



HAL
open science

Évaluation de l'évolution du niveau estimé d'interprofessionnalité des étudiants en santé de Rouen au cours d'un séminaire de simulation de staff pluriprofessionnel de soins primaires

Rachel Frebourg

► **To cite this version:**

Rachel Frebourg. Évaluation de l'évolution du niveau estimé d'interprofessionnalité des étudiants en santé de Rouen au cours d'un séminaire de simulation de staff pluriprofessionnel de soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04660251

HAL Id: dumas-04660251

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04660251>

Submitted on 23 Jul 2024

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.

UFR Rouen de santé de Rouen Normandie

ANNÉE 2024

**THESE POUR LE DOCTORAT
EN MEDECINE GENERALE**

(Diplôme d'état)

Par

FRÉBOURG Rachel

Née le 17 septembre 1994 au Havre

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2024

**Évaluation de l'évolution du niveau estimé d'interprofessionnalité
des étudiants en santé de Rouen au cours d'un séminaire de
simulation de staff pluriprofessionnel de soins primaires**

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Matthieu SCHUERS

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Elsa FAGOT-GRIFFIN

MEMBRES DU JURY : Docteur Paul THILLARD
Docteur Khoa-Huân Olivier NGUYEN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie

Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouhra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtizia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Lucile LOUIN	DEUST Officine
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre BOHN	Radiopharmacie
M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
Mme Marine CAVELIER	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Séverine ROBERT	Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Serment d'Hippocrate

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.

Remerciements

Aux membres du jury

Je remercie le Professeur Schuers de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse et au Docteur Thillard d'avoir accepté d'évaluer ce travail. J'espère que ce dernier aidera au développement de l'enseignement interprofessionnel au sein de notre UFR.

À ma directrice de thèse

Elsa, je te remercie de m'avoir confié ce sujet passionnant et de ton aide précieuse.

À ma famille

Maman, Papa, je n'ai pas les mots pour décrire toute la reconnaissance que j'ai pour vous. Je n'en serai jamais arrivée là sans votre soutien pendant toutes ses années. Ce travail est le vôtre. Je vous aime.

Axelle, mon départ pour la fac de médecine nous a énormément rapproché. Merci de ton soutien et d'avoir toujours été là pour moi.

Nicolas, tu as réussi à me supporter pendant l'ECN, l'internat et la thèse, ce qui n'était pas chose aisée.

Merci de m'avoir épaulé pendant ces 6 années et demie passées à tes côtés. ♥

À mon ancien maître de stage, ancien médecin remplacé et futur associé

Olivier, merci de m'avoir tant appris sur la médecine générale et ce merveilleux métier de médecin de famille. Une page se tourne pour permettre de commencer une nouvelle aventure !!

À mes amis

Margot, nos chemins se sont éloignés après le lycée mais tu as toujours été présente tout au long de ses dernières années. Merci !

Myriam, Lisa, Anaïs, Jenny, Manon, je suis tellement heureuse d'avoir fait votre rencontre sur les bancs de la fac. Même si nous nous sommes dispersées afin de devenir de brillants médecins nous sommes toujours présentes les unes pour les autres dans les bons comme dans les moments les plus difficiles. Merci d'être là les filles.

Marine et Karan, que deviendrons nous sans notre bureau des plaintes ? Merci pour vos avis, conseils et surtout votre oreille attentive.

La team gynéco LH, merci d'avoir embelli mon dernier semestre d'internat. À nos futurs et nombreux week-ends Limonette !

Les Salamandres, et notamment Maxime, Julien, Djawed, Elvis, Coline et David, merci d'avoir toujours cru en moi plus que moi-même, sur le terrain comme en dehors. Let's go Sala !

Comme vous le savez peut-être la rédaction et les discours ne sont pas mes points forts. Ces quelques phrases ne sont qu'une infime partie de toute la reconnaissance que j'ai pour vous !

Table des matières

Liste des abréviations	17
Tables des figures, graphiques et tableaux	18
Introduction	19
1 Contexte	19
1.1 Vieillessement et état de santé de la population française.....	19
1.1.1 Une espérance de vie qui s’allonge	19
1.1.2 Un nombre de pathologies chroniques qui augmente.....	19
1.1.3 Un renforcement des inégalités	20
1.2 Soins primaires.....	20
1.3 Baisse de la démographie médicale en France, état des lieux en 2022	21
1.3.1 Médecins	21
1.3.2 Infirmiers	21
1.3.3 Sages-femmes	22
1.3.4 Pharmaciens	22
1.3.5 Masseurs-kinésithérapeutes	23
1.3.6 Orthophonistes	23
1.4 L’interprofessionnalité comme solution ?	24
1.4.1 Les maisons de santé pluriprofessionnelles : l’attractivité pour améliorer l’accès aux soins ...	24
1.4.2 La délégation de tâche pour améliorer l’offre de soins	24
1.4.3 La création de nouveaux métiers	25
1.5 Mais aussi d’autres solutions.....	25
1.5.1 Mieux vaut prévenir que guérir.....	25
1.5.2 L’éducation thérapeutique pour améliorer la qualité de vie et diminuer les soins non programmés	27
2 Interprofessionnalité	27
2.1 Définition	27
2.2 Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.....	27
2.3 L’interprofessionnalité uniquement au service du patient ?.....	30
3 Universitarisation des études de santé	30
4 L’enseignement de l’interprofessionnalité	31
4.1 L’approche par compétence	31
4.2 Un référentiel des compétences en interprofessionnalité	32
4.3 La simulation, une mise en situation professionnelle authentique	33
4.3.1 Définition.....	33
4.3.2 Différentes techniques de simulation en santé	33
4.3.3 Déroulement d’une séance de simulation.....	34
4.4 À Rouen.....	34
4.4.1 Objectifs de l’enseignement	34
4.4.2 Logistique	34
4.4.3 Déroulement de l’enseignement.....	34
Matériels et méthodes	36
1 Caractéristiques de l’étude	36
2 Population de l’étude	36
3 Outil et recueil de données	36
3.1 Hétéroévaluation par supervision indirecte.....	36
3.2 Hétéroévaluation par supervision directe.....	37
3.3 Autoévaluation.....	37

Résultats	39
1 Hétéroévaluation par supervision indirecte	40
1.1 Ensemble des retours.....	41
1.2 Retours 1 ^{er} thème : AVC et Parkinson	41
1.3 Retour 2 ^{ème} thème : Diabète et troubles neurocognitifs.....	42
1.4 Retours 3 ^{ème} thème : grossesse et post-partum.....	42
2 Hétéroévaluations par supervision directe	43
2.1 1 ^{er} temps de travail en autonomie	43
2.2 Temps de travail en autonomie suivants.....	43
3 Auto-évaluation des compétences.....	44
3.1 Sélection et appariement des questionnaires.....	44
3.2 Population et distribution par filière.....	45
3.3 Données manquantes	45
3.4 Mesures de positions et de dispersion des résultats des questionnaires en pré et post enseignement.....	46
3.4.1 Moyennes.....	46
3.4.2 Répartition des moyennes.....	46
3.5 Test statistique	50
Discussion	51
1 Forces	51
2 Limites	51
3 Synthèse des résultats et interprétations.....	52
3.1 Hétéroévaluation indirecte	52
3.2 Hétéroévaluation directe	52
3.3 Autoévaluation.....	52
3.3.1 Amélioration des compétences.....	52
3.3.2 Surestimation des compétences	53
4 Perspectives.....	53
4.1 Pistes d'évolution de l'organisation de l'enseignement	53
4.1.1 Formation des enseignants	53
4.1.2 Une révision du briefing des observateurs.....	53
4.1.3 Un timing.....	54
4.2 Intégration des compétences par les étudiants	54
4.3 Différents modèles d'enseignement	54
4.4 Piste d'amélioration de l'enseignement	55
4.5 Patient expert.....	55
Conclusion.....	57
Bibliographie	58
Annexes	63
Annexe 1.Fiche jury.	63
Annexe 2. Fiche observateur.....	64
Annexe 3. Fiche consigne observateurs.....	65
Annexe 4. Questionnaire pré enseignement.	66
Annexe 5. Questionnaire post enseignement.....	69
Annexe 6. Questionnaire SACCI.	71
Résumé	72

Liste des abréviations

UFR	Unité de Formation et de Recherche
OMS	Organisation mondiale de la santé
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de la Statistique
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
HAS	Haute Autorité de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners/family physicians
ETP	Éducation thérapeutique pour le patient
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
IPA	Infirmier en pratique avancée
SACCI	Sondage sur l'atteinte des compétences de collaboration interprofessionnelle

Tables des figures, graphiques et tableaux

Figure 1. Pyramide des âges en 2022 et en 2052.....	19
Figure 2. Espérance de vie à la naissance par département en année en 2021.	20
Figure 3. Densité départementale de médecins généralistes en France en 2022.	21
Figure 4. Densité des infirmiers libéraux en 2022.	21
Figure 5. Densité de sages-femmes en activité libérale ou mixte en France en 2017.	22
Figure 6. Densité de l'ensemble des pharmaciens en France en 2022.....	22
Figure 7. Densité de masseurs-kinésithérapeutes en France en 2022.....	23
Figure 8. Densité des orthophonistes libéraux en France en 2022.	23
Figure 9. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.	28
Figure 10. Cycle de Kolb, 1984.	32
Figure 11. Référentiel de compétences en matière d'interprofessionnalisme.....	33
Figure 12. Déroulement de l'enseignement	35
Figure 13. Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants. .	37
Figure 14. Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité de l'ensemble des groupes	41
Figure 15. Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants ayant travaillé sur les thèmes AVC et maladie de Parkinson.	41
Figure 16. Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants ayant travaillé sur les thèmes du diabète et des troubles neurocognitifs.....	42
Figure 17. Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants ayant travaillé sur les thèmes de la grossesse et du post-partum.	42
Graphique 1. Chronologie du déroulement de l'enseignement.....	36
Graphique 2. Répartition en pourcentage des étudiants selon la filière.....	39
Graphique 3. Diagramme de flux.....	44
Graphique 4. Répartition des étudiants par filière.....	45
Graphique 5. Répartition des moyennes de l'ensemble des étudiants avant et après l'enseignement.	46
Graphique 6. Répartition des moyennes des étudiants de soins infirmiers avant et après l'enseignement.	47
Graphique 7. Répartition des moyennes des étudiants de maïeutique avant et après l'enseignement.	47
Graphique 8. Répartition des moyennes des internes de médecine générale avant et après l'enseignement.	48
Graphique 9. Répartition des moyennes des étudiants de masso-kinésithérapie avant et après l'enseignement.	48
Graphique 10. Répartition des moyennes des étudiants en orthophonie avant et après l'enseignement.	49
Graphique 11. Répartition des moyennes des étudiants de pharmacie avant et après l'enseignement.	49
Tableau 1. Notation concernant le cas n°1.	40
Tableau 2. Notation concernant le cas n°2.	40
Tableau 3. Données manquantes sur l'ensemble des auto-questionnaires.	45
Tableau 4. Mesures de position et de dispersion des résultats des questionnaires pré et post enseignement.	46

Introduction

1 Contexte

Les soins primaires sont mis au défi devant des soins de plus en plus spécifiques et un parcours d'accès aux soins complexe.

1.1 Vieillesse et état de santé de la population française

1.1.1 Une espérance de vie qui s'allonge

La population française augmente depuis plusieurs décennies et comptait au 1^{er} janvier 2022 67 842 591 habitants. Elle est composée de plus en plus de personnes âgées. La part des personnes de plus de 65 ans a augmenté d'un quart en 10 ans. La part des 75 ans et plus a augmenté de façon moins rapide mais devrait augmenter rapidement dans les prochaines années. (Figure 1)

L'espérance de vie à la naissance en 2022 était de 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes contre 83,1 et 75,8 respectivement en 2002. (1)

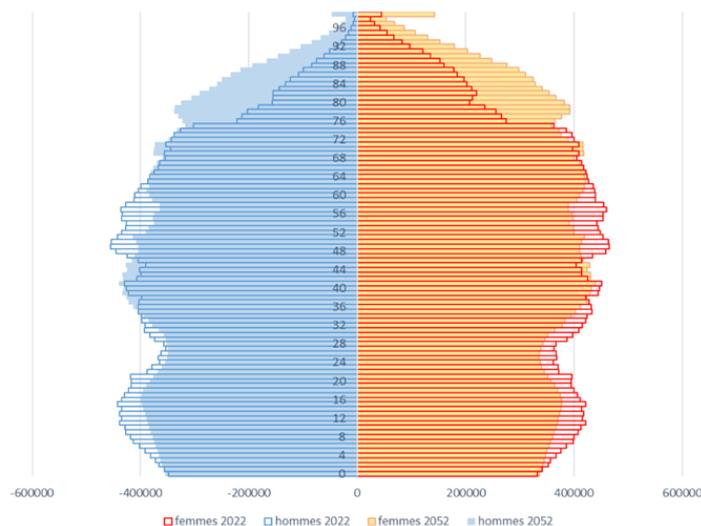


Figure 1. Pyramide des âges en 2022 et en 2052.

1.1.2 Un nombre de pathologies chroniques qui augmente

Plus de 12 millions de personnes en France étaient porteuses d'une ou plusieurs maladies chroniques. Ces dernières sont définies par leur durée longue, leur caractère évolutif et leur retentissement sur la vie quotidienne. Elles peuvent générer des incapacités et des complications graves.

En 2022, 21 % de la population avait plus de 65 ans contre 17% en 2012.

Le vieillissement entraîne l'apparition d'une ou plusieurs maladies chroniques. En 2019, 91% des 75 ans et plus avaient au moins une pathologie ou traitement chronique. Il s'agissait pour 37% de pathologies cardio-vasculaires, 12% de pathologies respiratoires, 10,7% de maladie Alzheimer et autres démences.

On note également une augmentation de ses pathologies dans la population générale. En 2019, 42% de la population avait au moins une maladie chronique contre 36% en 2014.(1)

1.1.3 Un renforcement des inégalités

On retrouve une nette prédominance des pathologies chroniques dans les milieux sociaux économiques défavorisés. L'espérance de vie est diminuée dans les départements du nord de la France. (Figure 2) (1)

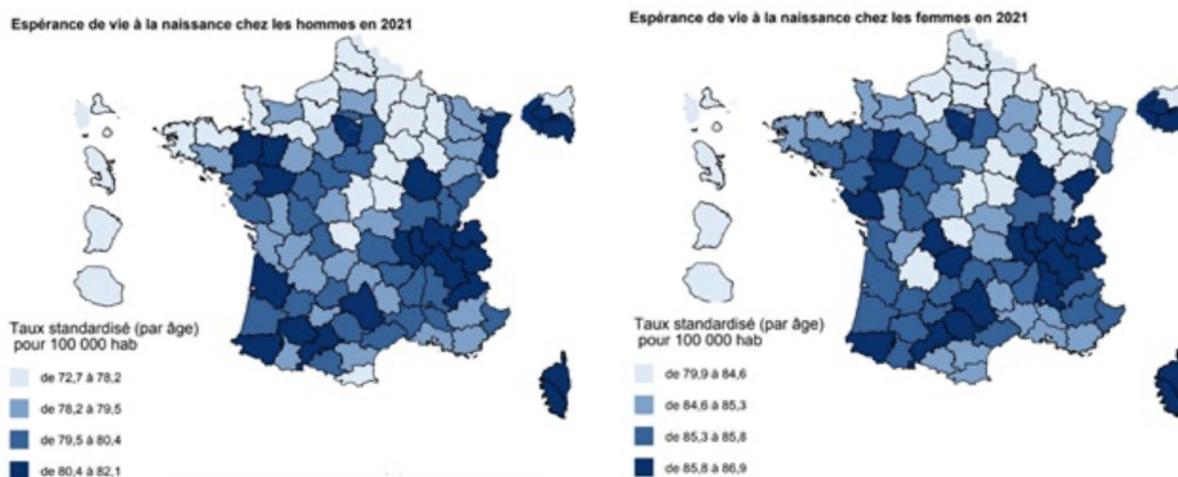


Figure 2. Espérance de vie à la naissance par département en année en 2021.

1.2 Soins primaires

Les soins primaires sont définis pour la première fois par l'OMS dans la déclaration d'Alma-Ata en 1978.(2) Ils sont intégrés dans la notion plus vaste de soins de santé primaires qui est définie comme « une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations ».

Les soins primaires également appelés soins de premier recours ou de proximité sont le premier contact des patients avec le système de santé national(3). Leurs missions intègrent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique. Ils sont à différencier des soins secondaires et tertiaires qui sont l'accès à la spécialisation ou l'hyperspécialisation dans un but, le plus souvent, curatif.

Leurs principes sont de garantir :

- un accès à des soins de proximité et économiques
- une prise en charge globale en intégrant la dimension somatique, biologique, psychique et environnementale du patient
- une continuité des soins
- une coordination entre les différents soins primaires mais également avec les soins secondaires ou tertiaires.

Les médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, dentistes, certains pédiatres ou psychiatres mais aussi d'autres professions paramédicales peuvent faire partie des soins primaires.

1.3 Baisse de la démographie médicale en France, état des lieux en 2022

1.3.1 Médecins

On comptait 228 528 médecins en France en 2022. 99 941 étaient des médecins généralistes, ce qui correspondait à 147,78 médecins pour 100 000 habitants. 57 033 exerçaient une activité libérale et 8437 une activité mixte. (4) Avec l'augmentation du numérus clausus puis sa disparition, on estime que le nombre de médecin généraliste n'augmentera qu'à partir de 2035. (5)

La répartition des médecins généralistes est également inégale sur le territoire, les zones les mieux dotées étant principalement sur les côtes et le sud-est. (Figure 3)(6)

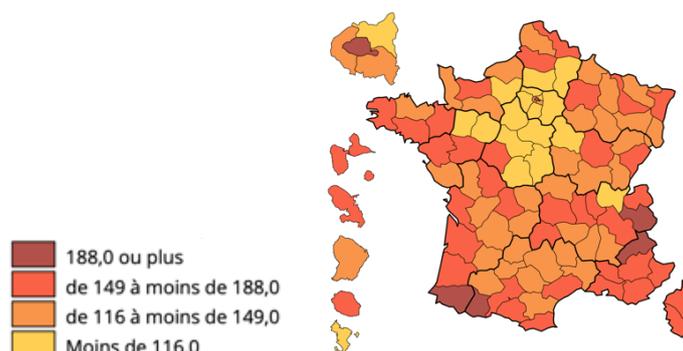


Figure 3. Densité départementale de médecins généralistes en France en 2022.

1.3.2 Infirmiers

La DREES recensait 765 000 infirmiers en 2022. (4) Il s'agirait d'une surévaluation, leur nombre serait en réalité de 637 000. Cette erreur serait imputée au dysfonctionnement d'ADELI, les infirmiers ayant basculé dans le répertoire RPPS depuis 2021. Des travaux complémentaires de redressement statistique sont en cours pour assurer la comparabilité des données. (7)

121 152 exerçaient une activité libérale, ce qui correspondait à une densité de 178,6 pour 100 000 habitants.

En 2040, le nombre d'infirmiers sur l'ensemble de la France s'estimerait à 881 000.

On observe un véritable gradient nord-sud dans la répartition des infirmiers libéraux avec une exception pour la Bretagne. (Figure 4)(8)

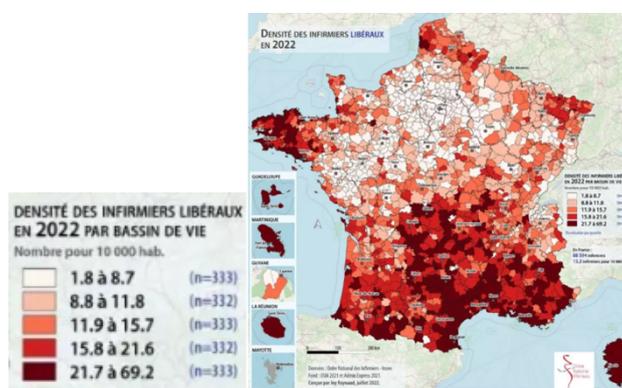


Figure 4. Densité des infirmiers libéraux en 2022.

1.3.3 Sages-femmes

On comptait 23 764 sages-femmes. 5915 exerçaient une activité libérale et 2432 une activité mixte ce qui correspondait à une densité de 205,52 pour 100 000 habitants.(4) On observe également un gradient nord-sud dans cette profession. (Figure 5)(9)

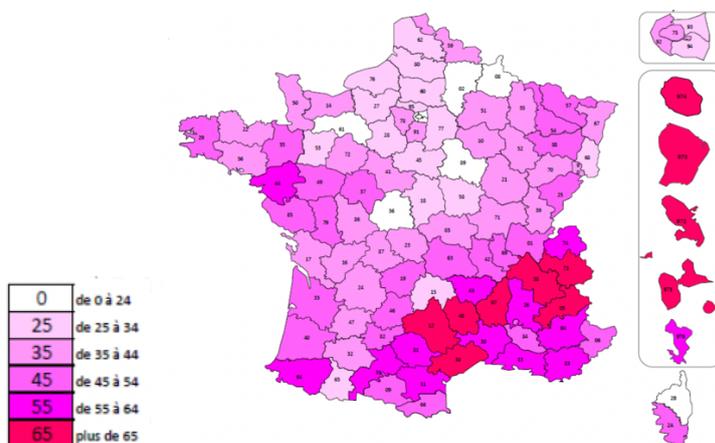


Figure 5.Densité de sages-femmes en activité libérale ou mixte en France en 2017.

1.3.4 Pharmaciens

On comptait 72 200 pharmaciens. Environ 50 000 exerçaient en officine ce qui correspondait à environ 150 pharmaciens pour 100 000 habitants.(4) La densité de pharmaciens est moindre dans les départements du nord-ouest et centre-nord. (Figure 6)(6)

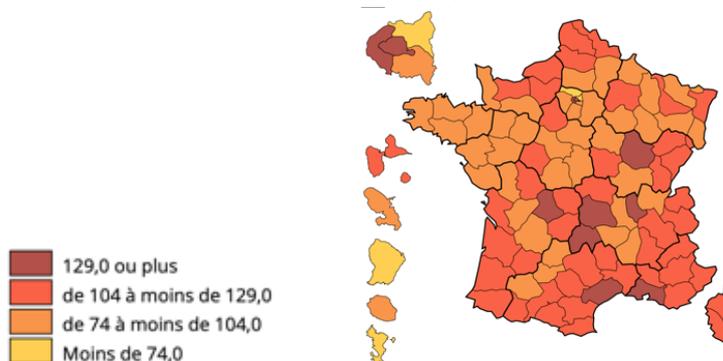


Figure 6.Densité de l'ensemble des pharmaciens en France en 2022.

1.3.5 Masseurs-kinésithérapeutes

La DREES n'a pas révélé ses chiffres pour l'année 2022 probablement pour les mêmes raisons que les infirmiers. L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes en recensait 97 790 dont 14 594 exerçaient une activité salariée et 83 166 exerçaient une activité libérale et mixte.

Cela correspondait à 144 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. On observe également un gradient nord-sud. (Figure 7)(10)

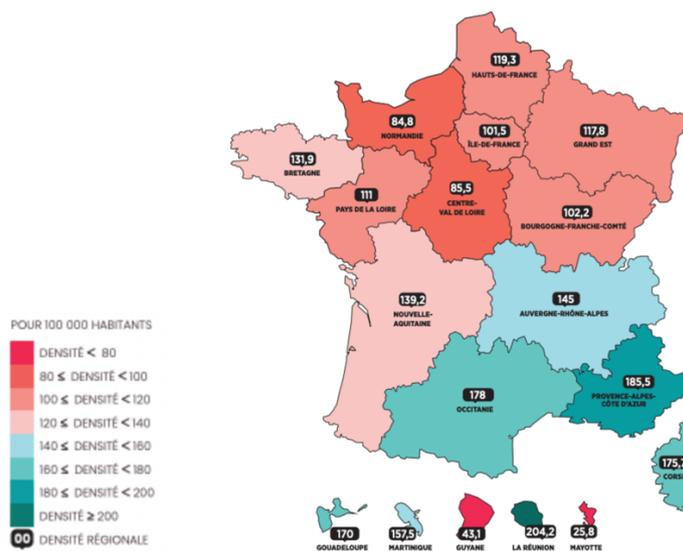


Figure 7. Densité de masseurs-kinésithérapeutes en France en 2022.

1.3.6 Orthophonistes

On comptait 24 208 orthophonistes. 20 657 exerçaient une activité mixte ce qui correspondait à 30,55 orthophonistes pour 100 000 habitants.(4) Le centre de la France est la zone la moins bien dotée en orthophonistes. (Figure 8)(11)

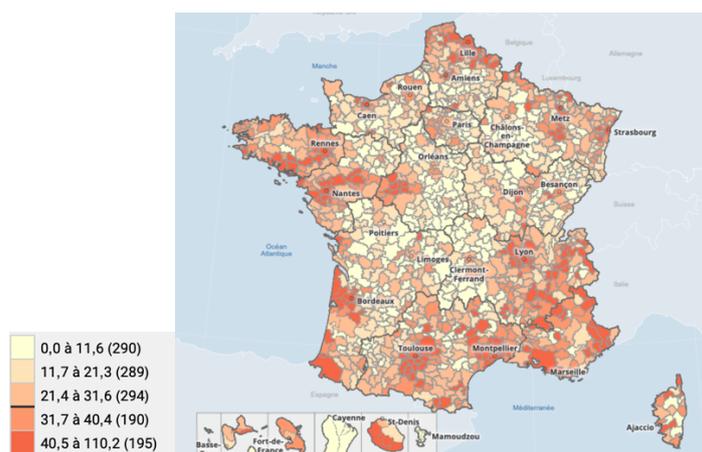


Figure 8. Densité des orthophonistes libéraux en France en 2022.

1.4 L'interprofessionnalité comme solution ?

Le système de soin fait donc face à une triple problématique : le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et une inégalité sociale et territoriale d'accès aux soins.

Notre système de santé, déjà affaibli par une démographie des professionnels de santé insuffisante, est mis à mal par l'explosion des maladies chroniques. Ces dernières ont besoin de prises en charge globales et transversales. Les acteurs de soins primaires sont de plus en plus nombreux à graviter autour du patient et la situation nécessite une coordination de cette équipe.

1.4.1 Les maisons de santé pluriprofessionnelles : l'attractivité pour améliorer l'accès aux soins

Les MSP ont été introduites par la loi de financement de la sécurité sociale en 2007 avec pour objectif d'améliorer l'attractivité, l'accessibilité et la qualité des soins.

Ce sont des structures pluridisciplinaires où travaillent de façon coordonnée des professionnels de la santé libéraux. En mars 2023, 2251 étaient en fonctionnement.

Pour être reconnue par l'ARS et recevoir des financements, une MSP doit répondre à un cahier des charges précis. Elle doit regrouper au moins deux médecins et un professionnel paramédical.

Les MSP étaient, au début de leur développement, principalement situées sur des territoires présentant un faible accès aux soins surtout en marge rurale. Depuis quelques années, le développement des MSP se fait en territoire péri-urbain. On note une augmentation de densité de médecins généralistes dans les territoires de MSP.(12)

L'attractivité de ces structures pour les médecins généralistes s'explique par (13) :

-un désir de travailler en équipe. L'interprofessionnalité est l'atout majeur des MSP. La volonté d'associer les compétences médicales, soignantes et médico-sociales a fait émerger des protocoles pluriprofessionnels respectant des charges précises. Il ne s'agit nullement d'une délégation de tâches. Ces protocoles permettent d'améliorer l'organisation et la coopération notamment dans des situations complexes et/ou fréquentes. Ils permettent de définir les rôles de chacun et d'harmoniser les pratiques de soins.(14)

-une amélioration de l'organisation et de la gestion du temps de travail.

-une possibilité de diversifier sa pratique avec l'exercice coordonné (ETP, prévention)

-la convivialité qui apporte une amélioration des conditions de travail.

-le côté sécuritaire.

1.4.2 La délégation de tâche pour améliorer l'offre de soins

La délégation de tâches semble une solution pour optimiser l'activité des soignants et notamment libérer du temps médical pour le médecin.

La délégation est définie par la HAS comme « l'action par laquelle le médecin confie à un à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. »

En 2003, est confié au Pr Berland Yvan, doyen de la faculté de Marseille, la direction d'un travail sur la coopération des professionnels de santé.(15) Il s'inspire des pratiques exercées à l'étranger pour faire son rapport. La délégation de tâches vers les infirmiers est bien ancrée dans les pays anglo-saxons.

Ils peuvent pratiquer deux types d'activités :

-clinicienne, tournée vers l'éducation, le conseil et l'expertise infirmière

-praticienne, permettant de diagnostiquer, prescrire et traiter les problèmes courants.

D'abord présent au sein des soins secondaires et tertiaires, ces professions se sont aussi développées au sein des soins primaires.

Elles sont encadrées par des lois. Toutes les prises en charge sont régies par des protocoles initialement réalisés par des médecins.

En France, la délégation de tâche a toujours existé, surtout en zone rurale, mais dans un cadre non officiel et donc sans reconnaissance des soignants qui l'exercent.

La délégation de tâche ne peut se pratiquer que si le soignant a la compétence requise. Il serait donc nécessaire d'intégrer l'enseignement de ses nouvelles compétences dans la formation du soignant.

Pour officialiser cette délégation de tâche, des protocoles de coopération sanitaires nationaux ont été créés. Six sont actuellement validés par la HAS. En ville, les protocoles sont mis en place à l'initiative d'une équipe de professionnels de santé volontaire et exerçant dans une structure d'exercice coordonnée (MSP, centre de santé, CPTS). Ils sont déclarés à l'ARS et répondent à des exigences de qualité et de sécurité.

Nous pouvons citer comme exemple la délégation par les médecins aux pharmaciens de la réalisation du TROD permettant de délivrer un antibiotique si le test s'avère positif. (16)

Lorsque ces protocoles ne sont peu ou pas adaptés à un territoire, la modification ou la création de protocoles appelés protocoles de coopération sanitaire locaux est possible pour s'ajuster aux besoins et conditions d'exercices.

1.4.3 La création de nouveaux métiers

En 2016, née de la loi de modernisation du système de soin, apparaît le métier d'infirmier en pratique avancée. Le diplôme d'état d'IPA est proposé aux soignants diplômés d'état en soins infirmiers et ayant exercé pendant au moins 3 ans. Ils ont leur propre domaine de spécialité.(17) L'accès direct à l'IPA n'est pas possible. Leur rôle est d'assurer un suivi des patients en coordination avec un médecin. L'association de ses deux professionnels de santé est régie par un protocole d'organisation proposant un plan de soins adapté à un patient.

1.5 Mais aussi d'autres solutions...

1.5.1 Mieux vaut prévenir que guérir

L'OMS en 1948 définissait la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».(18)

On distingue 4 types de prévention (19):

-la prévention primaire vise à réduire l'apparition d'une pathologie en agissant sur ses causes et facteurs de risque dans une population saine

-la prévention secondaire vise à identifier une pathologie à son stade le plus précoce et à pouvoir proposer une prise en charge le plus rapidement possible

-la prévention tertiaire vise à réduire la progression et les complications d'une pathologie déclarée

-la prévention quaternaire est moins connue. Introduite en 1985, par le Dr Jamouille médecin de famille en Belgique et validé par la WONCA en 1995, elle vise à protéger le patient de la médecine non nécessaire ou surmédicalisation. Le surdiagnostic et le surtraitement peuvent entraîner des effets indésirables physiques et psychologiques pour le patient sans qu'il y ait un vrai impact sur la morbi mortalité.

La prévention peut-être :

- « universelle » en s'appliquant à l'ensemble de la population, pour exemple manger 5 fruits et légumes par jour.
- « sélective » s'adressant à un sous-groupe de la population, pour exemple le dépistage du cancer du sein chez la femme entre 50 et 74 ans
- « ciblée » chez des sous-groupes présentant des facteurs de risques, pour exemple le dépistage de l'albuminurie chez les patients diabétiques.

Les facteurs de risque de maladies chroniques bien connus sont la consommation d'alcool et le tabac, le manque d'activité physique et l'alimentation. De nombreux programmes nationaux sont d'ailleurs mis en place.

Mais l'environnement dans lequel nous vivons est également un facteur de risque de maladies. Selon l'OMS, en 2016, 13,7 millions de décès soit 1 décès sur 4 dans le monde était lié à une cause environnementale.

La santé environnementale est un concept récent qui s'intéresse aux conséquences de l'exposition des populations aux facteurs environnementaux sur leur santé. Le principal facteur étant la pollution atmosphérique. Pour réduire l'impact de l'environnement sur la santé, le gouvernement a mis en place un plan national santé-environnement qui en est à sa 4ème révision.

En 2022, la Dépense Courante de Santé au sens international (DSCi) était de 313,6 milliards d'euros et représentait 11,9% du PIB. Elle correspond à la somme de toutes les dépenses courantes engagée par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

La DCSi se divise en sous-catégories de soins dont la prévention institutionnelle. Cette dernière est organisée ou financée par des fonds et des programmes nationaux ou départementaux. Son budget était de 12,7 milliards d'euros. (20)

La prévention non institutionnelle englobe les autres actes de prévention dispensés dans les cabinets médicaux ou paramédicaux lors d'une consultation classique entre autres. Celle-ci n'est pas qualifiée en tant que soin de prévention.

Il y a donc une sous-estimation du budget alloué à la prévention en France qui avec réajustement rattrape le budget des pays leader en prévention.(21)

Malgré un budget conséquent, les résultats de la prévention restent médiocres.

Une amélioration de la visibilité et de la valorisation de la prévention non institutionnelle pourrait tendre à améliorer la prévention en France et donc la santé des patients.

1.5.2 L'éducation thérapeutique pour améliorer la qualité de vie et diminuer les soins non programmés

L'augmentation des maladies chroniques a fait repenser le rôle du patient dans ses soins. Le patient peu actif dans la prise en charge d'une pathologie aigüe, devient un acteur important dans la prise en charge d'une maladie chronique.

La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2019 inscrit l'ETP comme un élément du parcours de soin. (22)

Le programme d'ETP est mis en usage par une équipe de professionnels de santé conformément à un cahier des charges national et après autorisation d'une ARS. L'équipe est composée d'au moins deux professionnels de santé ayant reçu une formation en ETP. Les compétences nécessaires sont déterminées par le Décret 2013-449.(23)

Le financement est réalisé par le fond d'investissement régional. Il n'y a pas de participation financière du patient.

Elle est dispensée dans des services hospitaliers ou en ville au plus proche du lieu de vie du patient. Pour être éligible, le patient, doit être atteint d'une maladie chronique.

L'ETP peut être proposée au patient dès l'annonce du diagnostic. Pour commencer, l'équipe identifie les besoins du patient et les objectifs. Cela permet de créer un programme d'apprentissage personnalisé et d'atteindre certaines compétences.

L'apprentissage des symptômes et signes d'alerte, des traitements ainsi que leur fonction et leur adaptation, des règles hygiéno-diététiques, vise à limiter les consultations non programmées et les hospitalisations. Le suivi habituel du patient avec son médecin traitant est conservé.

2 Interprofessionnalité

2.1 Définition

Multidisciplinarité, travail d'équipe, concertation, coopération ou interprofessionnalité. Autant de notions que l'on pourrait regrouper en un concept général, la collaboration interprofessionnelle.

La collaboration interprofessionnelle est décrite par D'amour et Oandasan comme « un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins du patient, de ses proches et de la communauté. »(24)

2.2 Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Aucune profession ne peut proposer une gamme de soins complets à elle seule. L'interprofessionnalité permet de coordonner les compétences de chaque soignant autour du patient pour lui proposer une prise en charge optimale. Aucune hiérarchie n'est présente entre les professions car chacune est experte dans son domaine. (25) Redéfinir compétences et responsabilités permet à chaque soignant de trouver son rôle et sa place auprès du patient et de vivre au mieux ses soins compliqués d'un point de vue physique mais également psychologique.

Si la collaboration interprofessionnelle est en plein essor, toutes les situations cliniques ne requièrent pas le même niveau de collaboration.

L'université canadienne de Laval, propose une représentation graphique des différentes pratiques de collaboration dans le domaine de la santé. (Figure 9)(26)

Les pratiques sont présentées sur un continuum. Il n'est pas question ici de hiérarchiser les pratiques mais de définir quelle pratique est nécessaire dans la situation donnée. Une situation n'est pas fixée et peut évoluer en fonction des besoins du patient et de son entourage. Les professionnels doivent pouvoir s'adapter et se déplacer sur le continuum.

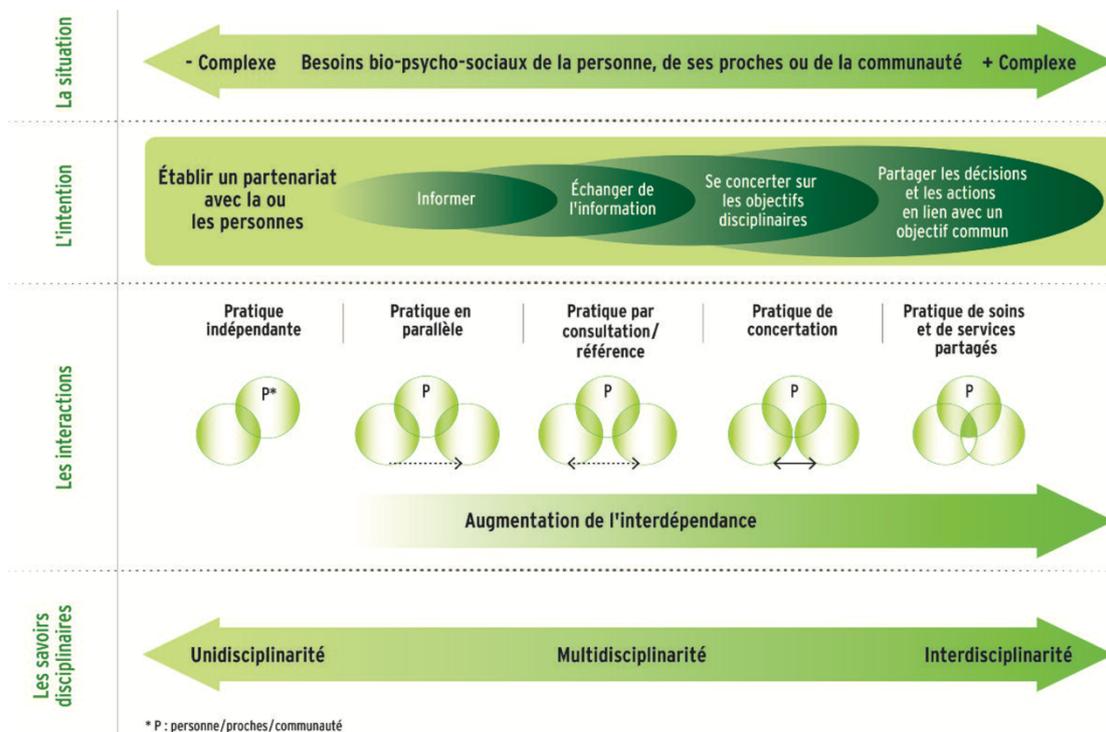


Figure 9. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.

Le continuum est composé de quatre axes étroitement liés :

- La situation qui détermine le degré de complexité des besoins bio-psycho-sociaux de la personne, de ses proches ou de la communauté et non de la pathologie. Elle influence les trois autres axes.
- L'intention qui détermine l'objectif de l'interaction entre les professionnels
- L'interaction qui détermine le degré d'interdépendance entre les professionnels
- Le savoir disciplinaire détermine l'étendue des connaissances d'un professionnel dans sa discipline dont il est l'expert.

Voyons maintenant les différents types de pratiques proposées par le continuum.

- La pratique indépendante

La situation bio-psycho-sociale du patient est peu complexe. Un seul professionnel de santé peut réaliser l'ensemble de la prise en charge du patient. Il est question d'unidisciplinarité car le professionnel utilise uniquement son domaine d'expertise.

Pour exemple : le médecin généraliste diagnostique une virose simple chez un patient de 70 ans sans antécédent particulier et décide de ne pas donner de traitement.

- La pratique en parallèle

La situation bio-psycho-sociale est encore peu complexe. L'intention est de s'informer sur ce qui a été réalisé par un autre professionnel qui prend également en charge le patient. Les interactions sont nulles ou quasi-nulles. Il est toujours question d'uni disciplinarité.

Pour exemple : le médecin généraliste a diagnostiqué une pneumopathie sans signe de gravité chez un patient de 70 ans en très bon état général et a introduit un traitement par antibiotique. Une infirmière libérale lui prépare habituellement son pilulier mais le patient a perdu son ordonnance après avoir récupéré son traitement à la pharmacie. Par chance, l'infirmière exerce au sein de la maison de santé de son médecin traitant. Elle accède au dossier du patient pour s'informer de la posologie du traitement.

- La pratique par consultation ou référence

La situation bio-psycho-sociale se complexifie. L'intention est d'échanger une information. Le professionnel a conscience de l'étendue mais aussi des limites de ses compétences et demande l'expertise d'un autre professionnel. Les interactions sont épisodiques et peu nombreuses. Il décidera s'il prend en considération ou non l'avis proposé. Deux savoirs disciplinaires entre en jeu, c'est la multidisciplinarité.

Pour exemple : Le médecin généraliste diagnostique une pneumopathie sans signe de gravité chez un patient de 70 ans ayant à priori une allergie aux pénicillines. Il contacte le pharmacien pour connaître les antibiotiques ayant déjà été délivrés.

- La pratique de concertation

La situation bio-psycho-sociale du patient est complexe. L'intention est de planifier et organiser les soins autour du patient. Les interactions provoquent une interdépendance pour assurer une cohérence et une complémentarité des interventions. Les savoirs disciplinaires s'exercent en parallèle.

Pour exemple : le médecin généraliste diagnostique une pneumopathie chez un patient de 70 ans aux antécédents cardio-vasculaires et prenant de nombreux traitements. Le médecin contacte le pharmacien à la recherche d'interactions médicamenteuses et de contre-indications conditionnant le choix de l'antibiotique.

- La pratique de soins et de services partagés

La situation bio-psycho-sociale est complexe. L'intention est de partager des décisions et des actions. L'interdépendance implique un engagement dans le plan commun d'action et un partage des responsabilités. Ici, nous sommes dans l'interdisciplinarité.

Pour exemple : Le médecin généraliste diagnostique une pneumopathie chez un patient de 70 ans atteint de BPCO et oxygéo-dépendant au long court. Il présente une légère désaturation. Il vit seul. Ses enfants ne vivent pas dans la région. Une infirmière passe quotidiennement le matin pour la préparation des traitements. Un kiné réalise habituellement deux séances de rééducation respiratoire par semaine. Le pharmacien délivre tous les mois le traitement à domicile. Le patient et ses enfants refusent l'hospitalisation car ils gardent une mauvaise expérience de la dernière hospitalisation. Les enfants restent cependant très inquiets et en demande d'informations.

Les professionnels de santé gravitant autour du patient décident de se réunir pour élaborer un projet de soins. Le médecin explique son diagnostic et les traitements adéquats. Il se propose d'appeler les enfants pour expliquer la situation et le plan de soins car il les connaît bien.

Le pharmacien propose de livrer les traitements et le nébulisateur. Ce dernier étant un nouveau modèle, il soumet d'être présent lors de la première utilisation pour former les soignants qui pourraient être amenés à l'utiliser.

L'infirmière pense qu'il serait nécessaire d'ajouter un passage le midi et le soir pour les nébulisations. Malheureusement, il est difficile pour elle d'assurer le passage du midi. Elle propose également de laisser un message le soir aux enfants pour les tenir informés de l'état de leur papa.

Le kiné pense qu'il serait nécessaire de réaliser une séance de rééducation respiratoire quotidienne. Il propose de passer le midi pour éviter un passage à l'infirmière.

La prise en charge dans ce dernier cas semble utopique mais permet de bien illustrer la complexité de l'interprofessionnalité.

2.3 L'interprofessionnalité uniquement au service du patient ?

En 2008 aux États-Unis, Berwick et son équipe du IHI (Institute of Healthcare Improvement) élaborent un guide pour optimiser les performances du système de santé, le « triple aim ». (27) Ces objectifs ont été adoptés comme des fondements de la transformation des systèmes de santé et d'assurance maladie. Ils reposent sur :

- l'amélioration de la santé des populations
- l'accroissement de la qualité des soins
- la maîtrise du coût des soins.

En 2014, Bodenheimer et Sinsky font progresser le concept en « quadruple aim » en ajoutant l'objectif d'améliorer la vie professionnelle des soignants. (28) La pression sur les soignants s'intensifie et leurs compétences sont confrontées à des soins et des situations toujours plus complexes et spécialisées. Nombreux sont ceux touchés par l'épuisement professionnel.

La collaboration interprofessionnelle améliore également le bien-être des soignants.(29) Elle apporte :

- un sentiment sécuritaire dans sa pratique quotidienne
- une stimulation intellectuelle en échangeant les connaissances et pousse à la réflexivité
- une facilité de communication
- une levée de l'isolement et un soutien dans les situations et prises en charge difficiles émotionnellement
- une perte de hiérarchie.

Récemment, le concept a évolué en « quintuple aim » mettant en avant la nécessité d'une équité dans les soins. Le patient est placé au cœur de la prise en charge qui est globale et adaptée à ses besoins propres.(30)

La pratique de l'interprofessionnalité n'est pas innée. Le continuum des pratiques de collaboration est un support pédagogique déjà utilisé dans de nombreuses universités. Il nous semble pertinent de s'intéresser à ce qui est enseigné en formation initiale.

3 Universitarisation des études de santé

Les études de santé en France s'organisent de façon très disparate. Tant dis que les étudiants en médecine, pharmacie et odontologie suivent un parcours universitaire, les étudiants paramédicaux et de maïeutique sont formés dans des écoles dites hospitalières(31). En 2009, la réforme des études médicales fait apparaître un nouveau concept, l'universitarisation(32). Elle reflète une volonté

gouvernementale d'uniformiser les études de santé dans les différentes filières qui seront désormais basées sur le système L-M-D (licence-master-doctorat) existant déjà dans certains pays d'Europe ou d'Amérique du Nord.

La réforme porte sur plusieurs axes :

- développer la recherche en organisant une qualification d'enseignant-chercheur dans les filières paramédicales et de maïeutique. Ces dernières, n'ayant pas de reconnaissance dans leur domaine, ne peuvent pas diriger de travaux de recherche.
- harmoniser les parcours étudiants permettant une uniformisation des recrutements, des diplômes, une création de passerelle ou la réalisation d'un double cursus.
- promouvoir les initiatives territoriales et permettre aux acteurs des universités de développer des actions en adéquation avec les besoins de leur territoire.

Le dernier axe, et celui qui nous intéresse dans ce travail, est de développer l'interprofessionnalité. Un des objectifs serait d'améliorer l'enseignement de l'interprofessionnalité notamment en proposant des maquettes de formations communes et créer un véritable décloisonnement des filières médicales, paramédicales ou extérieures au domaine de la santé.

4 L'enseignement de l'interprofessionnalité

Malgré une volonté des différentes instances de santé mondiales, l'enseignement de la collaboration interprofessionnelle reste tout de même faible. 2,2 à 16% des étudiants dans le monde en ont suivi un.(33) En cause, le manque de temps et de disponibilité des étudiants et des enseignants. Cet enseignement reste tout de même une priorité pour tous les départements de médecine générale de France (34) et les différentes universités dans le monde. La majorité de ces enseignements sont théoriques. Les étudiants ont peu d'occasion de les mettre en pratique, le nombre de stage en ville étant limité.

4.1 L'approche par compétence

L'approche par compétence est une méthode pédagogique en plein essor dans les études supérieures. Elle place l'apprenant et la compétence au cœur de l'enseignement.

Tardif définit la compétence comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». (35)

L'acquisition de ses compétences ne peut se faire que lorsque l'apprenant est mis en situation professionnelle authentique c'est-à-dire dans des conditions d'exercice réelles ou proches de la réalité. L'enseignement par compétence s'inspire du cycle de l'apprentissage expérientiel de Kolb. Ce dernier estime que l'apprentissage est plus abouti lorsque l'apprenant a fait sa propre expérience et qu'il s'en est suivi une réflexion sur celle-ci.

Kolb propose 4 étapes.(36)(37) (Figure 10)

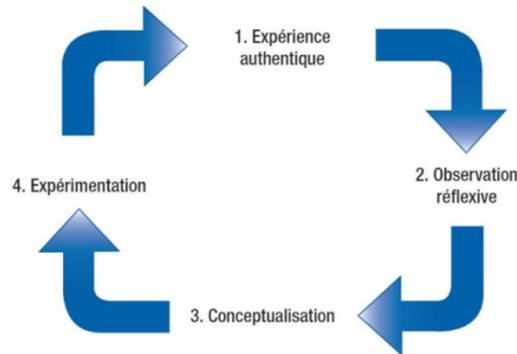


Figure 10.Cycle de Kolb, 1984.

- L'expérience authentique

C'est le moment où l'étudiant vit une expérience. Celle-ci doit être au plus proche de la réalité. Il doit utiliser ses connaissances et ses propres ressources pour réaliser l'expérience.

- L'observation réflexive

Cette étape pousse l'étudiant à réfléchir sur ce qu'il a vécu. Il doit analyser son expérience et rapporter comment il l'a vécu.

- La conceptualisation

Pendant cette étape, l'étudiant essaie de créer des liens avec les connaissances antérieures théoriques.

- L'expérimentation

L'étudiant utilise sa nouvelle compréhension pour planifier sa prochaine expérience similaire.

Chaque filière d'enseignement développe son propre référentiel de compétences qui précise les compétences visées, les situations authentiques, les exigences de qualité et les ressources incontournables (savoirs, savoir-faire, savoir-être, etc.) qui leur sont associées.

4.2 Un référentiel des compétences en interprofessionnalité

Se basant sur l'approche par compétences, le Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé a compris la nécessité de définir un ensemble de compétences en collaboration interprofessionnelle.(38)

La figure 11 regroupe les 6 domaines de compétences nécessaires à la pratique de la collaboration professionnelle.

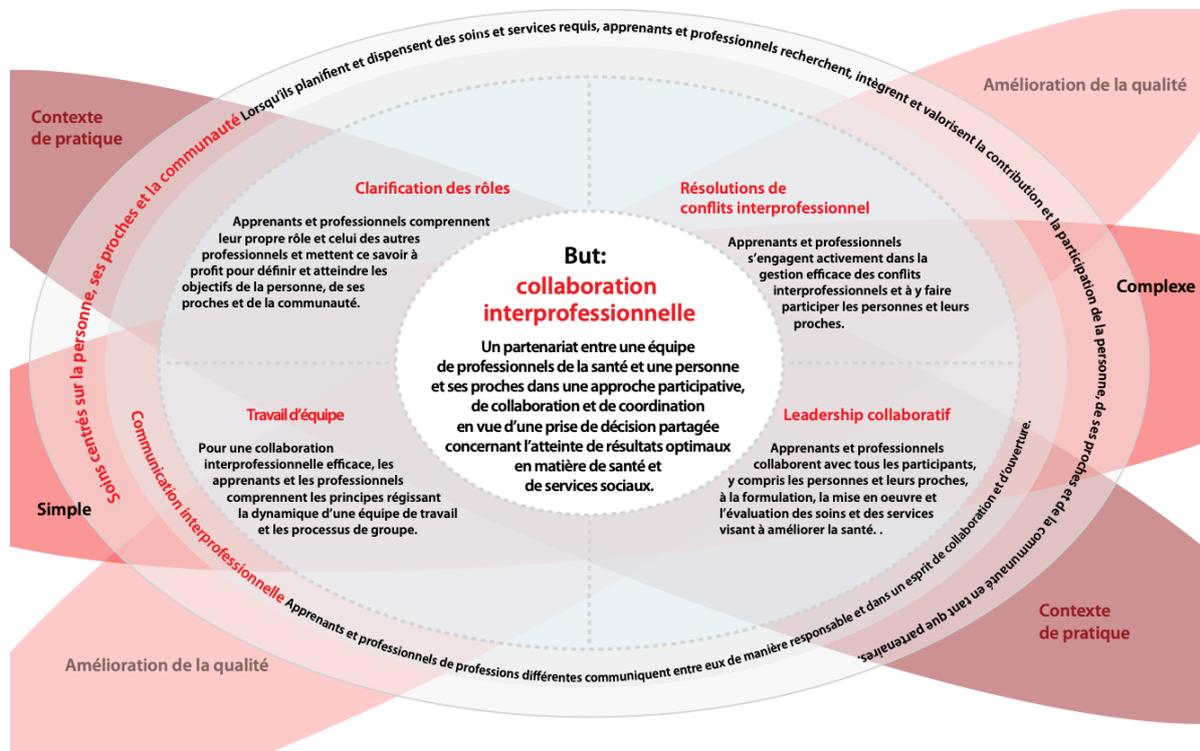


Figure 11. Référentiel de compétences en matière d'interprofessionnalisme.

L'apprentissage par l'expérience est nécessaire au développement des compétences. Un outil pédagogique est en plein essor et contribue à transformer les connaissances théoriques en connaissances pratiques, la simulation. Elle permet de se familiariser avec des situations complexes tout en s'exerçant dans un milieu protégé.

4.3 La simulation, une mise en situation professionnelle authentique

4.3.1 Définition

Depuis 2012, la HAS travaille à promouvoir la simulation en santé notamment en rédigeant un guide de bonnes pratiques.(39)

La HAS définit la simulation en santé comme « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ».

4.3.2 Différentes techniques de simulation en santé

Il existe une multitude de techniques de simulation, que ce soit sur des mannequins grandeurs natures ou encore l'utilisation de la réalité virtuelle.

La simulation humaine et notamment les jeux de rôle s'adaptent totalement à l'enseignement de la collaboration professionnelle.

4.3.3 Déroulement d'une séance de simulation

La première phase consiste à créer un environnement propice à l'apprentissage. Elle permet une familiarisation de l'apprenant avec le matériel, une présentation du contexte et de l'environnement.

La seconde phase est le déroulement du scénario en lui-même. On pourrait la qualifier d'expérience authentique dans le cycle de Kolb.

La dernière phase est le débriefing où se succède observation réflexive, conceptualisation et expérimentation du cycle de Kolb. D'abord les apprenants sont invités à décrire leur vécu et ressenti pendant la séance de simulation. Ils analysent ensuite leur raisonnement en réfléchissant sur les actions réalisées ou non. Pour finir, les apprenants réalisent une synthèse de leurs apprentissages et planifient leurs actions dans une prochaine situation similaire.

4.4 À Rouen

Un enseignement interprofessionnel est proposé aux étudiants en santé depuis 2022. Il est commun aux étudiants de soins infirmiers, maïeutique, pharmacie, orthophonie, masso-kinésithérapie et aux internes de médecine générale. Il est divisé en 3 phases et réparti sur 3 années.

La première phase est basée sur les apprentissages par échanges. Les objectifs sont d'apprendre à connaître les autres métiers et à évaluer l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle en santé. Cette phase a fait l'objet d'un travail de thèse.

La seconde phase, et l'objet de cette thèse, est fondée sur la réflexion autour d'une situation clinique. Elle permettra aux étudiants de mieux comprendre les bases et les compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle.

La projection de la troisième phase serait de construire un projet de soin sur le terrain.

4.4.1 Objectifs de l'enseignement

Les principaux objectifs de l'enseignement étaient

- de travailler sur la pertinence du projet de soins du patient, établir un plan de soins scientifiquement bon
- d'identifier les éléments de communication mis en place entre les étudiants et la construction de la dynamique de groupe.

4.4.2 Logistique

Le séminaire regroupait 462 étudiants de 6 filières différentes. Les étudiants étaient divisés en 2 sessions de 20 groupes. Une session se déroulait le matin et l'autre l'après-midi, soit environ 3 heures et demie chacune.

Une équipe enseignante regroupant différentes professions, et appelée jury, prenait en charge 4 groupes d'étudiants.

Chaque jury et chaque groupe d'étudiants étaient installés dans une salle.

4.4.3 Déroulement de l'enseignement

Les jurys débutaient l'enseignement par un briefing.

Les groupes d'étudiants incarnaient une équipe pluridisciplinaire de soins primaires. La consigne était d'élaborer un projet de soin adapté autour d'un patient. L'énoncé des cas cliniques était distribué sous format papier à chaque étudiant. Les informations données n'étaient pas les mêmes en fonction des professions au sein d'un même groupe.

Parmi les membres du groupe, deux étudiants étaient désignés pour être observateurs. Leur rôle était d'évaluer les échanges au sein du groupe, les processus de décision et leur caractère interprofessionnel. Ils ne participaient pas à l'élaboration du plan de soins.

Dans un premier temps, les étudiants étaient installés dans une salle pour un travail en autonomie dans le but de rédiger, en collaboration, un plan de soins. Ce temps était nommé « aller ».

Dans un deuxième temps, les étudiants retrouvaient leur jury dans une autre salle et présentaient leur travail. S'en suivait un échange entre étudiants, jury et observateurs. Ce temps était nommé « retour ».

A la fin de l'échange, le jury donnait des pistes d'amélioration et de nouvelles données pour faire évoluer le plan de soins.

Les étudiants repartaient pour poursuivre le plan de soins en autonomie puis re présentaient leur travail au jury. (Figure 12)

Deux cas cliniques étaient prévus.

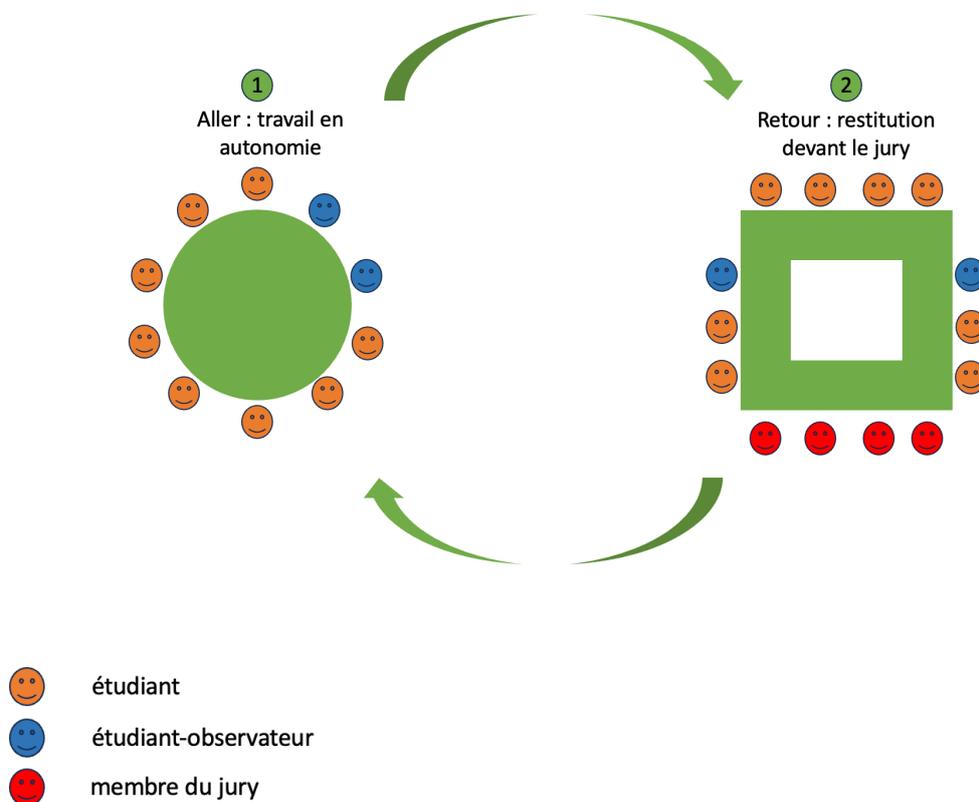


Figure 12. Déroulement de l'enseignement

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'évolution du niveau estimé d'interprofessionnalité des étudiants au cours d'un séminaire de simulation de staff pluriprofessionnel de soins primaires.

Matériels et méthodes

1 Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive de l'évolution du niveau estimé d'interprofessionnalité des étudiants en santé au cours d'un séminaire de simulation menée à l'UFR santé de Rouen.

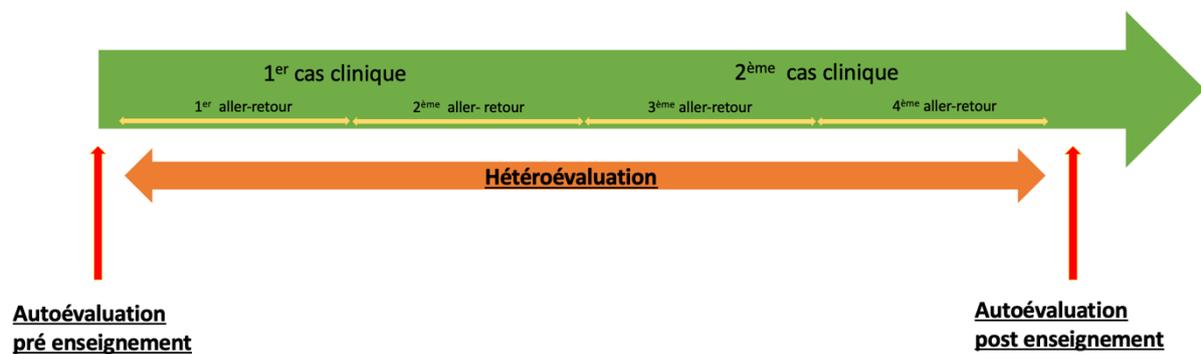
2 Population de l'étude

La population étudiée était composée d'étudiants en santé inscrits à l'université de Rouen pendant l'année universitaire 2022-2023. Six filières étaient représentées par des étudiants de soins infirmiers de 3^{ème} année, des étudiants en maïeutique de 4^{ème} année, des internes de médecine générale de 2^{ème} année, des étudiants de masso-kinésithérapie de 3^{ème} année, des étudiants d'orthophonie de 4^{ème} année et des étudiants de pharmacie de 5^{ème} année.

Il n'y avait aucune sélection. L'intégralité des différentes promotions devait réaliser l'enseignement.

3 Outil et recueil de données

Les données ont été recueillies par deux hétéroévaluations et une autoévaluation pendant le deuxième séminaire de l'enseignement sur l'interprofessionnalité le 2 mars 2023.



Graphique 1. Chronologie du déroulement de l'enseignement.

3.1 Hétéroévaluation par supervision indirecte

L'objectif était de faire évaluer par les jurys la progression des 40 groupes d'étudiants au cours de l'enseignement.

Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux a été utilisé comme support d'évaluation. Il semblait intéressant de l'utiliser car c'est une référence dans le domaine de l'enseignement et de la pratique de la collaboration professionnelle et sa structure en fait un outil facile à utiliser. Il a été proposé aux jurys sous un format papier sur lequel ils devaient indiquer à quelle pratique le groupe d'étudiants se référait après chaque aller-retour. Ses fiches ont été nommées « fiche jury » (Annexe 1). Pour faciliter la notation, le jury était aidé par les observateurs.

Pour évaluer le niveau d'interprofessionnalité des étudiants, nous avons fait correspondre une pratique à une note (1=pratique en parallèle, 2=pratique par consultation/référence, 3=pratique de concertation, 4=pratique de soins et de services partagés) et évalué les allers-retours sous forme de moyenne. Nous les avons ensuite situés sur le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.

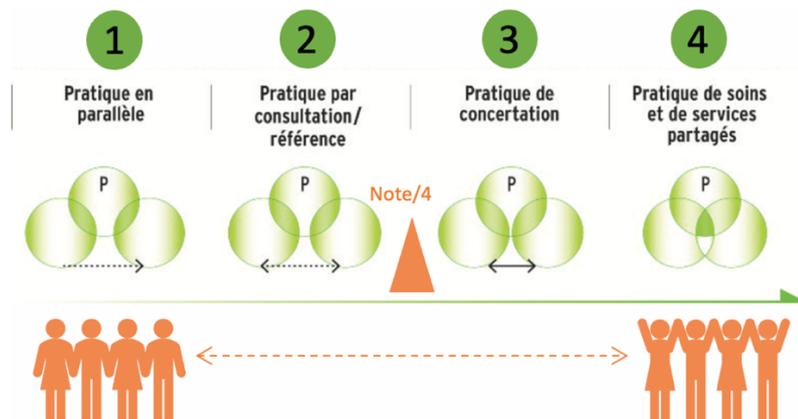


Figure 13.Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants.

3.2 Hétéroévaluation par supervision directe

L'objectif de cette évaluation était d'identifier le fonctionnement des 40 groupes et leur évolution pendant leur travail en autonomie grâce au retour des observateurs.

Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle a également été utilisé dans cette évaluation sous un format papier. Ses fiches ont été nommées « fiche observateur ». (Annexe 2)

En début de séance, un temps était réservé aux observateurs pour leur expliquer leurs missions. Une fiche consigne leur était remise pour une meilleure compréhension. (Annexe 3)

Ils devaient identifier chaque prise de décision et indiquer à quelle pratique cela se référait sur la « fiche observateur ». Ils pouvaient également ajouter des commentaires qui ont été analysés pour permettre une meilleure compréhension de ce fonctionnement.

Les observateurs devaient par la suite faire une rétroaction au groupe et au jury en leur proposant un niveau global de pratique collaborative et les pistes d'amélioration pouvant être envisagées.

3.3 Autoévaluation

L'ensemble des étudiants devait y participer.

L'objectif était d'évaluer l'évolution des compétences des étudiants liées à la collaboration interprofessionnelle avant puis après l'enseignement grâce à un auto-questionnaire. Des QR codes permettaient d'accéder aux auto-questionnaires diffusés sur Limesurvey (Annexes 4 et 5) avec un smartphone. Les 20 items étaient issus de l'auto-questionnaire SACCI (Annexe 6) développé par le Pr Archibald et son équipe de l'université d'Ottawa, au Canada, dans le cadre d'une initiative financée à l'échelle nationale pour l'évaluation des programmes de la formation interprofessionnelle. Il est court, facile d'utilisation et de compréhension, et sa validité a été prouvée.(41)(42)

Pour les deux périodes, les participants devaient évaluer leurs capacités à l'aide d'une échelle en sept points, en accord ou en désaccord avec chaque énoncé (1 = fortement en désaccord, 2= plutôt en désaccord, 3=un peu en désaccord, 4=neutre, 5=un peu en accord, 6=plutôt en accord 7 = fortement

en accord). La réponse «ne s'applique pas », ou NSP, était également proposée dans le cas où l'étudiant pensait qu'une réponse n'était pas adaptée à l'item. Cette réponse, initialement proposée comme « sans objet » dans le questionnaire SACCI, nous a semblé moins adaptée.

Afin de pouvoir appairer les questionnaires, il était demandé aux étudiants de créer un identifiant reprenant un modèle précis pour garantir l'anonymisation des données. La filière était demandée dans le premier questionnaire.

Pour chaque étudiant, a été calculé la moyenne des réponses aux questionnaires pré et post enseignement. Puis nous avons calculé la moyenne globale des étudiants toutes filières confondues (moyenne des moyennes de tous les étudiants) puis filière par filière (moyenne des moyennes d'une filière).

Un biostatisticien nous a amené son expertise et son aide pour cette analyse.

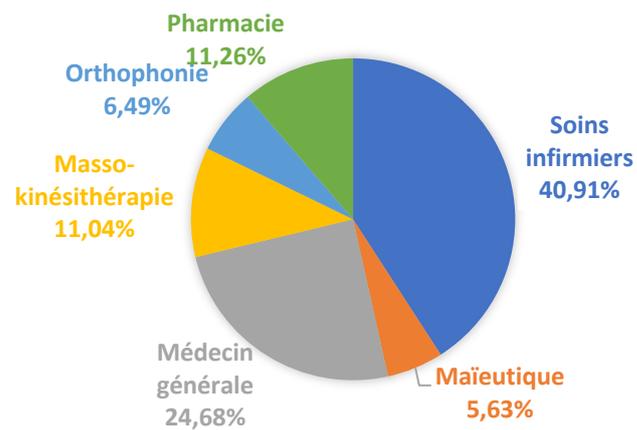
Les réponses « ne s'applique pas » ont été considérées comme des données manquantes et n'ont pas été prises compte dans l'étude.

Le test de permutation a été utilisé pour l'analyse statistique.

Résultats

L'enseignement devait rassembler 462 étudiants en santé, 189 étudiants de soins infirmiers, 26 étudiants de maïeutique, 114 internes de médecine générale, 51 étudiants de masso-kinésithérapie, 30 étudiants d'orthophonie et 52 étudiants de pharmacie.

La liste d'appel des différents groupes n'a pas pu être récupérée, ne pouvant pas attester de la présence de tous les étudiants à l'enseignement. (Graphique 2)



Graphique 2. Répartition en pourcentage des étudiants selon la filière.

1 Hétéroévaluation par supervision indirecte

Cette évaluation a été réalisée sur 32 des 40 groupes attendus.

Tableau 1. Notation concernant le cas n°1.

Circuit	Groupe (No)	1er aller-retour (Note/4)	2ème aller-retour (Note/4)
A (matin) AVC et parkinson	1	2	3
	2	3	4
	3	2	3
	4	3	4
A (après-midi) AVC et parkinson	5	1	-
	6	2	-
	7	2	-
	8	-	-
C (matin) diabète et troubles neurocognitifs	1	4	4
	2	4	4
	3	3	4
	4	2	3
C (après-midi) diabète et troubles neurocognitifs	5	3	4
	6	2	3
	7	3	4
	8	2	3
D (matin) grossesse et post-partum	1	-	-
	2	3	3,5
	3	-	-
	4	3	3,5
D (après-midi) diabète et troubles neurocognitifs	5	2	3
	6	1	3
	7	3	3
	8	3	4
E (matin) grossesse et post-partum	1	3	4
	2	3	4
	3	2	3
	4	3	4
E (après-midi) grossesse et post-partum	5	2	3
	6	2	2,5
	7	2	2,5
	8	2,5	-

Tableau 2. Notation concernant le cas n°2.

Circuit	Groupe (No)	1er aller-retour (Note/4)	2ème aller-retour (Note/4)
A (matin) AVC et parkinson	1	4	-
	2	4	-
	3	3	-
	4	3	-
A (après-midi) AVC et parkinson	5	3	-
	6	3	-
	7	4	-
	8	4	-
C (matin) diabète et troubles neurocognitifs	1	4	-
	2	4	-
	3	2	-
	4	3	-
C (après-midi) diabète et troubles neurocognitifs	5	4	-
	6	3,5	-
	7	4	-
	8	-	-
D (matin) grossesse et post-partum	1	3	-
	2	2	-
	3	2	-
	4	2	-
D (après-midi) diabète et troubles neurocognitifs	5	3	-
	6	-	-
	7	3	-
	8	-	-
E (matin) grossesse et post-partum	1	3	4
	2	4	-
	3	3	4
	4	3	4
E (après-midi) grossesse et post-partum	5	3	2,5
	6	3	2,5
	7	3	-
	8	3	3,5

Les tirets dans les tableaux représentent une donnée manquante.

1.1 Ensemble des retours

Seul deux groupes ont débuté avec une pratique en parallèle.

La moyenne de l'ensemble des étudiants en début de séminaire était de 2,5/4. Le niveau global en interprofessionnalité des étudiants se situait entre la pratique par consultation/référence et la pratique de concertation.

En fin de séminaire, la moyenne de l'ensemble des étudiants était de 3,42/4. Le niveau global tendait de plus en plus vers la pratique de soins et de services partagés. Sur l'ensemble des groupes, 46,9% ont réussi à atteindre cette pratique.

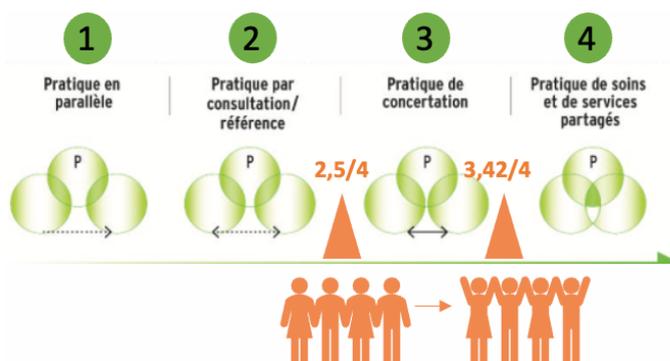


Figure 14.Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité de l'ensemble des groupes

1.2 Retours 1^{er} thème : AVC et Parkinson

En début de séminaire, la moyenne des groupes était de 2,14/4. La pratique par consultation/référence était majoritaire.

Lors du deuxième aller-retour, la moyenne était de 3,5/4. Leur niveau était évalué entre les pratiques par concertation et de soins et de services partagés.

Au 3^{ème} retour, la moyenne était de 3,5/4 également.



Figure 15.Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants ayant travaillé sur les thèmes AVC et maladie de Parkinson.

1.3 Retour 2^{ème} thème : Diabète et troubles neurocognitifs

En début de séminaire, la moyenne des groupes était de 2,66/4. Leur niveau se situait entre la pratique par consultation/référence et la pratique de concertation.

Lors du deuxième aller-retour, la moyenne était de 3,5/4. Leur niveau était évalué entre la pratique de concertation et celle de soins et de services partagés.

Au troisième aller-retour, la moyenne était de 3,39/4.

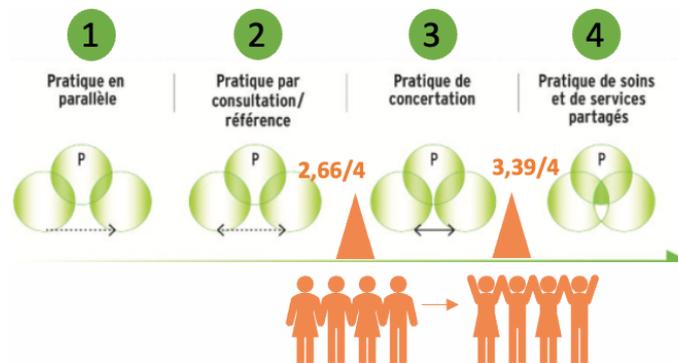


Figure 16.Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants ayant travaillé sur les thèmes du diabète et des troubles neurocognitifs.

1.4 Retours 3^{ème} thème : grossesse et post-partum

En début de séminaire, la moyenne des groupes était de 2,55/4. Leur niveau se situait entre la pratique par consultation/référence et la pratique de concertation.

Lors du deuxième aller-retour, la moyenne était de 3,33/4. Leur niveau était évalué entre la pratique de concertation et celle de soins de services partagés.

Au troisième aller-retour, la moyenne était de 3,08/4.

Au quatrième aller-retour, la moyenne était de 3,5/4.

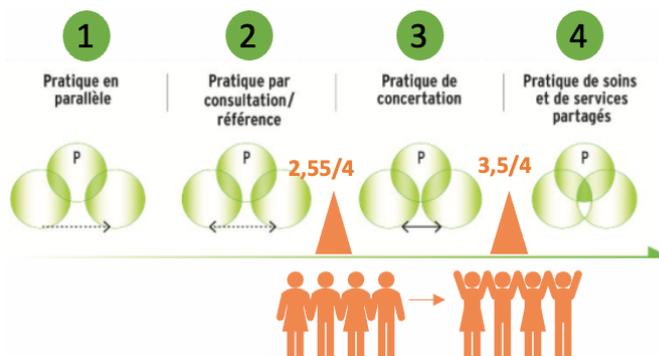


Figure 17. Évolution de la moyenne et du niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants ayant travaillé sur les thèmes de la grossesse et du post-partum.

2 Hétéroévaluations par supervision directe

25 fiches observateur, sur les 160 attendues, ont pu être exploitées.

2.1 1^{er} temps de travail en autonomie

On distingue deux types d'organisation de groupe en fonction du leadership.

Dans un premier cas, un étudiant s'empare spontanément du leadership le plus souvent un interne de médecine générale ou un étudiant de maïeutique. Ce leader dirige et impose les tâches aux autres professions. Certaines professions sont mises de côté.

Dans un deuxième cas, un leader se détache également, principalement un interne de médecine générale. Son rôle est plutôt celui de guider sans diriger. Tous les étudiants participent en proposant ce qu'il devrait être fait pour le patient.

Dans les deux cas présentés, chaque profession a son rôle et ses tâches bien réparties.

Il y a peu d'écoute entre les étudiants.

La prise en charge est principalement axée sur l'aspect biomédical. Peu de groupes aborde l'approche centrée patient.

2.2 Temps de travail en autonomie suivants

Les étudiants prennent en considération les remarques du jury.

On notait une meilleure communication et surtout une meilleure écoute.

Les groupes ont d'abord pris un temps pour partager leurs informations concernant le patient, s'étant aperçus qu'ils n'avaient pas tous les mêmes informations en fonction de leur profession.

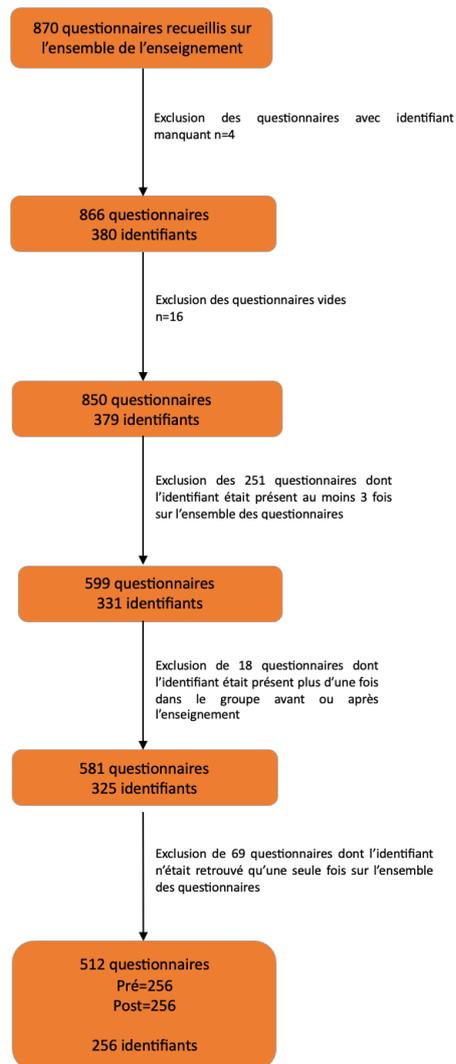
Ensuite, chaque étudiant prenait la parole pour proposer sa prise en charge tout en s'inquiétant de l'avis des autres. Le leadership essayait d'être partagé. Les étudiants s'écoutaient entre eux et ne s'interrompaient pas. On remarquait également un intérêt à découvrir les connaissances de l'autre. Des questions étaient posées sur les connaissances et aptitudes de chacun.

Le patient reprenait peu à peu sa place au cœur des soins.

Une synthèse était réalisée avant de passer devant le jury. Le pronom personnel « nous » était utilisé.

3 Auto-évaluation des compétences

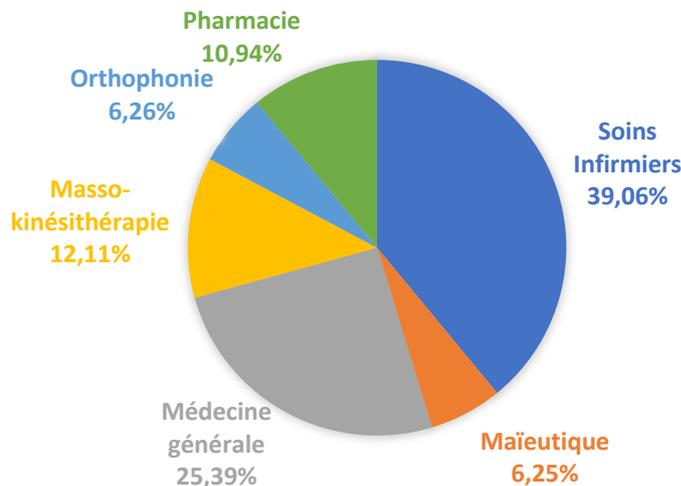
3.1 Sélection et appariement des questionnaires



Graphique 3. Diagramme de flux.

3.2 Population et distribution par filière

Parmi les 256 étudiants, nous retrouvons 100 étudiants de soins infirmiers, 16 étudiants de maïeutique, 65 internes de médecine générale, 31 étudiants de masso-kinésithérapie, 16 étudiants d'orthophonie et 28 étudiants de pharmacie. La population initiale et de l'échantillon étant comparable. Sur avis du biostatisticien, nous n'avons pas réalisé de test supplémentaire. (Graphique 4)



Graphique 4. Répartition des étudiants par filière.

3.3 Données manquantes

La proportion de questionnaires ne présentant aucune valeur manquante était de 90,5% soit 463 questionnaires.

Devant le peu de questionnaires présentant des données manquantes, nous avons décidé de les prendre en compte dans notre étude, après avis du biostatisticien.

Tableau 3. Données manquantes sur l'ensemble des auto-questionnaires.

n données manquantes	n questionnaires	%
0	463	90,43
1	31	6,05
2	11	2,15
3	2	0,39
4	1	0,2
5	4	0,78

3.4 Mesures de positions et de dispersion des résultats des questionnaires en pré et post enseignement

3.4.1 Moyennes

Sur l'ensemble des questionnaires, nous retrouvons une moyenne égale à 6,21/7.

Pour les questionnaires réalisés avant l'enseignement, la moyenne est égale à 5,8/7 et 6,53/7 pour ceux réalisés après l'enseignement.

Tableau 4. Mesures de position et de dispersion des résultats des questionnaires pré et post enseignement.

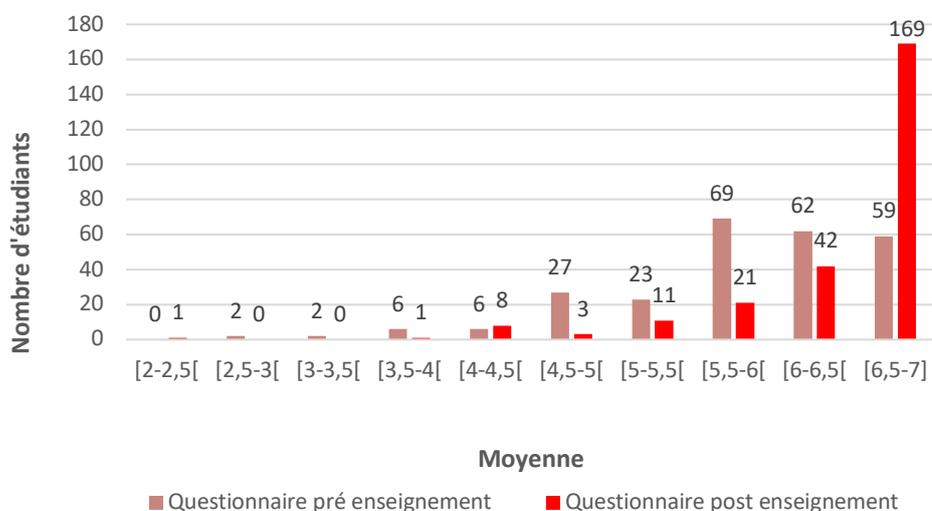
	n	Moyenne	Valeurs minimales	Valeur maximales	Etendue
Ensemble					
Pré	256	5,89	2,74	7	4,26
Post	256	6,53	2,1	7	4,9
Soins infirmiers					
Pré	100	6,04	3	7	4
Post	100	6,68	2,1	7	4,9
Maieutique					
Pré	16	5,85	3,25	6,95	3,7
Post	16	6,64	5,85	7	1,15
Médecine générale					
Pré	65	5,66	3,42	7	3,58
Post	65	6,22	4	7	3
Masso-kinésithérapie					
Pré	31	5,92	3,85	6,9	3,05
Post	31	6,67	5,05	7	1,95
Orthophonie					
Pré	16	6,02	4,6	6,9	2,3
Post	16	6,04	5,95	7	1,05
Pharmacie					
Pré	28	5,77	2,74	7	4,26
Post	28	6,41	4,65	7	2,35

3.4.2 Répartition des moyennes

- Ensemble des étudiants

En pré enseignement, plus de 50% des étudiants avait une moyenne supérieure ou égale à 5,5/7 et 6% avait une moyenne inférieure à 4/7.

En post enseignement, plus de 50% des étudiants avait une moyenne supérieure ou égale à 6,5/7 et 0,4% avaient une moyenne inférieure à 4/7.

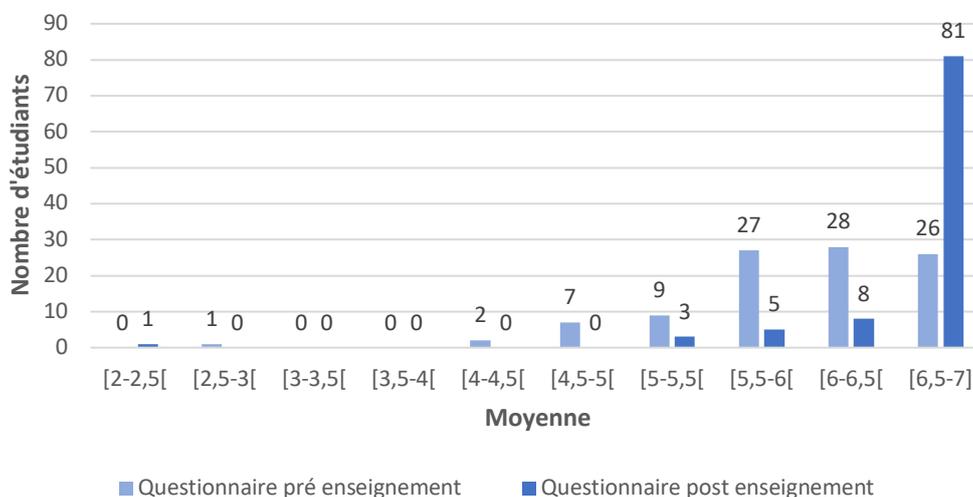


Graphique 5. Répartition des moyennes de l'ensemble des étudiants avant et après l'enseignement.

- Étudiants de soins infirmiers

En pré enseignement, plus 50% des étudiants avaient une moyenne supérieure ou égale à 6/7 et 1% avaient une moyenne inférieure à 4/7.

En post enseignement, plus de 80% des étudiants avaient une moyenne supérieure ou égale à 6,5/7 et 1% avait une moyenne inférieure à 4/7.

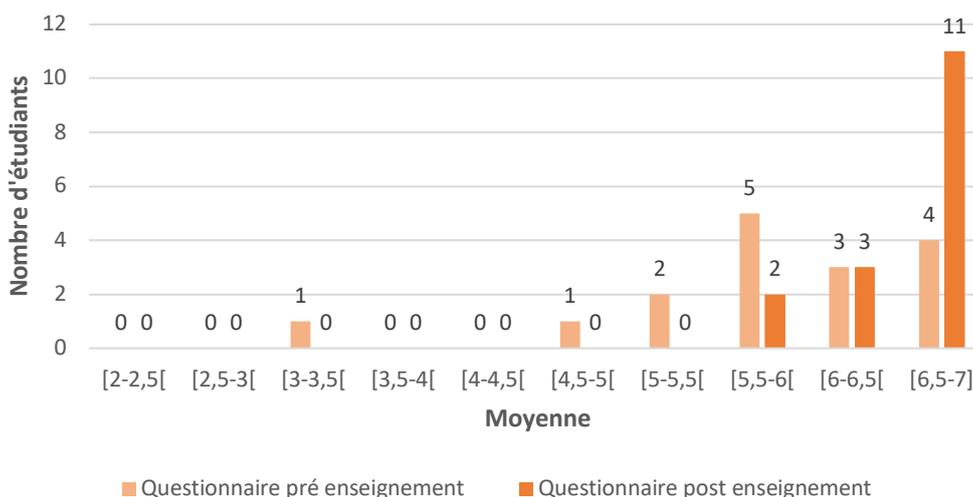


Graphique 6. Répartition des moyennes des étudiants de soins infirmiers avant et après l'enseignement.

- Étudiants de maïeutique

En pré enseignement, moins de 50 % des étudiants avaient une moyenne supérieure ou égale à 6/7 et 6,25% des étudiants avaient une moyenne inférieure à 4/7.

En post enseignement, plus de 50 % des étudiants ont une moyenne supérieure ou égale à 6,5/7 et aucun étudiant n'a de moyenne inférieure à 5,5/7.

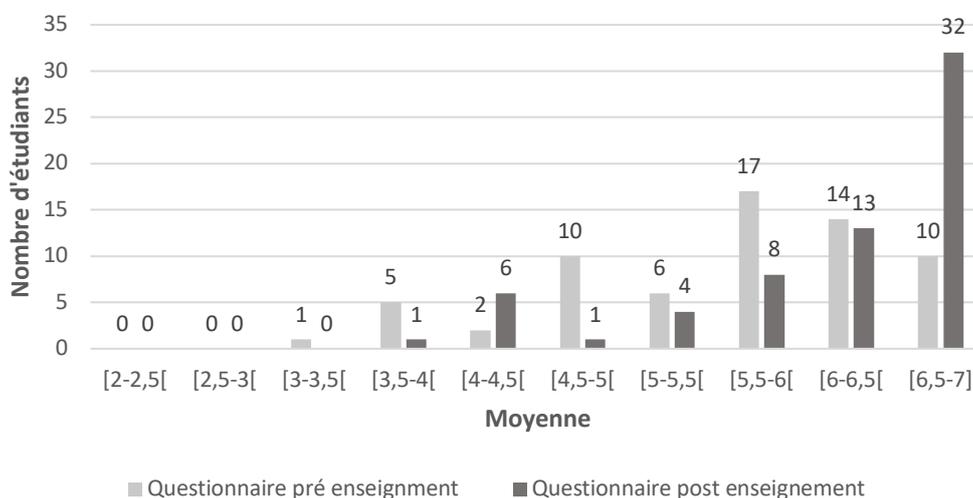


Graphique 7. Répartition des moyennes des étudiants de maïeutique avant et après l'enseignement.

- Internes de médecine générale

En pré enseignement, plus de 50% des étudiants avait une moyenne supérieure ou égale à 5,5 et 9% des étudiants avaient une moyenne inférieure à 4.

En post enseignement, presque 50 % des étudiants avait une moyenne supérieure à 6,5 et 1,54% avait une moyenne inférieure à 4.

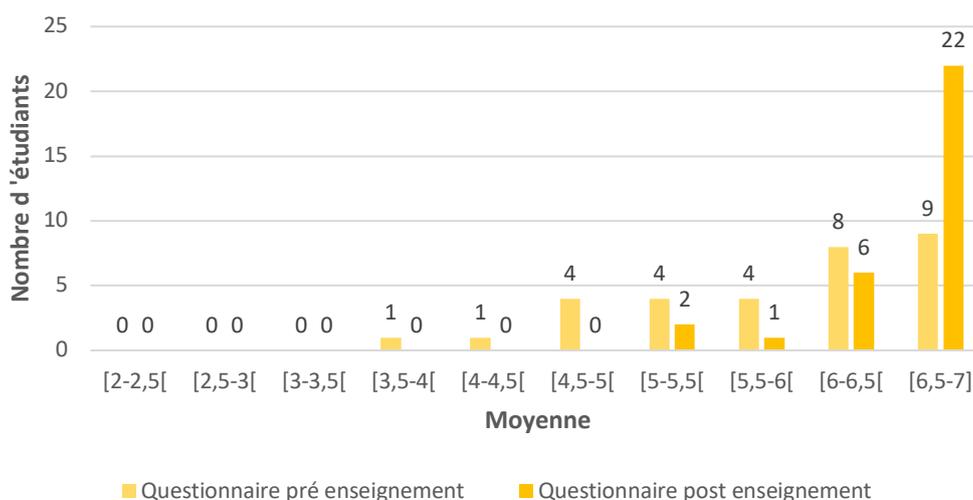


Graphique 8. Répartition des moyennes des internes de médecine générale avant et après l'enseignement.

- Étudiants de masso-kinésithérapie

En pré enseignement, 50% des étudiants avait une moyenne supérieure à 6/7 et 3,22% avaient une moyenne inférieure à 5/7.

En post enseignement, plus de 50% des étudiants avait une moyenne supérieure à 6,5/7 et aucun n'avait de moyenne inférieure à 5,5/7.

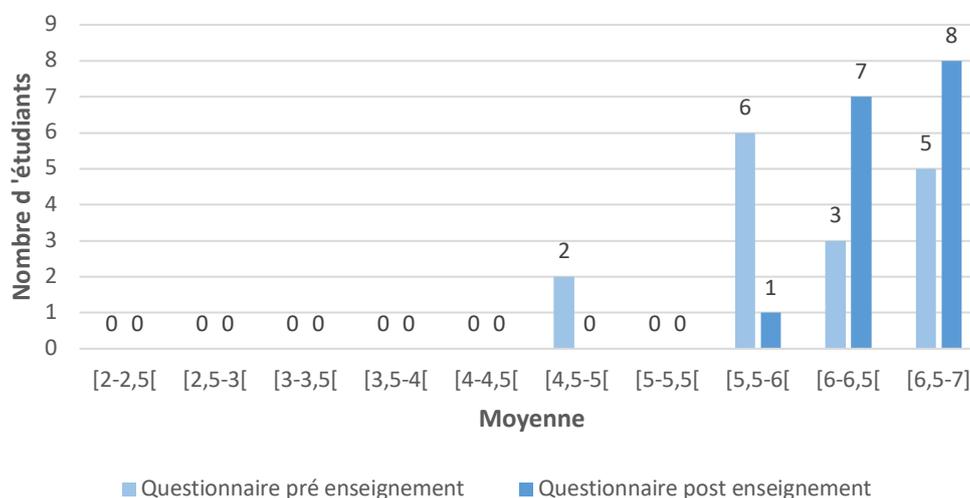


Graphique 9. Répartition des moyennes des étudiants de masso-kinésithérapie avant et après l'enseignement.

- Étudiants d'orthophonie

En pré enseignement, 50% des étudiants avaient une moyenne supérieure à 6/7 et aucun étudiant n'avait de moyenne inférieure à 4.

En post enseignement, 50% des étudiants avait une moyenne supérieure ou égale à 6,5/7 et aucun n'avait de moyenne inférieure 5,5/7.

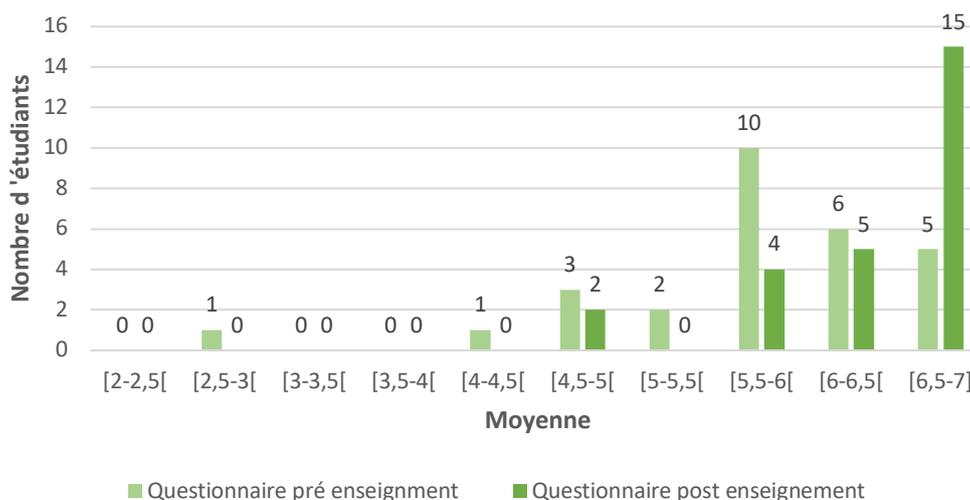


Graphique 10. Répartition des moyennes des étudiants en orthophonie avant et après l'enseignement.

- Étudiants de pharmacie

En pré enseignement, 50% des étudiants avaient une moyenne supérieure ou égale à 5,5/7 et aucun étudiant n'avait de moyenne inférieure à 4,5/7.

En post enseignement, plus 50% des étudiants avaient une moyenne supérieure ou égale à 6,5/7 et aucun n'avait de moyenne inférieure à 5,5/7.



Graphique 11. Répartition des moyennes des étudiants de pharmacie avant et après l'enseignement.

3.5 Test statistique

Nous avons retrouvé une augmentation du score d'interprofessionnalité chez les étudiants en santé de 0,64 ($p < 0,001$) après l'enseignement.

Discussion

Nous avons mis en évidence une amélioration du niveau des étudiants en santé lors de cette deuxième phase de l'enseignement d'interprofessionnalité réalisé à la faculté de médecine de Rouen.

1 Forces

Notre étude est un travail original d'évaluation de l'évolution des compétences en interprofessionnalité chez les étudiants en santé avec d'une part une analyse personnelle et d'une autre part une analyse réalisée par un tiers.

Différents types d'analyses complémentaires ont été réalisés dans cette étude.

Les hétéroévaluations exploitées ont été réalisées sur 32 groupes d'étudiants. Six professions différentes étaient représentées et permettaient de simuler des conditions réelles de travail et de faire émerger la complexité du travail collaboratif.

L'autoévaluation a été réalisée avec l'aide du questionnaire SACCI, validé dans le cadre de l'évaluation d'un enseignement interprofessionnel.(42)

Elle a permis l'analyse de 870 questionnaires, 512 (58,9%) ont pu être appariés et exploités. Cela montre un taux de participation important. Les données manquantes, non prises en compte dans l'étude, ne représentaient que 0,8% sur l'ensemble des réponses attendues.

2 Limites

Lors de l'analyse de l'hétéroévaluation indirecte, 71 notations du jury (44,4%), sur les 160 attendues, n'ont pas pu être exploitées dont l'ensemble des notes du jury B.

Quant à l'hétéroévaluation directe, 25 fiches (15,6%), sur les 160 attendues, ont pu être exploitées.

Au cours de l'analyse de l'autoévaluation, 269 questionnaires ont été exclus car l'identifiant était attribué à plusieurs étudiants sans pouvoir les distinguer. La clé d'identification n'était pas assez discriminative.

De plus, 4 groupes d'un même jury ont utilisé le même QR code pour réaliser l'évaluation pré et post enseignement. 10 questionnaires correspondants à des questionnaires post enseignement ont pu être identifiés parmi les questionnaires pré enseignement et pris en compte. Malheureusement, une erreur a été commise et les réponses aux questions ont été décalées (la réponse à la question 1 a été prise en compte pour la question 2 etc). Nous avons comparé pour chacun des 10 questionnaires la moyenne attendue (si les réponses n'avaient pas été décalées) et la moyenne calculée lors de l'étude. En effet, cette dernière ne prenait pas en compte les notes de certains items du questionnaire. La moyenne de l'ensemble des questionnaires avant correction est égale à 6,4 et après correction à 6,56. Nous avons fait le choix de garder les données non corrigées, d'abord parce que le nombre de questionnaires avec les données erronées ne représentaient que 4% des questionnaires post enseignement et également parce que les moyennes des questionnaires avant et après corrections étaient proches. De plus cela n'affectait pas les résultats de l'autoévaluation car les résultats étaient encore meilleurs après correction.

Les réponses à la question 1 ont été considérées comme valeurs manquantes.

Les autres questionnaires n'ont pas pu être appariés et donc exclus.

La simulation est un merveilleux outil pédagogique mais ne permet pas d'appréhender toutes les situations qui pourront être rencontrées dans la pratique réelle. Les conditions dans lesquelles les étudiants réalisent l'enseignement sont optimales et ne révèlent pas les difficultés de l'application en conditions réelles d'exercice.

3 Synthèse des résultats et interprétations

3.1 Hétéroévaluation indirecte

L'évaluation a permis de mettre en évidence une amélioration du niveau global, estimé par un jury, des groupes d'étudiants entre leur premier et dernier aller-retour. En se référant au continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé, les étudiants évoluaient d'une pratique par consultation/référence vers une pratique de soins et de services partagés, le niveau le plus intense de collaboration.

Il n'y avait pas d'évolution du niveau après le deuxième aller-retour. Cette simulation de staff pluriprofessionnel est l'une des premières expériences de travail de collaboration chez ces étudiants. Nous avons supposé que l'expérience professionnelle future permettrait la progression de leurs compétences et d'atteindre la pratique de soins et de services partagés.

L'enseignement de l'interprofessionnalité en santé est indispensable dans le cursus des étudiants et sont présents dans de nombreux programmes d'enseignements.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de travail décrivant un enseignement et l'évolution des étudiants pendant celui-ci.

3.2 Hétéroévaluation directe

Le travail des observateurs a permis de mettre en évidence des compétences en interprofessionnalité utilisées par le groupe d'étudiants lors de leur travail en autonomie et surtout leur évolution au cours de l'enseignement.

Nous avons pu distinguer cinq compétences sur les six décrites par le référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme :

- le travail d'équipe
- le leadership collaboratif
- la communication interprofessionnelle
- la clarification des rôles
- les soins centrés sur le patient.

F.Policard, dans son travail sur la simulation et l'interprofessionnalité en contexte d'urgence, retrouvait l'émergence de compétences similaires au sein des équipes pluriprofessionnelles qu'elle analysait.(43)

3.3 Autoévaluation

3.3.1 Amélioration des compétences

L'autoévaluation, réalisée avec le questionnaire SACCI, a mis en évidence de manière significative ($p < 0,001$) l'amélioration des compétences en interprofessionnalité des étudiants en santé après l'enseignement.

Le SACCI est un outil validé dans l'évaluation d'un enseignement interprofessionnel.(42) En ayant montré l'amélioration du niveau des étudiants, le séminaire d'enseignement interprofessionnel proposé par l'UFR de santé de Rouen prouvait qu'il était adapté à cet enseignement.

L'étude de validité du SACCI dans sa version anglaise a également montré une amélioration du niveau d'interprofessionnalité des étudiants après l'enseignement.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études utilisant le questionnaire SACCI comme outil d'évaluation d'un enseignement. En revanche, nous retrouvons plusieurs études testant la validité du questionnaire dans d'autres langues tel que le norvégien.(44) Ce qui nous laisse penser que le SACCI est un outil très largement répandu et utilisé dans les universités à travers le monde.

3.3.2 Surestimation des compétences

Lors du test pré enseignement, 50% des étudiants avaient une moyenne supérieure ou égale à 5,5/7. Les internes de médecine estimaient leur niveau plus bas que les autres étudiants.

Cela pouvait être expliqué par les différents degrés d'expérience entre les filières. Les internes de médecine générale, en 8^{ème} année d'étude, avaient plus d'expérience et notamment dans le secteur libéral. Dans sa thèse, Hélène Hiscock (45) a étudié le niveau d'interprofessionnalité des étudiants de différentes filières et également au sein d'une même filière avec des étudiants de différents niveaux d'étude en utilisant le SACCI. Elle met en évidence une surestimation des connaissances en interprofessionnalité chez certains étudiants au début de leurs études. Cela peut s'expliquer par un effet de sur-confiance ou effet Dunning-Kruger, étant une difficulté des personnes non ou peu qualifiées à évaluer leur réelle capacité.(46)

4 Perspectives

4.1 Pistes d'évolution de l'organisation de l'enseignement

Ce séminaire était la première édition de cet enseignement interprofessionnel. Cette étude avait aussi pour rôle de proposer une réévaluation et une amélioration de cet enseignement.

4.1.1 Formation des enseignants

Toutes les fiches jury du circuit B n'ont pas pu être exploitées. Le niveau de chaque groupe n'était pas clairement défini. Cela pouvait être expliqué par une mauvaise compréhension des consignes.

Une formation à l'enseignement de l'interprofessionnalité avait été proposée aux enseignants devant participer au séminaire notamment pour appréhender le continuum et le référentiel des compétences. Peu d'enseignants y a participé.

L'interprofessionnalité est maintenant au cœur des soins. Il peut être difficile pour les professionnels de santé ayant une activité exclusivement enseignante d'appréhender toutes les difficultés de l'interprofessionnalité dans la pratique. La formation à l'interprofessionnalité doit être encouragée.

4.1.2 Une révision du briefing des observateurs

Seules 25 fiches observateurs ont pu être exploitées sur les 160 attendues. Elles ont néanmoins apporté des informations intéressantes sur le fonctionnement du groupe. Le manque de données recueillies pouvait être expliqué par :

- un défaut de compréhension des consignes par les étudiants. Leur briefing serait à approfondir.
- un défaut d'intérêt pour cet enseignement chez certains étudiants
- une appréhension à juger le fonctionnement de son propre groupe.

4.1.3 Un timing

Seul le circuit E a réalisé 4 allers-retours avec son jury dans le temps imparti.

En comparant les fiches jury, nous avons remarqué que les données manquantes dans le cas n°1 sont des oublis de notation de la part des jurys. Pour le cas n°2, l'aller-retour 3 et/ou 4 n'ont pas pu être réalisés.

Un jury supervisait 4 groupes devant chacun présenter deux allers-retours par cas clinique. Les groupes devaient se succéder et parfois attendre pour rencontrer le jury.

Il pourrait-être envisagé :

- d'imposer un timing précis
- de diminuer le nombre de groupes par jury
- de travailler sur un seul cas clinique évolutif
- de diminuer le nombre de groupes.

4.2 Intégration des compétences par les étudiants

Notre étude a montré l'utilisation, par les étudiants, de compétences décrites dans le référentiel de compétences en matière d'interprofessionnalisme (Figure 13).

Pendant l'enseignement, ce dernier n'a pas été présenté aux étudiants.

La littérature a rapporté des changements d'attitude et de regard de la part des étudiants face à la collaboration après un enseignement interprofessionnel. La découverte et les échanges avec les autres professions sont appréciés par les étudiants. (47)

Aucune donnée de la littérature ne proposait de savoir si les étudiants avaient bien identifié les compétences utilisées pour permettre une meilleure mise en pratique par la suite.

4.3 Différents modèles d'enseignement

À Angers, l'université proposait un enseignement rassemblant 600 étudiants de pharmacie, médecine, soins infirmiers, masso-kinésithérapie et ergothérapie. Séparés en groupes de 10, il leur était proposé de travailler sur différents axes de travail au cours de l'année en distanciel et de rédiger un mémoire qu'ils présenteraient lors d'un séminaire d'une journée en fin d'année. (48)

À Lyon, un enseignement non obligatoire était proposé regroupant une quarantaine d'étudiants en maïeutique, médecine et pharmacie. Un groupe était formé par un étudiant de chaque discipline. L'enseignement était réparti sur 8 séances où se succédaient débats, jeux de rôles, témoignages d'expériences professionnelles, cas cliniques autour de différents thèmes.(49)

L'université de Bruxelles en Belgique, a mis en place un séminaire « duo » entre étudiants en pharmacie et médecine. Les étudiants étaient d'abord séparés par filières. Les étudiants en pharmacie recevaient une ordonnance avec deux médicaments et une vignette décrivant la situation clinique du patient. L'objectif était de travailler sur les interactions et de proposer une nouvelle ordonnance. Les étudiants en médecine recevaient une situation clinique et devaient en faire un diagnostic et rédiger un plan de soins.

S'en suivait une rencontre entre les étudiants pour échanger leur point de vue et améliorer ensemble la prise en charge du patient. (50)

Malgré la complexité de la mise en place d'un enseignement interprofessionnel, plusieurs établissements ont instauré des interventions avec des modèles différents.

Ses exemples montrent la volonté des différents établissements à mettre en place un enseignement de l'interprofessionnalité. Leurs organisations sont différentes mais leurs objectifs d'apprendre à travailler ensemble, développer la communication, comprendre la complémentarité des professions, sont communs.

L'organisation d'un enseignement interprofessionnel est un travail titanesque. Une description de l'organisation des enseignements déjà mis en place dans les différentes institutions permettrait d'aider les UFR à développer cet enseignement ou à faire évoluer celui déjà proposé.

4.4 Piste d'amélioration de l'enseignement

Sur l'ensemble des questionnaires exploités de l'autoévaluation, 0,8% des réponses attendues n'ont pas été prise en compte car correspondaient à des réponses « NSP ».

Les items 4 et 10, intitulées respectivement « Donner de la rétroaction aux membres de mon équipe interprofessionnelle » et « Être redevable de ma contribution à l'équipe interprofessionnelle » ont eu le plus de réponses « NSP », 22 et 18 respectivement. Ces items pouvaient montrer une difficulté de compréhension et la réponse « NSP » utilisée comme « ne sait pas » à la place de « ne s'applique pas ». De plus, la réponse « 4 » correspondait à une opinion neutre face à l'item proposé pouvant elle aussi être attribuée à un « ne sait pas » par les étudiants.

Dans notre étude, nous avons calculé les moyennes globales aux questionnaires.

S'intéresser aux moyennes par questions permettrait de définir les items problématiques et les axes de travail à approfondir avec les étudiants.

4.5 Patient expert

La consigne pendant l'hétéroévaluation était de réaliser un plan de soin pour un patient virtuel.

L'approche centrée patient pouvait être difficile à appréhender sans le retour du patient sur sa prise en charge.

Depuis les années 2000, nous avons rapporté une évolution dans la relation médicale. Cette dernière est passée d'un modèle paternaliste, où le patient était passif, à un modèle plus équilibré où le patient prenait part aux décisions pour sa santé. Le patient devenait un véritable acteur dans ses soins, acquérant des connaissances expérientielles.

Cette expérience a voulu être mis à profit et le statut de patient-expert s'est développé.

Le patient expert est désigné par l'HAS comme « celui qui a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état ».(51)

Le patient expert aide les autres patients atteints de la même maladie à mieux la gérer au quotidien. Il reflète le vécu de la maladie et aide à la construction du parcours de soins.

Sous le nom de patient expert se décline différents rôles (52) :

- le patient-aidant qui partage son expérience de sa maladie avec les autres patients
- le patient-formateur qui coconstruit des programmes d'ETP ou anime des ateliers avec les soignants. Il peut intervenir également dans la formation des soignants.
- le patient-intervenant représentant les patients lors des rédactions des plans de soins avec les soignants.

-le patient-ressource représentant les patients dans les institutions de santé, associations ou sociétés savantes.

La participation d'un patient expert dans un enseignement interprofessionnel comme le nôtre permettrait d'apporter la dimension du vécu de la maladie et permettre aux étudiants de développer leur approche centrée patient.

Conclusion

L'enseignement interprofessionnel, proposé par l'UFR de santé de Rouen, simulant un staff pluriprofessionnel, a permis une progression du niveau d'interprofessionnalité des étudiants en santé.

Bibliographie

1. Castaing - 2022 - L'état de santé de la population en France.pdf [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>
2. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe; 1978 [cité 5 juill 2023]. Report No.: WHO/EURO:1978-3938-43697-61473. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>
3. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 2. Les soins primaires : un moyen de réaliser la couverture santé universelle ? In: Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021. p. 15-24. (Débats Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-15.htm>
4. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
5. La fin du numerus clausus n'aura pas d'effets avant 2035 | Fondation IFRAP [Internet]. 2022 [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/la-fin-du-numerus-clausus-naura-pas-deffets-avant-2035>
6. Professionnels de santé au 1er janvier 2022 | Insee [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
7. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023#>
8. Conseil National - Portail National de l'ONI [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/>
9. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Densité de sages-femmes actives par femme. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/densite-de-sages-femmes-actives-par-femme/>
10. Quesnot - RAPPORT 2022 SUR LA DÉMOGRAPHIE .pdf [Internet]. [cité 4 juill 2023]. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/01/rapportdemographiemk_2022.pdf
11. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-75643,7138960,1489606,1139212&c=indicator&i=zonage_conv.z_sf&view=map12

12. Chevillard - Les maisons de santé attirent-elles les jeunes méd.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
13. Kasmi - Impact des maisons de santé pluridisciplinaires da.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901674/document>
14. comment-rediger-un-protocole-pluri-version-finale.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/wp-content/uploads/sites/3/2019/02/comment-rediger-un-protocole-pluri-version-finale.pdf>
15. Berland Y. Coopération des professions de santé: le transfert de tâches et de compétences. [Internet]. 2003. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/034000619.pdf>
16. Arrêté du 31 octobre 2023 modifiant l'arrêté du 29 juin 2021 fixant les conditions de réalisation des tests rapides oro-pharyngés d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine - Légifrance [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000048368292>
17. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier aux compétences élargies [Internet]. 2023 [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies>
18. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
19. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept#>
20. Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023_0.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/202311/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202022%20-%20R%C3%A9sultats%20des%20comptes%20de%20la%20sant%C3%A9%20-%20%C3%89dition%202023_0.pdf
21. Raynaud D. Les dépenses de prévention, complexes à mesurer, très difficiles à comparer.... Regards. 2023;61(1):55-66.
22. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obésité. mars 2009;4(1):39-43.
23. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. 2013-449 mai 31, 2013.
24. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice

and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. mai 2005;19 Suppl 1:8-20.

25. [linterprofessionalit_-_position_du_comit_central.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf22/linterprofessionalit_-_position_du_comit_central.pdf) [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: https://www.fmh.ch/files/pdf22/linterprofessionalit_-_position_du_comit_central.pdf

26. [10._Annexe_10_Continuumdespratiquesdecollaboration.pdf](https://www.usherbrooke.ca/travail-social/fileadmin/sites/travail-social/espace-admin/Interpro/Module_3/Activite_1/10._Annexe_10_Continuumdespratiquesdecollaboration.pdf) [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: https://www.usherbrooke.ca/travail-social/fileadmin/sites/travail-social/espace-admin/Interpro/Module_3/Activite_1/10._Annexe_10_Continuumdespratiquesdecollaboration.pdf

27. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff (Millwood)*. mai 2008;27(3):759-69.

28. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med*. nov 2014;12(6):573-6.

29. Chauvot G, Benoit M. Collaboration interprofessionnelle : étude des échanges informels et conviviaux entre médecins et infirmiers en médecine ambulatoire. 14 oct 2022;141.

30. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 8 févr 2022;327(6):521-2.

31. Brunelle F, Queneau P. La réforme Licence Master Doctorat (LMD) des professions paramédicales. *Bull Académie Natl Médecine*. avr 2015;199(4-5):705-15.

32. [DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/content_migration/document/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf) [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/content_migration/document/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf

33. [WHO-2010-Framework-for-Action-on-Interprofessional-Education-and-Collaborative-Practice.pdf](https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2010-Framework-for-Action-on-Interprofessional-Education-and-Collaborative-Practice.pdf) [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2010-Framework-for-Action-on-Interprofessional-Education-and-Collaborative-Practice.pdf>

34. Id - La formation à l'interprofessionnalité des futurs .pdf [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418212/document>

35. Tardif J. L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement.

36. Kolb D. *Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development*. Vol. 1, *Journal of Business Ethics*. 1984.

37. [Théorie de l'apprentissage Apprentissage expérientiel - Innovation Pédagogique](https://www.innovation-pedagogique.fr/article6342.html) [Internet]. [cité 3 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.innovation-pedagogique.fr/article6342.html>

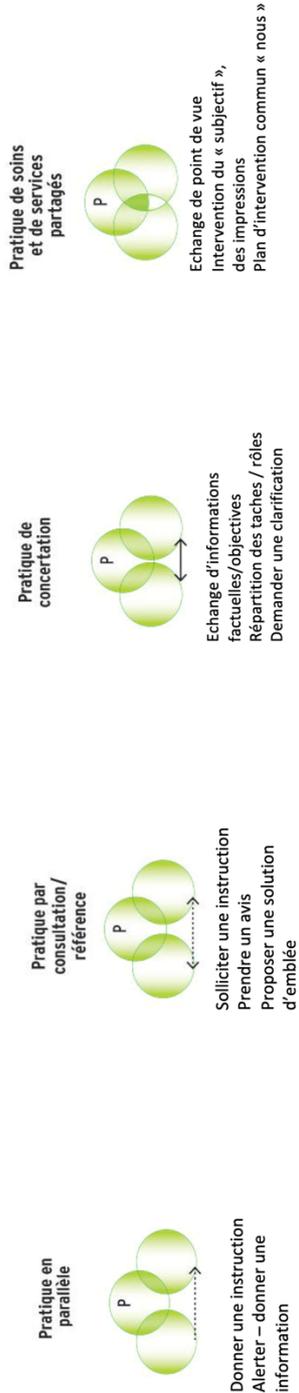
38. CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
39. guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
40. Guide_explicatif-Continuum__vFR__18-07-31.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Actualites/Guide_explicatif-Continuum__vFR__18-07-31.pdf
41. 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* [Internet]. 21 déc 2010 [cité 6 juill 2023];1(3). Disponible sur: <https://jripe.org/index.php/journal/article/view/36>
42. Archibald D, Trumpower D, MacDonald CJ. Validation of the interprofessional collaborative competency attainment survey (ICCAS). *J Interprof Care*. nov 2014;28(6):553-8.
43. Policard - 2014 - Apprendre ensemble à travailler ensemble l'inter.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Pauses_pedagogiques/2018_decembre/article.pdf
44. Lunde L, Bærheim A, Johannessen A, Aase I, Almendingen K, Andersen IA, et al. Evidence of validity for the Norwegian version of the interprofessional collaborative competency attainment survey (ICCAS). *J Interprof Care*. 2021;35(4):604-11.
45. Hiscock - Évaluation des compétences en interprofessionnalit.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03457703/document>
46. Williams EF, Dunning D, Kruger J. The hobgoblin of consistency: Algorithmic judgment strategies underlie inflated self-assessments of performance. *J Pers Soc Psychol*. juin 2013;104(6):976-94.
47. Auzan P. La formation interprofessionnelle pour des étudiants de second cycle en médecine et pharmacie : un changement des attitudes et des perceptions à l'égard de la collaboration. [Lyon]: Claude Bernard; 2018.
48. Piraux A. L'enseignement de la coopération interprofessionnelle en santé [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/336363731_L'enseignement_de_la_cooperation_interprofessionnelle_en_sante

49. Perrotin S, Royen M, Simon E, et al. Expérimentation d'un enseignement commun pour les étudiants en maïeutique, médecine et pharmacie par des professionnels libéraux [Internet]. Rencontres Prescrire ; 2017 juin 23 [cité 9 déc 2017] ; Toulouse. Disponible sur : http://evitable.prescrire.org/Docu/Rencontres2017/039_Catala-PerrotinS_Poster_Enseignement.pdf.
50. Vanden Dael A, de Clercq O, van Antwerpen P, Hoornaert C, Troger V, Thibaut P, et al. Enseigner l'interdisciplinarité entre professionnels de la santé par la mise en place de Séminaires DUO entre des étudiants en pharmacie et en médecine. In: Questions de Pédagogies dans l'Enseignement Supérieur [Internet]. Brest, France: ENSTA Bretagne, IMT-A, UBO; 2019 [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02286323>
51. [fiche_pedagogique_engagement_patient_certification.pdf](#) [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_engagement_patient_certification.pdf
52. Qu'est-ce qu'un patient expert et comment le devenir ? - Carenity [Internet]. [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.carenity.com/infos-maladie/magazine/conseils/questce-quun-patient-expert-et-comment-le-devenir-2098>

Annexe 1.Fiche jury.

En vous appuyant sur le retour des étudiants fixez à chaque passage le niveau global estimé de collaboration du groupe

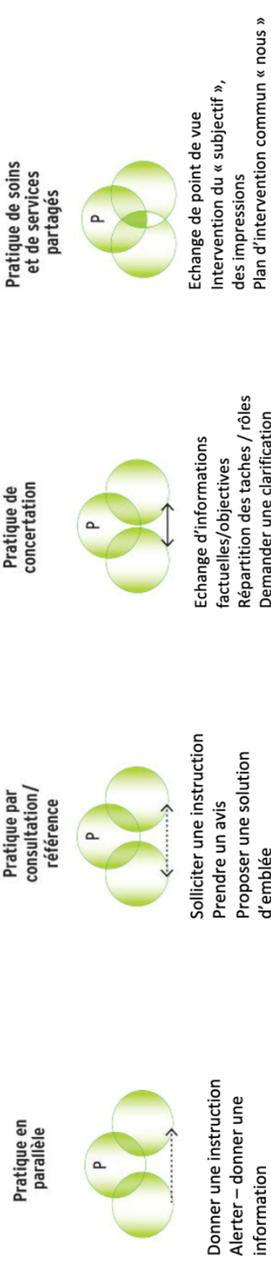
JURY
Passage 1^{er} cas
utiliser une couleur différente à
chaque passage du cas (identifier
l'ordre de passage)
Groupe n°



Annexe 2. Fiche observateur.

Observateurs
Restitution jury
Groupe :
Cas n°1

**En vous appuyant sur votre observation (interactions, éléments de verbatim)
 Justifier du niveau de coopération retenu pour chaque décision de soin**



**Identifier les
 décisions de soin
 finalement prises**

Annexe 3. Fiche consigne observateurs.

Consigne aux observateurs

Lors d'un cas clinique et d'un seul vous êtes chargé d'**observer le fonctionnement du groupe** de professionnels.

Dans un premier temps pendant les échanges du groupe vous **identifierez chacune des décisions de soins prises par le groupe**.

Pour chaque décision identifiée vous **essayerez de la classer dans le continuum en justifiant votre classement à partir des éléments factuels observés** (verbatim etc..) Ce classement peut être évolutif au fil du temps. Si vous faites progresser le niveau des interactions pour une décision n'hésitez pas à noter quel a été l'élément déterminant de la progression.

Cf Feuille d'observation

Dans un deuxième temps pendant que l'équipe finalise son projet pour le jury vous vous harmoniserez avec votre co-observateur et vous vous apprêtez à faire une rétroaction au groupe pendant le jury en essayant de leur proposer **un avis sur leur niveau global de pratique collaborative et les pistes d'amélioration** que vous pourriez suggérer

Retour en jury

Niveau Global :

Justification :

Suggestions pour améliorer la pratique collaborative :

Annexe 4. Questionnaire pré enseignement.



0%

Cette auto-évaluation reprend les items du questionnaire SACCI, réalisée par le Dr Archibald et son équipe de recherche au Canada, et permet d'analyser l'influence d'un enseignement d'interprofessionnalité.

Bonjour à tous, je suis médecin généraliste remplaçant et réalise mon travail de thèse sur l'interprofessionnalité en santé. Devant des pathologies de plus en plus complexes à prendre en charge, le travail interprofessionnel devient indispensable. Or, peu d'enseignement sur le sujet sont dispensés pendant les études des soignants. L'objectif de ma thèse serait d'évaluer le niveau d'interprofessionnalité des étudiants en santé de Rouen avant et après un enseignement et permettre de développer de nouveaux objectifs d'enseignement.

Pour cela, je vous propose de remplir une première auto évaluation des compétences que vous pensez avoir avant l'enseignement, puis une seconde, après la réalisation de l'enseignement.

Suivant

Clé d'identification

Afin de respecter l'anonymat, vous allez générer une clé d'identification sur la base d'informations personnelles. Cette clé nous permettra de traiter vos données en garantissant le suivi et l'anonymat. Pouvez-vous indiquer ci-dessous votre genre (1 caractère, 1=homme, 2=femme, 3=autre), puis les deux premières lettres du prénom de votre mère ou représentant légal, votre jour de naissance (2 caractères, par exemple 3 février = 03). Au total, la clé comportera 5 caractères. Vous ne devez pas mettre d'accent ni d'espace, et écrire en lettres majuscules.

Exemple de clé d'identification : si Jeanne est née le 7 janvier ; sa mère s'appelle Marie-Paule ; alors Jeanne saisira la clé *2MA07*.

Veillez noter votre clé d'identification, elle vous sera demandée lors de la seconde auto-évaluation pour apparier vos questionnaires.

* Veuillez entrer votre clé d'identification :

Suivant

Filière d'étude

* Vous êtes :

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- interne de médecine générale
- étudiant(e) IDE
- étudiant(e) MKE
- étudiant(e) en orthophonie
- étudiant(e) en maïeutique
- étudiant(e) en pharmacie

Suivant

Questionnaire pré enseignement interprofessionnel

Veuillez évaluer votre aptitude avant l'enseignement d'interprofessionnalité, par rapport aux énoncés suivants :

* Communication

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; NSP=ne s'applique pas

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

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Favoriser la communication entre les membres de l'équipe interprofessionnelle (IP)*	<input type="radio"/>							
Écouter activement les idées et les préoccupations des membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>							
Exprimer mes idées et préoccupations sans porter de jugement	<input type="radio"/>							
Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>							
Exprimer mes idées d'une manière claire et concise	<input type="radio"/>							

* Collaboration

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; NSP=ne s'applique pas

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Faire appel à d'autres professions pour résoudre des problèmes	<input type="radio"/>							
Travailler et apprendre en collaboration étroite avec les membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Apprendre avec, à propos et à partir des membres de l'équipe IP en vue d'améliorer les soins prodigués	<input type="radio"/>							

* Rôles et responsabilités de l'intervenant

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; NSP=ne s'applique pas

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Identifier mes habiletés et contributions à l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Être redevable de ma contribution à l'équipe IP	<input type="radio"/>							

* Rôles et responsabilités des autres intervenants

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; NSP=ne s'applique pas

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Comprendre les habiletés et contributions des membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Reconnaître comment les habiletés et les connaissances des autres complètent et chevauchent les miennes	<input type="radio"/>							

* Approche de collaboration centrée sur le patient et la famille

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; NSP=ne s'applique pas

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

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Utiliser une approche de collaboration pour déterminer la nature des problèmes d'un patient**	<input type="radio"/>							
Utiliser une approche de collaboration pour traiter le patient comme un tout	<input type="radio"/>							
Faire participer les patients et leur famille aux prises de décisions	<input type="radio"/>							

*** Gestion et résolution des conflits**

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; NSP=ne s'applique pas

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Écouter activement le point de vue des autres membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Tenir compte des idées des autres membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe IP de manière respectueuse	<input type="radio"/>							

*** Fonctionnement de l'équipe**

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; NSP=ne s'applique pas

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

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
	<input type="radio"/>							
Élaborer un plan de soins*** efficace avec les membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre	<input type="radio"/>							

Envoyer

Annexe 5. Questionnaire post enseignement.

Identification

* Veuillez entrer votre clé d'identification précédemment défini lors de la première auto-évaluation.

④ Clé d'identification : votre genre (1 caractère, 1=homme, 2=femme, 3=autre), puis les deux premières lettres du prénom de votre mère ou représentant légal, votre jour de naissance (2 caractères, par exemple 3 février = 03). Au total, la clé comporte 5 caractères. Vous ne devez pas mettre d'accent ni d'espace, et écrire en lettres majuscules.

Questionnaire post enseignement interprofessionnel

Veuillez évaluer votre aptitude après l'enseignement d'interprofessionnalité, par rapport aux énoncés suivants :

* Communication

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; NSP=ne s'applique pas

④ * Le patient, la famille ou des personnes significatives, selon le cas, sont membres de l'équipe interprofessionnelle.

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Favoriser la communication entre les membres de l'équipe interprofessionnelle (IP)*	<input type="radio"/>							
Écouter activement les idées et les préoccupations des membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>							
Exprimer mes idées et préoccupations sans porter de jugement	<input type="radio"/>							
Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>							
Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>							

* Collaboration

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; NSP=ne s'applique pas

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Faire appel à d'autres professions pour résoudre des problèmes	<input type="radio"/>							
Travailler et apprendre en collaboration étroite avec les membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Apprendre avec, à propos et à partir des membres de l'équipe IP en vue d'améliorer les soins prodigués	<input type="radio"/>							

* Rôles et responsabilités de l'intervenant

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; NSP=ne s'applique pas

	1	2	3	5	6	7	NSP
Identifier mes habiletés et contributions à l'équipe IP	<input type="radio"/>						
Être redevable de ma contribution à l'équipe IP	<input type="radio"/>						

*** Rôles et responsabilités des autres intervenants**
 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; NSP= ne s'applique pas

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Comprendre les habiletés et contributions des membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Reconnaître comment les habiletés et les connaissances des autres complètent et chevauchent les miennes	<input type="radio"/>							

*** Approche de collaboration centrée sur le patient et la famille**
 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; NSP= ne s'applique pas

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

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Utiliser une approche de collaboration pour déterminer la nature des problèmes d'un patient**	<input type="radio"/>							
Utiliser une approche de collaboration pour traiter le patient comme un tout	<input type="radio"/>							
Faire participer les patients et leur famille aux prises de décisions	<input type="radio"/>							

*** Gestion et résolution des conflits**
 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; NSP=ne s'applique pas

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Écouter activement le point de vue des autres membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Tenir compte des idées des autres membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Résoudre les conflits entre les membres de l'équipe IP de manière respectueuse	<input type="radio"/>							

*** Fonctionnement de l'équipe**
 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; NSP=ne s'applique pas

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

	1	2	3	4	5	6	7	NSP
Élaborer un plan de soins*** efficace avec les membres de l'équipe IP	<input type="radio"/>							
Clarifier les responsabilités qui se chevauchent d'une profession à l'autre	<input type="radio"/>							

Annexe 6. Questionnaire SACCI.

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"/>															
2. Écouter activement les idées et les préoccupations des membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>															
3. Exprimer mes idées et préoccupations sans porter de jugement	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>															
4. Donner de la rétroaction constructive aux membres de mon équipe IP	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>															
5. Exprimer mes idées d'une manière claire et concise	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>															
Collaboration																		
6. Faire appel à d'autres professions pour résoudre des problèmes	<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"/>															
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"/>															
Rôles et responsabilités de l'intervenant																		
9. Identifier mes habiletés et contributions à l'équipe IP	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>															
10. Être redevable de ma contribution à l'équipe IP	<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"/>															
12. Reconnaître comment les habiletés et les connaissances des autres complètent et chevauchent les miennes	<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"/>															
14. Utiliser une approche de collaboration pour traiter le patient comme un tout	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>															
15. Faire participer les patients et leur famille aux prises de décisions	<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"/>															
17. Tenir compte des idées des autres membres de l'équipe IP	<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"/>															
Fonctionnement de l'équipe																		
19. Élaborer un plan de soins*** efficace avec les membres de l'équipe IP	<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"/>															

* 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.

Résumé

Évaluation de l'évolution du niveau estimé d'interprofessionnalité des étudiants en santé de Rouen au cours d'un séminaire de simulation de staff pluriprofessionnel de soins primaires

Contexte : Le nombre de patients atteints d'une maladie chronique explosent notamment avec le vieillissement de la population. Ces maladies complexes nécessitent l'intervention de nombreux soignants autour d'un même patient. Cela impose une coordination des soins. La collaboration interprofessionnelle n'est pas innée et son enseignement est primordial. À Rouen, l'UFR santé propose aux étudiants en santé un enseignement interprofessionnel.

Objectif : Nous avons évalué l'évolution du niveau d'interprofessionnalité des étudiants en santé de Rouen au cours d'un séminaire de simulation de staff pluriprofessionnel de soins primaires.

Matériels et méthode : Notre étude était composée de deux hétéroévaluations, directe et indirecte et d'une autoévaluation.

L'hétéroévaluation était réalisée par un jury d'enseignants afin d'évaluer le niveau d'interprofessionnalité des groupes d'étudiants tout au long de l'enseignement. L'hétéroévaluation indirecte était réalisée par des étudiants-observateurs afin d'étudier le fonctionnement du groupe.

L'autoévaluation reprenant les items du SACCI, outil validé et utilisé dans l'évaluation des enseignements interprofessionnels, était proposée aux étudiants avant et après l'enseignement.

Résultats : L'hétéroévaluation indirecte a montré une amélioration du niveau des étudiants au cours de l'enseignement. L'hétéroévaluation directe a mis en évidence les différentes compétences en interprofessionnalité utilisées par les étudiants. L'autoévaluation a montré une augmentation de la moyenne du score d'interprofessionnalité des étudiants de 0,64 ($p < 0,001$) après l'enseignement.

Conclusion : L'enseignement interprofessionnel, proposé par l'UFR de santé de Rouen, simulant un staff pluriprofessionnel, a permis une progression du niveau d'interprofessionnalité des étudiants en santé.

Mots-clés : enseignement interprofessionnel, interprofessionnalité, niveau d'interprofessionnalité, soins primaires.