits passionnants.

A la famille Serri qui m'accueille depuis plusieurs années à bras ouverts que ce soit à Besançon ou à Pontarlier. Sylvia et Erik, je ne saurais assez vous remercier pour votre aide et votre soutien lors de notre externat qui ont largement contribué à notre bien-être et notre réussite.

Doudoush, mon cher ami avec qui je partage tant de complicité malgré la distance. A tous les bons moments qui nous rendent plus « vivants » ! A tes talents de musicien hors pair qui ambientent nos soirées. A ta générosité, ton oreille attentive et tes précieux conseils. Et bien sûr à ta merveilleuse fiancée, Agnès, que nous avons la chance d'accueillir dans cette belle équipe ! Tous mes vœux de bonheur pour la suite.

A Marine, mon amie toujours motivée pour tout. A ta joie de vivre, tes capacités à mettre en œuvre l'irréalisable, ton soutien et aux patates que tu m'a mises au tennis. Merci pour ton soutien, Mektoub !

A Alicia et Yoann et à notre amitié restée intacte depuis bientôt 15 ans. Aux fous-rires et aux larmes que nous avons partagés et dont nous nous rappelons toujours avec nostalgie.

Et pour finir, je tiens particulièrement à te remercier Corentin. Curieux de tout et avide de connaissances, tu égayes mes journées et celles des personnes que tu rencontres. Je te suis reconnaissante pour tous les efforts que tu fournis depuis plusieurs années pour me supporter. Merci pour ton aide et pour ton soutien depuis le début et vive les *Leucanthemum vulgare*!

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

**ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN INTERPROFESSIONNALITÉ DES
ÉTUDIANTS EN SANTÉ À L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES**

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	11
TABLE DES FIGURES	12
RESUME	13
ABSTRACT	14
I. INTRODUCTION	15
A. UN BESOIN D'ADAPTATION AU SYSTEME DE SANTE.....	15
B. DEFINITIONS	15
C. LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE	16
II. METHODE	20
A. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE.....	20
B. POPULATION DE L'ETUDE.....	20
C. CHOIX D'UN OUTIL D'EVALUATION DES COMPETENCES EN INTERPROFESSIONNALITE:.....	20
D. RECUEIL DES DONNEES.....	21
E. EXPLOITATION DES DONNEES.....	23
III. RESULTATS	25
A. CARACTERISTIQUES DES REpondANTS.....	25
B. COMPETENCES EN INTERPROFESSIONNALITE	26
C. EXPERIENCES EN INTERPROFESSIONNALITE.....	30
D. MOTIVATIONS.....	33
IV. DISCUSSION	34
A. SYNTHESE DES RESULTATS.....	34
B. INTERPRETATION DES RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE.....	34
C. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	39
V. PERSPECTIVES	40
VI. CONCLUSION	41
ANNEXES	46
ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE SACCI.....	46
ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE DE THESE.....	47
ANNEXE 3 : RESULTATS AU SACCI PAR ITEM : COMPARAISON ENTRE FILIERES.....	62
ANNEXE 4 : RESULTATS AU SACCI PAR ITEM : COMPARAISON PAR CYCLE D'ETUDE AU SEIN DE LA FILIERE MEDECINE	69
ANNEXE 5 : RESULTATS AU SACCI PAR ITEM : COMPARAISON PAR CYCLE D'ETUDE AU SEIN DE LA FILIERE KINESITHERAPIE	72
ANNEXE 6 : RESULTATS AU SACCI PAR ITEM : COMPARAISON PAR CYCLE D'ETUDE AU SEIN DE LA FILIERE PHARMACIE.....	75
ANNEXE 7 : TABLEAU COMPARATIF DES OUTILS D'EVALUATION DES COMPETENCES EN INTERPROFESSIONNALITE	78
ANNEXE 8 : EXPLORATION DES LIENS D'INTERDEPENDANCE ENTRE LES PROFESSIONS DE SANTE.....	80

Liste des abréviations

UGA	Université Grenoble Alpes
SACCI	Sondage sur l'atteinte des compétences de collaboration interprofessionnelle
ICCAS	Interprofessional collaborative competencies attainment survey
OMS	Organisation mondiale de la santé
CIHC	Canadian interprofessional health collaborative
CAIPE	Centre for the advancement of interprofessional education
UFR	Unité de formation et de recherche
DPC	Développement professionnel continu
L.AS	Licence d'accès en santé
PASS	Parcours d'accès spécifique santé
RILPS	Readiness for interprofessional learning scale
IEPS	Interdisciplinary education perception scale
ATHTS	Attitude towards healthcare teams scale
AIMG	Association des internes de médecine de Grenoble
ARAVIS	Association représentative des internes de médecine générale des alpes, vallée de l'isère et des deux savoies
AEMG	Association des étudiants en médecine de Grenoble
RGDP	Règlement général sur la protection des données

Table des figures

Figure 1. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC)	17
Tableau 1 : Répartition des cycles par filières	24
Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des répondants	25
Figure 2 : Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item : « Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe interprofessionnelle »	26
Figure 3 : Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item : « Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe interprofessionnelle »	27
Figure 4: Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item : « Exprimer mes idées d'une manière claire et concise »	27
Figure 5: Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item : « Exprimer mes idées d'une manière claire et concise »	28
Figure 6 : Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item: « Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de manière respectueuse »	28
Figure 7 : Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item : « Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de manière respectueuse »	29
Figure 8 : Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item: « Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre »	29
Figure 9 : Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item « Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre »	30
Figure 10 : Scores obtenus au SACCI global en fonction de la fréquence des expériences interprofessionnelles extra-académiques	31
Figure 11 : Scores obtenus au SACCI global en fonction de la fréquence des expériences interprofessionnelles vécues en stage	32
Figure 12 : Facteurs de motivation à la collaboration interprofessionnelle	33

Résumé

Titre: Evaluation des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'université Grenoble Alpes

Contexte : La collaboration entre professionnels de santé évolue pour répondre à la complexité des prises en charge et au besoin de coordination et de fluidification des parcours de soins. Le passage de la pluriprofessionnalité à l'interprofessionnalité implique un apprentissage de compétences spécifiques dans ce domaine afin d'optimiser le travail en équipe et la collaboration. Le développement de la formation interprofessionnelle dès le début de l'apprentissage professionnel est primordial pour changer les mentalités, les valeurs et préparer les nouvelles générations de soignants à cette pratique innovante.

Objectif : Nous avons souhaité évaluer les compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé grenoblois afin d'alimenter la réflexion autour du développement de celle-ci dans les cursus de formation initiale en santé.

Méthode : L'évaluation des compétences en interprofessionnalité est basée sur un outil d'auto-évaluation (Sondage sur l'atteinte des compétences de collaboration interprofessionnelle : SACCI) développé au Canada et largement repris dans de nombreuses études internationales. Ce sondage numérique a été diffusé aux étudiants de l'UGA des filières de kinésithérapie, pharmacie, médecine, maïeutique, sciences infirmières et manipulateur en électroradiologie médicale.

Résultats : Un total de 290 réponses complètes a été obtenu dans les filières interrogées : médecine (n=93), kinésithérapie (n=72), pharmacie (n=49), sciences infirmières (n=62), manipulation en électroradiologie médicale (n=6) et maïeutique (n=8). La clarification des rôles et compétences, l'expression des idées et la gestion des conflits au sein de l'équipe interprofessionnelle sont les items pour lesquels des différences de score entre filières étaient observées. Les étudiants en médecine ont obtenu des scores inférieurs aux autres filières pour ces items.

Conclusion : L'état des lieux des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé est un prérequis indispensable pour le développement et l'évaluation de l'impact de la formation interprofessionnelle à l'UGA. Des efforts doivent être poursuivis par les équipes pédagogiques pour optimiser le contenu et les modalités d'enseignement et permettre aux étudiants d'acquérir et de consolider leurs connaissances et leurs capacités à travailler en équipe interprofessionnelle.

Mots clés : *Collaboration interprofessionnelle, éducation interprofessionnelle, étudiants en santé, compétences interprofessionnelles, questionnaire d'auto-évaluation.*

Abstract

Title: Assessment of health care students' interprofessional skills at the university Grenoble Alpes

Context: Collaboration between health care professionals is evolving to integrate the complexity of treating patients and the need for coordination to deliver fluid care pathways. The transition from multi-professionality to inter-professionality implies learning specific skills in order to optimise teamwork and collaboration. The development of interprofessional training from the beginning of medical training is essential to change mentalities and values, and to prepare the new generation of caregivers for this innovative practice.

Objective: To evaluate the interprofessional skills of Grenoble health students in order to contribute to the development of interprofessional education in initial health training courses.

Method: The assessment of interprofessional skills is based on a self-assessment tool (Interprofessional Collaborative Competencies Attainment Survey: ICCAS) developed in Canada and widely used in many international studies. This digital survey was distributed to UGA's students in physiotherapy, pharmacy, medicine, maieutics, nursing and medical electroradiology.

Results: A total of 290 complete responses were obtained from students in the following fields: medicine (n=93), physiotherapy (n=72), pharmacy (n=49), nursing (n=62), medical electroradiology (n=6) and maieutics (n=8). Clarification of roles and competences, expression of ideas and management of conflicts within the interprofessional team were the items for which there were differences in scores between fields. Medical students scored lower than students in the other fields on these items.

Conclusion: Assessing the interprofessional skills of health students is an essential prerequisite for developing and evaluating the impact of interprofessional education at the UGA. Efforts must be continued by the teaching teams to optimise the content and methods of teaching and to enable students to acquire and consolidate their knowledge and their ability to work in interprofessional teams.

Keywords : ICCAS; interprofessional collaboration; interprofessional competency evaluation; interprofessional education; health occupations students, self assessment tool.

I. Introduction

A. Un besoin d'adaptation au système de santé

L'évolution du système de santé français au cours des dernières décennies a redéfini une place majeure pour les soins primaires. Cette nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale vise à mettre en place une offre de soins graduée, de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle place le patient au centre de sa prise en charge lui permettant l'accès à la prévention et aux soins primaires, en fluidifiant son parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social (1). Le passage de la pluriprofessionnalité (où chacun travaille de manière parallèle et indépendante) à l'interprofessionnalité semble être une solution adaptée pour faire face à la complexité des prises en charge et au besoin de coordination et de fluidification des parcours de soins. Au travers de nombreux exemples concrets à l'étranger mais également depuis quelques années en France, l'interprofessionnalité a déjà montré des résultats encourageants en terme d'efficacité et de qualité des soins (2–4). L'interprofessionnalité est donc une forme de collaboration véhiculant des notions de partage à la fois des responsabilités (5), des prises de décisions et également celui des informations et des compétences de chacun (6). L'interdépendance évidente entre les professionnels de santé implique des échanges basés sur une confiance et un respect mutuel.

B. Définitions

La définition de l'interprofessionnalité diffère selon les auteurs. Il existe souvent un amalgame entre les termes utilisés pour parler d'exercice interprofessionnel. Les qualificatifs les plus fréquemment retrouvés sont : pluridisciplinaire, multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire. Nous considérons ici l'interprofessionnalité comme « un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé » (OMS 2010 (7)). La collaboration interprofessionnelle s'effectue dans un but commun et place le patient au cœur de la prise en charge. Le travail en équipe interprofessionnelle nécessite l'acquisition de compétences spécifiques. Le terme de compétence renvoie à « *l'ensemble des savoirs, des habiletés, des attitudes et des comportements nécessaires à la réussite d'un professionnel, quelle que soit sa profession* ». (8)

C. La formation interprofessionnelle

1. Cadres théoriques

Apprendre à travailler ensemble de manière efficace et constructive est un enjeu majeur dans la formation des nouveaux professionnels de santé. L’OMS, dans son rapport de 2010 «Framework for Action on Inter Professional Education & Collaborative Practice», souligne que la formation interprofessionnelle permet une pratique en collaboration efficace renforçant le système de santé et améliorant les résultats en matière de soins mais aussi le bien-être des professionnels de santé qui la pratique. Le système éducatif fait partie des déterminants principaux à la mise en place de la collaboration interprofessionnelle en permettant des changements d’attitude et d’organisation (9). Il est un vecteur de valeurs pour les futurs professionnels. La formation à l’exercice interprofessionnel est une problématique récente.

Les travaux théoriques investiguant la question de la formation interprofessionnelle comme « celui de l’OMS en 2010, du CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) au Canada la même année (8) et quelques années avant du CAIPE (Centre for the Advancement of Interprofessional Education) (10) en Angleterre proposent un référentiel de compétences dont le but est de faciliter les enseignements interprofessionnels (11). Le CIHC l’illustre sous forme de « marguerite » (cf Figure. 1).

Nous retrouvons six domaines de compétences. Les soins centrés sur le patient et son entourage ainsi que la communication sont des domaines nécessaires au bon fonctionnement des autres domaines de compétences que sont la clarification des rôles, le travail d’équipe, le leadership collaboratif et la résolution de conflits interprofessionnels.

Tout d’abord, la compétence communicationnelle est essentielle pour tous les membres de l’équipe et implique la capacité d’échanger efficacement avec les autres, en particulier ceux d’autres professions, ainsi qu’avec les patients et leur famille d’une manière collaborative, réactive et responsable. Elle renvoie aux capacités d’écoute, de débat et d’expression claire de ces opinions par des moyens verbaux ou non verbaux.

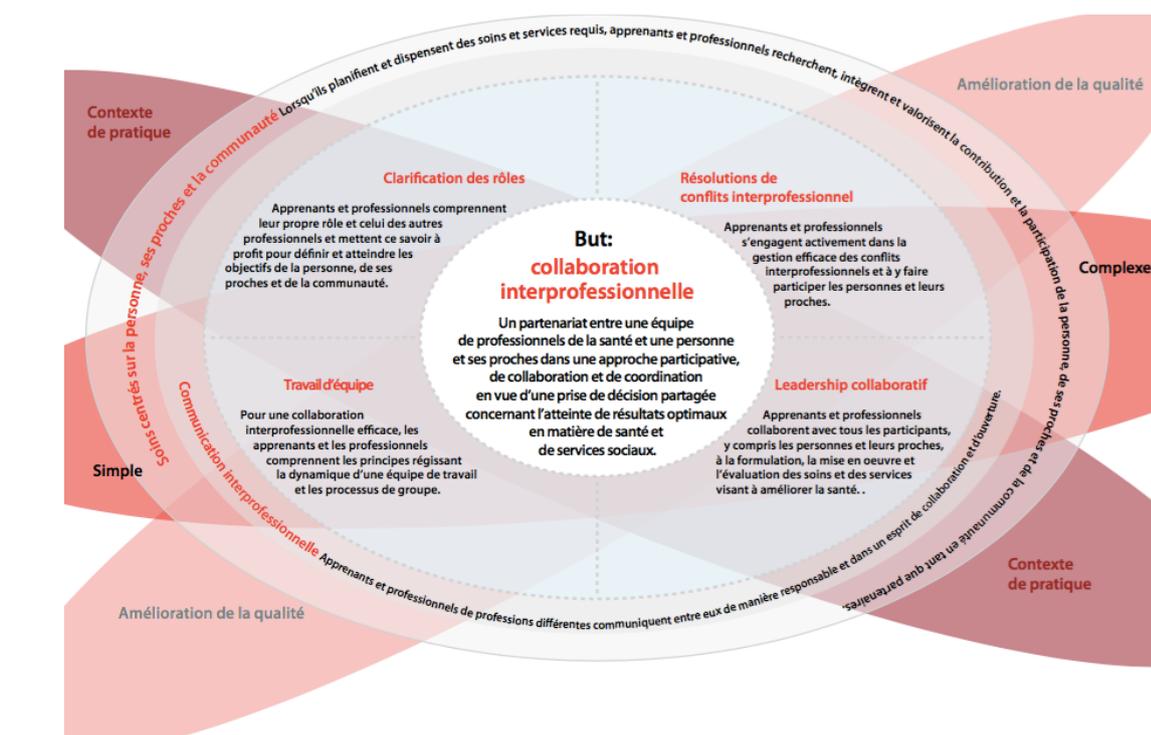


Figure 1. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC)

Les soins collaboratifs centrés sur le patient/client/famille sont définis comme un « partenariat entre une équipe de prestataires de soins de santé et un patient où le patient garde le contrôle de ses soins et a accès aux connaissances et aux compétences des membres de l'équipe afin d'arriver à un plan de soins réaliste partagé par l'équipe et d'avoir accès aux ressources pour réaliser ce plan » (12)

La clarification des rôles permet de définir pour chaque membre de l'équipe leurs champs de compétence, leurs savoirs et leurs habiletés dans le contexte de leur travail clinique. Chacun doit posséder la capacité d'écouter les autres professionnels afin d'identifier le savoir et les habiletés uniques à une profession et ceux qu'il partage avec d'autres professions. Cela implique également un questionnement pour identifier le professionnel ayant le savoir et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des patients et, ainsi, permettre une utilisation plus appropriée des professionnels et une répartition plus équitable de la charge de travail.

Pour une collaboration interprofessionnelle efficace, les apprenants et les professionnels doivent appréhender les principes de la dynamique du travail en équipe. La conscience et l'engagement envers l'éthique interprofessionnelle unissent tous les apprenants et

professionnels autour de l'objectif commun qui est d'offrir les meilleurs soins possibles aux personnes, aux proches et aux communautés.

Le rôle de leadership est composé de deux éléments : l'orientation vers la tâche et l'orientation vers la relation. Dans le premier cas, le leader aide les autres membres à se centrer sur la tâche à accomplir pour atteindre un objectif établi d'un commun accord, tandis que dans le deuxième cas, le leader aide les membres à travailler plus efficacement ensemble. Enfin la dernière compétence se réfère à la résolution de conflit au sein d'une équipe interprofessionnelle. Il s'agit par cette compétence d'identifier les situations courantes susceptibles de mener à des différends ou à des conflits, notamment l'ambiguïté concernant les différents rôles, les contraintes hiérarchiques et des objectifs divergents. Le terme « conflit positif » peut être utilisé pour signifier que les différences d'opinions peuvent être saines et qu'elles sont encouragées en tant qu'interactions constructives. Cette compétence nécessite donc d'établir des procédures et de maîtriser des stratégies de gestion de conflits.

Ces référentiels constituent donc une base pour la création des enseignements interprofessionnels et guident les apprenants et les formateurs afin de faciliter l'exercice interprofessionnel.

2. *L'offre en matière d'enseignements interprofessionnels.*

Une étude réalisée en 2010 a présenté un état des lieux des formations interprofessionnelles pour les étudiants en santé en interrogeant les 193 états membres de l'OMS. (13) Les praticiens des professions paramédicales, les infirmières/sages-femmes, les médecins et les travailleurs sociaux constituaient la majorité des professionnels de la santé offrant des expériences de formation interprofessionnelle aux étudiants. Les participants ont fait état d'une expérience personnelle modérée en matière d'enseignement interprofessionnel, la plupart d'entre eux déclarant avoir moins de 5 ans (36%) ou 5 à 10 ans d'expérience personnelle (25%) et près d'un quart des éducateurs ayant plus de 10 ans d'expérience (24%). Seuls 15 % n'avaient aucune expérience de formation en interprofessionnalité. Les types d'enseignements proposés étaient souvent des conférences, des groupes de travail autour de cas cliniques et des ateliers de simulation entre équipes de soignants proposés au sein des établissements de santé. L'éducation en matière d'interprofessionnalité était majoritairement proposée dans les pays développés (Canada, Angleterre, États-Unis).

En France, plusieurs thèses se sont intéressées à l'évaluation des programmes d'éducation interprofessionnelle notamment celle réalisée par deux étudiantes grenobloises, Célia Fournier et Laura Algayres, respectivement en filière médecine et pharmacie (14,15). Pour leur thèse intitulée « Etat des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale-pharmacie d'officine en France, en 2017 », les auteurs ont interrogé 36 UFR (unités de formation et recherche) en médecine et 24 UFR de pharmacie. Parmi eux, 13 binômes d'UFR (médecine/pharmacie) étaient investis dans l'éducation interprofessionnelle. Les étudiants concernés étaient la plus part du temps en fin de 2^{ème} cycle ou 3^{ème} cycle dans les filières de médecine et de pharmacie. De nombreuses UFR ont également étendu la proposition des formations aux étudiants des filières médicales et paramédicales (maïeutique, kinésithérapie, soins infirmiers et orthophonie, diététiciens, ergothérapeutes, pédicures- podologues) comme par exemple à Rennes, Lille 2 ou Besançon (14). Les types de formation proposés étaient majoritairement des jeux de rôles et des travaux de groupe sur les représentations des professions. Quelques formations étaient proposées au sein des stages ambulatoires, au cours de conférences traditionnelles et deux UFR proposaient une formation sous forme de « speed-dating ». Les séquences pédagogiques étaient le plus souvent facultatives avec en conséquence un faible nombre de participants. Cette formation était parfois éligible au Développement Professionnel Continu (DPC) comme à Nancy.

A Grenoble, la mise en place du service sanitaire depuis 2018 s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. L'objectif est de former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires. Il permet une première expérience interprofessionnelle aux étudiants en santé (médecine, pharmacie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute) pour proposer des projets communs. Nous recensons également la mise en place d'une formation interprofessionnelle, proposée aux étudiants en début de cursus, dédiée à l'apprentissage de gestes cliniques (prise des constantes vitales, hygiène des mains etc). De plus un enseignement interprofessionnel optionnel, élaboré conjointement par des enseignants du département de médecine générale, de l'UFR de pharmacie et de l'école de kinésithérapie sera proposé prochainement aux étudiants.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'université de Grenoble Alpes afin de proposer des enseignements pertinents et d'argumenter le choix des modalités de formations à l'interprofessionnalité dans les cursus de formation initiale.

II. Méthode

A. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'UGA en 2021.

B. Population de l'étude

La population cible était constituée des étudiants inscrits à l'UGA pour l'année universitaire 2020/2021 des filières pharmacie, médecine, masso-kinésithérapie, maïeutique, sciences infirmières et manipulation en électroradiologie. Les filières paramédicales non présentes à l'université de Grenoble-Alpes n'ont pas été incluses (cf réforme de l'universitarisation des formations en santé (16)). Les étudiants en L.AS (Licence d'Accès en Santé) et PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé) n'ont pas été inclus dans l'étude du fait de l'absence d'affectation à une filière à ce niveau d'étude.

C. Choix d'un outil d'évaluation des compétences en interprofessionnalité:

L'augmentation du nombre d'enseignements interprofessionnels a mené à la création d'outils d'évaluation de ceux-ci dans le but d'une part d'améliorer la qualité des enseignements interprofessionnels en fonction des besoins et d'autre part de percevoir l'évolution des compétences des professionnels de santé (17). Nous avons identifié cinq outils largement évalués au cours de la dernière décennie dont les deux plus représentés sont le RILPS (Readiness for Interprofessional Learning Scale) et l'IEPS (Interdisciplinary Education Perception Scale) . Les différentes versions ont été modifiées pour chacun au fil des années dans un but d'amélioration des qualités psychométriques des outils.

Nous avons choisi, pour notre étude, le questionnaire SACCI (Sondage sur l'acquisition des compétences de collaboration interprofessionnelle) dont l'élaboration et le développement ont initialement été proposés par l'équipe québécoise d'Archibald en 2010 (18) (cf Annexe 2). Les auteurs se sont inspirés des travaux de Curran et al. (19) et du « W(e)Learn Framework » (20) pour guider le développement du SACCI. L'outil avait initialement été développé afin d'identifier les faiblesses perçues par les participants avant un enseignement en interprofessionnalité et d'obtenir une meilleure compréhension des compétences en terme de collaboration interprofessionnelle.

En s'inspirant des compétences explorées par les échelles précédemment développées telles que le RILPS, l'IEPS et l'ATHTS (Attitude Towards Healthcare teams Scale) (21), les auteurs ont sélectionné au décours d'une méthode de Delphi, 20 items. Ces items explorant les compétences en interprofessionnalité des participants se répartissent en six domaines de compétences que sont : « Communication », « Collaboration », « Rôles et responsabilités », « Approche collaborative centrée sur le patient et son entourage », « Gestion et résolution de conflits » et « travail d'équipe ». Il existe donc un chevauchement des domaines de compétences en interprofessionnalité proposés dans les travaux théoriques présentés précédemment notamment ceux du CIHC.

Nous justifions donc le choix de l'outil SACCI par le fait que c'est un des rares outils qui ait été validé sur une population de professionnels non exclusivement du domaine de la santé (19 professions dont 68% du domaine de la santé) mêlant étudiants non diplômés, étudiants diplômés et professionnels dans le cadre du développement professionnel continu. Contrairement au RILPS et à l'IEPS, le SACCI présente l'avantage d'être validé sur une population incluant les filières de notre étude et est validé en Français (annexe 8).

Pour chaque items du questionnaire, les étudiants ont renseigné la perception de leur compétence allant de « parfaitement en désaccord »= 1 à « parfaitement d'accord »= 7 avec une modalité de réponse optionnelle intitulée « sans objet ».

D. Recueil des données

Un questionnaire numérique incluant le questionnaire SACCI a été élaboré à l'aide du logiciel Lyme Survey (voir annexe 3)

Le questionnaire diffusé comprenait en première partie l'outil SACCI original afin de conserver les qualités psychométriques de celui-ci. Quelques items ont été précisés en annexe afin d'éclairer les répondants. La suite du questionnaire se répartissait en 6 sous parties parmi : « Parcours professionnel », « Expérience en interprofessionnalité », « Motivations », « Orientation professionnelle », « Interdépendance des professions de santé » et « Caractéristiques sociodémographiques ».

Un mail a été envoyé le 10.02.2021 aux responsables de chaque filière pour demander l'autorisation de diffusion à partir du 15.02 avec relance à 15 jours ainsi que les caractéristiques sociodémographiques de chaque filière (nombre d'étudiants, sexe, âge).

Pour les filières pharmacie, kinésithérapie et science infirmière l'enquête a été diffusée par les scolarités par mail aux étudiants de chaque promotion à partir du 15.02.2021 avec une confirmation par écrit d'une relance par mail à quinze jours. Les informations concernant les données sociodémographiques transmises par les services administratifs ont été complètes pour ces trois filières.

Pour la filière maïeutique, l'enquête a été diffusée à partir du 15.02.21 par la scolarité par mail aux trois promotions. Nous n'avons pas eu d'informations concernant les données sociodémographiques de la filière.

Pour la filière manipulation en électroradiologie médicale, l'enquête a été diffusée uniquement aux étudiants en 3^{ème} année malgré une relance de notre part par mail.

Pour la filière médecine, l'administration n'ayant pas donné son accord pour la diffusion du questionnaire par les secrétariats de chaque cycle, nous avons contacté les bureaux d'étudiants (AIMG, ARAVIS et AEMG). Ainsi pour les internes de médecine notre enquête a finalement été diffusée par mail aux étudiants inscrits dans les bureaux de l'AIMG (Association des internes de médecine de Grenoble) et d'ARAVIS (Association Représentative des Internes de médecine générale des Alpes, Vallée de l'Isère et des deux Savoie) ainsi que sur les réseaux sociaux à partir respectivement du 19.05.21 et du 12.05.2021. Aucune relance n'a pu être organisée.

Concernant le deuxième cycle, nous avons contacté le bureaux des étudiants de médecine Grenoblois (AEMG) qui ont accepté de diffuser sur les groupes de promotions sur les réseaux sociaux à partir du 26.05.21 excepté pour les promotions DFASM2 (5^{ème} année) et DFASM3 (6^{ème} année) qui ont pu être contactées plus tardivement par les groupes de promotions sur les réseaux sociaux.

En conséquence des difficultés rencontrées pour la diffusion du questionnaire au sein des étudiants en médecine, l'enquête a finalement été close le 05.07.21.

Les étudiants ont été informés que leur participation à l'enquête se basait sur le volontariat et n'aurait aucune conséquence sur leur cursus de formation universitaire. Les données collectées préservent l'anonymat des répondants et sont conformes au respect du RGDP.

E. Exploitation des données

Seules les réponses complètes ont été incluses dans l'étude. Toute réponse était considérée incomplète dès lors que l'enquête n'avait pas été menée à terme. La quasi majorité des réponses incomplètes étaient liées à une ouverture du questionnaire sans même de réponse renseignée. L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel R grâce à l'aide de notre statisticienne. La première analyse a concerné l'influence de la profession sur les compétences en interprofessionnalité en comparant les scores obtenus pour chaque item du SACCI pour chaque profession. Dans un second temps, nous avons comparé les compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé en fonction du cycle d'étude et indépendamment des professions.

Les études supérieures sont découpées en plusieurs cycles (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}) dont chacun correspond à l'obtention d'un diplôme ou grade (licence, master, doctorat). Dans le domaine de la santé, le nombre de cycle varie en fonction de la filière choisie. (*cf tableau 1*)

En médecine, le 1^{er} cycle est constitué par une 1^{ère} année commune aux 5 filières de santé (PASS) et 2 années pré-cliniques, dédiées essentiellement à l'apprentissage des connaissances théoriques. Le 2^{ème} cycle (externat) comporte 3 années cliniques pendant lesquelles les étudiants alternent cours à l'université et stages en milieu hospitalier. Ils portent le titre d'externes. Le 3^{ème} cycle (internat) dure de 3 à 5 ans selon la spécialité choisie.

Concernant la filière pharmacie, les études se répartissent également en 3 cycles.

Les études pharmaceutiques ont une durée minimale de 6 ans (docteur d'état en pharmacie) et peuvent aller jusqu'à 9 ans (diplôme d'études spécialisées). Le premier cycle composé de 3 ans, est entièrement basé sur un apprentissage théorique. Le deuxième cycle composé également de 3 ans, vient compléter et approfondir les compétences acquises en premier cycle. Il se démarque par l'entrée des étudiants dans les filières professionnelles (officine, industrie, internat) au cours de la 4^e année, il est donc également basé sur le développement des compétences professionnelles. Le 3^e cycle comporte soit un cycle court de 1 an de formation avec pour orientation professionnelle l'officine, l'industrie ou la recherche, soit un cycle long de 4 ans - l'internat – permettant l'obtention d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES). Nous avons cependant choisi de modifier cette répartition en cycle pour notre étude en choisissant d'intégrer les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année au sein d'un premier cycle et les 5^{ème}, 6^{ème} années et les internes dans un deuxième cycle. Ce choix est expliqué par le fait que le choix

de spécialité s'effectue au cours de la 4^{ème} année. Ainsi en 5^{ème} année l'étudiant en pharmacie réalise un stage hospitalo-universitaire soit d'un an à mi-temps pour les parcours recherche, officine et hôpital soit de six mois à temps plein pour le parcours industrie. La 5^{ème} année constitue donc un virage en terme de professionnalisation au sein de cette filière ainsi qu'une première confrontation à l'interprofessionnalité au travers des stages cliniques.

Les études de maïeutique et de kinésithérapie ont une durée de 5 ans et se répartissent en deux cycles. Enfin, la formation infirmière et celle de manipulation en électroradiologie médicale étant d'une durée de 3 ans, nous n'avons pu les intégrer dans la comparaison par cycle au SACCI.

Médecine

1^{er} cycle : DFGSM (P2), DFGSM (P3)

2^{ème} cycle : DFASM 1 (D2) DFASM 2 (D3) DFASM 3 (D4)

3^{ème} cycle : Internes

Pharmacie :

1^{er} cycle : DFGSP2 (2^{ème} année), DFGSP3 (3^{ème} année), DFASP1 (4^{ème} année)

2^{ème} cycle: DFASP2 (5^{ème} année), DFASP3 (6^{ème} année), internes

Kinésithérapie :

1^{er} cycle : K2, K3

2^{ème} cycle : K4, K5

Maïeutique :

1^{er} cycle : FGSMa2, FGSMa3

2^{ème} cycle : FASMa1, FASMa2

DFGSM : Diplôme de formation général en sciences médicales

DFASM : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales

DFGSP : Diplôme de formation général en sciences pharmaceutiques

DFASP : Diplôme de formation approfondie en sciences pharmaceutiques

FGSMa : Formation générale en sciences maïeutiques

FASMa : Formation approfondie en sciences maïeutiques

Tableau 1 : Répartition des cycles par filières

III. Résultats

A. Caractéristiques des répondants

Un total de 722 réponses a été recueilli parmi les étudiants des six filières interrogées dont 290 réponses complètes (soit 7,7% de la population cible) : médecine (n=93), kinésithérapie (n=72), pharmacie (n=49), sciences infirmières (n=62), manipulation en électroradiologie médicale (n=6) et maïeutique (n=8). 40 étudiants ont répondu partiellement à l'enquête et 392 réponses étaient liées à une simple ouverture du lien de l'enquête sans réponses enregistrées. L'âge moyen était de 24,5 ans (18-53 ans). Parmi les 290 répondants, 74% étaient des femmes et 26% étaient des hommes (*Cf tableau 2*). La proportion homme/femme des répondants était similaire à celle observée dans la population cible pour les étudiants en pharmacie et en sciences infirmières. Pour les autres filières, les femmes étaient légèrement sur-représentées par rapport à la population cible. Parmi les 52 étudiants de 3^{ème} cycle en médecine, on retrouvait 40% d'internes de spécialité médicales (nb=20) appartenant à 8 spécialités différentes. Nous n'avons obtenu aucune réponse parmi les internes de spécialités chirurgicales. Les spécialités médicales représentées étaient : pédiatrie, gériatrie, médecine et santé au travail, urgence, neurologie, médecine physique et de la réadaptation, endocrinologie et radiologie.

	Kinésithérapie	Médecine	Pharmacie	Maïeutique	Sciences Infirmières	Manipulateur d'électroradiologie médicale	TOTAL
Tous cycles confondus	72	93	49	8	62	6	290
<i>Cycle 1</i>	29	15	32	0	N/A	N/A	76
<i>Cycle 2</i>	43	26	17	8	N/A	N/A	94
<i>Cycle 3</i>	N/A	52	N/A	0	N/A	N/A	52
Age							
Moyenne	22,83	25,08	22,08	22,75	26,77	23,67	24,45
Médiane	22	26	22	23	22	21,5	23
Rang	19-36	19-39	20-29	20-24	18-53	20-35	18-53
Genre							
Masculin	16	29	16	0	10	2	73
Féminin	56	64	33	8	52	4	217

N/A : Non Applicable (cf détails des promotions par cycle définit dans le tableau 1).

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des répondants

B. Compétences en interprofessionnalité

La comparaison des scores obtenus au questionnaire SACCI nous permet d'observer une différence entre les filières concernant les sous-catégories « *communication* », « *fonctionnement d'équipe* » et « *gestion et résolution de conflit* ». Cette différence est principalement visible chez les étudiants en médecine qui semblent manifester plus de difficultés dans ces domaines de compétence. Concernant les sous catégories « *Collaboration* », « *Approche centrée patient* », « *Rôles et responsabilités de l'intervenant* » et « *Rôles et responsabilité des autres intervenants* », les résultats sont plus proches et semblent s'accorder vers un sentiment de compétence globalement favorable.

1. Communication

Parmi les cinq items évaluant ce domaine dans le questionnaire SACCI, nous identifions une différence dans les perceptions de compétence pour deux items : « *Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe interprofessionnelle* » et « *Exprimer mes idées d'une manière claire et concise* ».

L'étude des profils de réponses présentées dans la *figure 2*, nous permet de voir que 12% des étudiants en médecine identifient une problématique concernant l'item « *Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe interprofessionnelle* » alors que ce ressenti ne dépasse pas 6% dans les autres filières.

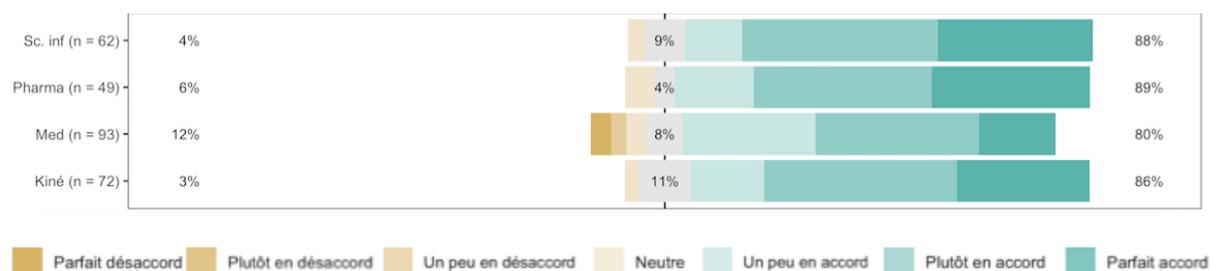


Figure 2 : Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item : « *Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe interprofessionnelle* ».

Chez les étudiants en médecine, l'analyse des réponses en fonction du cycle d'étude (*figure 3*) met en évidence une dégradation du sentiment de compétence entre le premier et le deuxième cycle avec une proportion d'étudiants objectivant un désaccord passant de 13% à 24%. Il existe par la suite une amélioration des scores entre le deuxième et le troisième cycle avec seulement 6% des étudiants en médecine identifiant une difficulté et 12% des étudiants qui expriment une neutralité concernant cet item.

Pour les étudiants en kinésithérapie et en pharmacie, le sentiment de compétence est favorable respectivement à 89% et 84% et augmente entre le premier et le deuxième cycle.

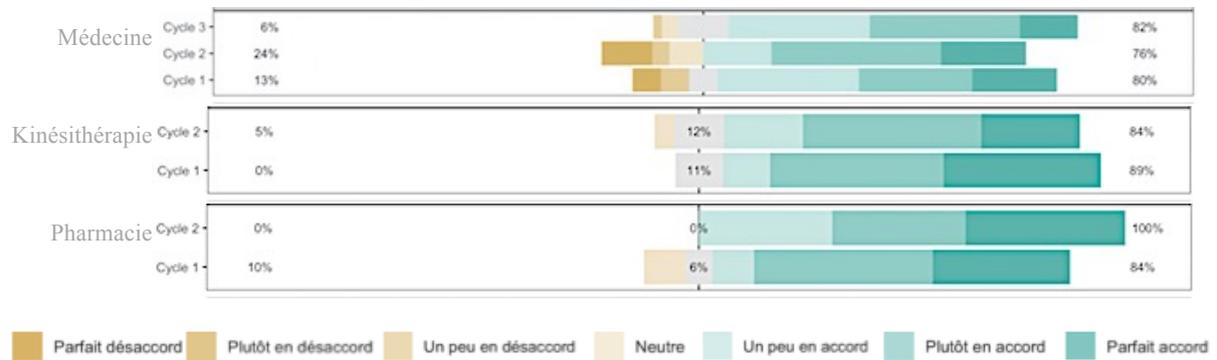


Figure 3 : Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item : « Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe interprofessionnelle ».

Une autre problématique est identifiée par les étudiants en médecine au sujet de l'item « exprimer mes idées d'une manière claire et concise » (cf figure 4). 20% de ceux-ci identifient des difficultés dans ce domaine de la communication.

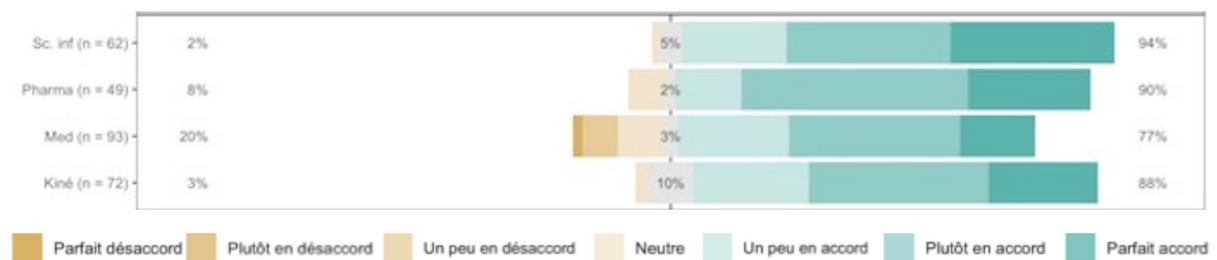


Figure 4: Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item : « Exprimer mes idées d'une manière claire et concise »

Il existe une amélioration du sentiment de compétence au cours de l'évolution dans les cycles avec tout de même 14% des étudiants manifestant une difficulté persistante pour cet item. Nous constatons une dégradation du sentiment de compétence chez les étudiants en kinésithérapie avec 5% des étudiants « plutôt en désaccord » et 16% des étudiants ayant un avis neutre à ce sujet contre 100% des étudiants se sentant compétent au premier cycle (cf figure 5). Chez les étudiants en pharmacie, ce domaine de communication ne semble pas poser de difficulté et tend à s'améliorer au fil des cycles.

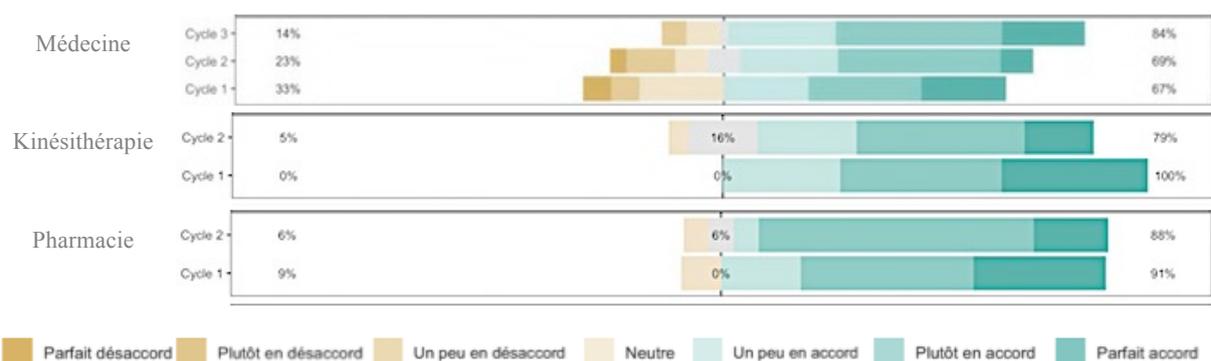


Figure 5: Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item : « Exprimer mes idées d'une manière claire et concise ».

2. Gestion et résolution de conflit

Concernant l'item « résoudre les conflits entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de manière respectueuse » ; 15% des répondants de la filière médecine semblent identifier une difficulté et la même proportion se considère neutre à ce sujet alors que ce ressenti ne dépasse pas 7% dans les autres filières (cf figure 6).

L'amélioration du sentiment de compétence est nette pour les médecins passant de 33% d'étudiants exprimant une difficulté à seulement 8% en dernier cycle. Elle est moins marquée pour les pharmaciens passant tout de même de 84% de ressenti favorable à 94%. Nous notons cependant une dégradation de ce sentiment pour la filière kiné entre le premier et le deuxième cycle (de 100% à 71% en accord) (cf figure 7).

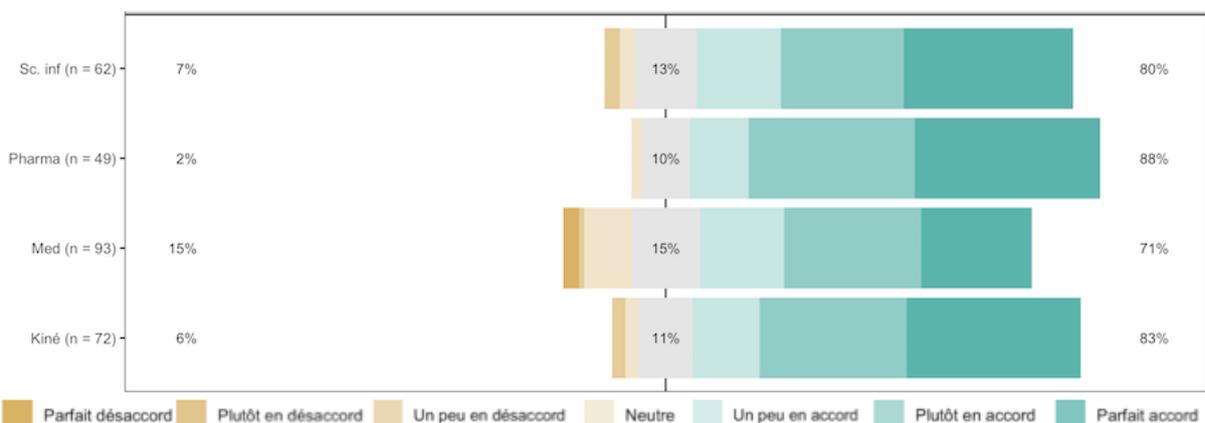


Figure 6 : Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item: « Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de manière respectueuse ».

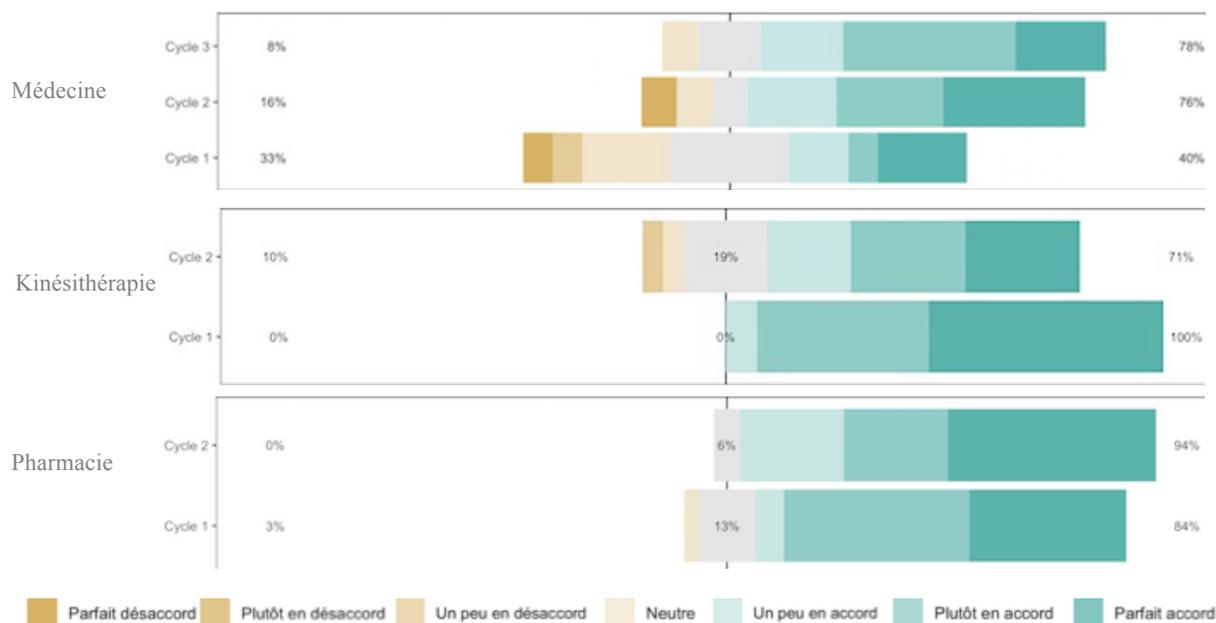


Figure 7 : Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item : « Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de manière respectueuse ».

3. Fonctionnement d'équipe

Les étudiants en pharmacie, en kinésithérapie et en sciences infirmières, se considèrent compétent à plus de 80% concernant la clarification des responsabilités entre professions de santé. Ce chiffre est moins élevé pour les étudiants en médecine (64%) avec 19% identifiant une problématique en lien avec les compétences suggérées par l'item (figure 8). Pour chaque filière, le nombre d'étudiants ayant répondu « neutre » pour cet item est compris entre 11 et 17%.

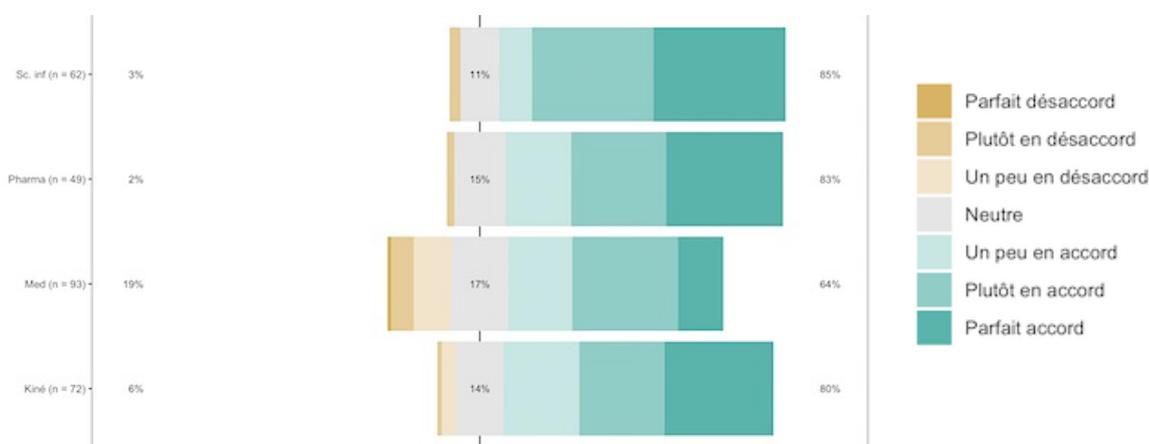


Figure 8 : Présentation des résultats au SACCI par filière concernant l'item: « Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre ».

Alors que ce point semble s'améliorer au fil des cycles d'étude en médecine, il tend à se dégrader sensiblement pour les étudiants en kinésithérapie et en pharmacie (figure 9).

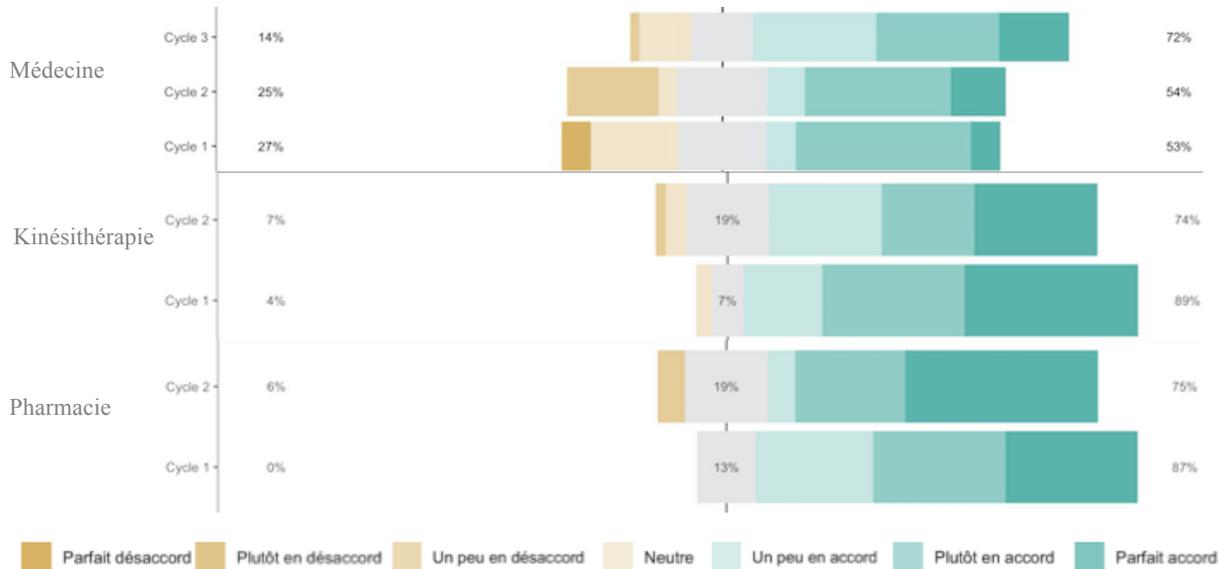


Figure 9 : Présentation des résultats au SACCI par cycle d'étude et par filière concernant l'item « Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre ».

C. Expériences en interprofessionnalité

a) Timing de la première expérience

La première expérience en interprofessionnalité intervient à 72% au cours du premier cycle pour les kinésithérapeutes, alors que pour les pharmaciens et les médecins environ 30% déclarent leur première expérience en interprofessionnalité au cours du premier cycle et 35% au cours du deuxième cycle.

Concernant les sciences infirmières, la première expérience en interprofessionnalité a lieu pour 58% des étudiants de la filière avant la formation professionnelle et 35% au cours de la première année.

La majorité des répondants (77%) pensent que la première expérience interprofessionnelle s'est présentée au bon moment, alors que 20% des étudiants pensent qu'elle a lieu trop tard dans le cursus de formation.

b) Résultats au SACCI en fonction du type d'expérience en interprofessionnalité

Nous avons catégorisé trois types d'expérience en interprofessionnalité : l'expérience extra-académique et l'expérience académique, celle-ci se subdivisant en formation théorique (enseignement, cours, optionnels...) et pratique (stages).

Parmi les expériences extra-académiques mentionnées en commentaire libre (n=60 répondants), les activités associatives étaient majoritairement citées (n=35) comprenant des activités humanitaires (n=7), sportives (n=12), médicales (n=9). Les emplois étudiants parallèles ou antérieurs à la formation professionnelle étaient cités 26 fois en tant qu'expérience interprofessionnelle extra-académique. Six étudiants rapportaient une reconversion professionnelle et neuf étudiants mentionnait un double cursus (ex : infirmière-psychologie, médecine-biologie, médecine-philosophie). Les congrès, les groupes de pairs, les séminaires étaient cités par 9 étudiants. Quelques étudiants considéraient des activités de secourisme (pompiers volontaires, formations Prévention et Secours Civiques niveau 1) comme expérience de collaboration interprofessionnelle.

Les étudiants ayant « *très souvent* » eut des expériences en interprofessionnalité extra-académiques obtiennent des scores supérieurs à ceux n'ayant « *jamais* » eu ce type d'expérience (*figure 10*). La différence entre les moyennes globales au SACCI est de 12,9 points entre ces deux groupes. Cette dernière est moins importante (8 points) concernant la fréquence des expériences en interprofessionnalité académique (formation initiale théorique). Seulement 12,7% (nb=37) des étudiants rapportent avoir fréquemment eu (« *souvent* » et « *très souvent* ») des expériences interprofessionnelles dans leur formation.

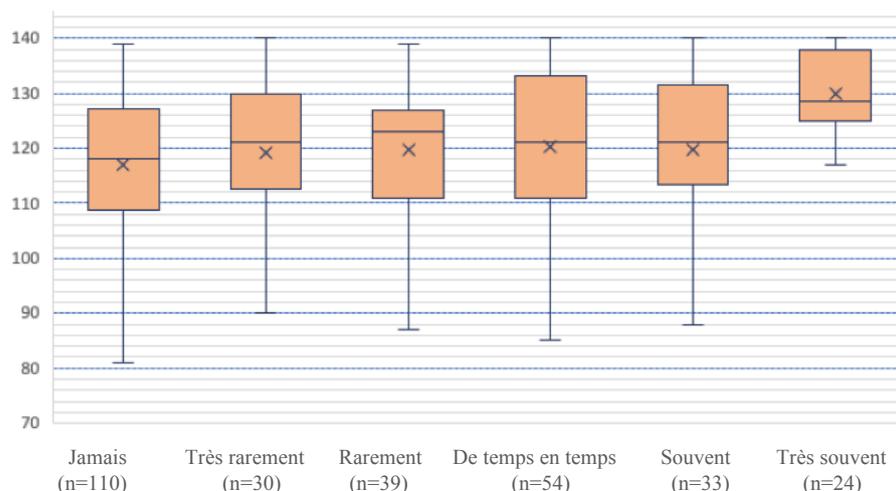


Figure 10 : Scores obtenus au SACCI global en fonction de la fréquence des expériences interprofessionnelles extra-académiques.

Le sentiment de compétence en interprofessionnalité prend l'aspect d'une courbe en U témoignant d'une dégradation des scores entre ceux n'ayant « *jamais* » et « *de temps en temps* » eu une expérience en interprofessionnalité en stage puis une réaugmentation des scores entre ces derniers et ceux qui ont « *très souvent* » eu des expériences interprofessionnelles dans leur stage. (figure 11).

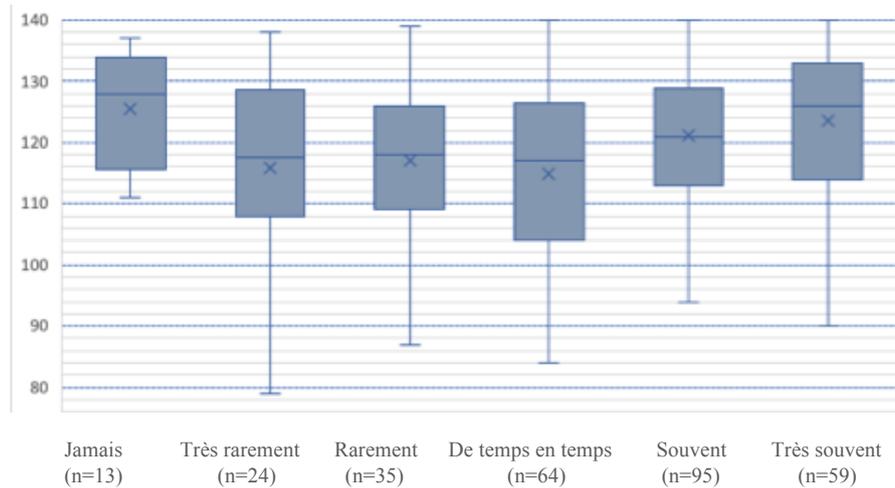


Figure 11 : Scores obtenus au SACCI global en fonction de la fréquence des expériences interprofessionnelles vécues en stage.

D. Motivations

Les étudiants interrogés sont majoritairement « plutôt motivés » (38%) voir « très motivés » (57%) à travailler en interprofessionnalité. Les facteurs de motivation sont exposés dans la figure 12.

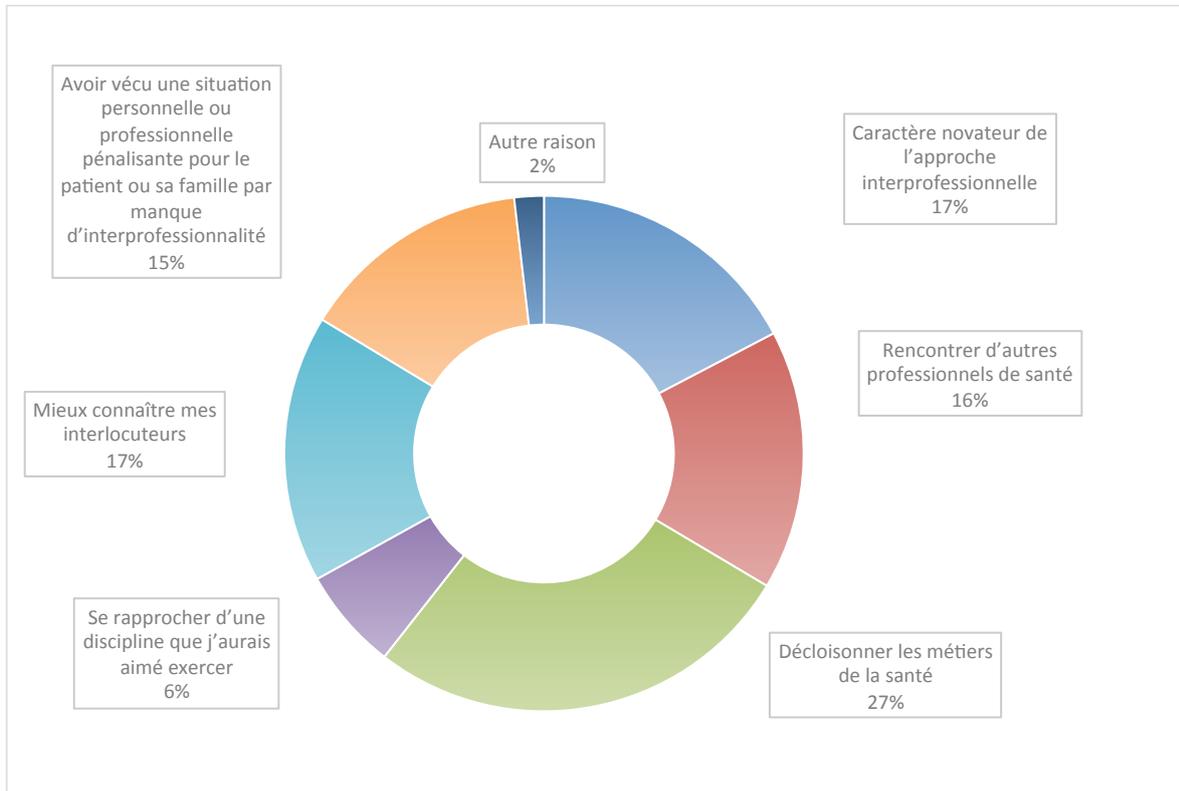


Figure 12 : Facteurs de motivation à la collaboration interprofessionnelle

D'autres motivations ont été citées en commentaire libre par 21 étudiants notamment la notion de globalité/prise en charge complète (nb=6), la recherche d'efficacité de la prise en charge (nb=6), l'enrichissement personnel/partage des compétences et des points de vue (nb=4) et le bénéfice apporté au patient (nb=5).

IV. Discussion

A. Synthèse des résultats

Premièrement nous observons une différence du sentiment de compétence entre les filières concernant l'expression des idées, la résolution des conflits et la clarification des frontières disciplinaires. Cette différence se manifeste principalement dans le groupe des étudiants en médecine où la perception de leur compétence est inférieure à celle des autres filières.

Notre deuxième constat concerne la mise en évidence d'un phénomène de dégradation initial du sentiment de compétence suivi d'une réaugmentation progressive des compétences en interprofessionnalité pour plusieurs items au fil des cycles d'études dans les différentes filières.

Enfin nous identifions une tendance à l'amélioration du sentiment de compétence en interprofessionnalité avec le nombre d'expériences extra-académique vécues.

B. Interprétation des résultats et comparaison à la littérature

1. *Différences entre groupes professionnels*

Nos résultats montrent des différences de score entre les groupes étudiants notamment concernant l'expression des idées, la résolution de conflit et la clarification des rôles et des compétences des autres professionnels de santé. Des résultats similaires ont été retrouvés dans d'autres études. (22–24).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats.

a) La formation théorique

La formation initiale théorique dans le domaine de l'interprofessionnalité peut être responsable en partie de cette différence observée. Dans la filière pharmacie, les répondants ont le sentiment d'être plus compétent que les médecins concernant la résolution de conflit. L'UFR pharmacie a mis en place un enseignement optionnel spécifique dans ce domaine ce qui peut potentiellement expliquer que les étudiants se sentent confiants concernant cet item. De la même manière, l'IFSI a mis en place des enseignements théoriques sur les identités professionnelles et la communication entre professionnels de santé et les étudiants de ce groupe semblent également compétents dans la clarification des compétences. Les ouvrages

des collèges nationaux utilisés lors du 2^{ème} cycle par les étudiants en médecine abordent les professions paramédicales au sein d'items transversaux comme par exemple: « principales techniques de rééducation et de réadaptation - savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie ». Cet item est décliné et appliqué en fonction de chaque spécialité médicale (ORL, neurologie, MPR, soins palliatifs) ce qui prive l'étudiant en médecine d'une vision globale de chaque profession paramédicale. De plus la deuxième partie de l'intitulé renvoie à l'analyse des compétences d'une profession par le prisme de la prescription médicale d'où l'utilisation du terme « savoir prescrire » (et pas «apports de...») qui informe sur les liens d'interdépendance entre les professionnels de santé. Les enseignements spécifiques sous forme de tour de table ou de travaux par petits groupes sur les identités professionnelles et les représentations de chacun ont démontré leur efficacité concernant la compréhension des rôles, des compétences et des limites de chaque intervenant (25). Le type de formation (contenu, contexte, modalités d'enseignement) est primordial pour permettre aux étudiants de développer leurs compétences en interprofessionnalité.

b) Biais d'évaluation lié au manque de confrontation clinique

Le fait que les étudiants en début de cursus obtiennent des scores élevés alors qu'ils n'ont été que très peu confrontés à l'interprofessionnalité au cours de la formation théorique et des expériences vécues en stage nous incite à penser qu'il existe une surestimation de leurs compétences liée à une méconnaissance de ce qu'implique en réalité les interactions professionnelles et leur complexité résultant d'un certain idéalisme. Certains auteurs constatent également que les scores pré-sessions étaient élevés pour la plupart des items chez les étudiants en début de cursus et supposent que pour les étudiants en début de cursus il existe une surestimation et une confiance dans leur compétence en lien avec le manque de confrontation clinique à ce stade de formation (3,22,26).

Pour les répondants en kinésithérapie, la décroissance des scores entre le premier et le deuxième cycle pour les items clarification des compétences, expression des idées et gestion et résolution de conflits conforte notre hypothèse. Cette évolution des scores a été également observé dans la littérature (22). Il existe probablement une prise de conscience par l'expérience clinique en stage avec la confrontation aux autres professionnels de santé de la diversité des rôles et compétences professionnelles et des interactions qu'elles impliquent. Ce phénomène est également observé dans notre étude pour les médecins concernant la

rétroaction constructive avec une amélioration du sentiment de compétence lors du troisième cycle en faveur de l'apport de l'expérience clinique dans ce domaine de la communication.

c) Déterminants sociologiques

On peut supposer que chaque filière attire d'une part des profils de personnalité différents et d'autre part que le modelage sociologique impliqué par la sélection, la formation et les normes culturelles et professionnelles de celle-ci puissent avoir une influence sur les compétences et les qualités du professionnel de santé. (27)

2. *Influence du type d'expérience*

Les expériences extra-académiques en interprofessionnalité semblent avoir un impact sur le sentiment de compétence en interprofessionnalité des étudiants. Dans l'étude menée par Archibald en 2014, les auteurs ont observé une différence statistiquement significative de 0,7 points entre les scores par items pré et post formation interprofessionnelle (28). Dans notre étude, cette association n'a pas pu être testée statistiquement en raison d'un manque de puissance lié au déséquilibre entre les strates et nécessite des investigations complémentaires.

Les étudiants à l'UGA semblent avoir été peu confrontés aux expériences interprofessionnelles au cours de leur formation théorique. Cela limite donc notre capacité à identifier l'influence de cette dernière dans l'évolution du sentiment de compétence bien qu'une amélioration a été rapportée dans de nombreuses études au cours de la formation interprofessionnelle théorique.

3. *Focus sur les étudiants en médecine*

a) A propos de la communication.

La communication ne semble pas être une problématique identifiée spécifiquement pour la population des étudiants en médecine (29–31). Il existe cependant un grand nombre d'études qui ont recensé une amélioration significative du sentiment de compétence en matière de communication avec la formation interprofessionnelle en communication (31–34). Main et al (35) estiment que les compétences en communication devraient être développées pendant les études de premier cycle. Certains auteurs ont remarqué que les étudiantes obtiennent de meilleurs résultats que les étudiants, alors qu'elles se classent moins bien que les étudiants masculins dans l'auto-évaluation des compétences en communication (36).

b) La diversité des interlocuteurs.

Nous émettons l'hypothèse des difficultés perçues dans le domaine de l'expression des idées par le fait que le médecin possède une place centrale et un rôle de coordination au sein de l'équipe interprofessionnelle. En effet comme nous le voyons dans l'annexe se référant à la hiérarchisation des liens d'interdépendance entre professionnels, nous observons que le médecin est un acteur de première ligne. Cette place est légitimée par les capacités de prescription mais également par les responsabilités inhérentes à la profession (Baker 2011).

Il est également intéressant de noter que les professions qui ont cité le médecin en tant que premier interlocuteur, ne sont inversement pas choisies en premier choix en retour : cela implique donc des interactions non réciproques. Le médecin est amené à interagir avec un grand nombre de professionnel au quotidien afin de coordonner les soins, pour cela il doit adapter sa communication en fonction du professionnel concerné, pouvant être source de difficultés.

Cela peut également expliquer que les médecins se sentent compétents dans l'écoute active plutôt que dans l'expression des idées qui demandent un effort d'adaptation et de compétences communicationnelles spécifiques obtenues avec l'expérience clinique et par la formation interprofessionnelle.

c) Le modèle hiérarchique

Henneman et al. (1995) précisent que le partage du pouvoir doit être basé sur le savoir et l'expertise, par opposition au rôle ou au titre (5). Pourtant plusieurs auteurs ont identifié la hiérarchie comme une source de conflit persistante dans les équipes de soins interprofessionnelles alors que les concepts de « leadership partagé » et de « démocratie clinique » sont de plus en plus admis (37,38). D'autres ont suggéré que les différences de statuts peuvent nuire à la participation de certains membres au sein de l'équipe alors que leur contribution est essentielle (39).

La place du médecin en formation par rapport au docteur en médecine est également à prendre en compte dans la perception des compétences chez les étudiants en médecine. Plus particulièrement, le statut d'interne peut être source d'ambiguïté concernant les rôles et responsabilités vis à vis de l'équipe. (40) La confrontation à des professionnels plus

expérimentés (médicaux et paramédicaux) peut être source de baisse du sentiment de compétence par perception de sa propre inexpérience (41).

d) Les frontières disciplinaires

Concernant la clarification des compétences, nous nous sommes intéressés à la classification et aux définitions disciplinaires prévu par le code de la santé publique fondé en 1953. Les révisions au début des années 2000 ainsi que les modifications apportées par les derniers projets de loi concernent l'inscription des auxiliaires médicaux dans le livre des professionnels paramédicaux. « *Art. L. 43021. – I. – Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en tant que profession médicale intermédiaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État suite aux conclusions du rapport des conseils nationaux des ordres des infirmiers et des médecins.* » (42).

Ce choix d'introduire de nouvelles professions (assistants médicaux, infirmières de pratique avancées) visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification est en fait source d'incompréhension et d'abolition des frontières disciplinaires (41).

Ainsi on peut penser que la multiplicité des intervenants et la définition imprécise des compétences partagées et compétences spécifiques de chacun peut expliquer le résultat obtenu à la question de la clarification des compétences par les médecins. Cette analyse demande un certain recul et peut être apprécié majoritairement par des étudiants en fin de cursus avec une plus grande expérience clinique.

C. Forces et limites de l'étude

Notre étude propose un travail original d'évaluation des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'UGA. Il constitue une base utile au développement et à l'amélioration des enseignements interprofessionnels dans nos formations initiales.

Nous identifions plusieurs faiblesses à notre étude pouvant limiter l'interprétation des résultats.

Malgré un nombre de réponses conséquent (290 réponses complètes), nous sommes conscients du faible taux de participation (7,7%) par rapport à la population cible. Pour la filière médecine (93 réponses), la prise de contact tardive des groupes de promotions et associations d'étudiants ainsi que l'absence de relance a probablement participé au faible taux de participation (4,5%). Il aurait été intéressant d'avoir les retours d'un plus grand nombre d'internes de spécialités et d'internes en chirurgie et un plus grand nombre de répondant parmi les étudiants de deuxième cycle afin de renforcer la représentativité.

Le choix des professions de santé incluses dans l'étude est discutable et nous justifions cette décision par l'inclusion des professions de santé universitarisées présentes à l'UGA.

Le biais lié à l'auto-évaluation des compétences par ce type d'échelle est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats de notre étude (mauvaise évaluation de ses propres compétences, tentation de répondre ce qui est jugé acceptable).

Nous identifions également un biais de réponse pouvant être expliqué par le fait que les étudiants ayant participé à l'enquête soient en majorité motivés par le thème de l'étude et donc pouvant présenter des scores supérieurs à ceux de la population cible.

Nous notons également une erreur de retranscription au moment de la rédaction de l'enquête numérique. La modalité de réponse « SO=Sans objet » a été remplacé par « SO=Sans opinion », ce changement a potentiellement pu biaiser certaines réponses.

V. Perspectives

Notre travail a fourni des résultats confirmant le besoin d'optimiser la formation interprofessionnelle dans les filières de santé.

Tout d'abord nous avons identifié un besoin de formation spécifique concernant la clarification des compétences, la communication et la résolution de conflit. Les enseignements interprofessionnels devraient ainsi être portés par les différentes UFR mais également mis en place dans les terrains de stage pour que l'apprentissage soit optimal. Nous constatons que ce besoin de formation concerne les étudiants dès le début de leurs cursus professionnalisant afin de se familiariser et d'ancrer cette pratique au quotidien. De plus la mixité des formations doit être de rigueur pour que les jeunes professionnels de santé apprennent à se connaître et à travailler ensemble ce qui permet lorsqu'une intervention précoce est proposée de limiter les écueils liés aux liens hiérarchiques.

Les récentes réformes du premier cycle des études de santé permettront sûrement d'optimiser la mixité des profils au sein des filières de la santé ce qui facilitera les échanges entre professionnels de santé par des formations et compétences complémentaires obtenues antérieurement.

D'un point de vue pédagogique, la formation des intervenants ainsi que leur mixité en terme de filière est également un enjeu afin de proposer des enseignements interprofessionnels de qualité.

Enfin une répétition de l'évaluation des compétences en interprofessionnalité des étudiants par des schémas d'études longitudinaux au sein de l'UGA évaluera la mise en place de ces formations à l'interprofessionnalité. De plus il serait intéressant de comparer les résultats obtenus par auto-évaluation à ceux utilisant des critères d'évaluation objectifs (hétéro-évaluation) afin d'analyser les différences entre le ressenti du professionnel de santé et sa pratique réelle. Peu d'outils d'hétéro-évaluation existent dans la littérature et des études complémentaires doivent être réalisées pour tester leur validité et leur pertinence.

VI. Conclusion

THÈSE SOUTENUE PAR : Hélène HISCOCK

TITRE :

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN INTERPROFESSIONNALITÉ DES
ÉTUDIANTS EN SANTÉ À L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES.

CONCLUSION :

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'UGA (Université Grenoble Alpes) dans le but d'alimenter la réflexion autour de la construction de l'interprofessionnalité dans les filières de santé.

Le système éducatif est cité comme un déterminant principal de la collaboration interprofessionnelle puisqu'il est un des vecteurs des valeurs transmises aux futurs professionnels dans le but d'induire des changements d'attitude et d'organisation. Apprendre à travailler ensemble de manière efficace et constructive est un enjeu majeur dans la formation initiale. Les nombreux travaux théoriques encadrant la formation interprofessionnelle ainsi que les multiples exemples de formations mis en place témoignent d'une réelle volonté et motivation à enseigner cette pratique et développer cette compétence dès le début de formation des futurs professionnels.

Un besoin de clarification des rôles et compétences des membres de l'équipe interprofessionnelle a été identifié. Il incite à la multiplication des occasions de rencontre des étudiants avec des professionnels d'autres disciplines de santé, de collaboration autour d'ateliers pédagogiques mais également à mise en application de l'interprofessionnalité en stage autour de situations cliniques concrètes. La création de nouvelles professions dites intermédiaires, efface certaines frontières professionnelles et invite à repenser le code de la santé selon une vision plus moderne et plus réelle de l'organisation actuelle du système de santé.

Nous avons identifié un besoin de formation complémentaire dans le domaine de la communication interprofessionnelle. Des enseignements sont d'ores et déjà proposés au sein de l'UGA dans ce domaine et ceux-ci doivent être développés afin de mieux préparer les professionnels de santé à la collaboration interprofessionnelle.

Des évaluations longitudinales doivent être réalisées afin d'identifier l'apport du développement des formations interprofessionnelles sur les compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'UGA. Ces formations pourraient être étendues aux professionnels de santé déjà installés dans le cadre du développement professionnel continu.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 3/11/21

LE DOYEN

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr. Patrice MORAND

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

BIBLIOGRAPHIE

1. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Development*. juin 2004;47(2):159-61.
2. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 mars 2013
3. Reeves S, Boet S, Zierler B, Kitto S. Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education. *J Interprof Care*. 4 juill 2015;29(4):305-12.
4. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D, éditeurs. *Effective Interprofessional Education* [Internet]. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2005
5. Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. Collaboration: a concept analysis. *J Adv Nurs*. janv 1995;21(1):103-9.
6. D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de sante de premiere ligne au québec. Vol. 2. Université de Montréal; 1997.
7. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; 2010.
8. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Université de la Colombie-Britannique, Canada; 2010.
9. Lemieux-Charles L, McGuire WL. What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. juin 2006;63(3):263-300.
10. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Interprofessional Education- Today, Yesterday and Tomorrow (Barr, H.) Higher Education Academy, Learning & Teaching Support Network for Health Sciences & Practice, Occasional Paper 1 [Internet]. 2002 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>
11. Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. janv 1998;12(2):181-7.
12. Orchard C. Presentation on patient-centred care to CaSN Nurse educators Conference. Queen's university, Kingston,. 2008.
13. Rodger S, J.Hoffman. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *J Interprof Care* [Internet]. sept 2010 [cité 24 oct 2021];24(5). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20718594/>
14. Gaboreau Y, Bardet J-D, Fournier C, Algayres L, Tyrant J, Allenet B, et al. Etat des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale -pharmacie d'officine en France, en 2017. [Université Grenoble Alpes]; 2019.
15. Henry A. Etat des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle Médecin

Généraliste et Sage-Femme mis en place en France sur l'année universitaire 2017-2018. [Tours]; 2019.

16. L'universitarisation des formations en santé [Internet]. 2018 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/content_migration/document/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf
17. Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. *J Interprof Care*. juill 2010;24(4):336-49.
18. MacDonald CJ, Archibald D, Trumpower D, Casimiro L, Cragg B, Jelley W. Designing and Operationalizing a Toolkit of Bilingual Interprofessional Education Assessment Instruments. *J Res Interprofessional Pract Educ*
19. Curran V, Casimiro L, Banfield V, Hall P, Lackie K, Simmons B, et al. Research for Interprofessional Competency-Based Evaluation (RICE). *J Interprof Care*. janv 2009;23(3):297-300.
20. MacDonald CJ, Stodel EJ, Thompson TL, Casimiro L. W(e)Learn: a framework for online interprofessional education. *Int J Electron Healthc*. 2009;5(1):33.
21. Heinemann GD, Schmitt MH, Farrell MP, Brallier SA. Development of an Attitudes toward Health Care Teams Scale. *Eval Health Prof*. mars 1999;22(1):123-42.
22. McFadyen AK, Webster VS, Maclaren WM. The test-retest reliability of a revised version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *J Interprof Care*. janv 2006;20(6):633-9.
23. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, Arenson C, Van Winkle LJ, Williams B. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *J Interprof Care*. 4 mai 2015;29(3):238-44.
24. Schmitz CC, Radosevich DM, Jardine P, MacDonald CJ, Trumpower D, Archibald D. The Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS): A replication validation study. *J Interprof Care*
25. Gelaes S, Lefebvre P, Maillart C, Sadzot A, Misson J-P, Bourguignon J-P. Évaluation préliminaire d'un séminaire pilote mixte « médecine/orthophonie », préalable au développement d'un programme interprofessionnel en sciences de la santé. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2009;10(2):105-22.
26. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2 juill 2016;38(7):656-68.
27. Millet M. Les étudiants de médecine et de sociologie à l'étude. — Matrices disciplinaires, nature des savoirs, et pratiques intellectuelles : une analyse sociologique comparée des logiques sociales et cognitives du travail étudiant. [Sociologie et anthropologie]. [Université Lumière Lyon 2]; 2000.
28. Archibald D, Trumpower D, MacDonald CJ. Validation of the interprofessional

collaborative competency attainment survey (ICCAS). *J Interprof Care*. nov 2014;28(6):553-8.

29. Skarbalienė A, Skarbalius E, Gedrime L. Effective communication in the healthcare settings: are the graduates ready for it? *Management*. 29 mai 2019;24:137-47.
30. Brock D, Abu-Rish E, Chiu C-R, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Saf*. mai 2013;22(5):414-23.
31. Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. Hills RK, éditeur. *PLOS ONE*. 31 mars 2016;11(3):e0152717.
32. Porter RK. Levels of Effectiveness of Communication Skills Used by College Students During The Job Search Process [Internet] [Thesis]. Virginia Tech; 2000
33. Choudhary A, Gupta V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *Int J Appl Basic Med Res*. 2015;5(4):41.
34. Tiuraniemi J, Läärä R, Kyrö T, Lindeman S. Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study. *Patient Educ Couns*. mai 2011;83(2):152-7.
35. Main CJ, Buchbinder R, Porcheret M, Foster N. Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. avr 2010;24(2):219-25.
36. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Educ Couns*. sept 2009;76(3):348-55.
37. Lingard L, Vanstone M, Durrant M, Fleming-Carroll B, Lowe M, Rashotte J, et al. Conflicting Messages: Examining the Dynamics of Leadership on Interprofessional Teams. *Acad Med*. déc 2012;87(12):1762-7.
38. Long D, Forsyth R, Iedema R, Carroll K. The (im)possibilities of clinical democracy. *Health Sociol Rev*. 15(5):506-19.
39. Lichtenstein R, Alexander JA, Mccarthy JF, Wells R. Status Differences in Cross-Functional Teams: Effects on Individual Member Participation, Job Satisfaction, and Intent to Quit. *J Health Soc Behav*. sept 2004;45(3):322-35.
40. Stern M. Encadrement des médecins internes par une psychologue dans une unité de soins palliatifs (suite). *Rev Int Soins Palliatifs*. 2006;21(3):105.
41. Schweyer F-X. Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social: In: *Le management en santé* [Internet]. Presses de l'EHESP; 2018 [cité 21 oct 2021]. p. 121-37.
42. Légifrance. Quatrième partie : Professions de santé (Articles L4001-1 à L4444-3). Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006125348/#LEGISCTA000006125348

Annexes

Annexe 1: Questionnaire SACCI

SACCI – Sondage sur l'atteinte des compétences de collaboration interprofessionnelle (IP)

Veillez inscrire l'initial du prénom de votre mère, le jour et le mois de son anniversaire à titre de code de participant: ___ - ___ - ___
 Veillez inscrire votre profession ou le nom de votre programme: _____
 Veillez cochez si vous êtes: étudiant _____ d'année du programme de formation _____ ou praticien _____

Veillez noircir le cercle qui décrit le plus exactement votre opinion au sujet des énoncés suivants sur la collaboration interprofessionnelle:
1= en parfait désaccord; 2= plutôt en désaccord; 3= un peu en désaccord 4= Neutre; 5= un peu en accord; 6= plutôt en accord; 7= en parfait accord; so= sans objet

Veillez évaluer votre aptitude par rapport aux énoncés suivants:

	Avant de participer aux activités d'apprentissage, j'étais apte à:							Après avoir participé aux activités d'apprentissage, je suis apte à:								
	1	2	3	4	5	6	7	so	1	2	3	4	5	6	7	so
Communication																
1. Favoriser la communication entre les membres de l'équipe IP*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Écouter activement les idées et les préoccupations des membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Exprimer mes idées et préoccupations sans porter de jugement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Exprimer mes idées d'une manière claire et concise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collaboration																
6. Faire appel à d'autres professions pour résoudre des problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Travailler et apprendre en collaboration étroite avec les membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Apprendre avec, à propos et à partir des membres de l'équipe IP en vue d'améliorer les soins prodigués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rôles et responsabilités de l'intervenant																
9. Identifier mes habiletés et contributions à l'équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Être redevable de ma contribution à l'équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rôles et responsabilités des autres intervenants																
11. Comprendre les habiletés et contributions des membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Reconnaître comment les habiletés et les connaissances des autres complètent et chevauchent les miennes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Approche de collaboration centrée sur le patient et la famille																
13. Utiliser une approche de collaboration pour déterminer la nature des problèmes d'un patient**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Utiliser une approche de collaboration pour traiter le patient comme un tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Faire participer les patients et leur famille aux prises de décisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestion et résolution des conflits																
16. Écouter activement le point de vue des autres membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tenir compte des idées des autres membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe IP de manière respectueuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonctionnement de l'équipe																
19. Élaborer un plan de soins*** efficace avec les membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Le patient, la famille ou des personnes significatives, selon le cas, sont membres de l'équipe IP.

** Le terme « patient » englobe les mots client, bénéficiaire, usager, résident, etc.

***Le terme « soins » comprend les mots intervention, traitement, thérapie, évaluation, etc.

© Casimiro, MacDonald, Archibald, Trumpower, Jelley, Cragg, et Johnstone, 2009.

Annexe 2: Questionnaire de thèse



Bonjour à tous !

Je suis interne en médecine générale à Grenoble et réalise ma thèse sur le sujet de l'interprofessionnalité. L'objectif de ce travail est d'évaluer les compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé inscrits à l'Université Grenoble Alpes et de mettre en avant les facteurs qui influencent ces compétences. Les résultats permettront d'offrir des pistes d'enseignement pour améliorer la formation initiale des étudiants en santé.

La durée du questionnaire est d'environ 10 minutes.

Pour connaître les résultats de l'étude ou pour toute question complémentaire, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante: theseinterpro@gmail.com

Merci de votre aide!

Hélène

Partie A: Sondage sur l'acquisition des compétences de collaboration interprofessionnelle

Nous distinguons la pluri-professionnalité (où chacun travaille de manière parallèle et de façon indépendante) de l'interprofessionnalité. Cette dernière est définie selon l'OMS comme « un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé ». Le travail en interprofessionnalité s'effectue dans un but commun et place le patient au coeur de la collaboration.

Veillez choisir, sur l'échelle proposée, le chiffre qui décrit le plus exactement votre opinion au sujet des énoncés suivants sur la collaboration interprofessionnelle:

A1. En communication, je suis apte à :

* Le patient, la famille ou des personnes significatives, selon le cas, sont membres de l'équipe interprofessionnelle. ** « rétro-action constructive » ou aussi « feedback constructif »: communiquer un retour constructif à l'équipe sur les actions et/ou les comportements dans un but d'amélioration et de modification des comportements.

	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	S Sans opinion
Favoriser la communication entre les membres de l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Ecouter activement les idées et les préoccupations des membres de mon équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							



	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	SOS sans opinion
Exprimer mes idées et préoccupations sans porter de jugement	<input type="checkbox"/>							
Donner de la rétroaction constructive** aux membres de mon équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Exprimer mes idées d'une manière claire et concise	<input type="checkbox"/>							

A2. Concernant la collaboration, je suis apte à :

Rappel: Le patient, la famille ou des personnes significatives, selon le cas, sont membres de l'équipe interprofessionnelle.

	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	SOS sans opinion
Faire appel à d'autres professions pour résoudre des problèmes	<input type="checkbox"/>							
Travailler et apprendre en collaboration étroite avec les membres de l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Apprendre avec, à propos et à partir des membres de l'équipe interprofessionnelle en vue d'améliorer les soins prodigués	<input type="checkbox"/>							

A3. Concernant les rôles et responsabilités de l'intervenant, je suis apte à :

**Signifie que lorsque l'on sollicite l'avis d'une équipe interprofessionnelle, nous sommes également disponibles pour apporter notre aide sur une situation ultérieure (réciprocité).*

	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	SOS sans opinion
Identifier mes habiletés et contributions à l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Être redevable de ma contribution* à l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							

A4. Concernant les rôles et responsabilités des autres intervenants, je suis apte à :

	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	SOS sans opinion
Comprendre les habiletés et contributions des membres de l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Reconnaître comment les habiletés et les connaissances des autres complètent et chevauchent les miennes	<input type="checkbox"/>							



A5. A propos de l'approche de collaboration centrée sur le patient et sa famille, je suis apte à :

*** Le terme « patient » englobe les mots client, bénéficiaire, usager, résident, etc.*

**** "...comme un tout" signifie prendre en charge le patient dans sa globalité (aspects psychologiques, entourage du patient, conditions sociales, environnement...)*

	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	SOS sans opinion
Utiliser une approche de collaboration pour déterminer la nature des problèmes d'un patient**	<input type="checkbox"/>							
Utiliser une approche de collaboration pour traiter le patient comme un tout***	<input type="checkbox"/>							
Faire participer les patients et leur famille aux prises de décisions	<input type="checkbox"/>							

A6. Concernant la gestion et la résolution de conflits, je suis apte à :

Le patient, la famille ou des personnes significatives, selon le cas, sont membres de l'équipe interprofessionnelle.

	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	SOS sans opinion
Ecouter activement le point de vue des autres membres de l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Tenir compte des idées des autres membres de l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de manière respectueuse	<input type="checkbox"/>							

A7. Concernant le fonctionnement de l'équipe, je suis apte à :

**** Le terme « soins » comprend les mots intervention, traitement, thérapie, évaluation, etc.*

	0 En parfait désaccord	1 Plutôt en désaccord	2 Un peu en désaccord	3 Neutre	4 Un peu en accord	5 Plutôt en accord	6 En parfait accord	SOS sans opinion
Elaborer un plan de soins*** efficace avec les membres de l'équipe interprofessionnelle	<input type="checkbox"/>							
Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre	<input type="checkbox"/>							



Partie B: Parcours professionnel

B1. Quelle est votre filière actuelle ?

- Kinésithérapie
- Maïeutique
- Manipulateur d'électroradiologie médicale
- Médecine
- Pharmacie
- Sciences infirmières

B2. En quelle année êtes-vous actuellement ?

- DFGSP2 (2ème année)
- DFGSP3 (3ème année)
- DFASP1 (4ème année) tronc commun
- DFASP1 (4ème année) filière Officine
- DFASP1 (4ème année) filière Industrie
- DFASP1 (4ème année) filière Hôpital
- DFASP1 (4ème année) filière Recherche
- DFASP2 (5ème année) filière Officine
- DFASP2 (5ème année) filière Industrie
- DFASP2 (5ème année) filière Hôpital
- DFASP2 (5ème année) filière Recherche
- DFASP3 (6ème année) filière Officine
- DFASP3 (6ème année) filière Industrie
- DFASP2 (6ème année) filière Recherche
- Interne en Pharmacie Hospitalière
- Interne en Biologie médicale

B3. Quelle(s) spécialité(s) souhaiteriez-vous choisir ?

- Officine
- Industrie
- Internat de pharmacie hospitalière



B7. Quelle(s) spécialité(s) souhaiteriez-vous?

Spécialité médicale autre que médecine générale

Médecine générale

Spécialité chirurgicale

B8. Parmi les spécialités médicales proposées dans le menu déroulant, citez celle(s) que vous souhaiteriez choisir :

Allergologie

Anatomie et cytologie pathologique

Anesthésie-réanimation

Biologie médicale

Dermatologie et vénérologie

Endocrinologie - diabétologie – nutrition

Génétique médicale

Gériatrie

Gynécologie-obstétrique

Hématologie

Hépatogastro-entérologie

Maladies infectieuses et tropicales

Médecine cardiovasculaire

Médecine d'urgence

Médecine et santé au travail

Médecine intensive – réanimation

Médecine interne et immunologie clinique

Médecine légale et expertises médicales

Médecine nucléaire

Médecine physique et de réadaptation

Médecine vasculaire

Néphrologie

Neurologie

Oncologie



Ophthalmologie	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>
Pédiatrie	<input type="checkbox"/>
Pneumologie	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
Radiodiagnostic et imagerie médicale	<input type="checkbox"/>
Rhumatologie	<input type="checkbox"/>
Santé publique	<input type="checkbox"/>

B9. Quelle est votre spécialité?

Spécialité médicale autre que médecine générale	<input type="checkbox"/>
Médecine générale	<input type="checkbox"/>
Spécialité chirurgicale	<input type="checkbox"/>

B10. Parmi la liste proposée, veuillez sélectionner votre spécialité :

Allergologie	<input type="checkbox"/>
Anatomie et cytologie pathologique	<input type="checkbox"/>
Anesthésie-réanimation	<input type="checkbox"/>
Biologie médicale	<input type="checkbox"/>
Dermatologie et vénérologie	<input type="checkbox"/>
Endocrinologie - diabétologie – nutrition	<input type="checkbox"/>
Génétique médicale	<input type="checkbox"/>
Gériatrie	<input type="checkbox"/>
Gynécologie-obstétrique	<input type="checkbox"/>
Hématologie	<input type="checkbox"/>
Hépatogastro-entérologie	<input type="checkbox"/>
Maladies infectieuses et tropicales	<input type="checkbox"/>
Médecine cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>
Médecine d'urgence	<input type="checkbox"/>
Médecine et santé au travail	<input type="checkbox"/>
Médecine intensive – réanimation	<input type="checkbox"/>
Médecine interne et immunologie clinique	<input type="checkbox"/>





Médecine légale et expertises médicales	<input type="checkbox"/>
Médecine nucléaire	<input type="checkbox"/>
Médecine physique et de réadaptation	<input type="checkbox"/>
Médecine vasculaire	<input type="checkbox"/>
Néphrologie	<input type="checkbox"/>
Neurologie	<input type="checkbox"/>
Oncologie	<input type="checkbox"/>
Ophtalmologie	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>
Pédiatrie	<input type="checkbox"/>
Pneumologie	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
Radiodiagnostic et imagerie médicale	<input type="checkbox"/>
Rhumatologie	<input type="checkbox"/>
Santé publique	<input type="checkbox"/>
B11. En quelle année êtes-vous actuellement?	
	K2 <input type="checkbox"/>
	K3 <input type="checkbox"/>
	K4 <input type="checkbox"/>
	K5 <input type="checkbox"/>
B12. En quelle année êtes-vous actuellement?	
FGSMa2-2e année	<input type="checkbox"/>
FGSMa3-3ème année	<input type="checkbox"/>
FASMa1-4ème année	<input type="checkbox"/>
FASMa2-5ème année	<input type="checkbox"/>
B13. En quelle année êtes-vous?	
1ère année	<input type="checkbox"/>
2ème année	<input type="checkbox"/>
3ème année	<input type="checkbox"/>



B14. En quelle année êtes-vous actuellement?

1ère année

2ème année

3ème année

Partie C: Expérience en interprofessionnalité

L'interprofessionnalité est définie selon l'OMS comme « *un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé* ».

C1. À quelle fréquence pensez-vous avoir travaillé en interprofessionnalité au cours de votre formation initiale théorique (cours, TD, séminaires...):

Jamais

Très rarement

Rarement

De temps en temps

Souvent

Très souvent

C2. À quelle fréquence pensez-vous avoir travaillé en interprofessionnalité au cours de vos stages?

Jamais

Très rarement

Rarement

De temps en temps

Souvent

Très souvent

C3. Lors de ces différentes expériences en interprofessionnalité, la plus part du temps étiez-vous?

à l'origine du projet

partenaire du projet

spectateur du projet



C4. A quelle fréquence avez-vous eu des expériences en interprofessionnalité en dehors du cadre académique?

Exemples: groupe de pairs, associations ...

Jamais

Très rarement

Rarement

De temps en temps

Souvent

Très souvent

C5. Pouvez-vous précisez brièvement le type d'expérience en interprofessionnalité auquel vous avez participé en dehors du cadre académique ?

C6. Pour les expériences en interprofessionnalité en dehors du cadre académique, la plus part du temps, étiez-vous ?

A l'origine du projet

Partenaire du projet

Spectateur du projet

C7. A quel stade de votre parcours avez-vous été confronté à votre première expérience en interprofessionnalité?

Avant ma formation professionnelle

Au cours du 1er cycle

Au cours du 2eme cycle

Au cours du 3eme cycle

Jamais

C8. A quel stade de votre parcours avez-vous été confronté à votre première expérience en interprofessionnalité?

Avant ma formation professionnelle

Au cours de la première année

Au cours de la deuxième année

Au cours de la troisième année

Jamais



C9. Avec le recul pensez-vous que votre première expérience professionnelle s'est présentée:

- Trop tôt
- Trop tard
- Au bon moment

Partie D: Motivation

D1. À quel point êtes-vous motivé pour travailler en interprofessionnalité ?

L'interprofessionnalité est définie selon l'OMS comme « un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé ».

- Pas du tout motivé
- Plutôt pas motivé
- Indifférent
- Plutôt motivé
- Très motivé

D2. Hiérarchisez (de 1 à 3) parmi les propositions suivantes, les raisons parmi les suivantes, qui vous poussent à travailler en interprofessionnalité:

- Rencontrer d'autres professionnels de santé
- Se rapprocher d'une discipline que j'aurais aimé exercer
- Avoir vécu une situation personnelle ou professionnelle pénalisante pour le patient ou sa famille par manque d'interprofessionnalité
- Caractère novateur de l'approche interprofessionnelle
- Mieux connaître mes interlocuteurs
- Décloisonner les métiers de la santé
- Autre raison

D3. Vous avez indiqué "Autre raison" dans les motivations qui vous poussent à travailler en interprofessionnalité, pouvez-vous préciser?



Partie E: Orientation professionnelle

E1. Avez-vous envisagé de faire une autre profession de santé que la vôtre?

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

E2. Vous avez indiqué envisager une autre profession de santé. Quelle (s) autre(s) profession(s) de santé auriez-vous envisagé?

Kinésithérapie

Maïeutique

Manipulateur d'électroradiologie médicale

Médecine

Pharmacie

Sciences infirmières

E3. Quelle(s) spécialité(s) auriez-vous choisi?

Officine

Industrie

Internat de pharmacie

Internat en biologie médicale

Recherche

E4. Quelle(s) spécialité(s) auriez-vous choisi?

Spécialité médicale autre que médecine générale

Médecine générale

Spécialité chirurgicale



Partie F: Interdépendance des professions de santé

F1. Parmi les professionnels de santé suivants (hors professionnels de même profession que la vôtre) hiérarchisez de 1 à 3 ceux avec lesquels il vous semble le plus important de collaborer pour travailler en interprofessionnalité .

Kinésithérapeute	<input type="text"/>
Sage femme	<input type="text"/>
Manipulateur en électroradiologie médicale	<input type="text"/>
Médecin généraliste	<input type="text"/>
Médecin spécialiste (hors chirurgien)	<input type="text"/>
Chirurgien	<input type="text"/>
Pharmacien	<input type="text"/>
Infirmier diplômé d'état	<input type="text"/>

F2. Parmi les professionnels de santé suivants (hors professionnels de même profession que la vôtre) hiérarchisez de 1 à 3 , ceux avec lesquels il vous paraît le moins important de collaborer pour travailler en interprofessionnalité.

Kinésithérapeute	<input type="text"/>
Sage femme	<input type="text"/>
Manipulateur en électroradiologie médicale	<input type="text"/>
Médecin généraliste	<input type="text"/>
Médecin spécialiste (hors chirurgien)	<input type="text"/>
Chirurgien	<input type="text"/>
Pharmacien	<input type="text"/>
Infirmier diplômé d'état	<input type="text"/>



Partie G: Caractéristiques socio-démographiques

Et pour finir...

G1. À quelle fréquence pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué des activités en équipe en dehors du cadre professionnel?

Exemple : sports collectifs, associatif loisirs ...

Jamais

Très rarement

Rarement

De temps en temps

Souvent

Très souvent

G2. Vous êtes :

Féminin

Masculin

G3. Quel âge avez vous?

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

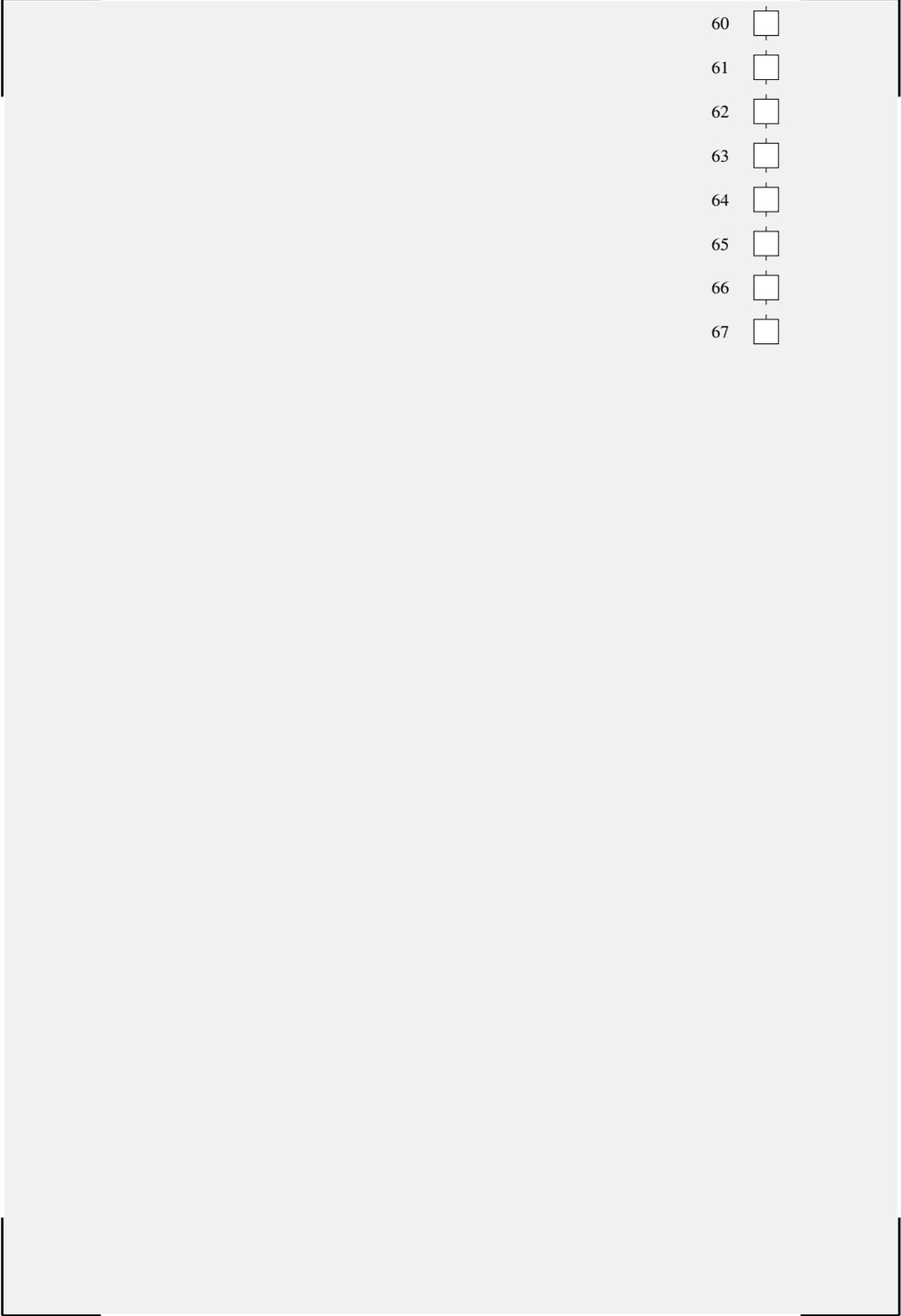
29

30



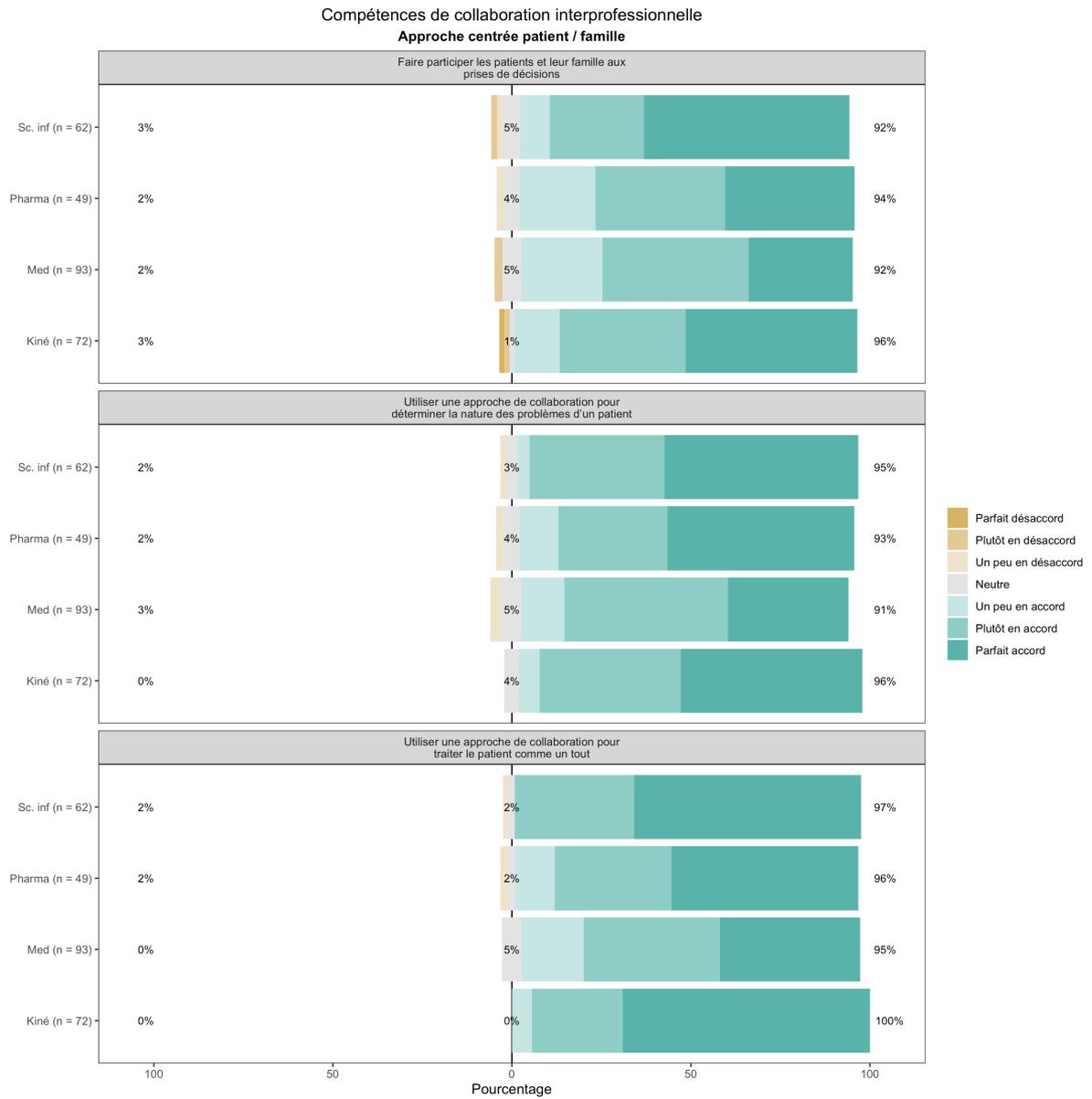


	31	<input type="checkbox"/>
	32	<input type="checkbox"/>
	33	<input type="checkbox"/>
	34	<input type="checkbox"/>
	35	<input type="checkbox"/>
	36	<input type="checkbox"/>
	37	<input type="checkbox"/>
	38	<input type="checkbox"/>
	39	<input type="checkbox"/>
	40	<input type="checkbox"/>
	41	<input type="checkbox"/>
	42	<input type="checkbox"/>
	43	<input type="checkbox"/>
	44	<input type="checkbox"/>
	45	<input type="checkbox"/>
	46	<input type="checkbox"/>
	47	<input type="checkbox"/>
	48	<input type="checkbox"/>
	49	<input type="checkbox"/>
	50	<input type="checkbox"/>
	51	<input type="checkbox"/>
	52	<input type="checkbox"/>
	53	<input type="checkbox"/>
	54	<input type="checkbox"/>
	55	<input type="checkbox"/>
	56	<input type="checkbox"/>
	57	<input type="checkbox"/>
	58	<input type="checkbox"/>
	59	<input type="checkbox"/>
		▼

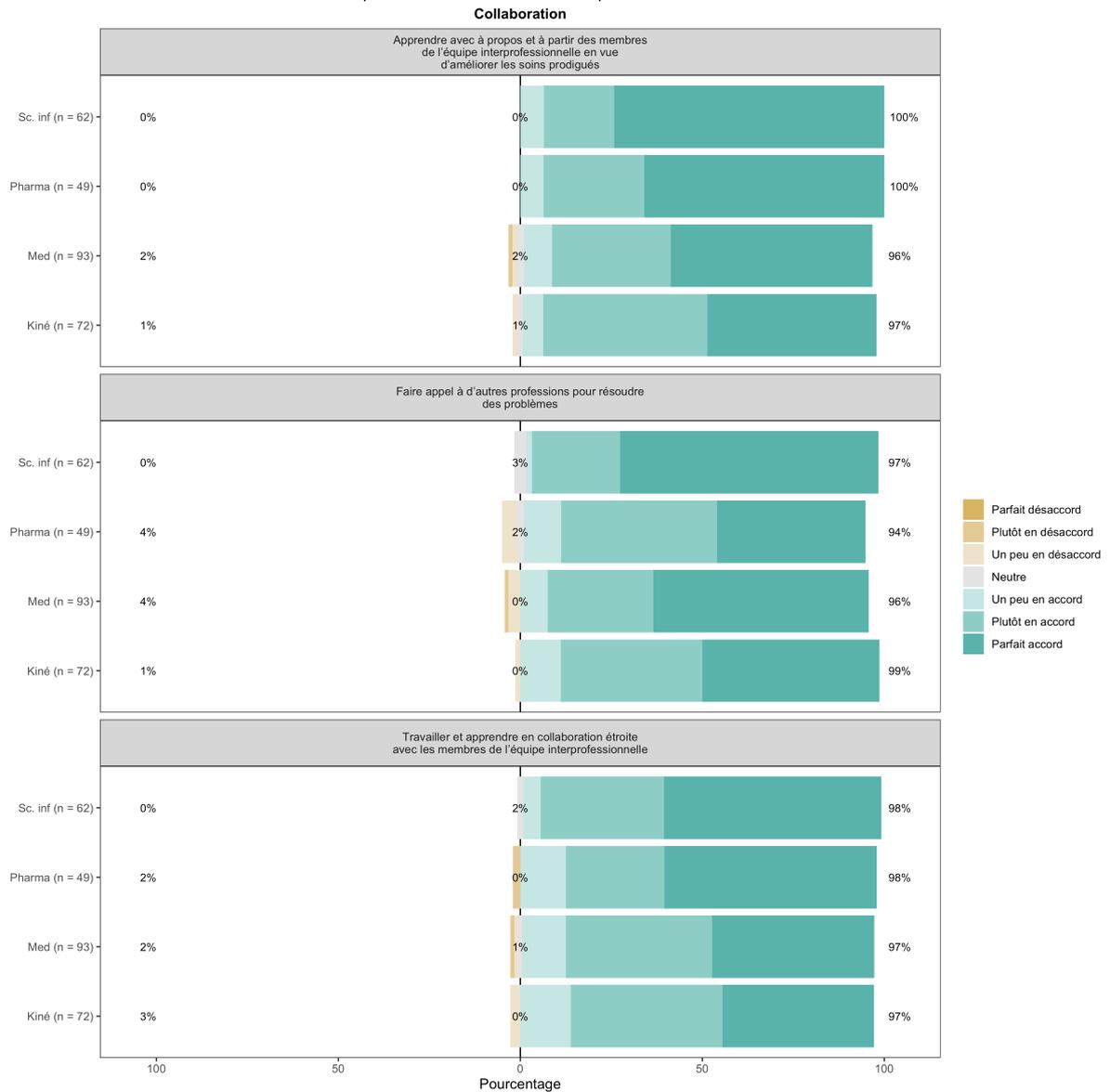


- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67

Annexe 3 : Résultats au SACCI par item : comparaison entre filières



Compétences de collaboration interprofessionnelle



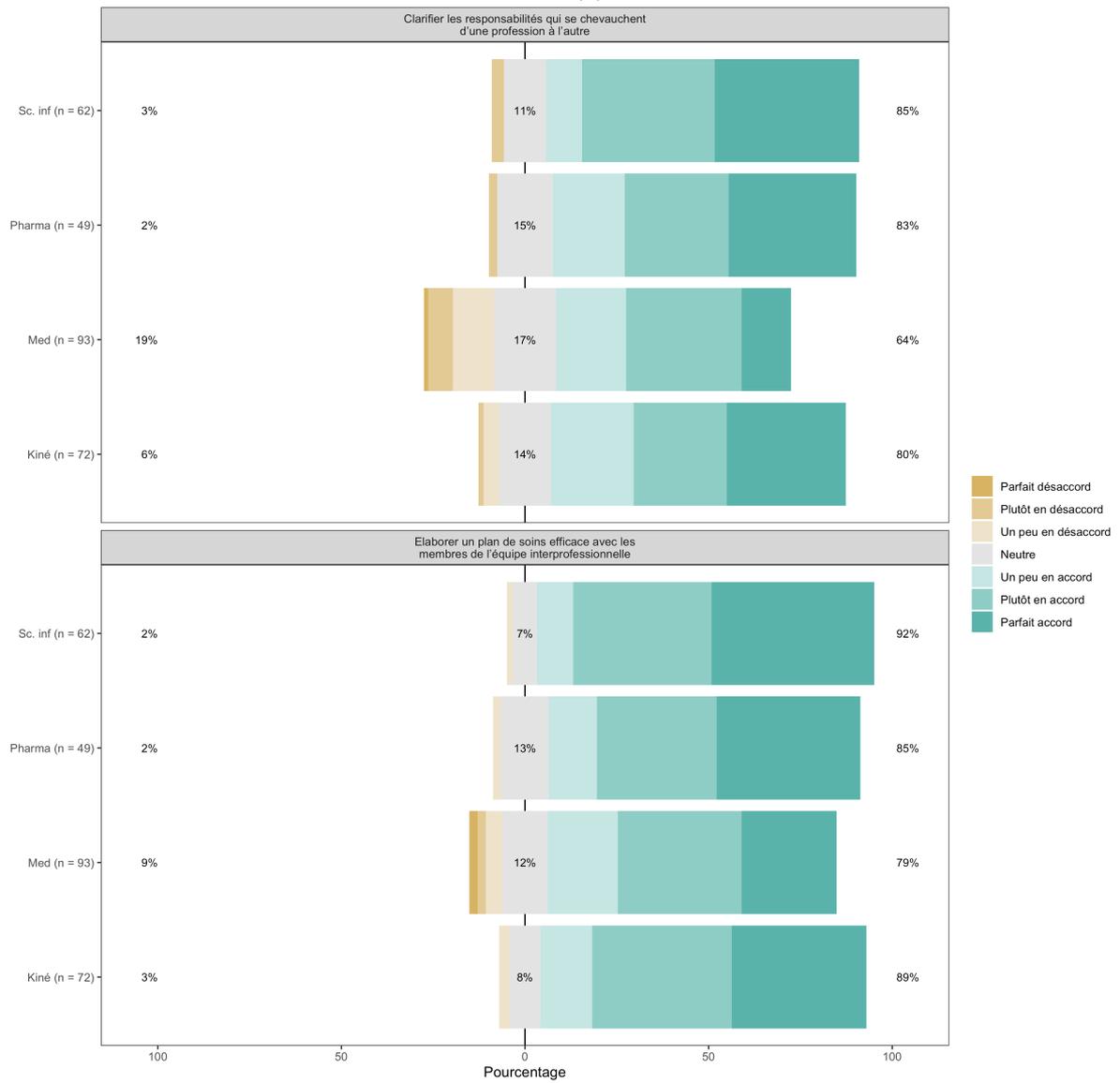
Compétences de collaboration interprofessionnelle

Communication

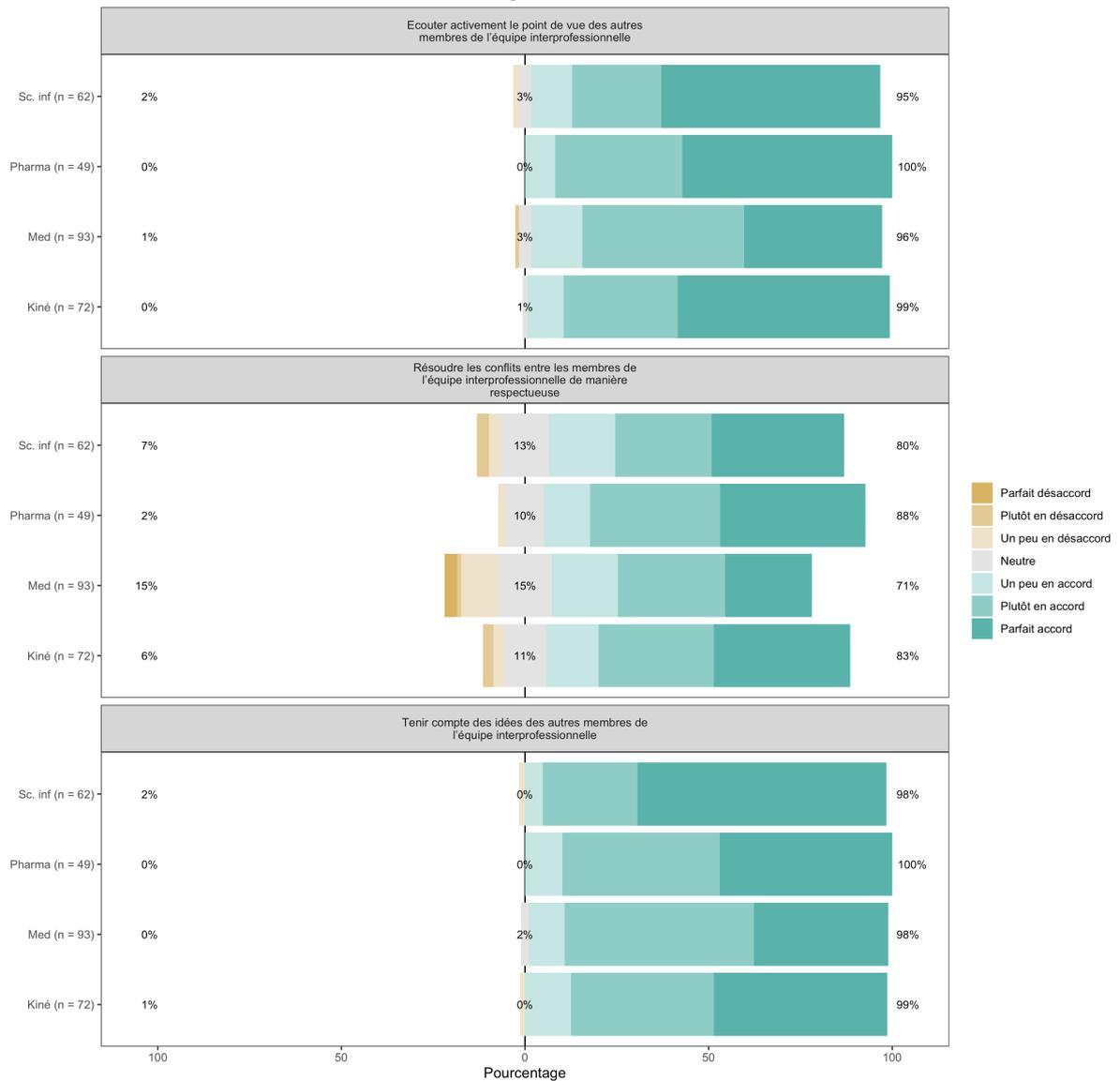


Compétences de collaboration interprofessionnelle

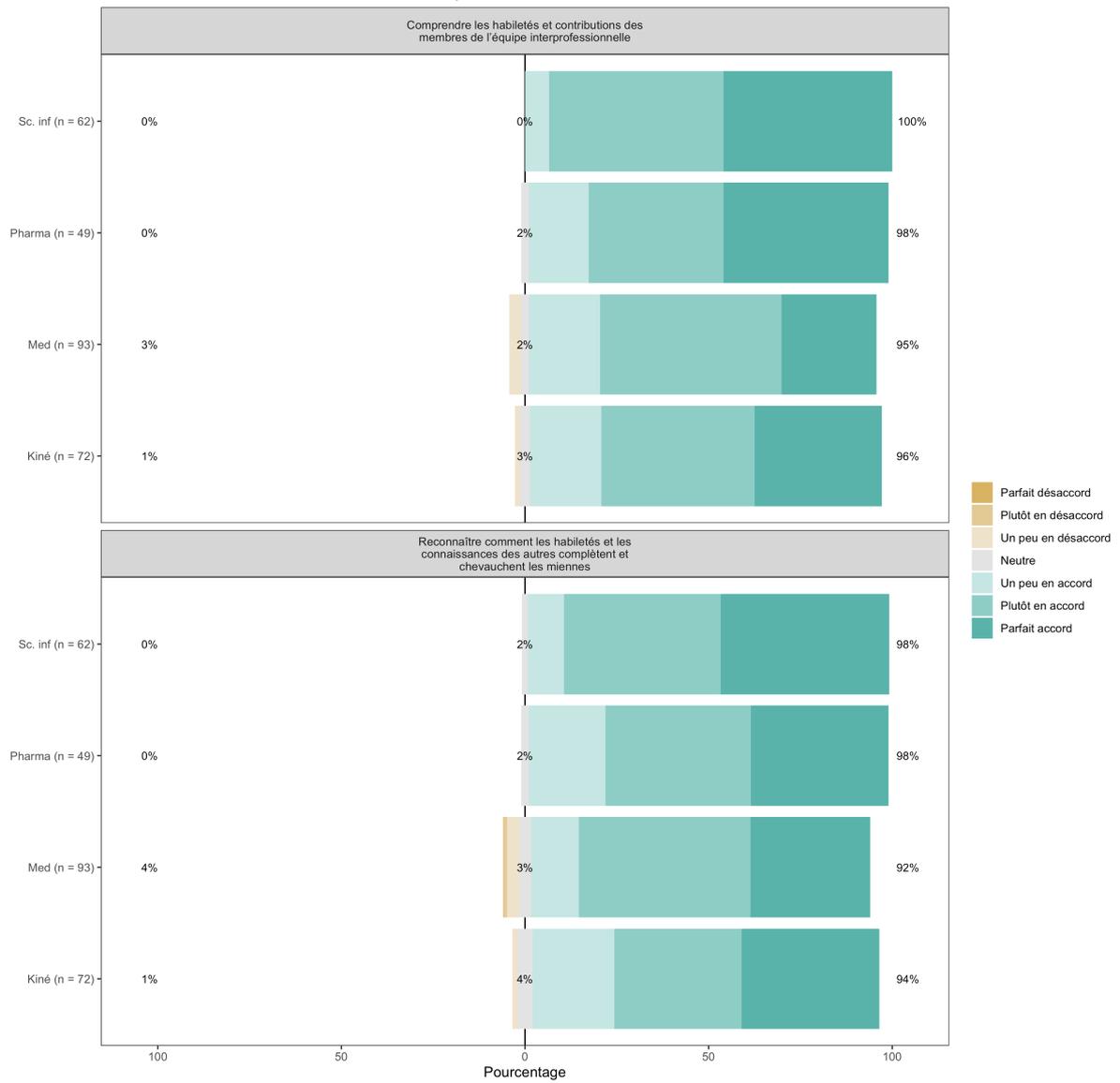
Fonctionnement d'équipe



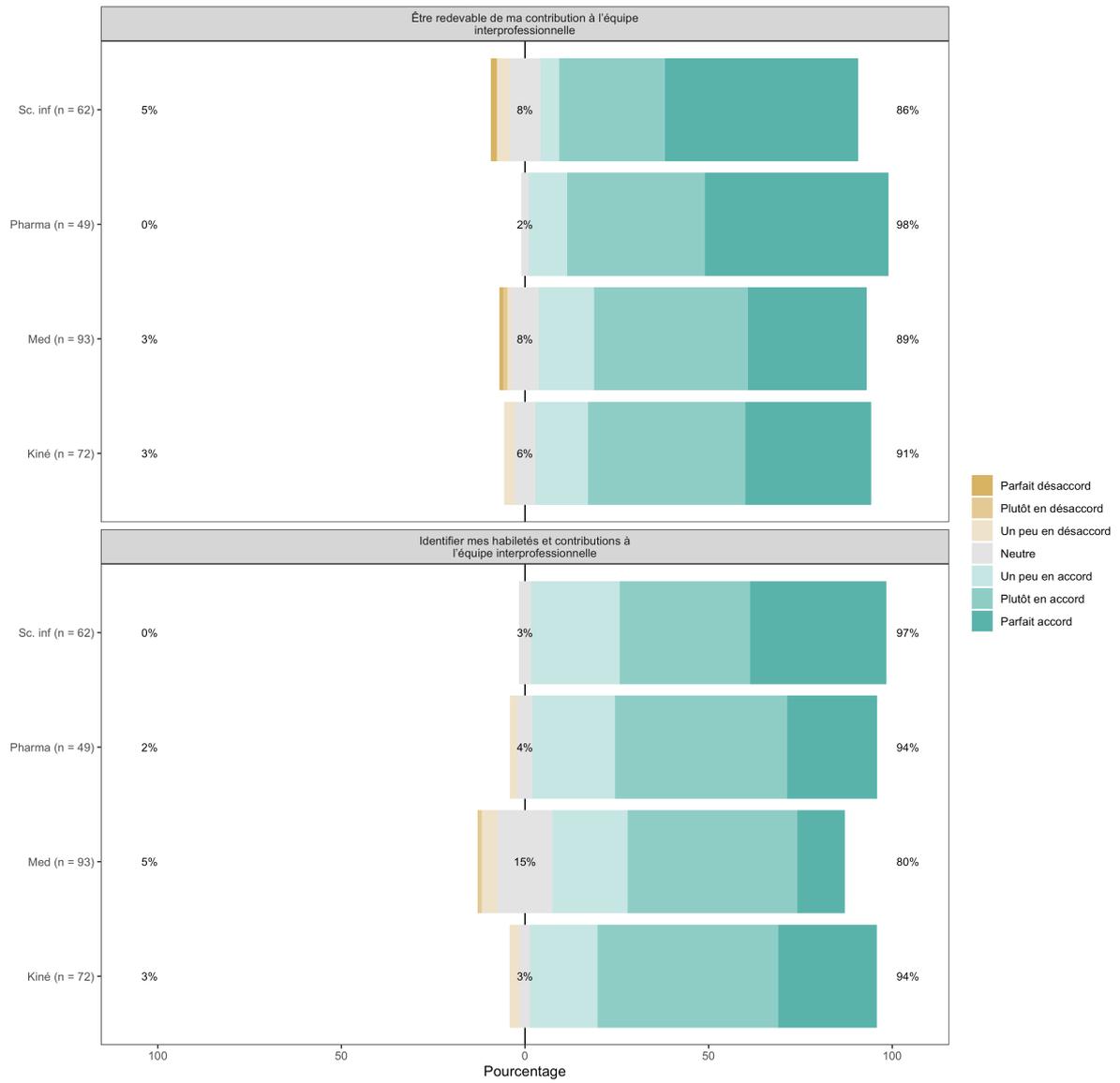
Compétences de collaboration interprofessionnelle
Résolution et gestion de conflits



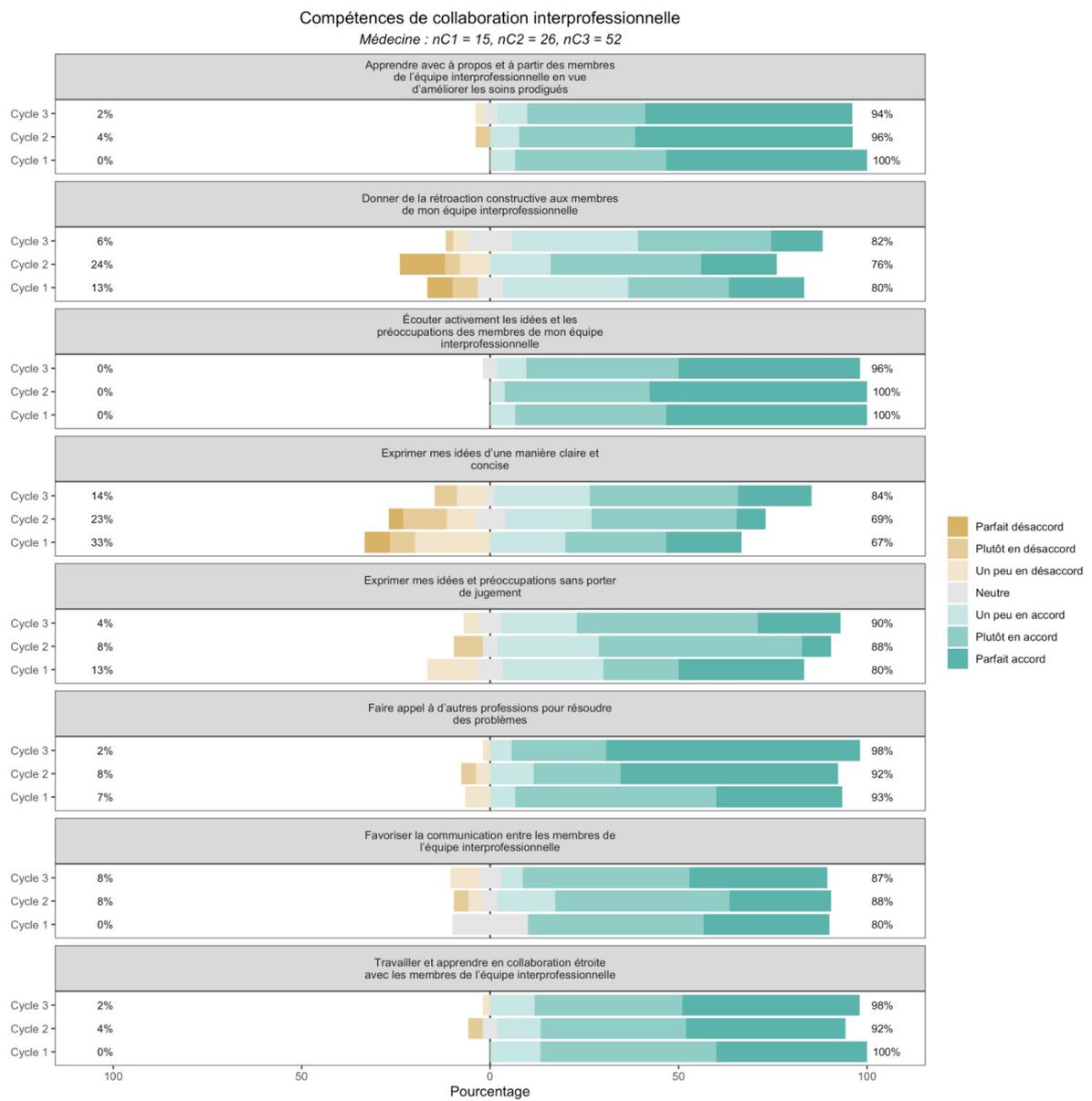
Compétences de collaboration interprofessionnelle
Rôles et responsabilités autres intervenants



Compétences de collaboration interprofessionnelle
Rôles et responsabilités de l'intervenant



Annexe 4 : Résultats au SACCI par item : comparaison par cycle d'étude au sein de la filière médecine



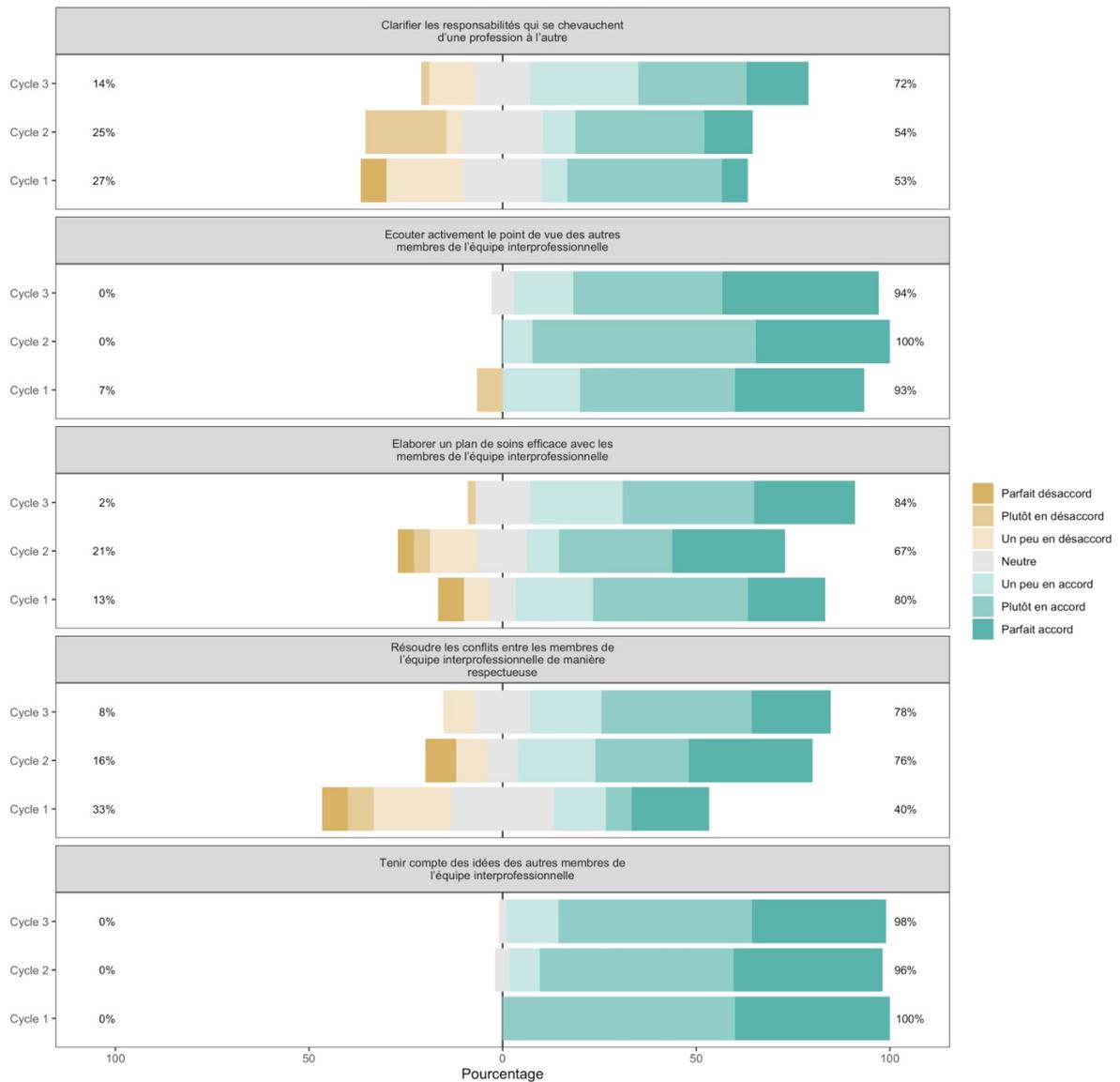
Compétences de collaboration interprofessionnelle

Médecine : nC1 = 15, nC2 = 26, nC3 = 52

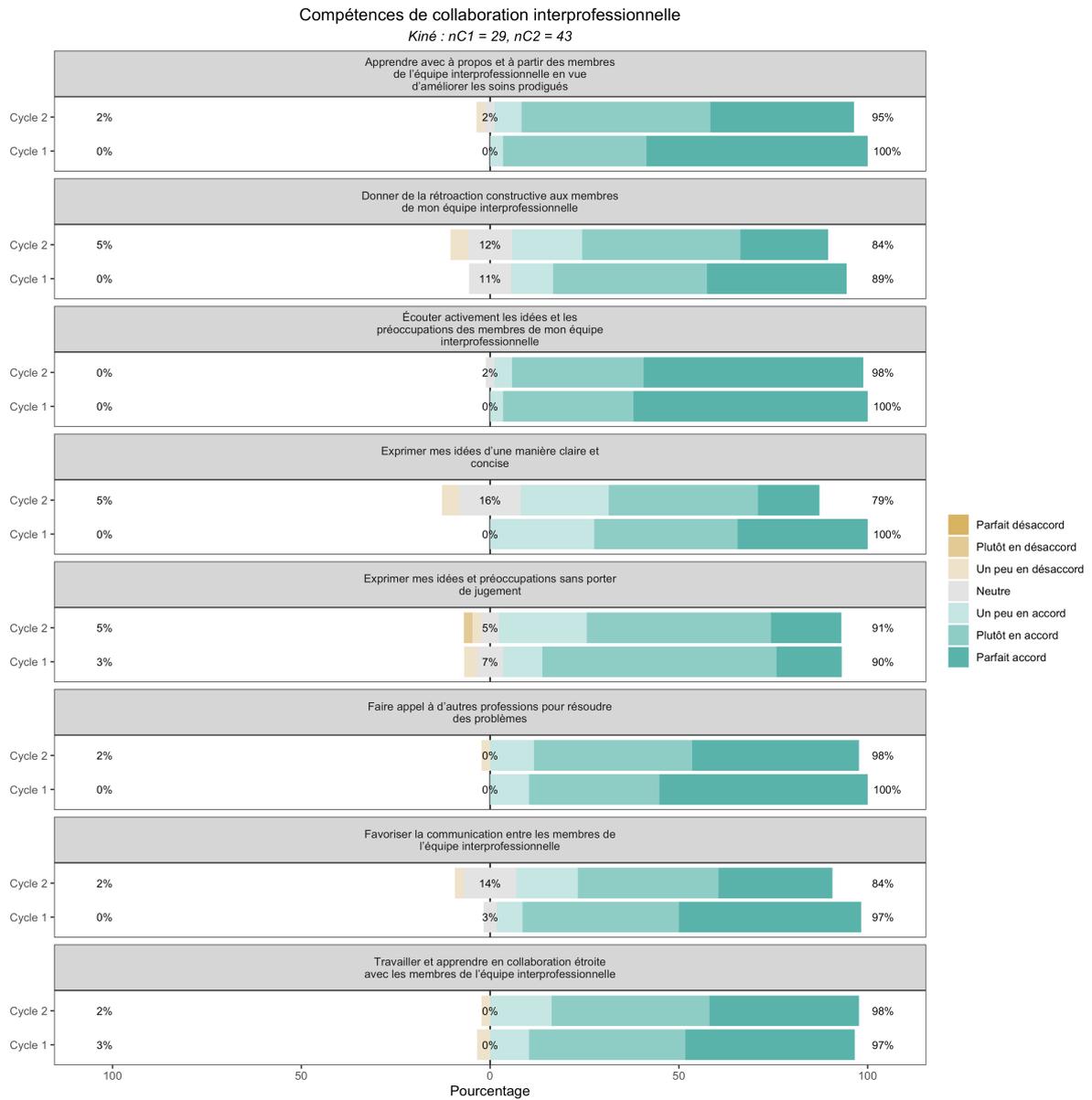


Compétences de collaboration interprofessionnelle

Médecine : nC1 = 15, nC2 = 26, nC3 = 52

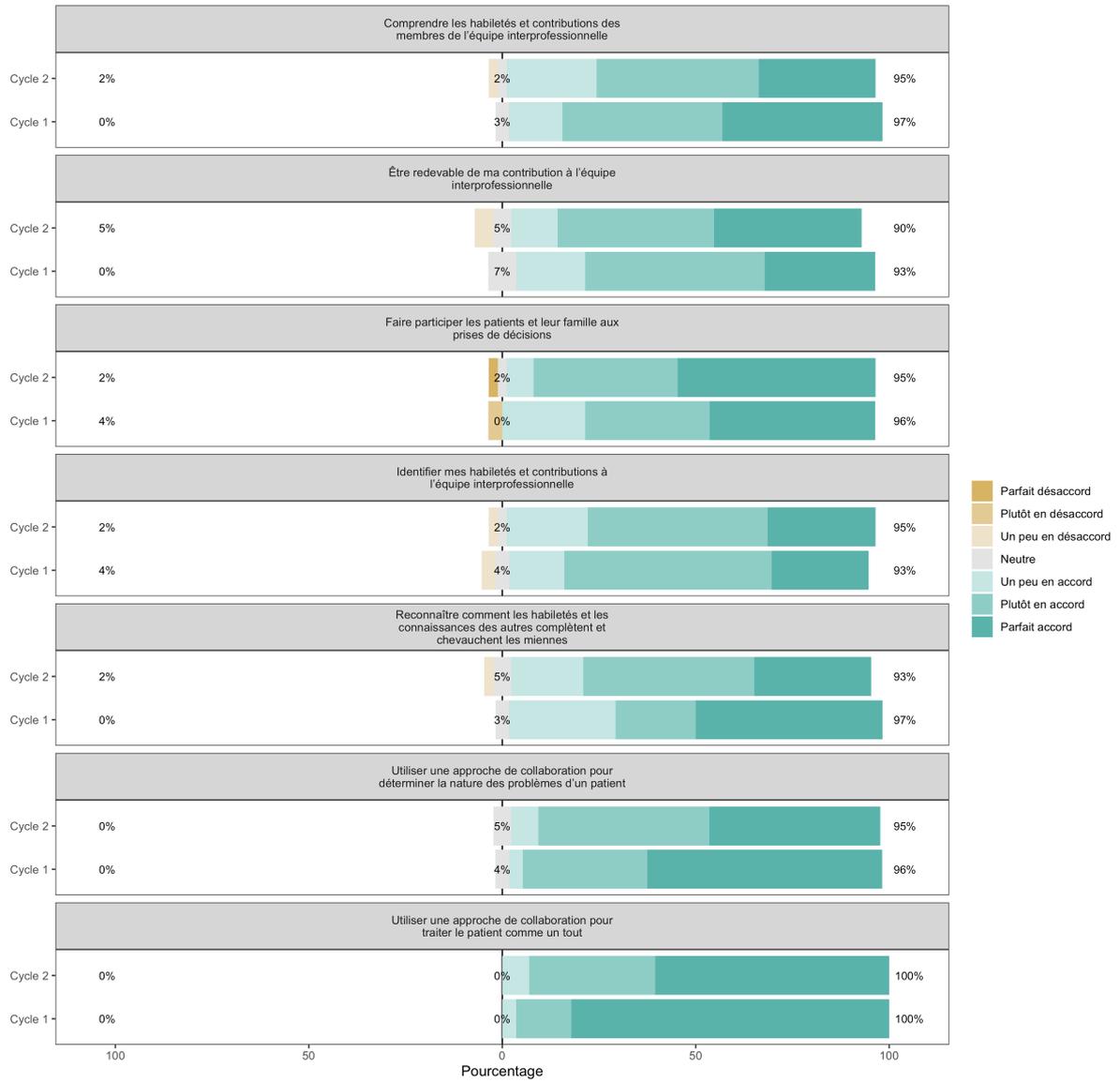


Annexe 5 : Résultats au SACCI par item : comparaison par cycle d'étude au sein de la filière kinésithérapie



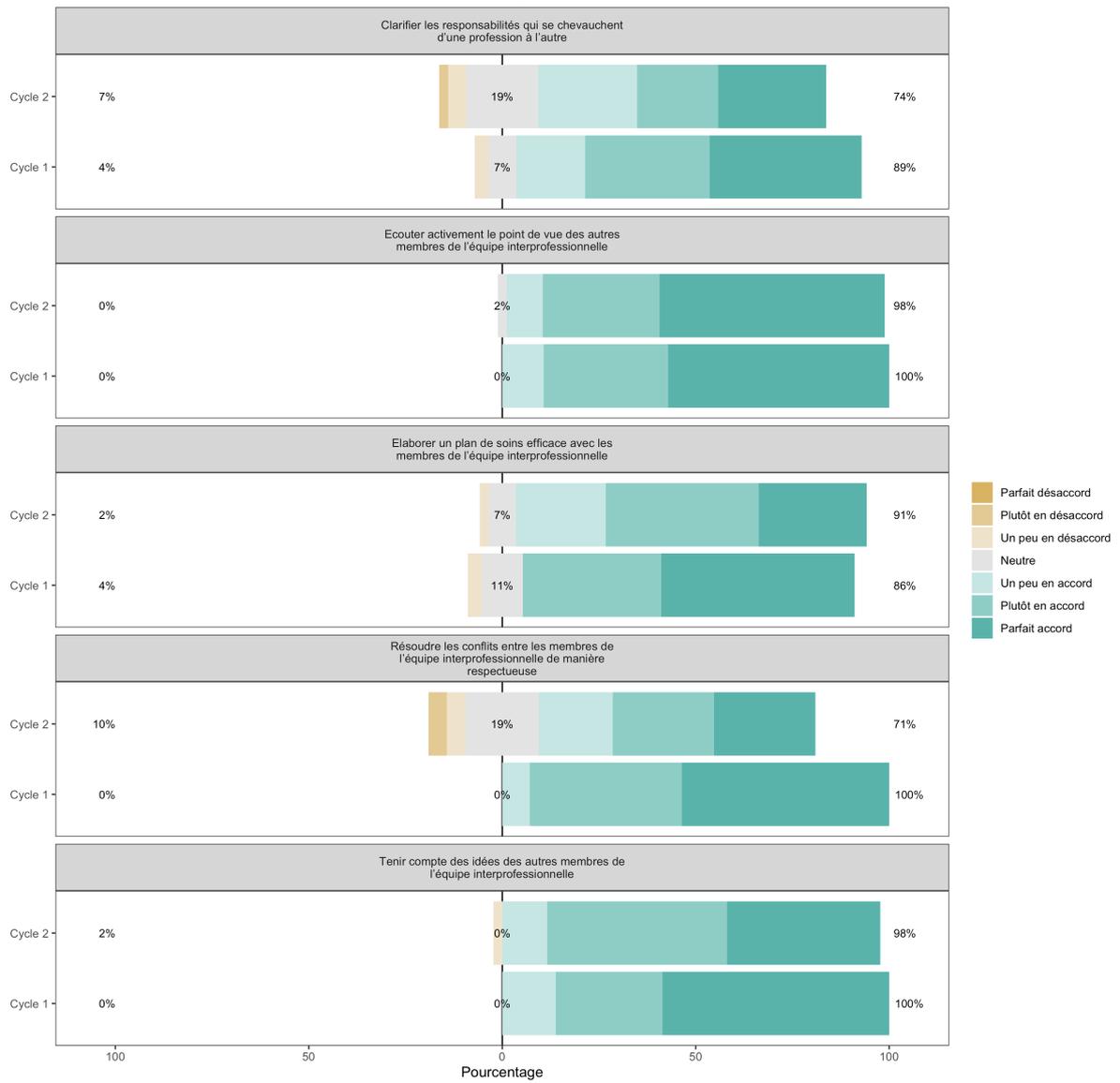
Compétences de collaboration interprofessionnelle

Kiné : nC1 = 29, nC2 = 43

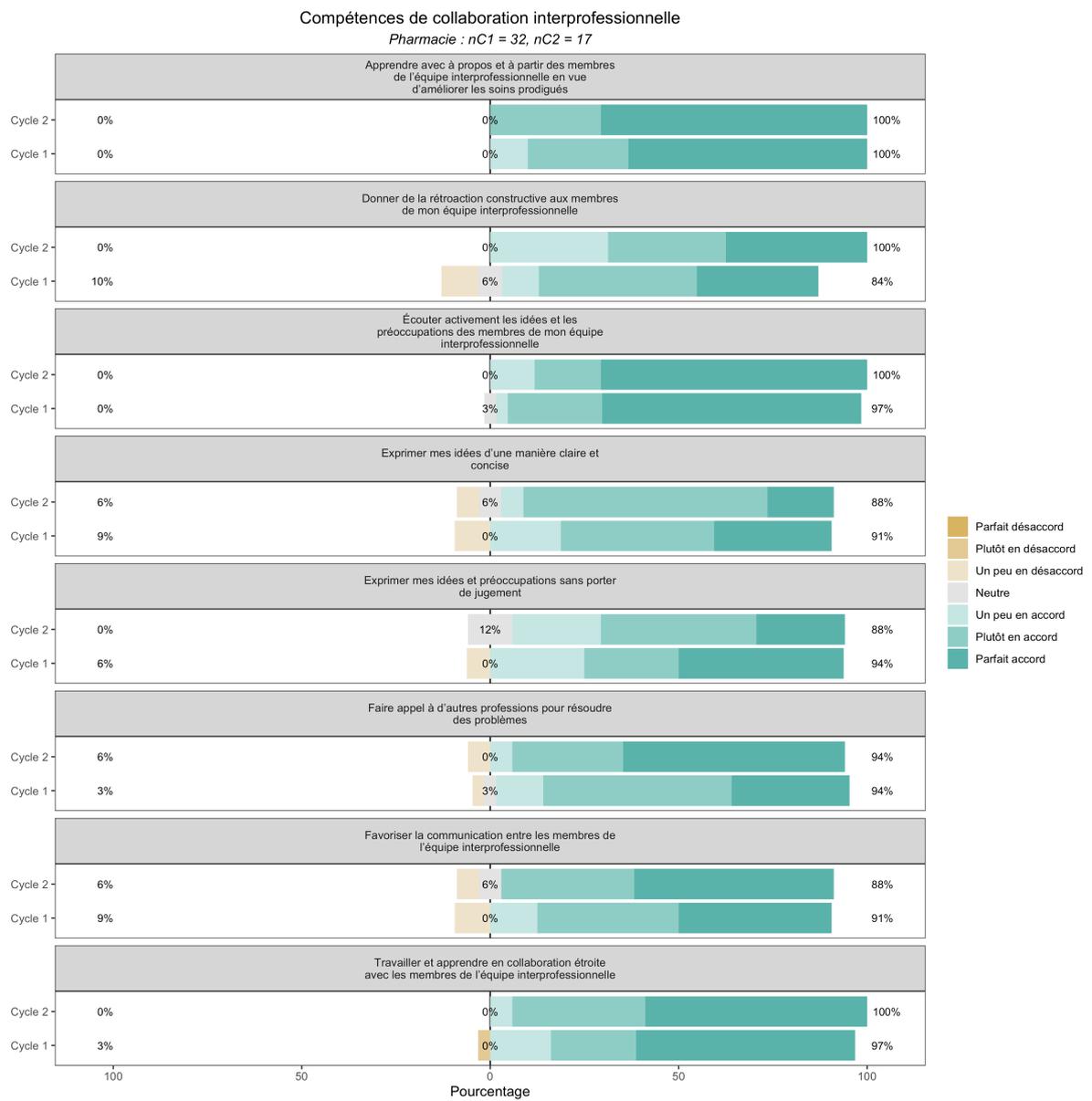


Compétences de collaboration interprofessionnelle

Kiné : nC1 = 29, nC2 = 43

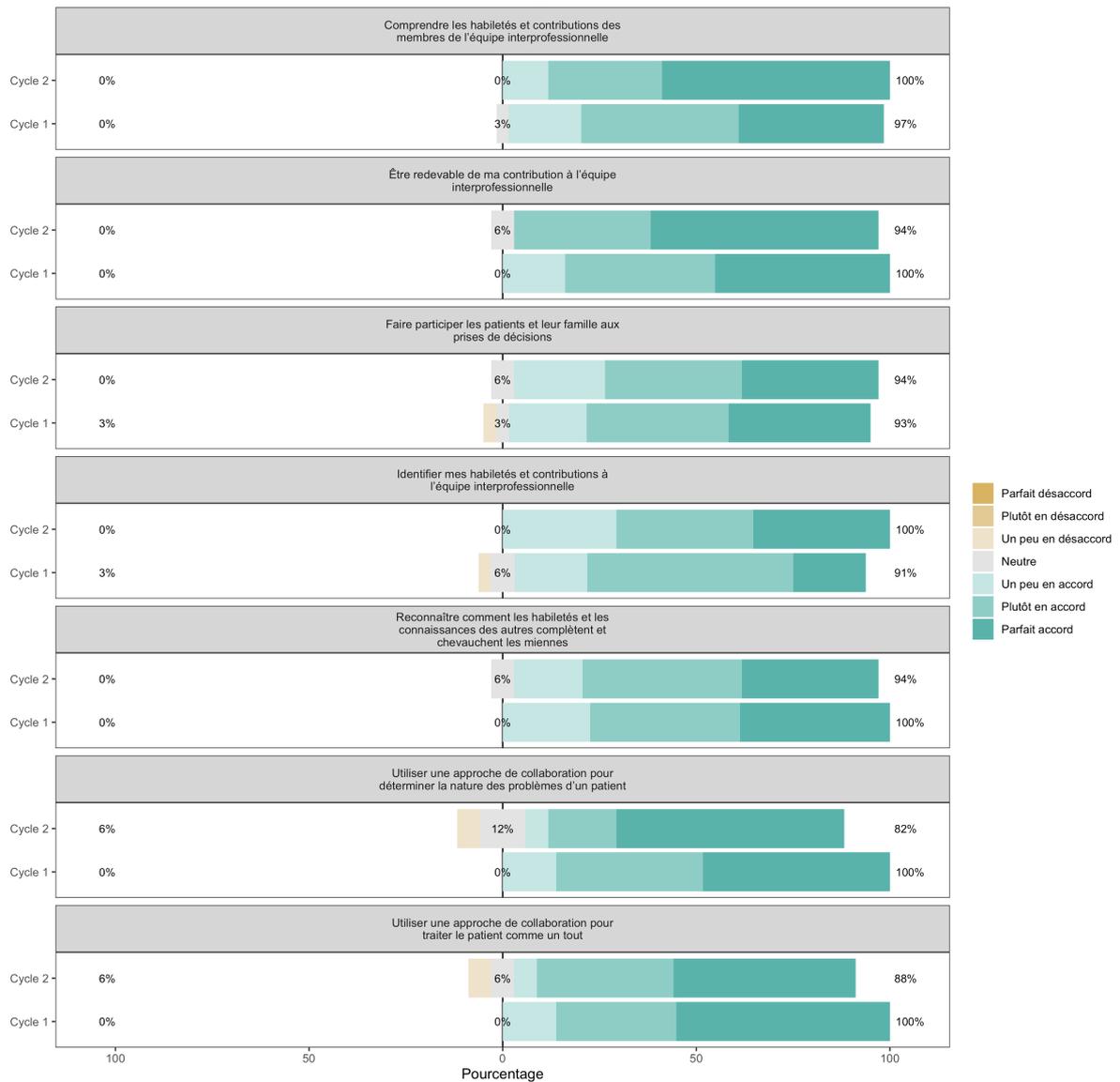


Annexe 6 : Résultats au SACCI par item : comparaison par cycle d'étude au sein de la filière pharmacie



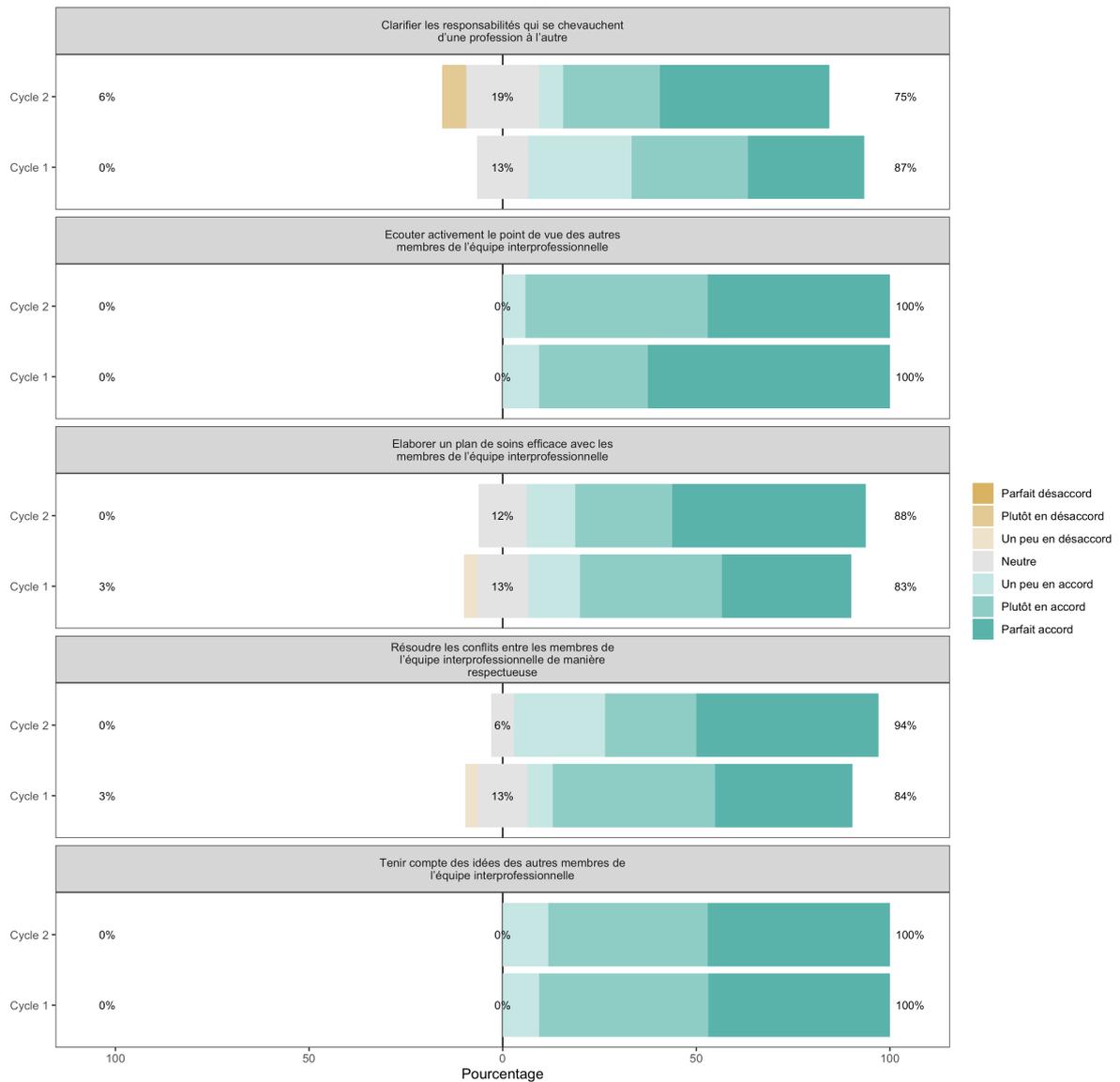
Compétences de collaboration interprofessionnelle

Pharmacie : nC1 = 32, nC2 = 17



Compétences de collaboration interprofessionnelle

Pharmacie : nC1 = 32, nC2 = 17



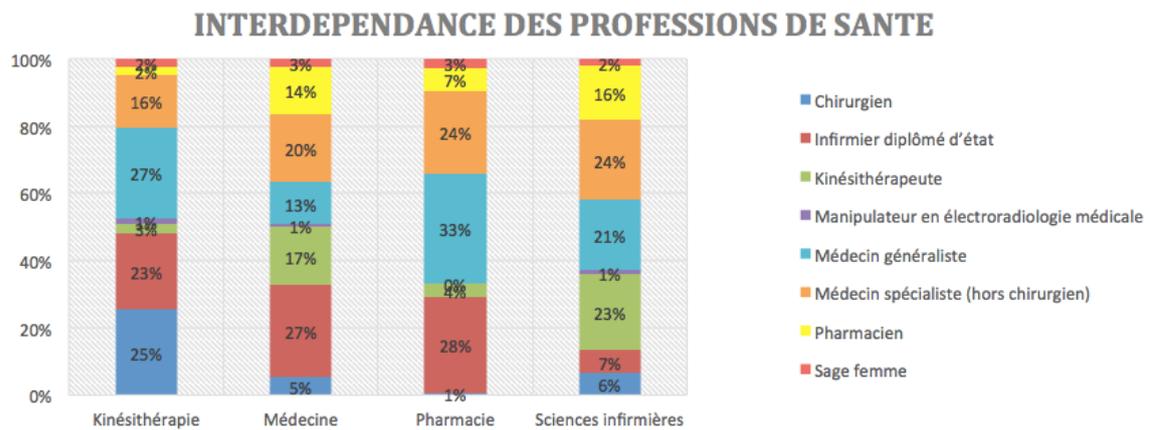
Annexe 7 : Tableau comparatif des outils d'évaluation des compétences en interprofessionnalité

Colonne1	RILPS	IEPS	IPECCSET	JeFSATIC	ICCAS
Développement	1ère version: Parsell and Bligh 1999 (3 sous-catégories). 2ème version: Mac Fayden 2005 et 2006 (4 sous-catégories) Principale étude test: Mac Fayden 2010	1ère version: Luecht and al 1990 2ème version: Mac Fayden 2007 Leicht 2014 Ganotice 2017	Dow and al 2014 Lockeman 2016 Hasnain 2017	Ward and al Hojat and al 2014	Mac Donald and al 2010. Archibald and al. 2014 validation en français et en anglais Pan canadian delphi process (Curran et al.)
Lieu	Université de Glasgow (Ecosse)	Université de Glasgow (Ecosse)	1 université américaine	2 universités américaines (Midwestern et Thomas Jefferson University et 1 université australienne Monash)	Université d'Ottawa et Nouvelle-zélande.
Schéma d'étude	Etude longitudinale sur 4 ans contrôlée.	Etude longitudinale sur 4 ans contrôlée.	"N= 1358 11 professions de santé	Transversale N=1976 étudiants en santé 9 professions de santé différentes	Pré-test / post-test transversale N= 584 participants 15 programmes d'éducation interprofessionnelle 19 professions représentées (également en dehors du champs de la santé)
Population	Etudiants infirmiers, ergothérapeutes, podologues, ortho-prothésistes, manipulateurs radio, assistants sociaux. Groupe contrôlé: 260 étudiants/ Groupe expérimental: 313 étudiants	Etudiants infirmiers, ergothérapeutes, podologues, ortho-prothésistes, manipulateurs radio, assistants sociaux Groupe contrôlé: 260 étudiants/ Groupe expérimental: 313 étudiants			Caractéristiques: - Etudiants non diplômés (1er et 2ème cycle) - Etudiants diplômés (Internes) - Professionnels dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) 19 professions différentes (nursing +++) N=584 (mais 300 n'ont pas renseigné leur)
Objectif	Evaluer les changements dans la perception et l'attitude dans le temps prenant part au programme de formation interprofessionnelle durant les 4 ans. Type d'intervention: Journée à thème, cas clinique complexe+ débrief, séminaires	évaluer les perceptions professionnelles des étudiants participant à une formation interprofessionnelle, par rapport à leur propre profession, et à celles d'autres professionnels de santé.	autoévaluation des compétences des pratiques interprofessionnelles.	mesurer évaluer les attitudes au travers de la collaboration chez les étudiants en santé et les praticiens - sans compter leur expérience académique ni le domaine de pratique	auto-évaluation des changements des niveaux de compétences au cours d'une formation interprofessionnelle.
Caractéristiques du test	Dernière version Mc Fayden 2005 : => Echelle Likert 5 points => 19 items Sous-échelles: 1: Travail d'équipe et collaboration 2: Identités professionnelles négatives 3: Identités professionnelles positives. 4: Rôles et responsabilités	Dernière version Mac Fayden 2007: => 12 items => Echelle de likert à 5 pt Sous-échelles: 1: Compétences et autonomie 2: Besoin ressenti de collaboration 3: Perception de la collaboration actuelle	3 versions: 38, 27, 9 échelle à 100 pt étude transversale alpha: 0,89 V9	JeFSATIC 20 items ont rempli les critères de sélection Facteur 1: "Relations professionnelles" Facteur 2: "Responsabilités" Likert à 7 pt.	Echelle Likert à 7 points => 20 items Sous-échelles: 1: Communication 2: Collaboration 3: Rôles et responsabilités 4: Approche collaborative centrée sur le patient et son entourage 5: Gestion et résolution de conflits 6: Travail d'équipe
cohérence interne	α chronbach global= 0,89 (RILPS 1 α = 0,88/RILPS 2 α = 0,76/RILPS 3 α = 0,81/RILPS 4 α = 0,43)	α chronbach= 0,86 (IEPS 1 α = 0,79/IEPS2 α = 0,40/IEPS 3 α = 0,83)	alpha: 0,98 V27 alpha: 0,89 V9	Cronbach alpha : 0,84-0,90 pour le test total (0,84-0,91 pour facteur 1 et 0,70-0,90 pour le facteur 2)	α chronbach global= 0,98 Analyse factorielle: Facteur 1 "les compétences liées au professionnel" α 0,94 Facteur 2 "les compétences liées aux autres membres de l'équipe": α 0,94
stabilité temporelle	à une semaine d'intervalle ICC= 0,71/0,38/0,61/0,62), plutôt bonne	à 1 semaine d'intervalle (sur seulement n=65 étudiants en ergothérapie) ICC: 0,58/0,60/ 0,57 (modéré)		Pas d'étude pre post sur la stabilité de l'outil.	Pas d'étude de stabilité dans le temps

Discussion	RILPS	IEPS	IPECCSET	JEFFSATIC	ICCA5
	<p>Pour les 3 premières sous catégories: on observe une baisse des scores dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle possiblement liée à une naïveté et/ou idéalisme des étudiants inexpérimentés.</p> <p>Pour "Rôles et responsabilités": Augmentation très faible au fil du temps expliqué par le fait de la faible expérience professionnelle à ces niveaux de formations. (connaissance limitée des futures responsabilités).</p>	<p>Sauf pour la catégorie IPECCSET 2 "Besoins ressentis de collaboration", l'analyse multivariée Temps/Groupes/profession montre une élévation des scores significative dans le groupe expérimental par rapport au groupe témoin.</p> <p>La catégorie "Besoins ressentis de collaboration" était différente selon les professions. Un décroissement du score dans un premier temps était observé pour les ergothérapeutes, les podologues, les orthoprothésistes et les manipulateurs.</p> <p>Des scores d'ensemble plus importants étaient observés chez les kinésithérapeutes et les infirmiers.</p> <p>La taille de l'effet avec le temps peut être influencée par: <ul style="list-style-type: none"> - l'expérience professionnelle (stages pratiques) - Les différents types de formation proposées - Les différences d'âge </p>	<p>pas d'étude pré post</p> <p>IPECC SET 27 : plus sensible pour détecter un changement à l'échelle individuelle que IPECC 9.</p> <p>Monocentrique</p> <p>pas d'étude sur l'influence du niveau d'éducation et du contexte culturel.</p>	<p>Différence significative sur les scores de chaque cohorte</p> <p>- Score moindre pour l'université australienne pouvant être expliqué par une part plus importante d'étudiants paramédicaux (obtention de score plus faible déjà vu dans d'autres études).</p> <p>- Comparaison par âge: pas de différence significative</p> <p>- Comparaison par sexe: Les femmes obtiennent des scores plus élevés (Test p<0,001) => controversé</p> <p>différence retrouvée pour WARD 2008, Galabrese 2013, mais pas pour Hojat 2012, ni VAN WINKLE 2011</p> <p>Comparaison par profession: <ul style="list-style-type: none"> - Les étudiants en médecine obtiennent des scores inférieurs à ceux de IDE, pharmacie et ergothérapie pour deux universités, pour Midwestern, pas de différence entre médecins et pharmas mais peut être expliqué par l'existence de formations interprofessionnelles communes aux deux groupes. - Pas de différence statistique entre médecin et kiné. </p>	<p>Peu d'études évaluant la formation interprofessionnelle ont mesuré une amélioration significative des compétences, cela peut être expliqué par le fait que les participants volontaires sont des adeptes précoces de l'interprofessionnalité ou pouvant surestimer leurs compétences en interpro par ignorance ou méconnaissance.</p> <p>Les options "non applicable" ont été traitées comme des données manquantes et la suppression par paire a été choisie pour garantir qu'un plus grand nombre de cas soient inclus dans toutes les analyses.</p> <p>Les compétences en collaboration et en travail d'équipe, au sein des participants ont augmenté avec la FIP.</p> <p>Score modéré en pré test. (envi 5) résultats cohérents avec ceux de Bradley, Cooper et Duncan 2009; Giordano, Umland et Lyons 2012; Solomon et Salfi 2011; Wellmon, Gillin Knauss et Iman Lin 2012</p> <p>La moyenne des scores après intervention était plus élevée que celle avant intervention de manière significative p<0,0005 (T test apparié). Les auteurs ont donc conclu à une amélioration de la perception de leurs propres compétences en interpro après une programme FIP.</p>
Point-	<p>Non randomisée</p> <p>Taux de réponse diminuant au cours du temps à cause des contraintes liées au code d'identification de suivi qui n'était pas toujours rempli</p> <p>certaines groupes professionnels peu représentés.</p> <p>certaines questions peu adaptées pour des étudiants (non diplômés lié au peu d'expérience) notamment "identités professionnelles négatives".</p> <p>Population uniquement étudiants paramédicaux (pas de pharmaciens, pas de médecins)</p> <p>Autoquestionnaire: biais de réponse.</p> <p>Pas de version francophone</p>	<p>La catégorie "Besoins ressentis de collaboration" ne contient que 2 items ce qui abaisse le ne contient que deux items ce qui explique que alpha soit faible.</p> <p>Test-retest effectué par un échantillon de 55 étudiants d'une seule profession. Donc besoin de retester par un échantillon plus large.</p> <p>cependant il semblerait que ce soit lié au degré d'expérience professionnelle.</p> <p>uniquement des étudiants non diplômés.</p> <p>Pas de version francophone</p>	<p>pas d'étude pré post</p> <p>IPECC SET 27 : plus sensible pour détecter un changement à l'échelle individuelle que IPECC 9.</p> <p>Monocentrique</p> <p>pas d'étude sur l'influence du niveau d'éducation et du contexte culturel.</p>	<p>Uniquement sur des étudiants</p> <p>Tester sur d'autres échantillons, lieux d'exercices, zone géographiques, différentes cultures ?</p>	<p>auto-questionnaire</p> <p>Biais de remplissage post intervention: revu à la hausse</p> <p>biais de rappel</p> <p>Non testé sur des professionnels diplômés.</p> <p>Alpha haut peut correspondre à une redondance dans les items ou homogénéité entre les items.</p> <p>Majorité des effectifs étaient des étudiants</p> <p>334 répondants n'ont pas révélés leur profession soit 57% (ils ont considéré qu'ils avaient les mêmes caractéristiques que ceux qui ont répondu)</p> <ul style="list-style-type: none"> - majoritairement IDE 16% - Petits effectifs dans chaque professions. - majoritairement non diplômés <p>alpha chronbach élevé pouvant être signe de redondance de certains items.</p>
points +	<p>Etude contrôlée</p> <p>Longitudinale sur 4 ans (bonne stabilité temporelle)</p> <p>Validité externe: résultats en accord avec Tunstall 2003 et Poulard 2004</p>	<p>Etude contrôlée</p> <p>Longitudinale sur 4 ans (bonne stabilité temporelle)</p> <p>Utilisée dans de nombreuses études ultérieures.</p> <p>Observe les mêmes résultats qu'avec le RILPS.</p>	<p>échantillon large et hétérogène</p>	<p>Multicentriques</p> <p>Effectif large</p> <p>Multiples professions de santé.</p>	<p>explique la gestion des données manquantes sort des métiers de la santé</p> <p>Multicentrique (Canada, USA, Nouvelle Zélande)</p> <p>Les compétences se base sur les travaux théoriques du CHC 2010</p>

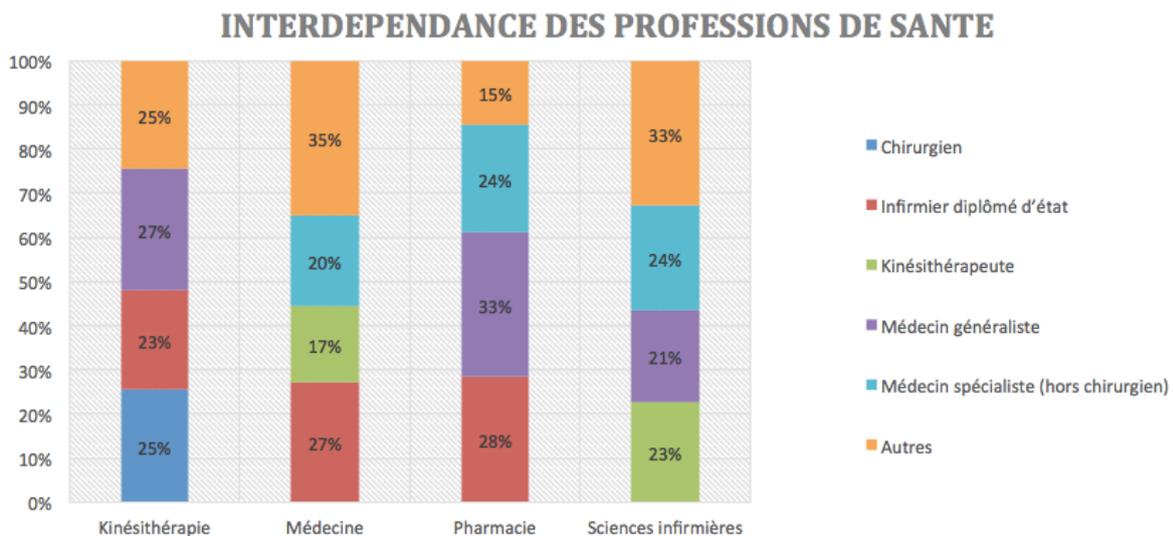
Annexe 8 : Exploration des liens d'interdépendance entre les professions de santé

Question : « Parmi les professionnels de santé suivants (hors professionnels de même profession que la vôtre), hiérarchisez de 1 à 3 ceux avec qui il vous semble le plus important de collaborer pour travailler en interprofessionnalité »

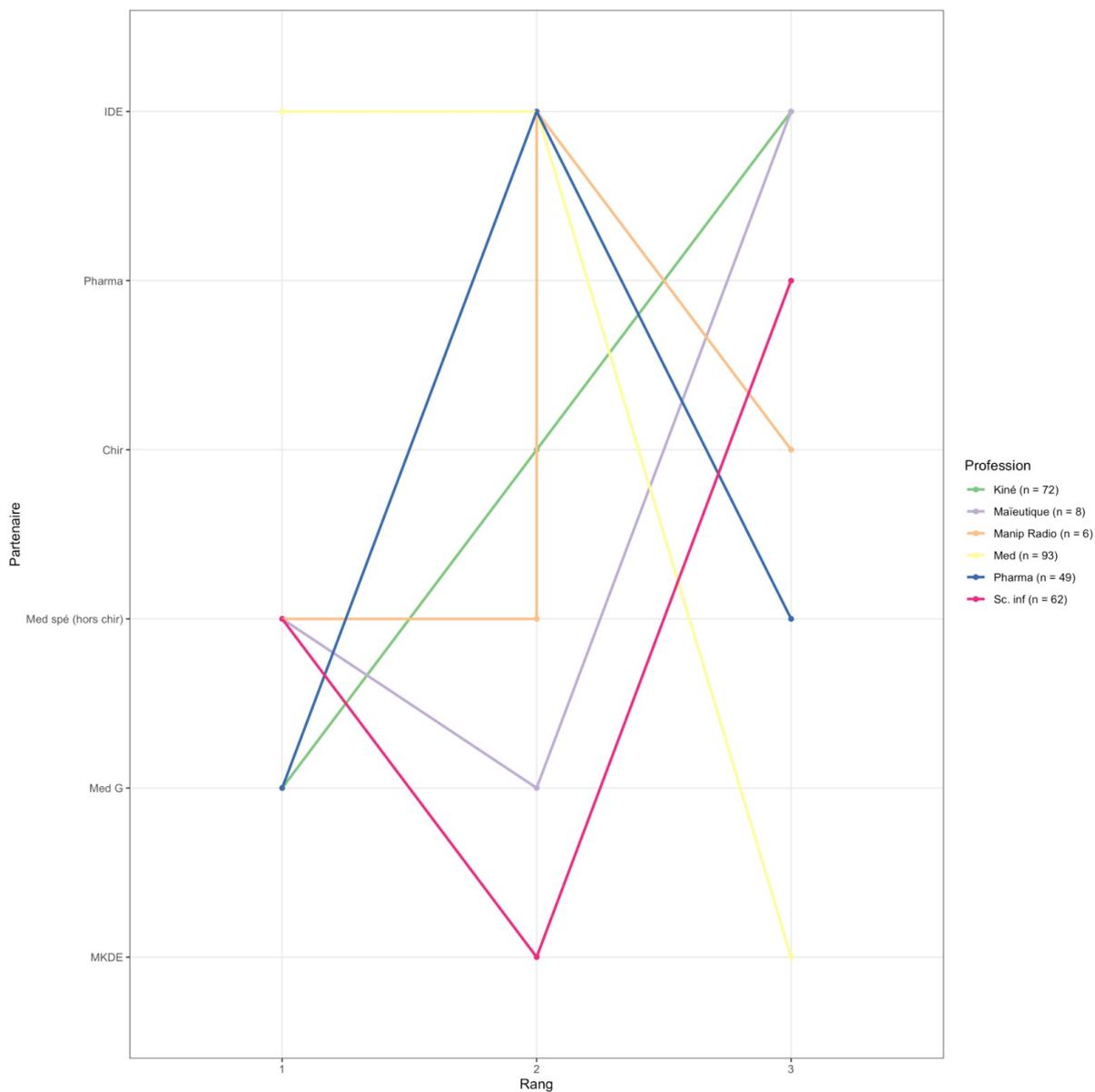


Graphique 1: Expression en pourcentage du nombre de fois qu'une profession revient parmi les 3 professions avec qui il est le plus important de collaborer.

Exemple : Dans le graphique ci-dessus, 25% des répondants en kinésithérapie ont cité le chirurgien parmi les 3 premiers professionnels de santé avec qui il est le plus important de collaborer pour travailler en interprofessionnalité.



Graphique 2: Expression en pourcentage du nombre de fois qu'une profession revient parmi les 3 professions avec qui il est le plus important de collaborer - Version simplifiée du graphique 1



Graphique 3 : Représentation des liens d'interdépendance entre les professions de santé.

Exemple : Pour les étudiants en pharmacie interrogés, le médecin généraliste est le premier interlocuteur avec qui il est le plus important de collaborer pour travailler en interprofessionnalité, puis vient l'infirmière et enfin le spécialiste en troisième choix.

Résumé

Evaluation des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé à l'université Grenoble Alpes

Contexte : La collaboration entre professionnels de santé évolue pour répondre à la complexité des prises en charge et au besoin de coordination et de fluidification des parcours de soins. Le passage de la pluriprofessionnalité à l'interprofessionnalité implique un apprentissage de compétences spécifiques dans ce domaine afin d'optimiser le travail en équipe et la collaboration. Le développement de la formation interprofessionnelle dès le début de l'apprentissage professionnel est primordial pour changer les mentalités, les valeurs et préparer les nouvelles générations de soignants à cette pratique innovante.

Objectif : Nous avons souhaité évaluer les compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé grenoblois afin d'alimenter la réflexion autour du développement de celle-ci dans les cursus de formation initiale en santé.

Méthode : L'évaluation des compétences en interprofessionnalité est basée sur un outil d'auto-évaluation (Sondage sur l'atteinte des compétences de collaboration interprofessionnelle : SACCI) développé au Canada et largement repris dans de nombreuses études internationales. Ce sondage numérique a été diffusé aux étudiants de l'UGA des filières de kinésithérapie, pharmacie, médecine, maïeutique, sciences infirmières et manipulateur en électroradiologie médicale.

Résultats : Un total de 290 réponses complètes a été obtenu dans les filières interrogées : médecine (n=93), kinésithérapie (n=72), pharmacie (n=49), sciences infirmières (n=62), manipulation en électroradiologie médicale (n=6) et maïeutique (n=8). La clarification des rôles et compétences, l'expression des idées et la gestion des conflits au sein de l'équipe interprofessionnelle sont les items pour lesquels des différences de score entre filières étaient observées. Les étudiants en médecine ont obtenu des scores inférieurs aux autres filières pour ces items.

Conclusion : L'état des lieux des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé est un prérequis indispensable pour le développement et l'évaluation de l'impact de la formation interprofessionnelle à l'UGA. Des efforts doivent être poursuivis par les équipes pédagogiques pour optimiser le contenu et les modalités d'enseignement et permettre aux étudiants d'acquérir et de consolider leurs connaissances et leurs capacités à travailler en équipe interprofessionnelle.

Mots clés : *Collaboration interprofessionnelle, éducation interprofessionnelle, étudiants en santé, compétences interprofessionnelles, questionnaire d'auto-évaluation.*