

La formation interprofessionnelle au sein du système de santé suisse: analyse de la situation et perspectives

pour la Fondation Careum:

Gert Ulrich, Hermann Amstad, Sylvia Kaap-Fröhlich

Version
longue



Imaginer le monde de la santé de demain

Le secteur de la santé se trouve dans une situation de bouleversement historique et fait face à des défis majeurs. La société de la santé se caractérise par une mise en réseau internationale croissante, ce qui provoque un déplacement des limites traditionnelles entre disciplines et métiers, ainsi qu'entre institutions et pays. De même, nous assistons à une redéfinition des rapports entre offre de prestations et citoyens, marché et réglementation, médecins et patient, prestataires et consommateurs. De nouveaux modèles et approches pour le système de santé et la formation des professionnels de santé doivent permettre de relever tous ces défis afin d'apporter une contribution décisive pour l'avenir. En entente avec les partenaires des domaines de la formation et de la santé, Careum entend montrer comment transformer les tendances en projets éducatifs concrets.

La série de publications Working Papers Careum reprend les dernières évolutions de la société de la santé et doit donner des impulsions pertinentes pour stimuler les processus innovants dans le domaine de la santé et y contribuer de manière active.

Careum
Pestalozzistrasse 3
CH-8032 Zurich
Téléphone +41 (0)43 222 50 00
Fax +41 (0)43 222 50 05
info@careum.ch
www.careum.ch

Table des matières

Préambule	2
1 L'interprofessionnalité au sein du système de santé suisse	4
1.1 La collaboration interprofessionnelle: pourquoi et comment?	4
1.2 Situation de la collaboration interprofessionnelle en Suisse	7
1.3 La formation interprofessionnelle, précurseur de la collaboration interprofessionnelle	9
1.4 Situation de la formation interprofessionnelle en Suisse	10
Digression 1: données chiffrées sur la formation et la collaboration interprofessionnelles en Suisse	11
1.5 Conclusion intermédiaire	12
2 Caractéristiques d'une formation interprofessionnelle réussie	13
2.1 Situation initiale	13
2.2 Que dit la littérature scientifique spécialisée?	14
2.2.1 «Presage»: conditions-cadres pour la formation interprofessionnelle	14
Digression 2: explication du terme «facilitateur»	16
2.2.2 «Process»: facteurs de processus pertinents pour la formation interprofessionnelle	17
2.2.3 «Product»: facteurs de résultat pertinents pour la formation interprofessionnelle	20
2.2.4 Une recherche nécessaire	21
2.3 Que disent les experts internationaux interrogés?	23
2.3.1 Caractéristiques d'une formation interprofessionnelle réussie	23
2.3.2 Forces et faiblesses de la formation interprofessionnelle dans plusieurs pays	24
2.3.3 Facteurs d'influence déterminants de la formation interprofessionnelle	28
2.3.4 Évaluation du besoin de recherche	36
2.3.5 Visions de la formation interprofessionnelle	38
2.4 Conclusion intermédiaire	38
3 Actions recommandées	40
3.1 Les parties prenantes des domaines de la formation, de la recherche, de la pratique et de la politique doivent être impliquées dans le développement et la mise en œuvre des formats de la formation interprofessionnelle	40
3.2 Une compréhension commune des objectifs d'apprentissage et des compétences interprofessionnelles est nécessaire	41
3.3 Les contenus des formations interprofessionnelles doivent être intégrés dans les programmes	41
3.4 Le rôle essentiel des facilitateurs dans la réussite de l'apprentissage des apprenants doit être pris en compte	42
3.5 La formation interprofessionnelle doit être conçue pour être efficace et axée sur la pratique	42
3.6 Le potentiel de la recherche dans le domaine de la formation interprofessionnelle doit être exploité	43
4 Perspectives	45
5 Annexe	46
5.1 Approche méthodologique	46
5.2 Articles utilisés pour un tour d'horizon de la littérature spécialisée	48
5.3 Experts interrogés	50
À propos des auteurs	52
Littérature	53

Préambule

2

L'évolution démographique, la hausse du nombre de maladies chroniques et la complexité grandissante du système de santé requièrent un changement de paradigme, et plus précisément le passage d'un travail monoprofessionnel vers une collaboration interprofessionnelle appliquée aux soins de santé. L'absence de coordination des soins prodigués par les spécialistes et une communication déficiente entre les groupes professionnels peuvent provoquer une insuffisance ou une surabondance de soins, des coûts superflus et des complications potentiellement mortelles. C'est pourquoi la collaboration entre les groupes professionnels revêt une importance croissante dans le domaine des soins.

L'interprofessionnalité appliquée à la formation et aux soins tient compte de ces évolutions du système de santé. Elle se concentre sur la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle des spécialistes issus de la médecine et de la santé afin de garantir des soins optimaux, ainsi qu'un bon accompagnement des patients et de leurs proches. Toutefois, l'interprofessionnalité inclut aussi explicitement une collaboration avec les patients et leurs proches.

La Fondation Careum (Zurich) entend être en avance sur son temps dans le domaine de l'interprofessionnalité. Depuis plus de dix ans, elle travaille donc sur des projets de grande qualité en rapport avec la formation et la collaboration interprofessionnelles dans le domaine de la santé. La Fondation encourage les échanges et les relations entre les groupes professionnels, les personnes concernées, les niveaux de formation et les institutions.

La ville de Zurich se révèle particulièrement bien dotée dans le domaine de la formation interprofessionnelle (formation initiale, formation continue et perfectionnement). À proximité directe du campus Careum ou sur le campus Careum, nous trouvons notamment la Faculté de médecine de l'Université de Zurich, le centre de formation Careum pour les professionnels de santé, la Careum Haute École de santé, l'hôpital universitaire et l'École polytechnique fédérale de Zurich. La ville de Winterthour (à environ 25 km de Zurich) abrite également la Haute école zurichoise de sciences appliquées (département de la santé) et le centre de formation dans le secteur de la santé. Ces établissements partagent un intérêt commun dans la formation interprofessionnelle, intérêt qui s'est déjà traduit par de nombreux cours interinstitutionnels et interprofessionnels. Récemment, une station de formation clinique interprofessionnelle a été mise sur pied à l'hôpital universitaire de Zurich avec le concours de la Fondation Careum, dans le cadre d'une collaboration réunissant six institutions.

Aspirant à faire progresser la formation interprofessionnelle dans toute la Suisse, la Fondation Careum entend, par le biais du présent Working Paper, encore renforcer l'accent sur l'avenir de la formation interprofessionnelle en Suisse. Le présent document s'attarde sur la situation réelle de cette formation dans le pays (chapitre 1), puis précise, dans une optique empirique (chapitre 2), les caractéristiques d'une bonne formation interprofessionnelle sur la base de travaux synoptiques pertinents (chapitre 2.2) et d'entretiens menés avec des

Pour des raisons de lisibilité, nous avons renoncé à utiliser simultanément les formes masculines et féminines. Il va de soi que les deux genres sont concernés.

experts de renommée internationale (chapitre 2.3) et d'autres personnes concernées (patiente, étudiant). Le lecteur trouvera enfin des recommandations formulées sur la base de ces éléments (chapitre 3).

De manière plus détaillée, le présent Working Paper a vocation à dresser le bilan des informations et des facteurs de réussite ainsi que des idées et perspectives d'avenir dans une optique nationale et internationale. Il vise à encourager des débats ultérieurs sur la formation interprofessionnelle dans les établissements de recherche, de formation et ceux spécialisés dans la pratique. Dans l'idéal, ces débats déboucheront sur des idées et orientations novatrices pouvant être appliquées dans toute la Suisse.

Le présent Working Paper est donc destiné aux responsables de formation, aux formateurs, aux personnes œuvrant au développement des facultés ou exerçant une fonction dirigeante dans le système de santé, aux professionnels de santé intéressés par la formation interprofessionnelle, aux patients intéressés par cette thématique et à leurs proches, aux responsables de la politique de santé et de formation et, enfin, aux apprenants.

Remerciements

Nous remercions les experts et personnes interrogés qui soutiennent naturellement ce projet et nous ont consacré du temps pour les entretiens. Nous remercions également chaleureusement Peter Berchtold, Iren Bischofberger, Irina Cichon, Manuela Eicher, Christian Schirlo et Cinzia Zeltner pour leur travail d'expertise sur le présent Working Paper et leurs précieux conseils dans l'optique de son traitement.

Gert Ulrich, Hermann Amstad et Sylvia Kaap-Fröhlich

1 L'interprofessionnalité au sein du système de santé suisse

4

1.1 La collaboration interprofessionnelle: pourquoi et comment?

Le système de santé suisse est confronté à des défis d'envergure. L'évolution démographique et la hausse du nombre de maladies chroniques entraînent un besoin accru en prestations médicales. Ce phénomène est en outre associé à une hausse régulière des coûts et même accentué par des traitements toujours plus complexes (ASSM, 2019). Concernant les soins de base médicaux en particulier, on déplore également une pénurie flagrante de spécialistes en santé et en médecine, que seule l'arrivée de spécialistes étrangers permet d'atténuer (Merçay, Burla & Widmer, 2016).

Pour relever ces défis, la collaboration interprofessionnelle entre les spécialistes concernés (médecins, personnel soignant, diététiciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) est à de nombreux égards considérée comme une option viable. Malgré l'insuffisance de preuves, nous partons du postulat que la collaboration interprofessionnelle peut améliorer la santé de la population et le ressenti des patients, tout en réduisant les dépenses de santé par habitant («triple aim») (Berwick, Nolan & Whittington, 2008; Brandt, Lutfiyya, King & Chioreso, 2014; Hansen, Jacobsen & Larsen, 2009). En complément de ce «triple aim» est venu s'ajouter le «quadruple aim» dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle, et qui met en avant l'importance du bien-être des professionnels de santé (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Khalili et al., 2019). De manière détaillée, la littérature spécialisée met en avant plusieurs effets de la collaboration interprofessionnelle: diminution des erreurs médicales, soins de meilleure qualité et plus efficaces (hospitalisations plus courtes et consommation de médicaments moindre p. ex.), sécurité et satisfaction accrues des patients (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth & Zwarenstein, 2013; Walkenhorst et al., 2015; Organisation mondiale de la santé, 2010). Sont également cités des effets positifs sur la satisfaction et la motivation des professionnels de santé, ainsi qu'une meilleure compréhension et confiance mutuelles dans la collaboration (Sottas & Kissmann, 2016).

En principe, il convient de différencier les professions médicales, dont les formations sont dispensées dans les universités suisses (médecine humaine, odontologie, chiropraxie, pharmacie, médecine vétérinaire) des professions de santé. Les formations à ces dernières sont proposées dans les hautes écoles spécialisées (soins, physiothérapie, diététique, ergothérapie p. ex.), les écoles supérieures (soins, analyse biomédicale, radiologie médico-technique) ou les écoles professionnelles (ASSC). Partant de la terminologie de l'Office fédéral de la santé publique, le présent texte simplifie ces formulations et parle de professions et professionnels de santé, qui englobent donc les professions de santé et les professions médicales.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la collaboration (interprofessionnelle) comme suit: «Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own.» (World Health Organization, 2010: 36). Certains auteurs attirent toutefois l'attention sur le fait que la collaboration interprofessionnelle ne peut pas faire l'objet d'une définition universelle, car les professionnels de santé la perçoivent de manière subjective à la lumière de différentes configurations de soins et en ont donc une compréhension variable (DiazGranados, Dow, Appelbaum, Mazmanian & Retchin, 2018; Schmitz, Atzeni & Berchtold, 2017).

Indépendamment de la constatation précédente, un consensus se dégage néanmoins: à elle seule, une catégorie professionnelle ne peut pas prodiguer de soins optimaux (voir «Ce qu'en disent les intéressés: la patiente»). Sur ce point, l'interprofessionnalité apporte plus qu'une collaboration et coexistence des professionnels de santé, qui présentent déjà largement une dimension multi-professionnelle. Il convient de dépasser les limites des silos professionnels à la faveur d'une collaboration interprofessionnelle (Khalili, Hall & DeLuca, 2014; Nowossadeck, 2013; Walkenhorst et al., 2015).

Toutefois, la mise en œuvre de l'interprofessionnalité implique des défis, que ce soit avec les différentes compréhensions des rôles de chacun, la question de la répartition des compétences, les attributions légales ou encore les domaines de responsabilité. Par ailleurs, des critiques s'élèvent, selon lesquelles la collaboration interprofessionnelle serait souvent annoncée comme la panacée pour un groupe hétéroclite de problèmes liés aux soins de santé (Organisation mondiale de la santé, 2010). De ce constat naîtrait une hypothèse erronée, selon laquelle la formation interprofessionnelle pourrait être ce futur remède miracle (Paradis & Whitehead, 2018).

Ce qu'en disent les intéressés: la patiente

La patiente interrogée rapporte plus d'expériences négatives que positives. Les discussions interprofessionnelles entre les professionnels de santé assurant les traitements sont selon elles bien trop rares. S'ils discutaient de la sorte, cela améliorerait l'efficacité des soumissions des propositions d'assurance p.ex. et les patients recevraient ainsi l'aide nécessaire plus rapidement.

Si, en revanche, les professionnels de santé remettent en question les évaluations d'autres confrères en présence du patient, ce dernier pourrait devenir inquiet et perdre confiance dans l'efficacité du traitement. Dans le domaine des soins hospitaliers, elle déplore les longues clarifications et les diagnostics différents (et parfois inappropriés), qu'une simple discussion avec le médecin traitant ou un spécialiste permettrait d'écourter de manière sensible. Elle fait également part de son incompréhension et de son agacement lorsqu'elle a dû rappeler à plusieurs reprises ses antécédents à l'hôpital. Du point de vue du patient, les visites et rapports interprofessionnels devraient être une évidence.

«Comme j'ai eu besoin de soins pendant une longue période, j'ai remarqué que les professionnels de santé ne parlaient pas souvent entre eux. (...) J'ai régulièrement vécu des situations où je devais tout reprendre depuis le début pour chaque professionnel de santé. Cela m'a rendue méfiante vis-à-vis de l'institution qu'est l'hôpital.» (C. Galfetti)

La patiente encourage l'intégration des patients et/ou des proches dans la formation interprofessionnelle. Selon elle, ce n'est en rien «aussi impressionnant et authentique que les comptes rendus factuels». Toutefois, il serait essentiel de préparer et de former les patients et/ou les proches à leur rôle dans l'enseignement.

Dans le cadre de l'enseignement, il conviendrait d'apporter une attention particulière à la possibilité d'aborder la question des préjugés entre les professions et dans l'idéal, d'y apporter une réponse. Par ailleurs, les apprenants devraient aussi être sensibilisés au fait que les patients les observent constamment lorsqu'ils effectuent

les soins à l'hôpital. Cette observation intègre également la manière dont les proches s'adressent aux professionnels de santé devant le patient ainsi que les mimiques et les gestes qu'ils adoptent lorsqu'ils se rencontrent. Le patient perçoit ces nuances subtiles, ce qui peut influencer sa guérison de manière significative. Il est donc essentiel de considérer le patient comme un membre de l'équipe et de parler avec lui, et non de lui. Le patient doit aussi participer aux discussions sur son traitement et aux prises de décision. Pour souligner la pertinence de ce thème, l'interprofessionnalité doit être considérée comme une matière obligatoire des cursus des professions de santé et en conséquence être prise en compte dans les examens.

Pour convaincre les patients de l'utilité de l'apprentissage professionnel, il serait possible de commencer par s'informer auprès des grandes organisations suisses de soutien aux patients (Fondation Suisse de Cardiologie, Ligue suisse contre le rhumatisme, Ligue contre le cancer, Société suisse de la sclérose en plaques, Info-Entraide Suisse p. ex.). Néanmoins, elle ne connaît pas d'organisation d'aide aux patients dépassant les clivages des maladies et s'attardant plus sur les aspects interprofessionnels. Ainsi, les collaborations avec l'OFSP, Info-Entraide Suisse, l'ASSM ou les associations d'autres professionnels de santé pourraient contribuer à la progression des aspects interprofessionnels dans les organisations de patients.

En guise de vision, la patiente souhaite des discussions régulières des médecins traitants avec les confrères d'autres disciplines et l'intégration des patients en tant qu'expert de leur affection. Par ailleurs, il conviendrait de supprimer les hiérarchies entre les professions de santé et au sein desdites professions car «il ne s'agit pas de soigner son ego, mais de s'occuper des patients».

1.2 Situation de la collaboration interprofessionnelle en Suisse

La mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle au sein du système de santé suisse a été et demeure un processus long et exigeant, qui s'est mis en place relativement tard par rapport aux pays scandinaves et anglo-saxons. Au début des années 2000, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a, pour la première fois en Suisse, abordé le principe de la collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les soignants. Publiée en 2004, la feuille de route intitulée «Buts et missions de la médecine au début du 21^{ème} siècle» s'attarde sur les relations entre médecins et soignants. Elle a ainsi proposé un nouveau modèle dans lequel ces deux catégories professionnelles ne s'inscrivent plus de manière antagoniste ou, dans le meilleur des cas, se superposent, mais sont au contraire mises sur un pied d'égalité avec les autres professionnels de santé, sous les auspices de la médecine (ASSM, 2004).

Partant de cette feuille de route, un groupe de travail a publié en 2007 le rapport «Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers», qui est venu concrétiser la vision de 2004 (ASSM, 2007). L'une des recommandations du rapport portait sur la rédaction d'une «charte» de collaboration entre professionnels de santé. En 2014, un groupe travail interprofessionnel a rédigé et publié ce document (ASSM, 2014): la charte «entend refléter l'esprit de coopération des professionnels de la santé et constitue la base du virage culturel souhaité». Dans le cadre d'un symposium «Interprofessionnalité» de l'ASSM, qui a proposé une plateforme d'échange et d'interconnexion entre différentes catégories professionnelles, un prix «Interprofessionnalité» a également été décerné afin de récompenser les exemples de meilleures pratiques et d'en faire la publicité.

La charte de l'ASSM sur l'interprofessionnalité part de la supposition que l'application de la collaboration interprofessionnelle requerrait une adaptation des lois, des ordonnances et des tarifs par les instances politiques compétentes. Au niveau fédéral, une telle adaptation porterait sur la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, 1994). D'autres lois, à l'image de la loi sur les professions médicales (LPMéd, 2018) et de la loi fédérale sur les professions de la santé (LP-San, 2016) ont quant à elles un rapport au moins indirect avec l'interprofessionnalité: ainsi, les personnes diplômées devraient «savoir tirer des enseignements de la collaboration interdisciplinaire avec des membres d'autres professions» (art. 6 LPMéd) et «connaître les processus de réflexion, de décision et d'action dans le domaine de la santé, tenir compte de l'interaction entre les différentes professions de la santé et d'autres acteurs impliqués dans le système de soins et accorder leurs propres mesures de manière optimale à ces paramètres» (art. 3 LP-San).

À l'article 35, la LAMal définit en tant que «fournisseurs de prestations» le groupe de personnes admises à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En vertu de cet article, les soignants et représentants d'autres professions médicales peuvent pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins uniquement à la demande d'un médecin. Les tarifs existants et la comptabilisation des

prestations au niveau du croisement des soins (ambulatoire – ambulatoire ou ambulatoire – stationnaire) viennent compliquer la collaboration interprofessionnelle et entraînent des surcoûts administratifs, en particulier pour le domaine ambulatoire (econcept, 2019). Seul un médecin peut décompter les prestations d'échange et de coordination se déroulant dans un cadre interprofessionnel. L'«Initiative sur les soins infirmiers» transmise par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) entend modifier cette réglementation. Le Conseil fédéral propose certes de rejeter cette initiative, mais des signaux laissent entendre que le Parlement souhaite la reprendre dans une contreproposition.

Par ailleurs, le Conseil fédéral a lancé en 2016 le programme de promotion «Interprofessionnalité dans le domaine de la santé». De 2017 à 2020, ce programme soutient, avec une enveloppe de trois millions de francs, des projets de recherche dans le domaine de la formation et des soins interprofessionnels ainsi que la documentation des offres interprofessionnelles en tant que «modèles de bonne pratique». Cette documentation des offres interprofessionnelles revêtant un caractère exemplaire doit donner une impulsion pour la mise en œuvre et/ou le développement de configurations interprofessionnelles pour la formation et les soins sur plusieurs sites. Les premiers modèles ont été publiés en juin 2018 sur le site Internet de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La liste est complétée à intervalles réguliers (OFSP, 2019b).

Les médecins de famille suisses interviennent principalement dans le domaine ambulatoire (Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse, MFE). Dès 2013, ils ont organisé un atelier «Interprofessionnalité» auquel ont participé l'Office fédéral de la santé publique, l'institut zurichois de médecine générale, les représentants des pharmaciens, les représentants des professionnels en soins infirmiers, de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, des assistants médicaux et de l'ASI. Il en a résulté, fin 2013, la création de la «Plateforme Interprofessionnalité», qui cible les soins ambulatoires de premier recours. Début 2018, la plateforme s'est constituée en association qui compte actuellement douze membres. Cette plateforme devrait ainsi encourager le dialogue et les échanges d'idées et renforcer la qualité des soins interprofessionnels au sein des associations professionnelles (Plateforme Interprofessionnalité, 2019).

En 2018, l'association «SwissIPE» a été fondée. Son travail est axé sur la collaboration interprofessionnelle et le leadership dans le cadre des soins ambulatoires; l'association propose également des formations dans ces domaines (SwissIPE, 2019). Les formations s'appuient sur les cours ehpic reconnus au niveau international (Educating Health Professionals in Interprofessional Care) de l'Université de Toronto. Leur contenu a été adapté au système de santé suisse.

Actuellement, personne ne dispose d'une vue d'ensemble complète et solide indiquant où et sous quelle forme la collaboration interprofessionnelle est appliquée en Suisse. On trouve certes des indications sous la forme de la liste

susmentionnée de l'OFSP ou de la liste des lauréats du prix «Interprofessionnalité» de l'ASSM (voir tableau 1 et figure 1 de la digression 1 p. 11 sur la formation et la collaboration interprofessionnelles en Suisse). La plateforme «Interprofessionnalité» publie également des exemples de meilleures pratiques sur son site Internet.

1.3 La formation interprofessionnelle, précurseur de la collaboration interprofessionnelle

De nombreuses organisations de santé et associations spécialisées renommées, tant nationales ou qu'internationales, sont unanimes: la collaboration interprofessionnelle suppose que les professionnels de santé possèdent les compétences interprofessionnelles requises (Frenk et al., 2010; Khalili et al., 2014; Organisation mondiale de la santé, 2010) et qu'ils aient acquis ces compétences pendant leur formation (OFSP, 2013; Pollard, Miers & Gilchrist, 2004; Thistlethwaite, Moran & groupe d'étude OMS sur l'enseignement interprofessionnel et la collaboration dans l'exercice de la profession, 2010). La majorité des spécialistes s'accordent à dire que les formations correspondantes doivent être dispensées dans une optique interprofessionnelle et non monoprofessionnelle. L'OMS définit la formation interprofessionnelle (interprofessional education) comme suit: «Interprofessional education is the process by which students from different professional programmes learn together during certain periods of their education with a view to enhancing collaboration and team work, and ultimately improving patientcentred care» (World Health Organization, 2013: 23).

Au niveau international, les espérances envers la formation interprofessionnelle et le potentiel que l'on peut en attendre sont à un niveau très élevé et le nombre de publications internationales sur la formation interprofessionnelle augmente constamment. Des critiques s'élèvent néanmoins et mettent en avant le niveau insuffisant des preuves pour de nombreux effets supposés, tout en déplorant l'absence d'une vraie base théorique (Paradis & Whitehead, 2018). L'OMS elle-même a établi que d'autres études sont nécessaires pour justifier l'efficacité de la formation interprofessionnelle concernant l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et des résultats concernant les patients (Organisation mondiale de la santé, 2013). Cette situation perfectible peut être imputable au nombre insuffisant d'études comparables de qualité, mais aussi au fait que ces études et interventions sont complexes sur le plan logistique, chronophages et onéreuses (Paradis & Whitehead, 2018; Reeves et al., 2016). L'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2013: 44) arrive donc à la conclusion que la formation interprofessionnelle requiert plus de travaux de recherche ou de preuves de qualité: «There is a need to obtain much better evidence in institutions with both programmes and resources available to support the necessary research». Elle recommande donc: «We recommend the option only in the context of rigorous research.»

1.4 Situation de la formation interprofessionnelle en Suisse

Dans une feuille de route, la Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA, société allemande de la formation médicale) a décrit en 2015 la situation de la formation interprofessionnelle, entre autres en Suisse, et a, à cette occasion, distingué deux niveaux d'action (Walkenhorst et al., 2015): le niveau politico-stratégique et le niveau opérationnel des institutions de formation.

Au niveau politico-stratégique, le Conseil fédéral a, dans le cadre de la stratégie «Santé2020», accordé une grande importance à la formation interprofessionnelle. Il justifie cette décision en raison des futurs défis liés à la fourniture de services de santé adaptés aux besoins, en particulier concernant l'accès aux soins et le maintien d'un bon niveau de qualité. Dans le cadre du programme de promotion «Interprofessionnalité» (voir chapitre 1.2), l'OFSP a aussi initié de nombreux projets de recherche (OFSP, 2019a). Quinze projets ont ainsi été lancés dans le domaine «Exercice de la profession», contre trois dans le domaine «Formation».

Si l'on s'attarde sur les établissements de formation, on ne constate aucun concept curriculaire global à un niveau supérieur, peut-être en raison de la structure fédérale de la Suisse. En lieu et place d'un tel concept, nous observons une multitude de projets interprofessionnels indépendants les uns des autres. Selon Walkenhorst et al. (2015), une telle évolution serait favorisée, d'une part, par les objectifs généraux et abstraits de la LPMéd et de la LPSan (voir chapitre 1.2) et, d'autre part, par les cursus basés sur les compétences mis en place dans les facultés de médecine, les hautes écoles spécialisées et les écoles supérieures. Par ailleurs, l'académisation des métiers de la santé et la réforme de Bologne ont donné des marges de manœuvre structurelles intéressantes pour l'application de configurations interprofessionnelles d'enseignement et d'apprentissage, et ce même dans les filières suisses de formation en médecine humaine. Les compétences du «collaborator» selon le modèle des rôles de CanMed (Frank, 2005) figurent dans les compétences finales des professions de santé enseignées dans les hautes écoles spécialisées (Ledergerber, Mondoux & Sottas, 2009) et dans les compétences des professions médicales (PROFILES) (Michaud, Jucker-Kupper & Members of the Profiles Working Group, 2017). De manière précoce, les hautes écoles spécialisées ont déjà mis en place, pour satisfaire à leurs obligations, des cours interprofessionnels rassemblant des étudiants de différentes filières (en premier lieu le personnel infirmier, les physiothérapeutes, les sages-femmes, les ergothérapeutes, les diététiciens). Dans un premier temps, les facultés de médecine ont procédé par étapes successives pour permettre à leurs étudiants de participer à cette forme d'apprentissage, exclusivement de manière ponctuelle et sur une base volontaire. Le concept d'enseignement interprofessionnel créé par la haute école spécialisée de Lausanne, la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne et l'hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) (Michaud et al., 2011), ainsi que le projet réunissant la haute école spécialisée de Genève, le Centre Médical Universitaire (CMU) et la Faculté de médecine de l'Université de Genève ont été pendant longtemps des exceptions. Aujourd'hui, toutes les facultés de médecine suisses proposent des formations interprofessionnelles.

Bianchi, M. et al.: Le potentiel de la formation interprofessionnelle de base dans le domaine de la santé: analyse de l'impact d'une expérience de formation interprofessionnelle en Suisse italienne

Huber, M. et al.: Compétences relatives à la collaboration interprofessionnelle et formats d'enseignement adaptés dans le contexte suisse – une méthode de recherche mixte

Gurtner, A. et al.: Intégration de contenus de formation dans les programmes des différents cours de formation continue et postgrade dans la santé

Données chiffrées sur la formation et la collaboration interprofessionnelles en Suisse

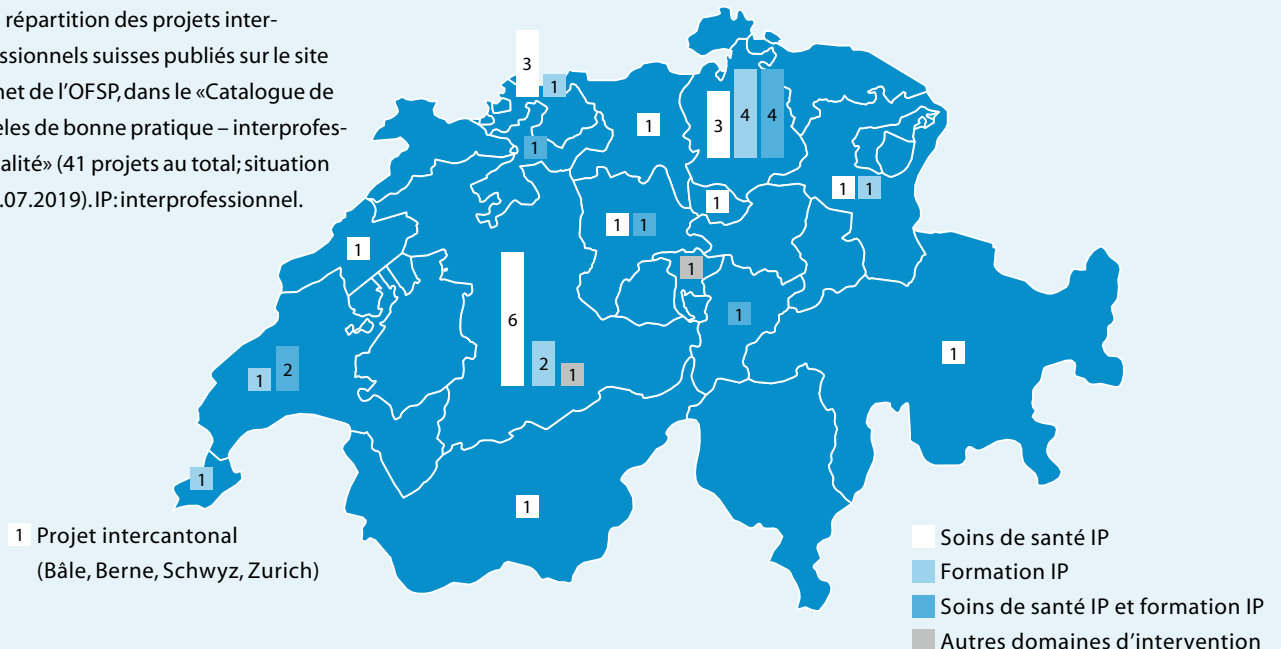
Tableau 1: nombre de projets récompensés par le prix de l'ASSM «Interprofessionnalité» (ASSM 2018) dans les cantons

Le tableau 1 regroupe les projets récompensés par le prix de l'ASSM «Interprofessionnalité». Les projets portent tant sur la formation interprofessionnelle que sur les soins de santé.

La figure 1 illustre la répartition régionale des projets sur la «formation interprofessionnelle» et les «soins de santé/la collaboration interprofessionnels» en Suisse, telle qu'elle figure sur le site Internet de l'OFSP.

Canton	Prix ASSM 2016	Prix ASSM 2017	Prix ASSM 2018	Total
Argovie	2	–	–	2
Bâle	2	1	–	3
Berne	5	3	2	10
Genève	3	1	1	5
Lucerne	–	–	1	1
Tessin	–	1	–	1
Vaud	8	6	–	14
Zoug	1	1	–	2
Zurich	5	4	3	12
Niveau intercantonal	3	1	–	4
Total	29	18	7	54

Fig. 1: répartition des projets interprofessionnels suisses publiés sur le site Internet de l'OFSP, dans le «Catalogue de modèles de bonne pratique – interprofessionnalité» (41 projets au total; situation au 10.07.2019). IP: interprofessionnel.



Ces deux représentations montrent que des projets interprofessionnels ont été ou sont menés dans 15 cantons au total. Jusqu'à présent, le canton de Vaud a reçu la majorité des prix de l'ASSM «Interprofessionnalité», le canton de Zurich comptant quant à lui le plus grand nombre d'exemples des meilleures pratiques. Dans le domaine de la formation, les projets se limitent aux cantons dotés de hautes écoles, ce qui n'est guère surprenant.

À Zurich, la première station clinique de formation interprofessionnelle de Suisse a fait l'objet d'un essai pilote et est actuellement mise en œuvre de manière permanente à l'hôpital universitaire de Zurich. Avec son approche théorique solide et éprouvée sur le terrain, le concept de cette station zurichoise de formation interprofessionnelle («ZIPAS») peut ainsi être étendu à d'autres domaines médicaux, d'autres hôpitaux ou d'autres groupes professionnels (Fondation Careum, 2019).

1.5 Conclusion intermédiaire

Des preuves scientifiques confirment que l'interprofessionnalité appliquée à la santé peut améliorer les résultats des traitements. L'interprofessionnalité comporte deux facettes: la collaboration interprofessionnelle et la formation interprofessionnelle. Dans ce contexte, la formation doit permettre d'ouvrir la voie à la collaboration. En Suisse, l'historique de l'interprofessionnalité est relativement court. Cependant, beaucoup de choses ont été faites depuis le début du nouveau millénaire. Sur le principe, la Suisse peut s'appuyer sur des conditions-cadres politiques satisfaisantes pour encourager le développement de l'interprofessionnalité. La LPMéd et la LPSan réglementent, en tant que compétence, la collaboration entre les professionnels de santé, mais les formulations afférentes sont malheureusement trop peu concrètes. Par ailleurs, la formation interprofessionnelle n'est pas encore appliquée conformément aux directives légales dans toutes les filières.

Ces cinq dernières années, l'OFSP et l'ASSM ont fait avancer cette thématique à l'aide de diverses mesures, à l'image de la charte de l'interprofessionnalité, de la liste des exemples de meilleures pratiques, de l'encouragement de la recherche et d'un prix décerné chaque année. Il est réjouissant de constater que les deux aspects de l'interprofessionnalité (formation et collaboration) sont en principe pris en compte. Ces dernières années, plusieurs projets interprofessionnels ont ainsi pu être mis sur pied grâce à des conditions-cadres favorables (voir tableau 1 et figure 1 de la digression 1, p. 11 sur la formation et la collaboration interprofessionnelles en Suisse).

2 Caractéristiques d'une formation interprofessionnelle fructueuse

2.1 Situation initiale

13

La littérature spécialisée fait de nombreuses allusions au grand potentiel de la formation interprofessionnelle; dans le même temps, des voix critiques se font de plus en plus entendre pour dénoncer les preuves et les bases théoriques insuffisantes dans ce domaine. Partant de ce constat, il semble opportun de dresser un état des lieux, d'identifier les défis et de formuler sur cette base des idées, des pistes de réflexion et des recommandations pour l'avenir de la formation interprofessionnelle. L'examen des travaux synoptiques actuels a permis de regrouper les effets actuellement au cœur des débats et de désigner les aspects et défis importants pour l'avenir de la formation et de la collaboration interprofessionnelles. Les articles sélectionnés pour l'examen de la littérature sont décrits brièvement à l'annexe 5.2.

Afin de mieux classer les aspects et défis mis en avant dans cette littérature et savoir comment les aborder efficacement de manière durable, nous nous sommes également entretenus avec des experts de renommée internationale (voir annexe 5.3). Les précisions apportées par ces intervenants et les renseignements tirés de la littérature spécialisée ont permis de formuler des recommandations. L'annexe 5.1 présente de manière plus détaillée la méthodologie choisie.

Afin d'organiser les facteurs d'influence de la formation interprofessionnelle issus de la littérature spécialisée, le présent Working Paper s'appuie sur le modèle 3P de Biggs (Biggs, 1993). Les trois «P» signifient «Presage», «Process» et «Product» (conditions-cadres, processus, résultat). En 2004, Freeth & Reeves ont appliqué ce modèle à la formation interprofessionnelle et décrit les facteurs correspondants à chaque «P» (voir tableau 2, p. 14).

Tableau 2: facteurs d'influence de la formation interprofessionnelle selon Freeth & Reeves (2004) [traduction personnelle].

Conditions-cadres («Presage»)	Facteurs de processus («Process»)	Facteurs de résultat («Product»)
<p>Contexte, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Climat politique • Cadre réglementaire • Financement • Nombre d'apprenants • Contraintes d'espace et de temps • Exigences concurrentes concernant le plan de formation <p>Caractéristiques des enseignants, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceptions de l'apprentissage et de l'enseignement • Conceptions de la collaboration • Connaissances spécialisées des apprenants <p>Caractéristiques des apprenants, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceptions de l'apprentissage • Approche d'apprentissage privilégiée • Conception de la collaboration • Attentes et motivation 	<p>Approches de l'enseignement et de l'apprentissage, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniprofessionnelle, multiprofessionnelle ou interprofessionnelle • Avant/après la qualification • Apprentissage formel ou informel • Apprentissage axé sur le travail • Enseignement à distance • Expérience obligatoire ou facultative • Durée de la formation • Style de présentation • Enseignement en équipe 	<p>Compétences collaboratives, p. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Points de vue • Perceptions • Connaissances • Compétences • Comportement • Pratique

La méthodologie de recherche, qui illustre également un volet substantiel de la formation interprofessionnelle, est abordée après les facteurs 3P, au chapitre 2.2.4.

2.2 Que dit la littérature scientifique spécialisée?

2.2.1 «Presage»: conditions-cadres pour la formation interprofessionnelle

Le soutien apporté par les responsables dirigeants est un facteur essentiel du développement et de la mise en œuvre des formats interprofessionnels de formation. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut disposer de ressources suffisantes (personnel, temps ou finances). Reeves et al. (2016) soulignent que la

Contexte

mobilisation et l'engagement en faveur de la formation interprofessionnelle par les niveaux de direction concernés («commitment from leadership», engagement des dirigeants) sont cruciaux.

Souvent, la formation interprofessionnelle est révéle complexe au niveau logistique et donc onéreuse. Les programmes d'étude des métiers de la santé et des professions médicales doivent être synchronisés, les locaux et le corps enseignant doivent être organisés et préparés, et le nombre des étudiants à former, présents dans de nombreux sous-groupes, peut parfois être très élevé. Pour les participants au travail nécessaire de planification, cela représente fréquemment un ajout à leur travail quotidien ou un travail bénévole (Paradis & Whitehead, 2018). L'objectif consiste donc à simplifier la future formation interprofessionnelle sur le plan logistique, à l'alléger afin qu'elle requiert moins de ressources techniques et à la rendre moins onéreuse. Ce n'est qu'à ce prix qu'elle sera à la fois durable et efficace.

Dans ce contexte, il a été proposé, de façon réitérée, de constituer des partenariats entre les établissements de formation et ceux spécialisés dans la pratique pour un financement commun des configurations interprofessionnelles à mettre en œuvre sur le long terme (Reeves et al., 2016). Afin de disposer des fonds nécessaires, il conviendrait donc de former des alliances au sein des organisations et des autorités, ainsi qu'entre elles. Les initiatives en faveur de la formation interprofessionnelle devraient être intégrées dans les structures cliniques et celles des hautes écoles, un accord devant être conclu au sein des organisations participantes pour définir les ressources financières et en personnel, le temps alloué et les locaux. Dans certains pays (États-Unis, Canada), la formation interprofessionnelle bénéficie du soutien des gouvernements, par le biais de fonds de tiers, afin qu'elle puisse faire partie intégrante des programmes de formation. Dans de nombreux pays (États-Unis, Canada, Grande-Bretagne, Australie p. ex.), la formation interprofessionnelle fait déjà partie des programmes de médecine (Khan, Shahnaz & Gomathi, 2016).

Dans le système de santé actuel, la collaboration interprofessionnelle occupe encore trop peu d'importance, ce qui peut souvent être une source de frustration chez les professionnels débutant leur carrière et sensibilisés à l'interprofessionnalité. La formation interprofessionnelle doit donc aussi montrer dans quelle mesure le système et les structures qui le composent limitent les opportunités offertes par la collaboration interprofessionnelle. Selon Paradis & Whitehead (2018), il convient de montrer aux apprenants comment ils peuvent évoluer au sein de ces structures et les transformer.

**Caractéristiques des
enseignants**

En règle générale, on constate que la réussite des étudiants dans le cadre des formats interprofessionnels de formation dépend étroitement du rôle des «facilitateurs» (voir également la digression 2, p. 16 sur ce terme).

Explication du terme «facilitateur» (de l'anglais «to facilitate»: faciliter, permettre, encourager, soutenir)

Outre les termes «supervisor», «coach», «trainer» ou «tutor», la littérature internationale sur l'accompagnement interprofessionnel des apprenants a également généralisé l'usage du terme «facilitator», qui n'évoque pas le rôle des enseignants, mais plutôt celui d'un accompagnant de l'apprentissage. Dans ce cadre, ce n'est pas donc l'apprentissage en tant qu'expertise qui est mis en avant, mais plutôt le travail avec les apprenants (Oandasan & Reeves, 2005). Les facilitateurs aident ainsi les apprenants à apprendre les uns des autres dans une équipe et à trouver des solutions en commun et de manière autonome, tout en restant

plutôt en arrière-plan et sans imposer de solutions concrètes. Hylin (2010: 57) décrit également le rôle des facilitateurs de manière semblable: «Un facilitateur aide les étudiants à travailler ensemble. Ce n'est pas un professeur; il ou elle n'«enseigne» pas au sens de «transférer des connaissances». Il s'agit plutôt d'une personne qui peut initier des processus intellectuels en posant les bonnes questions. Le facilitateur n'est pas une base de données, mais plutôt une source de questions pour aider les étudiants à entamer une réflexion ou à commencer à travailler dans la bonne direction.»

L'expertise et le soutien de ces intervenants, apportés par le biais des processus de «faculty development» (perfectionnement du corps professoral), sont donc des éléments essentiels du facteur «Presage». Les facilitateurs doivent néanmoins se voir accorder la marge de manœuvre nécessaire pour pouvoir développer leurs aptitudes (compréhension du concept pédagogique, développement d'aspects éthiques chez les apprenants, perception de ces derniers en tant qu'acteurs capables de réflexion p. ex.) (Reeves et al., 2016). Ainsi, dans le cadre des stations de formation interprofessionnelles, on constate que les facilitateurs mobilisés voient dans leur mission une tâche exigeante sur le plan cognitif, requérant beaucoup de travail et de temps. Ils devraient donc être préparés à cette tâche à l'aide de formations structurées et être familiarisés avec les objectifs pédagogiques interprofessionnels (Oosterom, Floren, Ten Cate & Westerveld, 2018).

Les facilitateurs ont alors pour mission de créer un environnement d'apprentissage motivant, sûr et familier dans une configuration interprofessionnelle et de communiquer un sentiment d'estime et de respect à tous les participants et à toutes les professions (Reeves et al., 2016). Les facilitateurs exercent en particulier une influence majeure sur la réussite de l'apprentissage interprofessionnel s'ils s'inscrivent dans une relation d'égal à égal avec les apprenants en qualité d'accompagnateur ou de partenaire et instaurent un cadre pour un enseignement formel et informel (Reeves et al., 2016).

L'analyse des stations de formation interprofessionnelles a permis de mettre en évidence que les objectifs d'apprentissage interprofessionnels ne sont pas toujours clairs, non seulement pour les facilitateurs, mais aussi pour les apprenants et que ces objectifs devraient donc leur être communiqués dans un esprit de cohérence (Oosterom et al., 2018).

Steinert et al. (2007: 1057) définissent, d'après Bland et al. (1990) et Centra (1978), le «faculty development» comme un large ensemble d'activités que les institutions utilisent pour renouveler ou assister les facultés dans leurs rôles. En d'autres termes, ce «développement facultaire» est un programme planifié ou un ensemble de programmes conçus pour préparer les institutions et les membres des facultés à assumer leurs différents rôles.

Caractéristiques des apprenants

Concernant les aptitudes des apprenants, on trouve plusieurs facteurs dont l'influence sur la réussite du format interprofessionnel de formation est précisée. Parmi ces facteurs, citons la motivation, l'attitude vis-à-vis de la formation interprofessionnelle, les stéréotypes présents, l'âge, le sexe et la profession. Malheureusement, des études qualitatives manquent toujours à l'appel afin de préciser, au vu de ces facteurs d'influence, des travaux de recherche qui restent parfois très contradictoires (Reeves et al., 2016). Selon Sottas et al. (2016), une condition de base d'une formation interprofessionnelle réussie réside dans le respect, par les apprenants, de l'individualité, des différences et de la diversité au sein des groupes professionnels et entre ces groupes avec lesquels ils apprennent et collaborent.

2.2.2 «Process»: facteurs de processus pertinents pour la formation interprofessionnelle

Pour Sottas et al. (2016), plusieurs facteurs de processus ont une influence majeure sur la réussite de la formation interprofessionnelle. Nous trouvons notamment les quatre facteurs suivants:

- **Temps:** les étudiants ont besoin de temps pour les processus d'apprentissage, de développement et de réflexion.
- **Respect du processus:** ce n'est pas un exercice isolé qui détermine la réussite de la formation interprofessionnelle, mais l'ensemble des activités en rapport avec cette formation ainsi que le traitement des expériences éducatives pendant les études.
- **Planification:** il y a lieu de veiller au déroulement et à l'intégration des activités interprofessionnelles dans le processus de formation. Au début de la formation, d'autres activités sont nécessaires, notamment celles favorisant la connaissance mutuelle des participants à la formation et l'établissement d'un climat de confiance.
- **Contrôle des émotions:** des processus dynamiques de groupe sont mis en place. Ils agissent au niveau de l'affectif et encadrent le ressenti vis-à-vis d'autrui et des inconnus.

Partant de ces quatre aspects, le rapport distingue trois phases de la formation interprofessionnelle: la phase initiale consiste à découvrir l'interprofessionnalité («exposure»), la phase intermédiaire permet de «se plonger dans l'interprofessionnalité» («immersion»), et la dernière phase est mise à profit pour acquérir les compétences interprofessionnelles («competence»).

Diverses méthodes d'apprentissage sont appliquées selon l'étape. La qualité des méthodes d'apprentissage possibles s'inscrit dans une progression: apprentissage basé sur la théorie et les échanges pendant la phase initiale, apprentissage basé sur l'observation et les simulations pendant la phase intermédiaire et apprentissage fondé sur les actions et la pratique lors de la dernière phase (voir tableau 3, p. 18).

Tableau 3: typologie des méthodes d'apprentissage interprofessionnelles et mise en relation avec les phases de formation selon Sottas et al. (2016).

Phase	Classification	Méthodes d'apprentissage
Phase initiale: «Exposure»	Apprentissage basé sur la théorie	Introductions, cours sur la conception et les preuves de la formation interprofessionnelle; dimension normative, sensibilisation (exercice d'entraînement)
	Apprentissage basé sur les échanges	Débats, jeux, discussions de cas, résolution de problèmes, séminaires, ateliers, jeux de rôles improvisés (salle de classe/séminaire)
Phase intermédiaire: «Immersion»	Apprentissage basé sur l'observation	Observation de la pratique quotidienne, suivi du quotidien d'un spécialiste
	Apprentissage basé sur des simulations	Jeux de rôles (de longue durée), entraînement des compétences, simulation sur des mannequins ou avec des acteurs
Dernière phase: «Compétence»	Apprentissage basé sur les actions	Projets communs, apprentissage basé sur les problèmes, apprentissage basé sur les cas, recherche commune
	Apprentissage basé sur la pratique	Exercices interprofessionnels pratiques dans un environnement de travail ultérieur fidèle à la réalité

Concernant les méthodes d'apprentissage, Khan et al. (2016) ont également identifié dans leur documentation neuf méthodes d'apprentissage/d'enseignement, qui s'appliquent à la formation interprofessionnelle (traduction personnelle):

- programmes de formation basés sur des simulations (en tant que forme principale);
- rotations entre configurations en milieu rural et communal;
- stations de formation interprofessionnelles;
- études de cas centrées sur les patients;
- ateliers thématiques;
- séminaires pour étudiants;
- cours assurés par des étudiants;
- activités dans le domaine de la promotion de la santé;
- présentations interactives.

Les 33 études analysées par Fox et al. (2018) relatives à la formation interprofessionnelle des étudiants aux métiers de la santé révèlent que les simulations

constituent la principale méthode d'apprentissage/d'enseignement. Nous trouvons ensuite la formation expérimentale et les groupes d'apprentissage actifs (apprentissage en ligne, ateliers, travaux basés sur des cas, discussions et jeux de rôles). Indépendamment de la méthode d'enseignement, la plupart des activités d'apprentissage, pendant lesquelles les équipes interprofessionnelles interagissent, semblent entraîner des modifications positives dans la perception et l'attitude des étudiants vis-à-vis de la formation interprofessionnelle. En raison du faible nombre d'études randomisées, mais aussi de l'hétérogénéité des études au vu du nombre de cas, de la composition des professions, de la durée des offres et de leur qualité perfectible, Fox et al. (2018) estiment qu'il est impossible de tirer des conclusions définitives sur la meilleure méthode d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle pour les étudiants en médecine.

En revanche, les auteurs de la littérature spécialisée estiment unanimement qu'il est nécessaire d'organiser l'apprentissage interprofessionnelle de manière réaliste et pertinente pour la pratique. À cet égard, les stations de formation interprofessionnelles doivent être considérées comme particulièrement judicieuses et donc être définies en quelques mots.

La majorité des stations cliniques de formation interprofessionnelles décrites dans la littérature spécialisée s'inspirent du modèle des premières stations mises en place en Suède (Oosterom et al., 2018; Ponzer et al., 2004). Une station de formation débute habituellement par une présentation d'une demi-journée ou d'une journée pour les apprenants. Ces derniers sont majoritairement issus des domaines de la médecine et des soins. On trouve aussi parfois des membres d'autres branches comme la physiothérapie, l'ergothérapie, le travail social, la pharmacie, l'odontologie et la logopédie. Les groupes comptent de deux à douze apprenants. Ces derniers ont tous entamé la dernière étape de leur formation ou de leurs études si bien que l'on peut attendre de leur part une grande autonomie et une grande expertise concernant les soins aux patients. Un stage dure généralement deux à trois semaines, mais on rapporte aussi des durées allant jusqu'à six semaines. Selon Oosterom et al. (2018) et sur le modèle de Reeves & Freeth (2002), la durée de deux semaines pour une station de formation, telle qu'on l'observe fréquemment, est trop courte car il n'est possible de tirer pleinement parti de la collaboration interprofessionnelle qu'après une certaine phase d'acclimatation. Les stations de formation interprofessionnelles peuvent être mises en place avec diverses disciplines médicales, comme la l'orthopédie (surtout en Suède), la gériatrie, la pédiatrie et la médecine générale ainsi que les stations de soins palliatifs, de soins d'urgence et de rééducation.

Le rapport de Sottas et al. (2016) indique également les champs d'action possibles de la formation interprofessionnelle. Il établit une hypothèse selon laquelle une structuration forte des compétences, comme on la rencontre généralement pour les soins aigus et les soins d'urgence, compliquent les processus de développement dynamiques au sein des groupes. Par conséquent, les exercices plutôt adaptés à la formation interprofessionnelle sont ceux présentant un faible degré d'urgence en termes de soins (patients atteints de maladies

chroniques p. ex.). Dès lors, il ne s'agit pas d'une intervention ponctuelle, mais d'un processus requérant plusieurs prestataires et pour lesquels la dimension affective entre en ligne de compte.

2.2.3 «Product»: facteurs de résultat pertinents pour la formation interprofessionnelle

La littérature spécialisée sur la formation interprofessionnelle classe généralement les résultats obtenus («products») sur la base d'une extension et d'une adaptation, réalisée par Barr et al. (2005), du modèle classique de Kirkpatrick pour les programmes de formation (Kirkpatrick, 1976), qui s'est imposé dans la formation médicale. Ce modèle décrit six niveaux non hiérarchiques prenant en compte tant les patients que les aspects organisationnels:

- **Niveau 1** Réaction: perspectives générales des apprenants
- **Niveau 2a** Modification des points de vue et connaissances des apprenants
- **Niveau 2b** Acquisition d'un savoir et d'aptitudes
- **Niveau 3** Modifications du comportement des apprenants dans la pratique professionnelle
- **Niveau 4a** Modifications et répercussions dans la pratique de l'institution
- **Niveau 4b** Avantages pour les patients et clients

La synthèse de Reeves et al. (2016), qui porte sur 46 études, a mis en évidence dans l'ensemble un nombre plus élevé de résultats positifs dans les niveaux documentés selon le modèle de Kirkpatrick. Le faible nombre d'études évoquant les niveaux 3 (n = 20), 4a (n = 14) et 4b (n = 11) constitue néanmoins un point marquant.

En raison de la qualité insuffisante des données, le rapport Cochrane de Reeves et al. (2013) n'a tenu compte que de 15 études: sept d'entre elles rapportent des résultats positifs pour les processus de soins ou les résultats des patients, quatre font état de résultats mitigés (positifs et neutres) et les quatre dernières ne recensent aucun effet. Les auteurs du rapport arrivent à la conclusion que l'hétérogénéité des études et les limitations méthodologiques ne permettent pas de déterminer avec précision, en dépit de quelques résultats positifs, si la formation interprofessionnelle a l'effet escompté. L'étude d'Oosterom et al. (2018) sur les effets des stations de formation interprofessionnelles révèle toutefois des résultats prometteurs concernant les compétences des étudiants et la satisfaction des patients.

Selon Sottas et al. (2016), l'acquisition de compétences interprofessionnelles en rapport avec la collaboration constitue un point essentiel parmi les facteurs de résultat de la formation interprofessionnelle. Le rapport différencie ainsi les compétences interprofessionnelles «taxonomiquement élevées» (compétences clés) et les compétences interprofessionnelles «taxonomiquement basses» (bases). Ces bases constituent néanmoins une condition nécessaire à l'acquisition des compétences clés.

Les compétences suivantes sont qualifiées de bases: perception, estime, communication et compréhension. Ces bases permettent une attitude ouverte vis-à-vis des compétences et des conceptions des autres participants aux soins.

Selon le British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration (Interprofessional Network of BC (In-BC) & College of Health Disciplines (CHD), 2008), les compétences clés de la collaboration interprofessionnelle sont les suivantes: communication interprofessionnelle, fonctionnement en tant qu'équipe, clarification des rôles et des responsabilités, prise de décisions en commun, résolution des conflits, amélioration continue de la qualité.

De manière analogue, Khan et al. (2016) présentent trois niveaux d'interaction auxquels les étudiants doivent être confrontés en vue d'une collaboration interprofessionnelle ultérieure:

- **Communication:** la formation interprofessionnelle peut améliorer les interactions verbales et non verbales, qui sont importantes pour des interactions efficaces avec les collègues, les patients et leurs proches.
- **Respect et confiance mutuels:** la formation interprofessionnelle instaure la confiance et le respect chez les professionnels de santé, une meilleure compréhension des rôles et responsabilités par le partage d'aptitudes, du savoir et de valeurs communes, ce qui facilite la cohésion au sein des équipes.
- **Travail en équipe:** le fait de permettre aux apprenants de jouer des rôles différents pendant la formation peut améliorer leur flexibilité et leur capacité d'adaptation, qui sont autant de conditions préalables importantes pour établir des liens au sein des équipes et des relations de travail positives.

2.2.4 Une recherche nécessaire

Les interactions entre la formation interprofessionnelle et les effets supposés ne sont pas encore précisées de manière approfondie. Les nouveaux programmes devraient donc être mis en œuvre uniquement dans le contexte d'une recherche de grande qualité (Organisation mondiale de la santé, 2013).

Le rapport Cochrane (Reeves et al., 2013) montre que l'hétérogénéité des études constitue une problématique importante de la recherche dans le domaine de la formation interprofessionnelle. Les configurations étudiées présentent souvent des différences en termes d'objectifs, de formats, de durées et concernant les groupes professionnels impliqués. Même si plusieurs études présentaient un axe de travail similaire et/ou des objectifs comparables (meilleurs soins pour les diabétiques p. ex.), les modalités de ces études étaient non seulement différentes, mais aussi difficilement comparables («randomised clinical trials»/essais cliniques randomisés», «controlled before after studies»/études avant-après, «interrupted time series»/séries chronologiques interrompues). Le fait que les groupes de contrôle éventuels n'aient souvent obtenu «aucune intervention» se révèle également problématique. Il est donc très difficile de préciser la valeur ajoutée ou l'effet de l'intervention d'un format inter-

professionnel de formation par rapport à d'autres formats monoprofessionnels. Par ailleurs, la capacité de généraliser les résultats et par conséquent les preuves demeurent limitées à cause de la taille généralement réduite des échantillons.

Reeves et al. (2016) rapportent également les carences méthodologiques de nombreuses études. Les auto-évaluations des apprenants (par le biais de questionnaires p. ex.) seraient ainsi des instruments d'évaluation trop peu efficaces pour illustrer les modifications du savoir et des aptitudes ou des perceptions et points de vue. Des tests de connaissances ou des observations menés par des experts sur la base d'échelles de notation ou encore la combinaison de plusieurs méthodes de triangulation seraient des outils bien plus efficaces. Il serait également nécessaire de concevoir des instruments stables pour mesurer les effets de la formation interprofessionnelle.

Concernant tous ces points, le rapport Cochrane (Reeves et al., 2013) propose les recommandations suivantes: meilleurs processus de randomisation, dissimulation de la répartition, échantillons de plus grande taille et groupes de contrôle adaptés. De manière particulière, des études devraient être réalisées afin de comparer la formation interprofessionnelle avec les interventions de formation monoprofessionnelles. Les résultats devraient ainsi documenter le travail d'équipe et des résultats univoques concernant les patients. Le rapport souligne également l'importance de standardiser l'élaboration des rapports par le biais de méthodes et de résultats – un postulat que répètent Reeves et al. (2016). Grâce à une utilité plus étendue et plus homogène des modèles déterminant les facteurs de processus et de résultat (Kirkpatrick, modèle 3P p. ex.), les études seraient plus fiables et mieux comparables, ce qui atténuerait l'hétérogénéité déjà évoquée des études et, au final, renforcerait les preuves des études sur la formation interprofessionnelle. Il est en outre recommandé que les études s'attardent plus, idéalement à l'aide d'études multi-institutionnelles, sur les effets à long terme de cette formation, les effets coûts/utilité et les effets relatifs aux niveaux 3 (modifications du comportement des apprenants dans la pratique professionnelle), 4a (modifications et répercussions dans la pratique de l'institution) et 4b (avantages pour les patients et clients) de Kirkpatrick.

En tenant compte des études sur les stations cliniques de formation interprofessionnelles, Oosterom et al. (2018) émettent le même postulat. À l'aide d'instruments d'évaluation standardisés, fiables et objectifs, il convient d'étudier à l'avenir les effets à court terme, déjà bien documentés, et les effets à long terme sur les compétences interprofessionnelles des apprenants et sur la satisfaction des patients. Afin d'accroître la qualité des études, il convient également d'intégrer des groupes de contrôle significatifs et des aspects financiers (analyses coûts/utilité). Un point intéressant se dégage néanmoins: les auteurs soulèvent la question de savoir quels types de stations de formation interprofessionnelles pourraient offrir les meilleures conditions-cadres pour l'apprentissage interprofessionnel, et plus précisément quelle durée d'intervention pour les apprenants, quel domaine médical et quel niveau de complexité des cas des patients seraient

optimaux à cette fin. Pour répondre à ces questions, les futures études devraient comporter des informations détaillées sur les configurations interprofessionnelles, la formation et l'initiation des apprenants et des facilitateurs, mais aussi sur les aspects juridiques (quelles tâches les apprenants peuvent-ils accomplir seuls, p. ex.).

En dehors de la discussion sur la méthodologie de la recherche, Paradis & Whitehead (2018) déplorent que la formation interprofessionnelle ne repose sur aucune théorie suffisamment étayée. Il arrive fréquemment que l'hypothèse de contact selon Allport (1954) serve de motif pour la formation interprofessionnelle. On sait pourtant que les configurations basées sur cette hypothèse pourraient également produire des impressions négatives et finalement renforcer les stéréotypes liés au système de santé. Les autrices considèrent que la formation interprofessionnelle requiert donc des théories plus solides afin de renforcer sa structure de base empirique.

Selon l'hypothèse du contact formulée par Allport en 1954, des contacts fréquents avec des membres d'autres groupes (minorités ethniques p. ex.) réduisent les préjugés envers ces groupes. Selon Allport, cela est particulièrement le cas lorsque les personnes en situation de contact poursuivent des objectifs coopératifs, ont le même statut, doivent interagir pour atteindre leurs objectifs et lorsque cette prise de contact est facilitée par les autorités.

2.3 Que disent les experts internationaux interrogés?

Nous avons demandé à des experts renommés au niveau international (originaires d'Australie, du Danemark, d'Allemagne, de Grande-Bretagne, du Canada, d'Autriche et de Suède) de procéder à une évaluation de la situation (voir la liste des experts interrogés à l'annexe 5.3) afin de mieux classer les aspects et défis de la formation interprofessionnelle de la littérature spécialisée, évoqués au chapitre 2.2, et de savoir comment les aborder de manière durable et fructueuse. Dans le cadre d'entretiens en partie structurés, ces experts se sont donc exprimés sur la formation interprofessionnelle, et en particulier sur les caractéristiques d'une formation réussie, les forces et les faiblesses de la formation dans leur pays, les facteurs d'influence significatifs de la formation, les besoins de la recherche et leur vision. Les questions et la méthodologie utilisées sont mentionnées de manière détaillée à l'annexe 5.1.

Les réponses des experts aux thématiques susmentionnées sont résumées dans les sections suivantes.

2.3.1 Caractéristiques d'une formation interprofessionnelle réussie

À un niveau supérieur, on constate que la formation interprofessionnelle n'est une réussite que si elle apporte à tous les participants (en premier lieu aux patients, à leurs proches et aux apprenants) une valeur ajoutée en matière de savoir ou de comportements par rapport à la formation monoprofessionnelle. Lors de la planification, il faut donc vérifier si et quand un chevauchement interprofessionnel est réellement nécessaire pour la formation et déterminer les groupes professionnels devant être associés judicieusement à cette démarche.

«En définitive, il s'agit d'examiner de manière approfondie et d'appliquer des concepts pour lesquels un chevauchement interprofessionnel semble réellement nécessaire.» (M. Fischer)

Dans cette optique, il y a lieu de s'assurer que les offres de formation sont réalistes et reflètent fidèlement les pratiques de soins futures, et que la qualité des soins aux patients ou leur sécurité sont au centre de toutes les attentions.

*«It must be a situation that is realistic and for the patient's safety.»
(M. Forsberg Larm)*

Une formation interprofessionnelle performante reflète d'une part la définition du CAIPE de 1997, selon laquelle «deux ou plusieurs professionnels de santé apprennent ensemble, les uns des autres et les uns au-delà des autres pour améliorer la collaboration et la qualité des soins de santé» (CAIPE, 2019). Cette formation intègre d'autre part des conditions-cadres s'inscrivant dans un contexte donné et dans lesquelles elle évolue. La formation interprofessionnelle est un succès si tous les acteurs impliqués (écoles formatrices, hautes écoles, institutions spécialisées dans la pratique, sphère politique) dialoguent, acquièrent une compréhension commune de cette formation, puis demandent et encouragent cette compréhension ensemble. Ce n'est qu'à ces conditions que la formation interprofessionnelle peut s'établir sur le long terme. Une confiance mutuelle peut aussi être une condition essentielle; elle doit toutefois naître d'elle-même et ne peut pas être obtenue par la force.

En Suède, les stations cliniques de formation interprofessionnelle sont un exemple très parlant de la réussite de cette formation. La réussite a été au rendez-vous

- parce que les stations ont été mises en œuvre sur tout le territoire;
- parce qu'elles sont inscrites dans les programmes;
- parce qu'elles comportent des objectifs d'apprentissage communs;
- parce qu'elles sont soutenues par tous les acteurs du système, et en particulier les cliniques, l'académie ou l'université.

Afin que la formation interprofessionnelle soit un succès, certaines conditions doivent être réunies et certains facteurs d'influence doivent être pris en compte (chapitre 2.3.3). Une description schématique des spécificités de la formation interprofessionnelle dans plusieurs pays (chapitre 2.3.2) donne des éclaircissements sur les aspects à prendre en compte.

2.3.2 Forces et faiblesses de la formation interprofessionnelle dans plusieurs pays

En Australie, tous les programmes des professions de santé intègrent les aspects et objectifs d'apprentissage interprofessionnels.

Australie

«All health professional accreditation standards for prelicensure education (usually at the university level) now include standards and learning outcomes related to interprofessional practice.» (J. Thistlethwaite)

Toutefois, ces aspects et objectifs sont parfois formulés de manière variable. Les modalités de leur contrôle dans le cadre du processus d'accréditation demeurent encore vagues. Pendant les prochaines années, les universités devront probablement apporter la preuve de l'efficacité de leur formation interprofessionnelle. En dehors de cela, on déplore également l'absence d'un consensus digne de ce nom à l'échelle du pays sur le thème des compétences interprofessionnelles.

Danemark Au Danemark, 20 crédits ECTS sur 210 sont prévus pour l'apprentissage interprofessionnel dans certaines filières de bachelor (soins, physiothérapie et ergothérapie p. ex.).

«So that is the strength that they put on the interprofessional sector in the syllabus» (F. Jakobsen)

Pendant les études de médecine, l'interprofessionnalité n'est pas mentionnée explicitement dans le programme d'apprentissage, mais est prise en compte indirectement dans les cursus. Il n'y a certes aucun financement d'État pour les composantes interprofessionnelles de l'apprentissage, mais les projets interprofessionnels reçoivent de petites subventions. Par ailleurs, les cliniques prennent en charge les coûts de mise en place des stations cliniques de formation interprofessionnelle.

Allemagne En Allemagne, ce thème donne actuellement lieu à des débats scientifiques approfondis. Le nombre croissant d'études scientifiques, les composantes interprofessionnelles de différents programmes, mais aussi les stations de formation interprofessionnelles ayant fait l'objet d'expériences pilotes récentes et mises en place entre-temps sur certains sites sont d'autres aspects positifs. Les filières des hautes écoles pour les professions de santé sont aussi considérées comme intéressantes car elles présentent le même niveau de formation que les filières de médecine. On constate également l'existence, au niveau postgrade, de nombreuses configurations de soins interprofessionnelles performantes (soins aux diabétiques p. ex.) et de formations continues qui intégreraient judicieusement les perspectives spécifiques des professions.

Dans le même temps, les preuves ne sont pas jugées suffisamment solides dans le cadre d'une comparaison internationale. Les points perfectibles concernent principalement les conditions-cadres: on déplore ainsi le manque de soutien flagrant des politiques allemands pour la formation interprofessionnelle, qui est encouragée uniquement par quelques groupes d'intérêts dans le cadre de processus complexes et hétérogènes.

«Je considère comme des faiblesses le grand manque d'intérêt des politiques pour cette question, mais aussi un processus morcelé et très complexe, fortement influencé par des groupes d'intérêt.» (M. Fischer)

On recense naturellement de nombreux projets interprofessionnels intéressants et des groupes d'intérêt mobilisés, qui appellent de leurs vœux l'inscription de la formation interprofessionnelle dans les programmes ou les règlements encadrant les autorisations d'exercer. Toutefois, des stratégies efficaces et des éclaircissements structurels manquent à l'appel et doivent être mis en œuvre. À côté de cela, les acteurs impliqués souhaitent l'application de concepts efficaces sur la manière d'associer d'un point de vue général les différents établissements de formation (universités et hautes écoles spécialisées p.ex.) et pouvant les inciter à collaborer. À cela s'ajoute l'environnement très hiérarchisé de la médecine, même au niveau international, et qui complique la collaboration interprofessionnelle.

«En définitive, le travail interprofessionnel s'appuie sur une collaboration fondamentalement plus étroite entre professionnels de santé, sans rapport hiérarchique, telle qu'on semble l'observer à l'échelle internationale.» (U. Walkenhorst)

En Grande-Bretagne, le National Health Service a mis l'accent sur la formation interprofessionnelle ces deux dernières décennies et lancé de nombreuses initiatives et interventions. L'évolution future est néanmoins incertaine et dépendra de l'agenda politique du pays et des conséquences de sa sortie de l'Union européenne.

Grande-Bretagne

Au Canada, les premières approches visant à initier et développer la formation et la collaboration interprofessionnelles remontent aux années 1960/1970.

Canada

«Briefly, interprofessional education for collaborative persons in their practice was first written about in Canada in 1964 by the Dean of Medicine of the University of British Columbia.» (J. Gilbert)

L'importance de la formation et de la collaboration interprofessionnelles jouit généralement d'une bonne compréhension à de nombreux niveaux. Au Canada, le gouvernement a prévu et prévoit des ressources financières élevées pour accélérer l'inscription de la formation interprofessionnelle dans les programmes, mettre un nom sur les compétences interprofessionnelles, mettre au point des modèles d'accréditation et créer des réseaux interprofessionnels.

«Le problème de l'accès aux soins a été le déclencheur qui a fait progresser la formation interprofessionnelle au Canada. Le gouvernement a reconnu le besoin de changer d'approche afin de garantir un meilleur accès aux soins et mobiliser nos professionnels de santé pour qu'ils soient en mesure d'optimiser leur champ d'action.» (I. Oandasan)

Selon les experts, il serait essentiel, mais aussi plus durable, de travailler à la répartition des fonds disponibles dans les institutions pour la formation interprofessionnelle, une tâche qui relèverait de la compétence du management.

De nombreuses initiatives sont en outre lancées selon un processus ascendant, dans lequel les étudiants exercent une influence majeure sur les développements substantiels des thèmes liés à l'interprofessionnalité.

Il existe aussi parfois des critères concernant les hôpitaux, qui permettent de connaître le nombre de collaborateurs ayant été formés à l'interprofessionnalité, le nombre de stations de formation interprofessionnelles et le nombre de formats interprofessionnels de formation appliqués dans les hôpitaux.

Autriche En Autriche, les hautes écoles spécialisées proposent des cursus à tous les membres des professions de santé non médicales. Cette approche facilite la recherche et l'exploitation des points de recoupement pour l'enseignement interprofessionnel. On constate toutefois que l'intégration des étudiants en médecine venant des universités dans les formats interprofessionnels de formation s'avère complexe alors même que cette intégration est considérée comme importante.

Suède En Suède, quasiment tous les professionnels de santé sont formés à l'université, et la formation interprofessionnelle est inscrite dans les programmes. Les objectifs d'apprentissage et les compétences interprofessionnelles sont également des composantes obligatoires des études de médecine. Ils sont sanctionnés par un examen et garantis par des directives d'accréditation.

«(...) you know that some couple of years ago, we had seven medical schools in Sweden, three of them failed, because they didn't have interprofessional learning outcomes and exams of interprofessional education» (M. Forsberg Larm)

À Stockholm, les étudiants en médecine doivent créer un «portefeuille» général pendant leurs études où ils doivent aussi documenter les éléments interprofessionnels.

En dehors des stations de formation interprofessionnelles mises en place et déjà mentionnées, les efforts portent également sur l'adaptation de la formation interprofessionnelle aux diverses configurations à l'échelle du pays, comme dans les centres de santé ou les unités de soins. Des approches pédagogiques diversifiées sont néanmoins choisies pour enseigner les compétences interprofessionnelles. Il est donc pertinent que les étudiants et les enseignants, mais aussi les formateurs et les instructeurs comprennent la notion de l'interprofessionnalité de la même manière et soient en mesure de l'intégrer obligatoirement dans leur formation. Destiné aux enseignants universitaires, le perfectionnement approfondi en rapport avec l'interprofessionnalité est un autre atout, p. ex. à Stockholm.

Par ailleurs, on tente d'intégrer de manière plus cohérente dans les programmes les stations de formation interprofessionnelles se déroulant pendant les dernières étapes des cursus. L'objectif consisterait donc à mener les formations vers les stations de formation de manière logique et judicieuse, mais aussi à réfléchir aux contenus interprofessionnels pouvant être traités après les études, à l'occasion de formations continues et de perfectionnements. Comme le système de santé suédois se caractérise par des hiérarchies plates et la pratique quotidienne offre une très grande marge de manœuvre pour les expériences interprofessionnelles d'apprentissage et de travail, une attention plus grande encore sera accordée au soutien des formateurs et salariés versés dans la pratique afin que ces protagonistes soient aussi de bons modèles pour de futurs collègues.

À un niveau général, on constate également que les instances politiques suédoises (autorités sanitaires, gouvernement) apportent leur soutien. Elles favorisent le développement de la formation interprofessionnelle par le biais de prescriptions et de réglementations et apportent aussi parfois une aide financière. En outre, de la sphère politique émane une mission claire en faveur de la collaboration et de la formation interprofessionnelles.

2.3.3 Facteurs d'influence déterminants de la formation interprofessionnelle

Les experts ont été interrogés sur les facteurs d'influence de la formation interprofessionnelle qu'ils estiment importants. Ils en ont cité plus de vingt. Parmi ces facteurs, six ont été jugés essentiels après analyse:

- des conditions-cadres politiques et juridiques avantageuses;
- un soutien des responsables dirigeants et une mise en réseau des parties prenantes importantes;
- des formats interprofessionnels de formation adaptés;
- des facilitateurs érigés en modèles;
- des apprenants jouant le rôle de concepteurs;
- un concept curriculaire global.

Concernant le modèle 3P (voir tableau 2, p. 14), ces facteurs d'influence se réfèrent plus particulièrement aux conditions-cadres («Presage») et aux facteurs de processus («Process»), qui sont énumérés ci-après.

Dans les pays où les instances politiques apportent leur soutien à l'interprofessionnalité dans le système de santé ou dans les pays disposant de fondements juridiques (Danemark, Canada, Suède p. ex.), la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle est beaucoup plus avancée. Il faut y voir l'effet de trois facteurs: la formation interprofessionnelle ne dépend plus uniquement de la bonne volonté des acteurs impliqués; une accréditation permet d'influencer les cursus de formation et enfin (pour ainsi dire surtout) un financement est généralement prévu. Cette situation présuppose donc des modèles d'accréditation pour les cursus des professions de santé, où les contenus interprofessionnels constituent obligatoirement des critères de qualité.

Conditions-cadres politiques et juridiques favorables

Plusieurs experts ont aussi cité, comme l'un des facteurs clés, un soutien financier suffisant à la formation interprofessionnelle. Si les financements externes s'avèrent insuffisants, il est néanmoins possible de redistribuer les fonds du budget de l'État en faveur de la progression interne de l'interprofessionnalité, comme c'est déjà le cas dans plusieurs pays.

«If we want it to change, we've got to reapportion the money we have to do the things which we know that are working.» (J. Gilbert)

La sphère politique peut également jouer un rôle moteur en imposant des prescriptions légales renforçant la collaboration entre les professions de santé concernées dans les cliniques.

Soutien par les échelons dirigeants et mise en réseau des parties prenantes importantes

La formation interprofessionnelle semble alors performante si toutes les parties impliquées (universités, écoles, institutions spécialisées dans la pratique), mais aussi les politiques demandent et encouragent la formation interprofessionnelle. Dans cette optique, il convient de mettre en relation les dirigeants des différentes institutions et d'encourager leur dialogue afin de pouvoir mettre en place une véritable culture de l'interprofessionnalité acceptée et incarnée par tous.

Les exemples du Canada montrent clairement l'importance de cet aspect. C'est ainsi qu'a été créé, avec le soutien des doyens de différentes facultés de l'Université de Toronto, un «comité interfacultaire», qui rassemble les responsables dirigeants des programmes des différents métiers de la santé. L'objectif était double: d'une part, découvrir et comparer les programmes des différentes professions, rechercher des similitudes et y intégrer la composante de l'interprofessionnalité; d'autre part, instaurer une compréhension commune de la formation interprofessionnelle. L'exemple du Canada révèle également que non seulement les instances dirigeantes des universités et des écoles, mais aussi celles des praticiens des soins doivent être mises en relation afin de développer une compréhension commune de la formation interprofessionnelle et d'associer étroitement et judicieusement formation théorique et formation pratique. C'est pourquoi le Canada a eu l'idée de constituer des équipes de leadership interprofessionnelles en accord avec les CEO des cliniques. Cette approche a joué le rôle de catalyseur pour la constitution d'autres réseaux interprofessionnels entre les praticiens des soins et les universités, qui se mobilisent ensemble pour la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle et la création d'un centre de collaboration interprofessionnelle, financé par les universités et les cliniques.

«Together they support the advancement of interprofessional education and interprofessional care through lifelong learning. Today there are hundreds of interprofessional clinical teaching sites.» (I. Oandasan)

C'est précisément pendant les premières phrases que doivent intervenir des «champions» enthousiastes, qui jouent le rôle de catalyseur pour modifier des processus rodés et mettre en place des configurations de travail interprofessionnelles. Ces champions peuvent ensuite convaincre d'autres collègues (en tant que multiplicateurs à des postes clés) du bien-fondé de la formation interprofessionnelle. Dans l'idéal, ces défenseurs ou partisans de la formation évoluent dans des réseaux créés à cet effet pour favoriser les échanges. Toutefois, il est également essentiel de considérer, d'évaluer et de traiter les critiques, les préoccupations et les contre-arguments éventuels. Les processus radicaux de modification requièrent donc du temps et de la patience.

L'introduction et la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle sont exigeantes et requièrent beaucoup de ressources; les instances dirigeantes doivent donc apporter leur soutien pour lancer un projet et assurer son fonctionnement, et pour faire progresser le changement culturel au sein des institutions. Dans l'idéal, tous les échelons dirigeants sont impliqués.

«So there has to be interest. Not only interest but practical help from the management to get started and to keep it running.» (F. Jakobsen)

Compte tenu du fait que les apprenants peuvent expérimenter réellement l'intérêt, l'objectif et la valeur ajoutée de la formation et de la collaboration interprofessionnelles, les formats de formation doivent surtout être réalistes et refléter la future pratique des soins. Il est naturellement indiqué de mettre la qualité des soins et la sécurité des patients au cœur des préoccupations. Les problèmes à résoudre dans le cadre des configurations interprofessionnelles doivent certes être complexes et exigeants, mais pas insurmontables. Les apprenants doivent avoir l'impression que leur profession participe effectivement à la résolution des problèmes et qu'il existe un certain équilibre entre les professions.

«So there have to be tasks for all professions. There has to be a kind of an equality between the professions.» (F. Jakobsen)

Les formats de formation doivent être conçus de manière que les apprenants puissent apporter et partager les perspectives spécifiques de leur profession. Partant de cette base, ils appréhendent une approche commune et fructueuse de résolution des problèmes, et peuvent réfléchir sur leur vécu dans un contexte interprofessionnel. Les apprenants ont ainsi une meilleure vue d'ensemble des autres schémas professionnels, des autres compétences, des autres objectifs de traitement ainsi que des points de recoupement avec leur propre activité. Par ailleurs, ils sont sensibilisés aux situations que telle ou telle catégorie professionnelle doit intégrer dans sa réflexion et sa pratique. Ces processus supposent néanmoins que les apprenants aient déjà des connaissances sur leur propre profession afin de pouvoir les communiquer aux apprenants issus d'autres catégories professionnelles.

Formats interprofessionnels de formation adaptés

Dans ce contexte, les experts reconnaissent toutefois que de grands efforts doivent être consacrés aux ressources financières et en personnel pour planifier et appliquer les formats d'apprentissage interprofessionnels. Il est donc proposé de rechercher des points de recoupement thématiques pertinents dans les programmes des professionnels de santé afin de transmettre des connaissances théoriques spécifiques. Cette approche permettrait de proposer des cours communs à différents groupes professionnels et même de réduire, selon la situation, les coûts logistiques par rapport à des cours monoprofessionnels organisés séparément. La mise en œuvre de configurations interprofessionnelles requiert naturellement des coûts supplémentaires initiaux, qui peuvent néanmoins être compensés en regroupant des cours judicieusement et logiquement. Les configurations d'apprentissage multiprofessionnelles peuvent ainsi ouvrir la voie à l'interprofessionnalité. Naturellement, la clinique et l'établissement de formation doivent la aussi collaborer.

Même si les problèmes logistiques sont prédominants au départ, les experts sont convaincus que les avantages de la formation interprofessionnelle finissent par l'emporter sur le long terme, à la manière d'un retour sur investissement.

«Il faut aussi avoir conscience d'une chose: il faut d'abord investir pour avoir une chance de connaître la réussite sur le long terme. Il faut juste l'accepter.» (R. Ballnus)

La bonne préparation d'offres de formation adaptées débute non seulement avec l'implication des parties prenantes des institutions, mais aussi avec le concours d'autres collaborateurs assurant la théorie et la pratique. Lorsque tous les acteurs sont convaincus de l'intérêt et du bien-fondé de la démarche, ils peuvent relever les défis plus facilement.

«Tant que l'interprofessionnalité sera considérée comme utile ou comme un ajout pour les volontaires, les problèmes ne pourront être résolus que sous réserve.» (U. Walkenhorst)

Facilitateurs érigés en modèles

Les facilitateurs jouent le rôle de modèles et sont ainsi des exemples pour les étudiants afin d'incarner un point de vue uniforme et convaincant sur l'interprofessionnalité.

«Si nos enseignants ne sont pas convaincus par la formation interprofessionnelle, les étudiants ne seront pas réceptifs.» (H. Oberhauser)

Ces enseignants, qui souvent n'ont pas suivi eux-mêmes de formation interprofessionnelle, doivent comprendre clairement la valeur ajoutée d'une telle formation. Ils doivent eux aussi développer une compréhension commune de la formation et de la collaboration interprofessionnelles, ainsi que des compétences que doivent maîtriser les apprenants. Ils doivent créer un environnement d'apprentissage sûr et familier pour les apprenants, un environnement ouvert aux

questions, aux discussions et à l'écoute, et ainsi favoriser le partage de nombreuses connaissances. Dans le cadre de leur rôle d'enseignant et de modèle, les facilitateurs peuvent également se projeter dans une équipe interprofessionnelle d'enseignants et constater les effets bénéfiques de leur action interprofessionnelle sur la formation et, au final, sur les soins des patients.

«It is very important that the educators are a team (...) and you need to have a goal together.» (M. Forsberg Larm)

Du fait de l'importance de la fonction des facilitateurs, une très grande attention est apportée à la qualité de leur formation afin qu'ils disposent des outils de travail appropriés (concepts, méthodes, etc.) pour les aider dans leur tâche.

Pour les facilitateurs, une mise en réseau se révèle là encore parfaitement pertinente. En Suède p. ex., les enseignants interprofessionnels des hautes écoles et ceux des stations de formation interprofessionnelles peuvent échanger leurs expériences dans des réseaux spécifiques.

Si les étudiants sont convaincus que la collaboration interprofessionnelle améliore la qualité des soins de santé et que la formation interprofessionnelle participe à cet objectif, cela contribue à la réussite de la démarche. L'implication des apprenants dans la planification de l'enseignement interprofessionnel pourrait donc jouer le rôle de catalyseur (voir la section «Ce qu'en disent les intéressés: l'étudiant en médecine»). Sur différents sites, cette démarche s'est avérée très profitable.

Au Canada, la création d'une «Interprofessional Health Students Association» a contribué de manière décisive à la transformation au sein de la faculté. En Suède, les apprenants sont considérés comme des acteurs nécessaires et majeurs de la conception de configurations interprofessionnelles.

Même si la pratique professionnelle ultérieure fait encore la part belle à une méthode de travail monoprofessionnelle ou multiprofessionnelle, les apprenants doivent être préparés pour savoir comment contribuer à transformer la réalité de la pratique et l'orienter vers une collaboration interprofessionnelle.

Apprenants jouant le rôle de concepteurs

Ce qu'en disent les intéressés: l'étudiant en médecine (Association Suisse des Étudiants en Médecine, swimsa)

Dans la plupart des cas, les expériences des étudiants en médecine avec les cours interprofessionnels ont été très positives. Ils apprécient en particulier la possibilité d'avoir un aperçu au-delà des limites de leur discipline et de travailler (et d'apprendre) activement avec des apprenants issus d'autres horizons. Les étudiants trouvent très intéressant de connaître les connaissances transmises avec les autres formations ainsi que les tâches, les compétences, les aptitudes et les domaines de responsabilité associés aux autres professions. Toutefois, ils estiment que l'apprentissage direct commun est tout aussi important que les échanges informels.

«Les étudiants estiment aussi qu'il serait important de mieux connaître le besoin et les aptitudes des autres groupes professionnels. Je pense que ce point est souvent un peu négligé.» (L. Büsser)

Les cours interprofessionnels concrets devraient être adaptés aux besoins des étudiants, supposer des hiérarchies plates et aborder la question des aptitudes et des domaines de responsabilité des professionnels de santé impliqués. C'est uniquement à ces conditions qu'il serait possible d'instaurer une compréhension de base pour les autres professions et d'évoluer dans une relation d'égal à égal. Dans l'idéal, les cours sont organisés de manière active et sous un angle pratique, p. ex. par le biais de l'apprentissage de compétences communes (poser une perfusion p.ex.), et facilitent, grâce à des expériences valorisantes communes, le comblement des fossés que l'on rencontre habituellement entre les professions. Selon les étudiants en médecine, l'année d'études à option se révèle particulièrement adaptée pour la formation interprofessionnelle. Il est souhaitable que de nombreux étudiants, dans la mesure du possible, puissent apprendre et travailler au sein d'une station clinique de formation interprofessionnelle.

En revanche, les cours multiprofessionnels des études de médecine devraient être mieux tirés à profit pour permettre de véritables échanges interprofessionnels parmi les étudiants et afin de suivre les mêmes cours avec d'autres étudiants, mais aussi de stimuler l'apprentissage l'un de l'autre, les uns avec les autres et les uns au-delà des autres.

Dans l'ensemble, les étudiants estiment que l'idée, l'importance et la portée de la formation interprofessionnelle sont très clairement établies.

«Il est important de collaborer dès le départ et d'apprendre ensemble, les uns des autres et avec les autres. On crée ainsi ensemble une base pour une collaboration à l'avenir.» (L. Büsser).

On peut ainsi espérer plusieurs atouts à l'avenir: se soutenir de manière interprofessionnelle pendant le futur exercice de la profession, éviter les préjugés, se valoriser, améliorer l'ambiance de travail et gérer les erreurs avec plus de transparence. En définitive, le patient pourra tirer profit d'une collaboration interprofessionnelle fructueuse. Partant de cette situation, il est donc regrettable de constater que la réalité de l'hôpital est encore très marquée par un esprit hiérarchique et que les professions manifestent un mode de pensée cloisonné classique.

Les étudiants quant à eux appellent de leurs vœux une collaboration plus cohérente et renforcée des prestataires de formation (universités, hautes écoles spécialisées, écoles supérieures, etc.), en particulier au niveau local. Les synergies des établissements de formation pourraient ainsi être encore mieux exploitées.

En 2015, la swimsa avait déjà publié une prise de position sur la formation interprofessionnelle pour les études de médecine. Publié en 2020, un document révisé défendra de nouveau la formation interprofessionnelle, tout en désignant les barrières, les risques et les défis qu'elle implique. En raison des similitudes entre les structures des associations, la swimsa entretient des échanges interprofessionnels étroits avec les étudiants en chiropractie et en pharmacie, p. ex. dans le cadre de commissions de formation, de colloques ou d'ateliers communs. Divers projets et réunions encouragent également les contacts avec d'autres professions de santé et filières d'études (professions de soins, sages-femmes, diététiciens, promotion de la santé et prévention ou technique opératoire) et des efforts sont entrepris pour les unifier sous l'étendard de la «Swiss Youth Health Alliance».

L'implication des organisations étudiantes serait particulièrement appréciée pour faire progresser les projets interprofessionnels de formation et les évolutions en découlant pour les programmes. Il serait alors possible de connaître les besoins des étudiants, de connaître leur avis sur les modifications des programmes et de soutenir

leurs projets interprofessionnels concrets. La swimsa pourrait être une voix forte et utile afin de faire progresser ces changements au service de la formation interprofessionnelle. La swimsa a tout intérêt à renforcer l'ancrage de la formation interprofessionnelle dans les programmes. Les organisations étudiantes pourraient aussi avoir un effet multiplicateur pour les projets de formation interprofessionnelle menés à bien en les rendant populaires en leur sein et aussi sur divers plateformes. Des échanges facilités entre les étudiants de différentes universités pourraient aussi s'avérer judicieux afin de discuter des réussites et des échecs des formats interprofessionnels de formation. Cette source d'informations peut ensuite être exploitée comme une ressource pour le développement des programmes. En dehors de la swimsa, d'autres associations étudiantes spécialisées (Swiss Nursing Students p. ex.), les sections jeunesse de groupes et associations professionnels nationaux ou encore les associations étudiantes locales présentes dans les établissements de formation pourraient aussi être invitées à collaborer.

Les étudiants ont pour vision le renforcement et la multiplication des activités réussies de formation interprofessionnelle sur divers sites, mais aussi au-delà des établissements et niveaux de formation. Le «peer to peer teaching» (enseignement par ses pairs) et l'orientation interprofessionnelle des stages cliniques (traitement et résolution de problématiques au sein d'une équipe interprofessionnelle p. ex.) devraient être devenus une évidence. En définitive, il s'agit d'améliorer les soins aux patients et l'atmosphère de travail entre les professions de santé dans leur quotidien. Pour la poursuite de leur activité, les étudiants appellent de leurs vœux le travail d'équipe, un soutien mutuel interprofessionnel, le comblement des fossés séparant les professions et l'établissement de passerelles entre elles. Avec la conviction que chaque nouvelle génération d'apprenants connaîtra de plus en plus l'interprofessionnalité dans sa formation, il semble clair que rien ne s'oppose à la concrétisation de ces visions pour l'avenir de la pratique des soins.

«Si nous plaçons le bien-être des patients et l'ambiance de travail au centre des priorités pour le système de santé, je pense que personne ne peut vraiment s'opposer à l'interprofessionnalité». (L. Büsser)

Concept curriculaire global

La formation interprofessionnelle doit d'abord être fondée sur les compétences et si possible être appliquée pendant toute la vie professionnelle: formation initiale, formation continue et perfectionnement. Sur les sites respectifs, l'acquisition d'une compréhension commune des compétences interprofessionnelles et la focalisation sur les objectifs d'apprentissage communs des programmes jouent un rôle significatif. Cette compréhension commune des compétences et des objectifs d'apprentissage doit être inscrite dans tous les programmes associés et acceptée au sein des échelons dirigeants les plus élevés. On doit ici observer une congruence, un consensus sur la nature de l'objectif poursuivi avec cette formation et des conditions-cadres.

«So that is the focus for everybody that we need to cooperate, we need to collaborate. In every curriculum for every semester, there needs to be a learning outcome for IPE (interprofessional education). (...) and if you have this learning outcome in every curriculum for every semester, then it is like water on the stone. (...) and then it (interprofessional education) will be a natural part of the education (...).» (M. Forsberg Larm)

Un concept curriculaire global expose clairement le contenu de l'enseignement, les formats d'examen («constructive alignment») et l'imbrication de la théorie et de la pratique. C'est pourquoi on accorde une grande importance à l'enseignement et à la pratique pris isolément, mais aussi à l'association de ces deux éléments pour garantir la qualité de la formation interprofessionnelle. Les soins de santé requièrent en effet des modèles soutenant et incarnant la formation et la collaboration interprofessionnelles. L'enseignement théorique doit aussi être conforté dans la formation pratique. Les cabinets médicaux et les responsables de formation (dans les hôpitaux p.ex.) doivent être préparés dans ce sens.

«La manière dont la formation est mise en œuvre requiert que le système d'enseignement et de formation pratique (...) s'inscrive dans un ensemble de valeurs communes concernant les pratiques centrées sur les patients. (...) Dans le cas contraire, nous obtenons un système qui ne se soutient pas lui-même.» (I. Oandasan)

Dans les instances, des discussions doivent être menées pour développer cette conception, lisser les interfaces entre théorie et pratique et créer une combinaison judicieuse associant formation monoprofessionnelle, multiprofessionnelle et interprofessionnelle.

2.3.4 Évaluation du besoin de recherche

Les experts sont d'avis que les preuves relatives à la formation interprofessionnelle doivent être plus solides. Certains effets importants de cette formation sont néanmoins bien attestés. Par exemple, nous savons déjà qu'une communication interprofessionnelle insuffisante compromet la sécurité des patients.

Il a été rappelé à plusieurs reprises que d'autres exemples positifs tirés d'expériences pratiques et de travaux de développement devraient être répertoriés sur une base plus large et reconnus en tant que preuves anecdotiques (rapports comportant les avis et expériences d'individus). Les configurations interprofessionnelles ayant fait leurs preuves sur un site peuvent échouer ailleurs. En d'autres termes, chaque preuve ne peut pas être transposée librement dans un autre contexte (autre culture, autre pays, etc.).

En outre, l'interprofessionnalité évolue aussi en permanence. Le nombre de revues scientifiques, de publications, de réseaux, de projets, de centres interprofessionnels augmente dans le même temps, tout comme le nombre de diplômés qui essaient de transformer les systèmes existants sous l'angle de l'interprofessionnalité.

«(...) the extend to which graduates of that IPE (interprofessional education) course have transformed their health care systems, that's the evidence that IPE is actually improving the health care system reform.» (I. Oandasan)

Au niveau international, on recense déjà de nombreuses expériences positives. Une limitation stricte aux preuves les plus probantes peut offrir un recul trop insuffisant, sous-estimant ainsi le potentiel de la formation interprofessionnelle.

« (...) the importance of IPE (interprofessional education) cannot and should not be underestimated. All the time that interprofessional collaboration continues to improve outcomes and save lives, for which there is overwhelming evidence both publicised and anecdotal, the creation of informed and adaptable collaborative practitioners should take precedence in a way which looks beyond the subjective dynamics of the «evidence base».» (S. Fletcher)

Cependant, une culture scientifique commune dans laquelle les acteurs des professions de santé traitent les problématiques interprofessionnelles pourrait renforcer la base factuelle de la formation interprofessionnelle. La mise en place d'équipes de recherche interprofessionnelles en vue du lancement de projets de recherche communs est donc considérée comme une opportunité pour améliorer l'établissement d'une culture scientifique et de preuves étayant la formation interprofessionnelle.

«(...) certaines personnes doivent aussi avoir l'opportunité d'intégrer ce domaine dans une culture scientifique commune.» (M. Fischer)

ILEGRA (apprentissage interprofessionnel pour les professions de santé): avec le soutien de la Robert Bosch Stiftung et dans le cadre d'une collaboration entre l'Université d'Osnabrück (institut de recherche sur la santé et de l'éducation) et l'Université Ludwig-Maximilian de Munich (institut de didactique et de la recherche sur la formation dans le domaine de la médecine), douze bourses ont été attribuées à des doctorants dont les travaux portent sur l'apprentissage interprofessionnel appliqué aux professions de santé.

Dans ce contexte, le programme allemand de formation doctorale «ILEGRA» (apprentissage interprofessionnel pour les professions de santé), un programme de promotion structuré, est cité comme exemple positif.

Des études longitudinales de grande ampleur ainsi que l'élaboration et la vérification du descriptif des compétences sont citées comme des thèmes de recherche explicites. Il convient néanmoins de considérer que les configurations interprofessionnelles, en tant que systèmes complexes, ne peuvent être répertoriées que très difficilement sur une base cohérente et scientifique. Les opinions sont divergentes quant aux paramètres devant être répertoriés le plus tôt possible afin de donner plus de poids à la formation interprofessionnelle. Parmi ces paramètres, citons notamment la sécurité des patients, l'attachement des collaborateurs et des diplômés à l'hôpital, les effets coûts/utilité, la qualité des soins, la satisfaction de la patientèle ou les répercussions sur la culture des institutions. Il pourrait être également judicieux d'étudier l'effet de la formation interprofessionnelle sur les activités ultérieures de dirigeant des professionnels de santé et de savoir s'ils parviennent à transformer la pratique d'un point de vue interprofessionnel.

La question de savoir dans quelle mesure la formation interprofessionnelle peut être consolidée au niveau théorique ou si l'apprentissage interprofessionnel peut se différencier d'autres formats coopératifs d'apprentissage fait l'objet de discussions. Force est de constater que l'interprofessionnalité est plutôt orientée vers la pratique et moins fondée sur la théorie. Là encore, une base théorique insuffisante ne doit pas amoindrir le potentiel «anecdotique» déjà mentionné de la formation interprofessionnelle. L'incertitude demeure néanmoins quant au fait de savoir si la formation interprofessionnelle doit s'illustrer au moyen d'une théorie propre ou s'il suffit de s'appuyer sur les théories apparentées de l'apprentissage (apprentissage réflexif, transformationnel, basé sur les problèmes, collaboratif et coopératif) et les disciplines scientifiques (psychologie du travail et des organisations, pédagogie et formation des adultes p. ex.).

«Il ne faut pas ignorer l'existence de discussions analogues dans d'autres disciplines scientifiques, qui doivent être mises à profit.» (U. Walkenhorst)

Facteur aggravant: les preuves associées à d'autres théories d'apprentissage ne sont pas toujours clairement établies.

«There is as much theoretical basis for IPE (interprofessional education) as there is for other areas of curriculum development.» (J. Thistlethwaite)

Naturellement, les résultats des projets de formation interprofessionnelle doivent être consolidés dans le cadre des publications des revues internationales et gagner en visibilité à l'occasion de congrès. Et bien entendu, la recherche dépend également de conditions-cadres financières avantageuses.

2.3.5 Visions de la formation interprofessionnelle

En apportant leurs clarifications finales concernant leur vision, les experts se sont accordés à indiquer que la formation interprofessionnelle ferait partie intégrante de toutes les formations et de tous les cursus des professions de santé dans dix ans, ajoutant que cette formation, avec toutes ses facettes, jouerait un rôle de fil conducteur. Ils ont également appelé de leurs vœux une mise en œuvre naturelle de la collaboration interprofessionnelle dans la pratique des soins lorsque cela s'avère judicieux.

2.4 Conclusion intermédiaire

À l'aide du modèle 3P, il a été possible de dresser un état des lieux afin d'organiser les informations de la littérature actuelle sur la formation interprofessionnelle. L'évaluation de la littérature pertinente et les entretiens avec les experts internationaux de différents pays forment une combinaison permettant de trianguler les résultats.

Il en ressort que la formation interprofessionnelle n'est vraiment considérée en Suisse que depuis peu de temps, surtout par rapport aux pays anglophones et scandinaves.

Entre évaluation de la littérature et entretiens avec les experts se forme néanmoins un consensus: les conditions-cadres (facteurs contextuels, enseignants et apprenants) doivent recevoir l'attention requise. Dès lors, il convient d'une part de prévoir les ressources nécessaires (personnel et finances) et, d'autre part, de reconnaître l'action des facilitateurs, érigés en modèles, et de reconnaître les apprenants et étudiants dans leur rôle de concepteurs actifs de leur propre formation. La formation des facilitateurs constitue une condition fondamentale pour une mise en œuvre de qualité de la formation interprofessionnelle. En revanche, les formats de formation des étudiants pour les étudiants (peer assisted learning) ne sont pas abordés. En tant que membres de l'équipe interprofessionnelle et d'enseignants potentiels de par leur expertise de leur maladie, les patients et les proches sont plutôt traités de manière marginale (si tel est le cas).

Depuis peu, des indices laissent entrevoir que les professionnels de santé ont, dans divers contextes de soins, des perceptions et conceptions différentes de la collaboration interprofessionnelle (DiazGranados et al., 2018; Schmitz et al., 2017). Actuellement, on ne peut pas établir clairement si cet aspect est déjà pris en compte dans la formation et, si ce n'est pas le cas, s'il devrait être pris en compte à l'avenir.

Ni la littérature ni les experts ne recommandent une méthode de transmission des compétences interprofessionnelles. Ce point ne doit pas être considéré a fortiori comme négatif car l'hétérogénéité des formats d'apprentissage inter-

existe in
der deutschen
Version nicht

Pour plus d'informations sur les exemples de formats d'apprentissage interprofessionnels dans des configurations de soins ambulatoires, nous vous invitons à consulter le cahier thématique sur la formation interprofessionnelle de la Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Klapper & Schirlo, 2016).

Sur le modèle de Sottas, Brügger & Meyer (2013), une «école/université de santé» désigne une formation intégrée destinée aux professionnels de santé, en partie axée sur l'apprentissage et la recherche interprofessionnels, afin d'améliorer les soins de base régionaux.

professionnels permet également une action méthodologique et didactique flexible et diversifiée en fonction des conditions-cadres existantes (objectifs d'apprentissage, étape de formation, groupes professionnels impliqués, etc.). On note en outre un consensus quant à la nécessité, pour ces formats de formation, d'être réalistes et orientés vers la pratique. Dans ce contexte, les stations cliniques de formation interprofessionnelle jouent un rôle essentiel. En revanche, les configurations pour les soins ambulatoires ne sont pas traitées en détail ni par les experts, ni dans la littérature de référence.

La mise en place d'un concept curriculaire global, tel qu'appliqué en Suède p. ex., est en outre recommandée. Plus concrètement, il s'agit ici d'un ancrage curriculaire, d'objectifs d'apprentissage communs et donc de la définition des compétences interprofessionnelles. La constitution de réseaux, en particulier entre les établissements de formation théorique et pratique, est ici la condition préalable mise en avant. Dans l'idéal, cette condition pourrait être remplie par la création d'une école de santé (Health School), qu'elle soit réelle ou virtuelle, qui serait un lieu d'échanges placés sous le signe de l'interprofessionnalité. Les différences entre les résultats de l'analyse de la littérature et les propos des experts sont en partie visibles dans l'établissement des priorités: la littérature met particulièrement l'accent sur l'importance ou l'absence d'une recherche concomitante de qualité pour la formation interprofessionnelle. En revanche, les experts demandent la prise en compte des développements positifs au niveau international dans le domaine de la formation interprofessionnelle, et également sur la base des preuves anecdotiques. Sur ce point, les affirmations des experts modèrent l'importance des preuves critiques, l'absence d'ancrage théorique et l'exigence d'une réflexion globale axée sur la formation interprofessionnelle (Paradis & Whitehead, 2018).

3 Actions recommandées

40

Les actions recommandées sont formulées sur la base de la littérature et des entretiens relatifs à la formation interprofessionnelle. Par analogie avec les définitions de la formation interprofessionnelle selon le CAIPE (CAIPE, 2019) et l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2013), l'optimisation de la qualité des soins pour les personnes concernées (patients, proches/membres de la famille, collectivité) occupe une place centrale.

3.1 Les parties prenantes des domaines de la formation, de la recherche, de la pratique et de la politique doivent être impliquées dans le développement et la mise en œuvre des formats de la formation interprofessionnelle.

L'assistance fournie par les échelons dirigeants est un facteur essentiel du développement et de la mise en œuvre durables des formats interprofessionnels de la formation. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut disposer de ressources suffisantes (personnel, temps ou finances).

Sur la base de considérations financières, il peut être judicieux de nouer des partenariats et des alliances au sein des organisations et entre les organisations. Les réseaux entre les institutions participant à la formation interprofessionnelle et les différents niveaux (niveau dirigeant, développement/multiplicateurs des programmes, enseignants/facilitateurs, étudiants) devraient mis en place pour étayer un développement fructueux. En effet, la planification des projets de formation interprofessionnelle doit déjà s'inscrire dans une perspective interprofessionnelle.

Les bases légales sont tout aussi importantes afin que la formation interprofessionnelle ne dépende plus uniquement du bon vouloir des acteurs impliqués et qu'un soutien financier puisse être mis en place.

- Désignation de responsables aux postes clés en qualité d'interlocuteurs, de défenseurs et de multiplicateurs de l'interprofessionnalité au sein de diverses institutions (cabinets, établissements de formation, politiques)
- Soutien par le biais de cours de leadership dans le domaine de l'interprofessionnalité dans les établissements de formation et ceux spécialisés dans la pratique
- Mise en place de réseaux locaux interinstitutionnels d'établissements de recherche, de pratique et de formation en rapport avec l'interprofessionnalité et création d'un office de coordination pour ces réseaux
- Financements mixtes des offres de formation interprofessionnelles par les institutions participantes ou redistribution des fonds disponibles au sein des institutions en faveur de la formation interprofessionnelle
- Mise en place d'un réseau national de l'interprofessionnalité avec rattachement à la communauté scientifique, en tenant compte des apprenants (ou de leurs associations) et des patients (ou des organisations de patients)
- Intensification des programmes de soutien interprofessionnels pour la mise en œuvre des mesures de recherche concomitantes

Le présent Working Paper se concentre certes sur la formation interprofessionnelle, mais l'importance de la formation continue et du perfectionnement interprofessionnels ne doit en aucun cas être amoindrie. Dans la pratique, les mesures de formation à elle seules ne renforcent pas la collaboration interprofessionnelle. Des mesures ciblant la formation continue et le perfectionnement doivent donc être prises dans le même temps et appliquées pour la pratique des soins.

Mesures possibles

- Élaboration de prescriptions légales sur la formation et la collaboration interprofessionnelles
- Intégration de critères de qualité interprofessionnels dans les accréditations
- Élaboration d'un recueil de critères centrés sur les aspects interprofessionnels en vue de la certification des établissements de formation et de soins
- Distinctions/Prix récompensant les exemples de meilleures pratiques interprofessionnelles

3.2 Une compréhension commune des objectifs d'apprentissage et des compétences interprofessionnels est nécessaire.

Lors de la mise en place de formats interprofessionnels de formation, il est recommandé que toutes les institutions impliquées définissent une compréhension et une position communes sur les compétences et les objectifs d'apprentissage interprofessionnels. Cette compréhension doit être établie sur les plans théorique et pratique. Elle doit également être unifiée, en particulier au niveau de leurs points de recoupement, prise en charge et soutenue par les échelons dirigeants. Les organes interinstitutionnels doivent pouvoir jouer le rôle de catalyseur pour ces processus, et ce au plus tôt.

Mesures possibles

- Création et application d'un cadre de compétences interprofessionnelles valable à l'échelle du pays
- Harmonisation interinstitutionnelle et assistance au sein des institutions (institutions de recherche, de formation et spécialisées dans la pratique) concernant l'application obligatoire des objectifs d'apprentissage et des compétences interprofessionnelles

3.3 Les contenus des formations interprofessionnelles doivent être intégrés dans les programmes.

Les unités d'apprentissage interprofessionnelles doivent être intégrées de manière complète et obligatoire dans les programmes de toutes les professions médicales et de santé, et pouvoir attribuer des crédits ECTS. La formation interprofessionnelle doit être intégrée dans la structure du «constructive alignment» et donc prévoir une imbrication des formats d'apprentissage/d'enseignement et des examens. En fonction des conditions-cadres prescrites, il est néanmoins possible, avec une certaine flexibilité, de faire un choix à partir de diverses formes d'apprentissage/d'enseignement méthodologiques et didactiques. Dans l'optique de la réalisation, des concepts de collaboration doivent être appliqués entre les écoles, les hautes écoles, les universités et les cabinets médicaux.

Mesures possibles

- Étude des possibilités pour un ancrage curriculaire durable des contenus interprofessionnels de formation en tant qu'événements obligatoires
- Élaboration et mise en œuvre de formats d'examens interprofessionnels adaptés de manière analogue au «constructive alignment»
- Ancrage curriculaire des formats interprofessionnels de formation en tant que liaison longitudinale

- Élaboration et mise en œuvre curriculaire à long terme des stations de formation interprofessionnelles
- Élaboration d'un programme interprofessionnel modèle ou d'un concept curriculaire global
- Création de centres de compétences interprofessionnels dans l'esprit d'un campus ou d'une école de la santé

3.4 Le rôle essentiel des facilitateurs pour la réussite de l'apprentissage des apprenants doit être pris en compte.

À l'image des apprenants, les facilitateurs doivent disposer du temps et des locaux nécessaires pour développer leurs aptitudes d'enseignant dans une configuration interprofessionnelle et une compréhension commune de l'interprofessionnalité (p. ex. concernant la collaboration interprofessionnelle ou les compétences). Ce n'est qu'à cette condition qu'ils pourront assumer véritablement leur rôle vis-à-vis des apprenants, de manière convaincante, en qualité de modèles interprofessionnels. En conséquence, il convient d'accorder plus d'attention aux formations des facilitateurs, au plus tôt dans le cadre du processus de «faculty development» ou de perfectionnements.

- Conception et application d'une formation standardisée destinée aux facilitateurs pour garantir la qualité de la formation et la formation d'une communauté
- Constitution de réseaux de facilitateurs locaux et interrégionaux sur le long terme dans l'optique d'échanges durables

Mesures possibles

3.5 La formation interprofessionnelle doit être conçue pour être efficace et axée sur la pratique.

Les offres de formation interprofessionnelle sont réalistes et pertinentes d'un point de vue pratique dès lors qu'elles intègrent les aspects de la qualité des soins pour les patients, les proches ou la communauté. Dans cette optique, les patients, experts de leur maladie, doivent participer à la formation interprofessionnelle. Il est ici essentiel que les apprenants appréhendent l'interprofessionnalité comme une composante de leur profil de compétences. Les apprenants ont besoin de temps et de locaux pour accomplir les processus de développement, d'apprentissage et de réflexion. Ils doivent être préparés à contribuer au changement des structures actuelles dans la pratique professionnelle et à leur transformation dans une optique interprofessionnelle.

Comme les offres de formation interprofessionnelles exigent dans un premier temps beaucoup de travail, tous les participants des phases théorique et pratique ainsi que les dirigeants doivent être impliqués avec soin à un stade précoce dans la phase de planification. Il convient également de vérifier les coopérations sur lesquelles s'appuyer le cas échéant et dans quelle mesure il est possible de réunir des cours aux thèmes semblables ou identiques ciblant différentes professions de santé et même de faire des économies.

Mesures possibles

«Les initiatives «patient as teacher» (patient en tant qu'enseignant) constituent un sous-ensemble des interactions des étudiants avec les patients et viennent compléter les interactions cliniques pendant lesquelles les étudiants perfectionnent leur apprentissage avec les patients.» (Towle & Godolphin, 2015: 149).

- Appréhender la sensibilisation des apprenants et des patients en tant que composante de l'équipe interprofessionnelle (ne pas parler des patients, mais parler avec les patients).
- Intégrer l'approche «patient as teacher» (patient en tant qu'enseignant) ou impliquer les patients/personnes concernées dans la réalisation des cours interprofessionnels (le cas échéant avec le concours des organisations de patients).
- Former les patients engagés dans l'apprentissage interprofessionnel.
- Mettre en œuvre à l'échelle du pays des formats interprofessionnels de formation pratique, comme les stations de formation interprofessionnelle pour les soins cliniques et/ou les soins ambulatoires.
- Intégrer les apprenants et les personnes concernées (patients, proches) dans les processus d'élaboration de l'apprentissage.
- Soutenir les activités étudiantes, comme la mise en réseau d'association étudiantes, le peer assisted learning, etc.

3.6 Le potentiel de la recherche dans le domaine de la formation interprofessionnelle doit être exploité.

Dans le cadre du débat sur les preuves de la formation interprofessionnelle, il convient de tenir compte des évolutions et expériences pratiques internationales, de grande ampleur et judicieuses. Dans le même temps, le discours scientifique doit se renforcer et les ressources nécessaires doivent être mises à disposition. Dans l'optique de l'établissement d'une culture scientifique interprofessionnelle, il serait alors possible de traiter les problématiques des équipes interprofessionnelles (également au niveau multi-institutionnel). Les résultats des recherches doivent gagner en visibilité dans les revues spécialisées ou encore à l'occasion de congrès et de manifestations spécifiques internes des institutions.

Au niveau du contenu, la recherche doit permettre les tâches suivantes:

- clarifier si des méthodes d'apprentissage/d'enseignement (et si oui, lesquelles) sont particulièrement recommandées pour transmettre les contenus interprofessionnels;
- vérifier si l'intégration de différents formats interprofessionnels de formation peut être organisée judicieusement dans le parcours global d'étude et de formation;
- concevoir des instruments d'évaluation standardisés, fiables et objectifs;
- vérifier de manière plus approfondie les effets sur les niveaux de Kirkpatrick (niveau 3 modifications du comportement des apprenants dans la pratique professionnelle; niveau 4a modifications dans la pratique de l'institution et niveau 4b avantages pour les patients);
- vérifier les effets à long terme et l'efficacité des stations de formation interprofessionnelles;
- vérifier dans quelle mesure la formation interprofessionnelle contribue ultérieurement, dans la pratique, à la transformation interprofessionnelle des soins;

- s'appuyer de manière plus cohérente sur des modèles uniformes pour décrire les paramètres dépendants et indépendants (ex.: modèle 3P, Kirkpatrick, «quadruple aim»);
 - appliquer une démarche méthodologique plus qualitative;
 - vérifier si et comment la formation interprofessionnelle peut être reproduite de manière exhaustive et fiable sur le plan théorique et s'il est possible, au minimum, d'appliquer à la formation interprofessionnelle des connaissances de disciplines scientifiques apparentées et/ou de théories d'apprentissage proches.
-
- Prise en compte des caractéristiques de recherche susmentionnées lors des appels d'offres encadrant les demandes de moyens de recherche.
 - Implication des étudiants, mais aussi des patients et/ou des proches dans les activités de recherche.
 - Création de chaires et de décanats pour l'interprofessionnalité.
 - Vérification des questions en rapport avec la recherche sous l'angle de l'utilité d'une approche interprofessionnelle et, le cas échéant, constitution de groupes de recherche interprofessionnels avec les acteurs impliqués issus de diverses disciplines scientifiques (éducation, santé, social, économie, etc.).
 - Mise en place à long terme de groupes de recherche multi-institutionnels et interprofessionnels.

Mesures possibles

4 Perspectives

En Suisse, le système de santé est confronté à des défis de très grande ampleur. L'interprofessionnalité ne peut pas être le remède universel des problèmes du système de santé. Malgré tout, la collaboration des professionnels de santé est considérée comme un élément essentiel des soins de santé de l'avenir. Malheureusement, la transformation des soins de santé monoprofessionnels en soins interprofessionnels est à la traîne par rapport à de nombreux autres pays. Un point réjouissant toutefois: la formation interprofessionnelle, de par son rôle de levier de la collaboration interprofessionnelle, gagne toujours plus en importance dans la formation des professionnels de santé.

Le présent Working Paper n'a pas vocation à fournir une analyse systématique, mais vise à dresser un état des lieux de l'approche interprofessionnelle. En Suisse, on observe en principe des conditions-cadres favorables pour la collaboration et la formation interprofessionnelles, qui jouissent aussi d'une reconnaissance internationale. Les éléments de réponse issus de la littérature et plus particulièrement les expériences concluantes et le savoir-faire des experts et acteurs concernés promeuvent clairement la valeur et le potentiel de l'interprofessionnalité. Ils apportent également des indications pertinentes concernant les mesures, les développements et les stratégies que l'on observe dans les pays ayant parfois des dizaines d'années d'expérience dans la formation interprofessionnelle et qui pourraient être transposés en Suisse. En dehors du talent requis pour convaincre de l'utilité de cette formation, la transformation des modèles de réflexion et d'action existants requiert surtout du temps, des ressources et de la persévérance pour une mise en œuvre pérenne.

Par le biais des actions recommandées et des mesures énumérées dans le présent document, la Fondation Careum espère jouer un rôle de catalyseur et être utile à cette transformation. Les actions recommandées ne se veulent en aucun cas exhaustives et ne sauraient constituer une «recette miracle». Elles doivent plus être considérées comme des idées et pistes de réflexion, qui peuvent être discutées ultérieurement dans toute la Suisse, avec les différentes parties prenantes de l'interprofessionnalité. Ce dialogue est nécessaire pour concrétiser les recommandations et les mesures proposées, aborder les opportunités et les défis associés et mettre en pratique ces impulsions pour une réalisation durable. En définitive, ce dialogue doit déboucher, pendant les prochaines années, sur l'élaboration de concepts d'application et de plans d'actions étayés.

5 Annexe

46

5.1 Approche méthodologique

Pour la partie empirique (chapitre 2), les travaux de synthèse relatifs à la formation interprofessionnelle et considérés comme les plus importants par les auteurs ont été examinés. Ils regroupent les effets de la formation interprofessionnelle qui sont actuellement au centre des discussions et mentionnent les aspects et les défis pertinents de la formation et de la recherche interprofessionnelles pour l'avenir. Les articles sélectionnés pour l'examen de la littérature sont décrits brièvement à l'annexe 5.2.

Afin de classer les effets de la formation interprofessionnelle, le présent Working Paper s'appuie, dans le cadre de la revue de la littérature, sur le modèle 3P introduit par Biggs (1993) et repris par Freeth & Reeves (2004) pour la formation interprofessionnelle: Les «P» signifient «Presage», «Process» et «Product» (conditions-cadres, processus, résultat). Ce modèle offre un cadre structuré pour regrouper les effets sur les processus d'apprentissage collaboratifs. Reeves et al. (2016) estiment que les responsables des programmes pour les configurations interprofessionnelles pourraient tirer parti d'une meilleure prise en compte de ces trois facteurs, et ce en organisant des cours mieux adaptés. Ils estiment également qu'il est possible de discuter de manière structurée des conditions-cadres de l'apprentissage interprofessionnel (voir également Freeth & Reeves (2004)).

Les facteurs de la catégorie «Presage» sont pris en considération avant un processus d'apprentissage/d'enseignement et définissent les conditions préalables ou les conditions-cadres où s'inscrit un format d'apprentissage/d'enseignement. Ils classent les facteurs de «contexte» (conditions-cadres politiques et institutionnelles, ressources extérieures ou programmes existants), les «caractéristiques des enseignants ou responsables de l'enseignement» (ex.: expertise et soutien des facilitateurs interprofessionnels, environnement d'apprentissage motivant) et les «caractéristiques des apprenants» (motivation, attitude vis-à-vis de l'apprentissage interprofessionnel, stéréotypes).

Les facteurs de la catégorie «Process» décrivent les approches concrètes des processus d'apprentissage/d'enseignement et leurs facteurs d'influence directs (facilitateurs, pertinence pratique de la configuration, etc.).

Les résultats de la formation sont ensuite décrits à l'aide des facteurs «Product». La littérature spécialisée évoque fréquemment un postulat qui s'est établi dans le domaine de la formation médicale, selon lequel la répartition et le classement des résultats sont effectués à l'aide d'une extension et d'une adaptation, réalisées par Barr et al. (2005), du modèle classique de Kirkpatrick (Kirkpatrick, 1976) pour les programmes de formation. Ce modèle classe les résultats («products») sur six niveaux non hiérarchiques, qui prennent en compte tant les patients que les aspects organisationnels.

Afin de mieux classer les aspects et défis mis en avant dans cette littérature et savoir comment les traiter efficacement dans une perspective durable, nous avons invité des experts de renommée internationale à nous faire part de leur évaluation pour aboutir à une triangulation méthodologique (voir annexe 5.3). Les questions posées aux experts ont tenu compte des pays justifiant, selon les auteurs, d'une expérience longue et éprouvée de la formation interprofessionnelle et aussi des pays germanophones européens, à l'exception de la Suisse. Le réseau personnel des auteurs a également été mis à contribution pour cette sélection. Sur les douze experts interrogés, dix issus de sept pays et exerçant une dizaine de professions de santé différentes ont participé aux entretiens. À cela s'ajoutent, en qualité de personnes concernées par la formation interprofessionnelle, une patiente et un étudiant en médecine (membre de la swimsa, Association Suisse des Étudiants en Médecine), qui ont confié leur impressions sur ce thème (annexe 5.3).

Sur la base d'un fil conducteur défini pour les entretiens, les experts ont répondu aux questions suivantes sur la formation interprofessionnelle, par écrit ou de vive voix, par téléphone ou vidéoconférence IP:

- Que signifie pour vous une formation interprofessionnelle réussie?
- Dans votre pays, quelles sont selon vous les forces et les faiblesses de la formation interprofessionnelle dans un contexte international?
- Quels sont selon vous les principaux facteurs d'influence de la formation interprofessionnelle et quelles stratégies et recommandations permettraient leur progression pendant les prochaines années?
- Selon vous, comment pourrait-on atténuer les défis des ressources techniques liés à la formation interprofessionnelle?
- Comment pourrait-on améliorer les preuves de la formation interprofessionnelle et de quelle base théorique a-t-elle besoin?
- Quelle est votre vision de la formation interprofessionnelle pour les dix prochaines années?

Les interviews se sont déroulées sous la forme d'entretiens en partie structurés, ont duré de 38 à 65 minutes, ont été enregistrées à l'aide d'outils de vidéoconférence ou d'un appareil d'enregistrement, retranscrits fidèlement (selon Dresing & Pehl (2018)) et résumés par les auteurs. Les enregistrements ont été supprimés à la fin de l'étude. Les personnes interrogées ont participé librement et gratuitement à ce projet et avaient communiqué leur accord dans ce sens par e-mail.

Les entretiens avec la patiente et l'étudiant ont obéi à la même méthodologie. Les questions ont néanmoins été adaptées selon le point de vue de la personne interrogée.

5.2 Articles utilisés pour un tour d'horizon de la littérature spécialisée

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., Kitto, S. (2016). *A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. Med Teach*

38(7), 656–668. doi:10.3109/0142159X.2016.1173663

L'analyse BEME («Best Evidence in Medical Education») de Reeves et al. (2016) dresse la synthèse d'études de grande qualité sur la formation interprofessionnelle et documente les meilleures preuves possibles à la lumière du modèle 3P. Les auteurs ont classé les résultats de manière analogue au modèle classique de Kirkpatrick adapté par Barr et al. (2005), en rapport avec les niveaux d'évaluation des configurations pédagogiques (Kirkpatrick, 1976).

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*

Cochrane Database Syst Rev(3), CD002213. doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3

La Cochrane Review de Reeves et al. (2013) regroupe 15 études de grande qualité sur la formation interprofessionnelle et constitue une mise à jour de leur Cochrane Review de 2008 (six études). La review a pour objectif de déterminer l'efficacité des interventions de formation interprofessionnelle vis-à-vis des groupes ayant suivi une formation monoprofessionnelle ou aucune formation. Afin de pouvoir tirer des conclusions claires, les vérifications portent sur des essais contrôlés randomisés, des études avant-après ou des séries chronologiques interrompues.

Oosterom, N., Floren, L. C., Ten Cate, O. & Westerveld, H. E. (2018). *A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes*

Med Teach, 1–8. doi:10.1080/0142159X.2018.1503410

L'apprentissage interprofessionnel proposé dans les stations cliniques de formation interprofessionnelle gagne régulièrement en importance, sous la forme d'une configuration interprofessionnelle fondée sur la pratique et très exigeante. L'analyse d'Oosterom et al. (2018) aborde ce processus et compare les stations de formation publiées jusqu'à présent afin de fournir des indications utiles à la mise en place d'une station de formation.

Paradis, E. & Whitehead, C. R. (2018). *Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration*

Acad Med, 93(10), 1457–1463. doi:10.1097/ACM.0000000000002233

Paradis & Whitehead (2018) mettent en lumière les dernières évolutions de la formation interprofessionnelle de manière très critique et citent plusieurs aspects expliquant pourquoi les efforts et stratégies actuels de la formation interprofessionnelle sont insuffisants pour atteindre les effets escomptés de grande envergure et basés sur des preuves.

Sottas, B., Kissmann, S. & Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE). Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele. Rapport d'expertise établi pour l'Office fédéral de la santé publique, Berne*

<http://www.formative-works.ch/content/files/IPE%20Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best%20Practice%20Beispiele%20QR.pdf>

Le rapport «Interprofessionelle Ausbildung: Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele» de Sottas et al. (2016) est la seconde partie d'un rapport complet sur l'interprofessionnalité, rédigé en 2015/2016 à la demande de l'OFSP. La première partie («Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis») a fait ressortir l'utilité et l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle à l'aide des études de cas, des méta-analyses et la littérature spécialisés disponibles dans le monde entier fin 2015 (Sottas & Kissmann, 2016). L'objectif du second rapport consiste à dresser la liste des dispositifs interprofessionnels éprouvés et reconnus au niveau international dans le domaine de la formation. Il ne s'appuie pas en premier lieu sur des études, mais analyse les exemples de meilleures pratiques et identifie les exigences d'une formation interprofessionnelle réussie à l'aide de considérations théoriques. Cette base permet de définir une systématique et un système de mesure innovant déterminant la qualité des approches de formation interprofessionnelle.

Khan, N. S., Shahnaz, S. I. & Gomathi, K. G. (2016). *Currently Available Tools and Teaching Strategies for the Interprofessional Education of Students in Health Professions: Literature review*

Sultan Qaboos Univ Med J, 16(3), e277–285. doi:10.18295/squmj.2016.16.03.003

Dans leur analyse de la littérature, Khan et al. (2016) répertorient les tendances actuelles de mise en œuvre des formats interprofessionnels de formation à partir de 28 études conduites de 2012 à 2015. La majorité des études viennent des États-Unis et une seule de Suisse. Cette analyse vise à documenter les activités innovantes de formation interprofessionnelle menées auprès des étudiants des filières des professions de santé.

Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C.J., Nguyen, T., Myran, L., Linn, B. & Hornecker, J. (2018). *Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. Journal of Interprofessional Care*

32:2, 127–135. doi: 10.1080/13561820.2017.1399868

À l'occasion de leur analyse, Fox et al. (2018) ont travaillé sur 33 études des modèles de formation interprofessionnelle, dans le cadre desquels les aptitudes pour le travail d'équipe sont enseignées ou contrôlées. L'analyse doit répondre aux questions suivantes: 1. Quelles méthodes d'enseignement/d'apprentissage sont les plus performantes lorsqu'il s'agit d'intégrer les étudiants dans les activités interprofessionnelles spécifiques du travail d'équipe? 2. Comment ces activités sont-elles évaluées? 3. Quelles variables (contexte, combinaison professionnelle, durée de l'intervention) influencent la réussite de ces activités?

5.3 Experts interrogés

Les experts et personnes suivantes ont été interrogés dans le cadre de cette étude de la formation interprofessionnelle:

Nom	Pays	Expérience dans les professions de santé	Fonction et institution
René Ballnus	Suède	Soins	Directeur du «Center for Interprofessional Education and Collaboration, Stockholm South General Hospital, Education Center», région de Stockholm
Prof. Dr. Martin Fischer, MME	Allemagne	Médecine	Directeur de l'institut de didactique et de la recherche sur la formation dans le domaine de la médecine à la clinique de l'Université Ludwig-Maximilian de Munich
Dr. Simon Fletcher	Royaume-Uni	Sociologie	Scientifique spécialisé dans la formation interprofessionnelle au «Centre for Health and Social Care Research, Kingston and St. George's University, Londres»
Prof. Margaretha Forsberg Larm	Suède	Soins	Professeure associée, unité d'enseignement et d'apprentissage, Karolinska Institutet, Stockholm; département des sciences et de l'éducation cliniques KISÖS, Södersjukhuset Karolinska Institutet, Stockholm
Prof. Dr. John Gilbert	Canada	Politique de la santé, éducation à la santé	Professeur émérite, Université de Colombie-Britannique; professeur adjoint, Université de Dalhousie; DR. TMA Pai Endowment Chair in Interprofessional Education & Practice, Manipal Academy of Higher Education; professeur adjoint, University of Technology Sydney; chercheur principal, WHO Collaborating Centre on Health Workforce Planning & Research, Université de Dalhousie; Founding Chair, Canadian Interprofessional Health Collaborative

Tableau 4: experts et personnes interrogés

(classement par ordre alphabétique)

Experts

Autres personnes interrogées

Dr. Flemming Jakobsen	Danemark	Physiothérapie, santé publique	Scientifique à la clinique universitaire de la chirurgie de la main, de la hanche et du genou, hôpital régional de Holstebro, Danemark
Prof. Dr. Ivy Oandasan	Canada	Médecine	Professeure au «Department of Family and Community Medicine» de l'Université de Toronto et directrice pour l'«Education at the College of Family Physicians of Canada»
Mag. ^a Heidi Oberhauser	Autriche	Analytique biomédicale	Directrice des filières et des stages à Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH, Innsbruck
Prof. Dr. Jill Thistlethwaite	Australie	Médecine	Professeure adjointe à l'University of Technology Sydney
Prof. Dr. Ursula Walkenhorst	Allemagne	Ergothérapie, sciences de l'éducation, sciences de la santé	Doyenne et directrice du département de la didactique des professions en rapport avec les services humains à l'institut de la recherche sur la santé et de l'éducation de l'Université d'Osnabrück
Lukas Büsser	Suisse	Médecine	Étudiant en médecine à l'Université de Zurich, président de la swimsa (Association Suisse des Étudiants en Médecine)
Cristina Galfetti, M.A.	Suisse	Représentante des patients	Spécialiste et conseillère indépendante (cg empowerment) des personnes concernées dans le domaine des compétences appliquées à la santé et aux patients, avec une spécialisation dans les maladies rhumatismales

À propos des auteurs

52

Ulrich, Gert; Dr. phil., M.A.

Gert Ulrich est chef de projet de la «station clinique de formation interprofessionnelle de Zurich» (ZIPAS) et collaborateur scientifique de la Fondation Careum (département du développement de la formation). Spécialiste du sport, il a obtenu un doctorat Dr. Phil. pour ses travaux sur la médecine du sport (Université de Heidelberg). Pendant plusieurs années, il a ensuite travaillé comme collaborateur scientifique à l'Université de Heidelberg (institut des sports et des sciences sportives) et à la clinique universitaire d'Heidelberg (service de médecine générale et de recherche sur les soins). À la clinique universitaire d'Heidelberg, il a travaillé pour la filière des soins de santé interprofessionnels et la filière de médecine humaine, dans le domaine des programmes et du travail structuré, de la recherche et de l'enseignement.

Amstad, Hermann; Dr. med., MPH

Hermann Amstad est directeur d'amstad-kor, une entreprise aidant les organisations et les institutions du domaine de la santé pour l'élaboration de concepts, l'accompagnement lors des projets et la rédaction de publications. De 2007 à 2017, il a été Secrétaire général de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Dans le cadre de cette fonction, il a grandement participé à la mise en place de la thématique de l'interprofessionnalité au sein de l'Académie, à la rédaction de la charte «Collaboration entre les professionnels de la santé» et au lancement du prix de l'ASSM «Interprofessionnalité».

Kaap-Fröhlich, Sylvia; Dr. rer. nat., MBA

Depuis septembre 2017, Sylvia Kaap-Fröhlich est responsable du développement de la formation chez Careum. Après un diplôme d'analyste biomédicale obtenu à l'Université de Leipzig, elle a étudié la biochimie et obtenu un doctorat en pharmacie. Elle a complété son cursus avec des études pédagogiques complémentaires à l'Université technique de Dresde et un MBA en management de l'éducation et des sciences décroché à l'Université d'Oldenbourg. Elle dispose d'une expérience et de compétences approfondies dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de formation innovants grâce à ses années d'expérience dans l'enseignement et la direction au sein d'écoles, de hautes écoles et d'universités pour la formation initiale et continue des enseignants et des professionnels de santé.

Littérature spécialisée

53

1. Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley
2. ASSM. (2004). *Buts et missions de la médecine au début du 21^e siècle – Rapport d'un groupe d'experts de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), de la Fédération des médecins suisses (FMH) et des cinq Facultés de médecine*
https://www.samw.ch/dam/jcr:cf4906ca-da91-4924-ac92-fe5e0bd51834/feuille_de_route_assm_buts_et_missions.pdf [accès le 03.03.2020]
3. ASSM. (2007). *Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers – rapport de 2007 et commentaire de 2011*
https://www.samw.ch/dam/jcr:b0c0e28c-7618-4609-9650-4c8d4f31deb6/feuille_de_route_assm_futurs_profils_professionnels.pdf [accès le 03.03.2020]
4. ASSM. (2014). *Charte – Collaboration entre les professionnels de la santé*
https://www.assm.ch/dam/jcr:29ebd284-dbe0-4174-9aa5-0d001868c594/charte_assm_collaboration_sante.pdf [accès le 03.03.2020]
5. ASSM. (2019). *Développement durable du système de santé – Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales*
Swiss Academies Communication, 14(2)
6. Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Assumption, argument and evidence*. London: Blackwell
7. Berwick, D. M., Nolan, T. W. & Whittington, J. (2008). *The triple aim: care, health, and cost*. *Health Aff (Millwood)*, 27(3), 759–769
doi:10.1377/hlthaff.27.3.759
8. Biggs, J. B. (1993). *From Theory to Practice: A Cognitive Systems Approach*. *Higher Education Research & Development*, 12(1), 73–85
doi:10.1080/0729436930120107
9. Bland, C. J., Schmitz, C. C., Stritter, F. T., Henry, R. C. & Aluise, J. J. (1990). *Successful Faculty in Academic Medicine: Essential Skills and How to Acquire Them*. New York, NY: Springer-Verlag
10. Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). *From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider*
Ann Fam Med, 12(6), 573–576. *doi:10.1370/afm.1713*
11. Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A. & Chioreso, C. (2014). *A scoping review of inter-professional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim*
J Interprof Care, 28(5), 393–399. *doi:10.3109/13561820.2014.906391*

12. CAIPE. (2019). *Definition of Interprofessional Education*
<https://www.caipe.org/about-us> [accès le 03.03.2020]
13. Centra, J. A. (1978). *Types of faculty development programs*
J Higher Educ, 49, 151–162
14. DiazGranados, D., Dow, A. W., Appelbaum, N., Mazmanian, P. E. & Retchin, S. M. (2018). *Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration*
J Interprof Care, 32(2), 151-159. doi:10.1080/13561820.2017.1383886
15. Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8^e éd.). Marburg
16. econcept. (2019). PT1-2-01 *Exercice de la profession: potentiel de l'interprofessionnalité. Rapport final à l'intention de l'OFSP*
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/Interprofessionalitaet/Forschungsberichte1/Studie-M4_Potenziale-IPZ_Econcept_Schlussbericht.pdf.download.pdf/Studie%20M4_Potenziale%20der%20IPZ_Econcept_Schlussbericht.pdf
 [accès le 03.03.2020]
17. Fondation Careum. (2019)
<https://www.careum.ch/zipas> [accès le 03.03.2020]
18. Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen, T. N., Myran, L., Linn, B. & Hornecker, J. (2018). *Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review*
J Interprof Care, 32(2), 127-135. doi:10.1080/13561820.2017.1399868
19. Frank, J. R. (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
20. Freeth, D. & Reeves, S. (2004). *Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities*
J Interprof Care, 18(1), 43–56. doi:10.1080/13561820310001608221
21. Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Zurayk, H. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*
Lancet, 376(9756), 1923–1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
22. Hansen, T. B., Jacobsen, F. & Larsen, K. (2009). *Cost effective interprofessional training: An evaluation of a training unit in Denmark*
Journal of Interprofessional Care, 23(3), 234–241

23. Hylin, U. (2010). *Interprofessional education: Aspects on learning together on an interprofessional training ward (PhD)*. Stockholm, Suède: Karolinska Institutet
24. Interprofessional Network of BC (In-BC) & College of Health Disciplines (CHD) (2008). *British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration*
file:///H:/01_Artikel/Frameworks_Positionspapiere/2008_The%20British%20Columbia%20Competency%20Framelwork%20for%20IPC.pdf [accès le 03. 03. 2020]
25. Khalili, A., Thistlethwaite, J., El-Awaisi, A., Pfeifle, A., Gilbert, J., Lising, D., Xyrichis, A. (2019). *Guidance on Global Interprofessional Education and Collaborative Practice Research: Discussion Paper*. A joint publication by Interprofessional Research. Global & Interprofessional. Global
<https://www.research.interprofessional.global> [accès le 03. 03. 2020]
26. Khalili, H., Hall, J. & DeLuca, S. (2014). *Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice*
J Interprof Care, 28(2), 92-97. doi:10.3109/13561820.2013.869197
27. Khan, N. S., Shahnaz, S. I. & Gomathi, K. G. (2016). *Currently Available Tools and Teaching Strategies for the Interprofessional Education of Students in Health Professions: Literature review*
Sultan Qaboos Univ Med J, 16(3), e277–285. doi:10.18295/squmj.2016.16.03.003
28. Kirkpatrick, D.L. (1976). *Evaluation of training*. New York: McGraw Hill
29. Klapper, B. & Schirlo, C. (2016). *Special edition booklet: Interprofessional Training*. Published by the Robert Bosch Stiftung and the Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
GMS J Med Educ, 33(2), Doc38. doi:10.3205/zma001037
30. LAMal – loi sur l'assurance-maladie. (1994). *Loi fédérale sur l'assurance-maladie*
<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html> [accès le 03. 03. 2020]
31. Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projekt Abschlusskompetenzen der FH-Gesundheitsberufe – Abschlussbericht*
32. LPMéd – loi sur les professions médicales. (2018). *Loi fédérale sur les professions médicales universitaires*
<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20040265/index.html> [accès le 03. 03. 2020]
33. LPSan – loi sur les professions de la santé. (2016). *Loi fédérale sur les professions de la santé*
<https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20131765/202002010000/811.21.pdf> [accès le 03. 03. 2020]

34. Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Personnel de santé en Suisse. État des lieux et projections à l'horizon 2030* (Obsan Rapport 71). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
35. Michaud, P. A., Jucker-Kupper, P. & Members of the Profiles Working Group. (2017). *PROFILES; Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland*. Berne: Joint Commission of the Swiss Medical Schools
36. Michaud, P. A., Luthi, F. T., Clerc, M., Gachoud, D., Chapuis, J., Allin, A. C., Morin, D. (2011). *Interprofessional education for all. An awareness experience for undergraduate students in Vaud*
Rev Med Suisse, 7(319), 2363–2365
37. Nowossadeck, S. (2013). *Demographic change, people needing long-term care, and the future need for carers. An overview*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(8), 1040–1047
doi:10.1007/s00103-013-1742-1
38. Oandasan, I. & Reeves, S. (2005). *Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context*
J Interprof Care, 19 Suppl 1, 21–38. *doi:10.1080/13561820500083550*
39. OFSP. (2013). *Rapport du groupe thématique «Interprofessionnalité»*
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung/bericht-interprofessionalitaet-anhaenge.pdf.download.pdf/bericht-interprofessionalitaet-anhaenge-f.pdf> [accès le 03.03.2020]
40. OFSP. (2019a). *Programme de promotion «Interprofessionnalité» 2017-2020*
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/phase-1-2017-2020-Forschung.html> [accès le 03.03.2020]
41. OFSP. (2019b). *Catalogue de modèles de bonne pratique – interprofessionnalité*
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/projektverzeichnis-modelle-guter-praxis.html> [accès le 10.07.2019]
42. Oosterom, N., Floren, L. C., Ten Cate, O. & Westerveld, H. E. (2018). *A review of interprofessional training wards: Enhancing student learning and patient outcomes*
Med Teach, 1–8. *doi:10.1080/0142159X.2018.1503410*
43. Organisation mondiale de la santé. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
[accès le 03.03.2020]

44. Organisation mondiale de la santé. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training*
https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/ [accès le 03.03.2020]
45. Paradis, E.&Whitehead, C. R. (2018). *Beyond the Lamppost: A Proposal for a Fourth Wave of Education for Collaboration*
Acad Med, 93(10), 1457–1463. doi:10.1097/ACM.0000000000002233
46. Plateforme Interprofessionnalité. (2019). *Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires*
<https://www.interprofessionalitaet.ch/> [accès le 03.03.2020]
47. Pollard, K. C., Miers, M. E.&Gilchrist, M. (2004). *Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students*
Health Soc Care Community, 12(4), 346–358. doi:10.1111/j.1365-2524.2004.00504.x
48. Ponzer, S., Hysin, U., Kusoffsky, A., Lauffs, M., Lonka, K., Mattiasson, A. C.&Nordstrom, G. (2004). *Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards*
Med Educ, 38(7), 727–736. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x
49. Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., Kitto, S. (2016). *A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39*
Med Teach, 38(7), 656–668. doi:10.3109/0142159X.2016.1173663
50. Reeves, S.&Freeth, D. (2002). *The London training ward: an innovative interprofessional learning initiative*
J Interprof Care, 16(1), 41–52. doi:10.1080/13561820220104159
51. Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D.&Zwarenstein, M. (2013). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*
Cochrane Database Syst Rev(3), CD002213. doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3
52. Schmitz, C., Atzeni, G.&Berchtold, P. (2017). *Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals*
Swiss Med Wkly, 147, w14525. doi:10.4414/smw.2017.14525
53. Sottas, B., Brügger, S.&Meyer, P. C. (2013). *Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice*
<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/forschung/fe-publikationen/zhaw-reihe-gesundheit-1.pdf>
 [accès le 03.03.2020]

54. Sottas, B. & Kissmann, S. (2016). *Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtsstudie zur Evidenzlage*. Rapport d'expertise établi pour l'Office fédéral de la santé publique. Berne
55. Sottas, B., Kissmann, S. & Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE). Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele*. Rapport d'expertise établi pour l'Office fédéral de la santé publique, Berne
https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016_3_IPE-Erfolgsfaktoren-Messinstrument-Best-Practice-Beispiele-QR.pdf [accès le 03.03.2020]
56. Steinert, Y., Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D. & Fuks, A. (2007). *Faculty development as an instrument of change: a case study on teaching professionalism* *Acad Med*, 82(11), 1057-1064. doi:10.1097/01.ACM.0000285346.87708.67
57. SwissIPE (2019)
<https://www.swissipe.ch/> [accès le 03.03.2020]
58. Thistlethwaite, J., Moran, M. & World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. (2010). *Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis* *J Interprof Care*, 24(5), 503-513. doi:10.3109/13561820.2010.483366
59. Towle, A. & Godolphin, W. (2015). *Patients as teachers: promoting their authentic and autonomous voices* *Clin Teach*, 12(3), 149-154. doi:10.1111/tct.12400
60. Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E. G., Kaap-Frohlich, S., Karstens, S., Sottas, B. (2015). *Position statement GMA Committee «Interprofessional Education for the Health Care Professions»* *GMS Z Med Ausbild*, 32(2), Doc22. doi:10.3205/zma000964

Mentions légales

Éditeur/concept

Fondation Careum, 2020

Mise en page

AGENTUR FRONTAL AG, Willisau

Impression

Somedia Production, Coire

Production

Éditions Careum

Photo de couverture

© wanpatsorn – shutterstock.com

Prière d'utiliser la citation suivante:

Ulrich, G., Amstad, H., & Kaap-Fröhlich, S. (2020).

Working Paper 9 Careum – «La formation inter-professionnelle au sein du système de santé suisse: analyse de la situation et perspectives.»

URL: www.careum.ch/workingpaper9-longue

Pour plus d'informations: www.careum.ch



