



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **Caroline Aigle - 2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

---

**Développer la formation en  
interprofessionnalité : quelles  
stratégies pour le Directeur des soins  
en institut de formations  
paramédicales ?**

---

**Christine SAUGIS**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail, et plus particulièrement :

Monsieur Christophe DEBOUT, pour son écoute, sa disponibilité, son accompagnement tout au long de ce travail de recherche, me facilitant l'avancée de ce mémoire.

Les professionnels des instituts de formation, pour la richesse de leur propos et le temps qu'ils ont bien voulu m'accorder.

Mes plus vifs remerciements à l'ensemble des personnes pour le temps accordé lors de nos échanges, pour la qualité de leurs discours et leur confiance.

Et un clin d'œil particulier à ma famille et mes amis pour leur présence et leurs attentions particulières durant cette année riche d'enseignements et de rencontres.

**« Plus vous saurez regarder loin dans le passé,  
Plus vous verrez loin dans le futur »**

**Winston CHURCHILL**



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Le cadre de référence : la formation paramédicale, un écosystème en mutation.....	5
1.1 La formation paramédicale vers l'intégration universitaire .....	5
1.1.1 Des professions réglementées et des formations paramédicales organisées historiquement en silos.....	5
1.1.2 L'universitarisation .....	6
1.1.3 Le processus de l'intégration universitaire.....	7
1.1.4 Les instituts de formation à la croisée de nombreux acteurs .....	9
1.2 La formation en interprofessionnalité.....	10
1.2.1 Qu'entend-on par interprofessionnalité ?.....	10
1.2.2 De l'interprofessionnalité à la collaboration interprofessionnelle .....	11
1.2.3 L'éducation interprofessionnelle ou la formation interprofessionnelle .....	13
1.2.4 La simulation en santé : un outil au service de la formation en interprofessionnalité .....	15
1.3 Les instituts de formation comme déterminant de la collaboration interprofessionnelle.....	17
1.3.1 L'évolution du rôle du Directeur des soins en institut de formation .....	17
1.3.2 Le projet d'institut : un projet stratégique et une vision prospective de la formation .....	18
1.3.3 Des partenariats interfilières.....	19
1.3.4 Des opportunités : les expérimentations et les appels à projet .....	20
2 La méthodologie.....	23
2.1 La méthodologie de l'enquête qualitative.....	23
2.1.1 Le choix des lieux d'enquête et de la population .....	23
2.1.2 La méthode de recueil de données : l'entretien semi directif .....	24
2.1.3 Le guide d'entretien.....	24
2.1.4 Le plan d'analyse des données .....	24
2.1.5 Les considérations éthiques.....	24

2.1.6	Les limites de la démarche : un contexte singulier .....	25
2.2	Les résultats de l'enquête .....	25
2.2.1	La formation en interprofessionnalité : une représentation partagée.....	25
2.2.2	Du projet stratégique à sa mise en œuvre .....	26
2.2.3	Des pratiques collaboratives vers des compétences collectives .....	31
2.2.4	La simulation comme levier de la collaboration interprofessionnelle ... mais pas seulement .....	33
2.3	La discussion.....	37
3	Les préconisations pour développer la formation en interprofessionnalité .....	39
3.1	Le leadership stratégique du DS pour accompagner la transformation .....	39
3.1.1	Une analyse de l'environnement, préalable incontournable du projet stratégique pour développer une dynamique partenariale.....	40
3.1.2	Une stratégie de communication pour donner du sens au projet .....	41
3.2	Une structure organisationnelle pour développer la professionnalisation dans une dimension collaborative.....	42
3.2.1	Construire un dispositif « d'éducation interprofessionnelle » dans une démarche interculturelle.....	42
3.2.2	Développer des méthodes pédagogiques innovantes et une dynamique de mutualisations de ressources et de moyens .....	44
3.2.3	Placer l'étudiant au centre du dispositif et intégrer le patient partenaire.....	46
3.3	Le management transformationnel du DS pour accompagner la mise en place de la formation en interprofessionnalité .....	47
3.3.1	Développer le travail en équipe dans une logique d'organisation apprenante et agile .....	48
3.3.2	Développer une politique de recrutement et d'intégration .....	48
3.3.3	Développer une politique de formation continue et d'évaluation des équipes pédagogiques .....	50
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANR	Agence Nationale de Recherche
ARS	Agence Régionale de Santé
CAIPE	Centre for Advancement of Interprofessionnal Education
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CGS	Coordination Générale des Soins
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DPC	Développement Professionnel Continu
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DTS IRMT	Diplôme de Technicien Supérieur en Imagerie médicale et radiologie Thérapeutique
DU	Diplôme Universitaire
ECTS	European Credits Transfer System
EIP	Education Inter Professionnelle
ERASMUS	EuRoPean Action Scheme for the Mobility of University Students
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
ICOGI	Instance Compétente pour les Orientations Générales de l'Institut
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFA	Institut de Formation des Ambulanciers
IFAP	Institut de Formation d'Auxiliaire de Puériculture
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFAS	Institut de Formation des Aides-Soignants
IFE	Institut de Formation en Ergothérapie
IFMEM	Institut de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale
IFMK	Institut de Formation en Masso Kinésithérapie
IFP	Institut de Formation Paramédicale
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAENR	Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IP	Interprofessionnalité

LMD	Licence Master Doctorat
NLN	National League for Nursing
NCU	Nouveaux Cours Universitaires
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SSES	Service Sanitaire des Etudiants en Santé

## Introduction

« *La complexification des organisations, de la nature du travail et des relations sociales [...] signifie bien l'enchevêtrement des situations, des besoins, des idées des cultures et des pratiques* »<sup>1</sup>. En ce sens, le système de santé français et les prises en soins ne cessent de se complexifier. La qualité de ce système est confrontée au triple défi du vieillissement de la population, des pathologies chroniques et de la persistance des inégalités sociales et territoriales. Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ont souhaité développer une politique de décloisonnement de l'organisation des soins. La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009<sup>2</sup> a permis le renforcement de la logique territoriale avec la création des Agences Régionales de Santé. Les notions de parcours du patient et de gradation de l'offre territoriale sont apparues avec l'objectif d'un accompagnement coordonné, fluide et sans rupture. La loi de modernisation de notre système de santé<sup>3</sup> de 2016 réaffirme la volonté de développer une « *véritable médecine de parcours, tangible pour les patients. Il faut cesser de raisonner par secteur : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico sociaux [...]. En clair, faire émerger les soins primaires et accompagner le virage ambulatoire* »<sup>4</sup>. Cela suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en maison de santé ou en centre de santé, en réseau de santé. « *Ma santé 2022*<sup>5</sup> » veut favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Il s'agit alors de « *rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires* »<sup>6</sup>. L'exercice isolé des professionnels doit alors devenir l'exception. L'interaction et la coopération des professionnels de santé sont donc une nécessité et « *un critère d'évolution de production de soins de qualité* »<sup>7</sup>. Par ailleurs, les contraintes économiques qui pèsent sur le système de santé justifient « *que les ressources rares que peuvent représenter certaines*

---

<sup>1</sup> BONNET J., 2005, « Interprofessionnalité et complexité », dans AUBERT M. et al, *Interprofessionnalité en gérontologie*, p 29-56 [Consulté le 3 mai 2020]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/interprofessionnalite-en-gerontologie--9782749203942-page-29.htm>

<sup>2</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009

<sup>3</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016

<sup>4</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Parcours de santé de soins et de vie [Consulté le 11 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<sup>5</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018, *Dossier de presse : Ma santé 2022 - Un engagement collectif*, 52 p.

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> DILLENSCHNEIDER D., ECKENSCHWILLER M., PRAZ E., 2018, « Coopération pluridisciplinaire et institut de formation », *Soins Cadres*, S 105, S. 28-30

*professions soient mises en œuvre à bon escient et que les qualifications correspondent aux besoins réels de la pratique »<sup>8</sup>. Ainsi, les professionnels de santé doivent acquérir et développer les compétences nécessaires à l'exercice interprofessionnel.*

*L'interprofessionnalité s'envisage comme un « processus et modalités d'organisation de travail et de communication sociale permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différents d'échanger, et éventuellement de mettre en commun, des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre toutes les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté (diagnostic situationnel médico-social, décision de prise en charge, élaboration d'un document de référence...). Ce travail en équipe, fondé sur la recherche de représentations et de valeurs compatibles, permet la coordination des rôles et la répartition des tâches en vue d'élaborer des projets et des plans d'action et de donner une signification partagée au sein de l'action collective »<sup>9</sup>.*

Ces éléments posent alors la question de l'interprofessionnalité dans la formation initiale des futurs professionnels paramédicaux. En effet, les étudiants en accédant au marché de l'emploi, exerceront une pratique qui sera en grande partie le reflet de la manière dont ils y auront été préparés. *« Les manières d'être et de faire de ces professionnels [...] seront influencés dans un sens ou dans l'autre par ce qu'ils auront appris, par ce qu'ils auront vu et entendu, par ce qu'ils auront perçu et ressenti et par la dynamique de réflexion à laquelle ils auront été préparés et entraînés<sup>10</sup> ». Aussi, « la formation représente un puissant levier de transformation du système de santé et doit s'envisager également comme un moyen de réussite de l'atteinte des objectifs des autres chantiers : pertinence et qualité des soins, tarification, numérique, ressources humaines et organisation territoriale »<sup>11</sup>. Ainsi, « former les futurs professionnels de santé, c'est préparer l'avenir de notre système de soins [...]. C'est aussi les former à un exercice collectif des professions de santé, où chacun, qu'il exerce en milieu hospitalier ou en libéral, s'inscrit dans une démarche globale de soins, fait partie d'une équipe dont chacun des membres est complémentaire et partage un même engagement et une même culture professionnelle »<sup>12</sup>. « Les formations constituent l'un des éléments centraux de la qualité de notre système de santé et de l'efficacité de ses professionnels<sup>13</sup> ». Ces propos issus du Rapport final - Adapter les formations aux enjeux*

---

<sup>8</sup> IGAS-IGAERN, 2008, Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, 146 p.

<sup>9</sup> AUBERT M., MANIERE D., MOUREY F., OUATA S., 2005, *Interprofessionnalité en gérontologie*, Toulouse, Eres, 280 p

<sup>10</sup> DUPUIS M., GUEIBE R., HESBEEN W., *Les formations en santé*, Paris, Seli Arslan, 190 p.

<sup>11</sup> TESNIERE A., RIST S., RIOM I., 2018 « Stratégie de transformation du système de santé. Rapport final - Adapter les formations aux enjeux du système de santé », 53 p

<sup>12</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *op. cit.*(5)

<sup>13</sup> TESNIERE A., RIST S., RIOM I., *op. cit.* (11)

du système de santé - en lien avec la stratégie de transformation du système de santé marquent un nouveau tournant dans le processus d'universitarisation des formations paramédicales. En effet, avec la mise en conformité avec les accords de Bologne de 1999, les instituts de formation paramédicale (IFP) ont intégré l'université. Le processus d'universitarisation engagé depuis les années 2000 s'est concrétisé en 2009. Il est complexe et les parties prenantes sont nombreuses. Ce processus a impacté le contexte d'exercice des DS en charge d'instituts de formation en modifiant le contenu et les modalités de formation mais aussi, en intégrant un nouvel acteur : l'Université.

La Grande Conférence de Santé de 2016 a représenté une étape importante dans l'intégration universitaire et a introduit différentes mesures. Certaines d'entre elles visent à favoriser les interactions entre les étudiants des différentes formations en santé. Par des socles communs de formation aux différentes filières de santé, il s'agit de développer la culture de l'interprofessionnalité et le travail en équipe, de promouvoir les outils numériques puisqu'ils favorisent les échanges pluridisciplinaires<sup>14</sup>. Dès lors, des expérimentations permettant de renforcer les échanges entre les formations, la mise en place d'enseignements en commun et l'accès à la formation par la recherche sont conduites pour certaines filières de formation et dans certaines régions. L'intégration universitaire des formations paramédicales doit répondre à plusieurs objectifs de long terme et notamment à celui de décloisonner les filières organisées en silos et former tous les étudiants du secteur du soin aux enjeux de la prise en charge pluri professionnelle du patient. « *Une des caractéristiques de ces formations paramédicales [...] est l'employabilité et la qualité de l'insertion professionnelle. C'est évidemment un atout à préserver* »<sup>15</sup>. Or, les instituts de formation sont avec leur organisme gestionnaire à la croisée de nombreux acteurs : les régions, les ARS, les établissements de santé, les associations de formateurs, les associations d'étudiants et d'usagers, les ordres professionnels.

C'est dans ce contexte que la mission confiée à Stéphane LE BOULER en 2017 vise à « *préciser les étapes à venir de cette intégration et d'instruire les décisions à envisager à cette fin* »<sup>16</sup>. Cette mission de concertation sur l'intégration à l'Université des formations paramédicales et de maïeutique a permis de dégager 4 axes d'évolution : la nécessaire interprofessionnalité, le développement de la recherche, les parcours des étudiants et l'ancrage territorial. L'université est alors décrite comme le lieu idéal de rapprochement de

---

<sup>14</sup> GRANDE CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*, 11 février 2016, Paris, Conseil Economique, Social et Environnemental, 19 p

<sup>15</sup> LE BOULER S., 2018, *Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, rapport à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la Ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation

<sup>16</sup> *Ibid.*

filières qui doivent coopérer. Le rapport LE BOULER réaffirme la volonté politique d'intégration à l'université des instituts de formation. Ainsi, interroger le sujet de la formation en interprofessionnalité, c'est être en cohérence avec cette volonté politique et suggère de construire de nouveaux dispositifs pédagogiques. Le décret du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé illustre cette évolution. Il a pour objectif, entre autres, « *de favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité lors des formations suivies et des actions réalisées* »<sup>17</sup>.

Parallèlement, la loi de modernisation de notre système de santé<sup>18</sup> prévoit au sein des GHT la mutualisation de certaines fonctions, dont la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale ainsi que les plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC). Avec la notion de territorialisation, les missions du Directeur des soins sont alors réinterrogées. Le Directeur des soins doit se positionner en pilote et en coordonnateur des formations. Les enjeux pour les instituts de formation relèvent donc de la coordination et de la mutualisation de leurs ressources afin de proposer une formation de qualité correspondant aux spécificités du territoire.

Dans cet écosystème en mutation, il s'agit de décloisonner les formations en santé grâce à une pédagogie interprofessionnelle où les enjeux sont nombreux, où la place des outils numériques et de la simulation en santé sont incontournables. Ce travail professionnel s'inscrit dans les contours actuels de la formation paramédicale. Les entretiens exploratoires menés en amont montrent une nécessaire proactivité du directeur de soins en termes de stratégie dans le développement de la formation en interprofessionnalité. Aussi, au regard des éléments contextuels, la question de départ identifiée est la suivante : **Dans un écosystème en mutation, quelles sont les stratégies du Directeur des soins en institut qui permettent de développer la formation en interprofessionnalité ?**

Afin de mener cette étude, il sera tout d'abord développé une approche conceptuelle et contextuelle centrée sur cet écosystème en mutation en développant la formation paramédicale vers l'intégration universitaire, en définissant la formation en interprofessionnalité et en envisageant les instituts de formation comme déterminant de la collaboration interprofessionnelle (1). Puis, seront présentés la méthodologie, les résultats de l'enquête et la discussion (2) pour enfin, proposer au regard de la question posée, des axes de réponse et des préconisations en lien avec l'exercice du Directeur des soins en instituts de formation (3).

---

<sup>17</sup> Décret n°2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Journal officiel n°0134 du 13 juin 2018

<sup>18</sup>. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.* (3)

# 1 Le cadre de référence : la formation paramédicale, un écosystème en mutation

La formation des futurs professionnels de santé représente un moyen et un levier pour la transformation du système de santé. Ainsi, s'interroger sur la formation paramédicale en interprofessionnalité nécessite tout d'abord de retracer l'évolution de la formation paramédicale à travers notamment son origine, son intégration à l'Université et de décliner l'environnement complexe dans lequel évoluent les instituts. Il s'agira ensuite d'éclairer la notion d'interprofessionnalité qui représente le concept central et le fil conducteur du travail pour envisager les instituts de formation comme déterminant de la collaboration interprofessionnelle.

## 1.1 La formation paramédicale vers l'intégration universitaire

### 1.1.1 Des professions réglementées et des formations paramédicales organisées historiquement en silos

« Les professions de santé regroupent les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative ou par un texte pris en application de la loi »<sup>19</sup>. Telle est la définition retenue par la mission « Démographie des professions de santé ». Quatorze professions de santé ont été répertoriées : trois professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), la profession de pharmacien et dix professions paramédicales. Dans ses dispositions législatives consacrées aux auxiliaires médicaux, le Code de la santé publique (Livre III de la quatrième partie) répartit quant à lui les auxiliaires médicaux en professions ou groupes de professions :

- ✓ Titre I : Profession d'infirmier ou d'infirmière
- ✓ Titre II : Professions de masseurs kinésithérapeute et de pédicure podologue
- ✓ Titre III : Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien
- ✓ Titre IV : Professions d'orthophonistes et d'orthoptiste
- ✓ Titre V : Manipulateur d'électroradiologie médicale
- ✓ Titre VI : Professions d'audioprothésiste, d'opticien lunetier, de prothésistes et d'orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées
- ✓ Titre VII : Profession de diététicien.

Il convient d'ajouter à ce recensement les cadres de santé et les infirmiers spécialisés (anesthésistes, de bloc opératoire et puéricultrices).

---

<sup>19</sup> BERLAND Y., 2002, *Mission « Démographie des professions de santé »*, Paris, 110 p.

Les diplômés du secteur sanitaire sont en relation avec un métier. Ils s'inscrivent dans un cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées. Il est alors nécessaire de posséder le diplôme pour exercer les métiers paramédicaux. En effet, cet exercice « *s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ de responsabilité* »<sup>20</sup>. Le diplôme est alors considéré comme une garantie que le professionnel possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour répondre à l'exigence de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi, jusqu'en 2009 le système de formation paramédicale, certes alternant, était « *construit sur une logique d'apprentissage centrée sur la discipline* »<sup>21</sup> avec la volonté de favoriser le processus de professionnalisation. Comme le souligne le rapport IGAS-IGAERN, « *les dispositifs de formation des différentes professions ont été historiquement construits de manière totalement hétérogène, sans qu'aucune harmonisation n'ait été vraiment tentée jusqu'ici. Les disparités sont de tous ordres ; dans l'organisation des formations, dans le type de diplômes délivrés (diplômes d'Etat ou diplômes universitaires), dans la nature et le statut juridique des instituts de formation, dans le mode d'exercice des professions* »<sup>22</sup>. L'universitarisation va alors reconfigurer le dispositif de professionnalisation des professionnels paramédicaux avec l'émergence de nouvelles modalités d'apprentissage pour les étudiants.

### **1.1.2 L'universitarisation**

Néologisme apparu dans les années 2000, le terme universitarisation vient étymologiquement du latin « *universitas* » signifiant « *acte de connaître* » et de « *sation* » correspondant à un processus d'action. L'universitarisation consiste alors à « *aller de l'avant vers l'acte de connaître* ». Selon BOURDONCLE, l'universitarisation se définit comme « *le processus qui rend universitaires des formations et des institutions alors qu'elles existaient ailleurs auparavant qu'à l'université* »<sup>23</sup>. Dans le cadre de l'harmonisation des cursus d'enseignement supérieur européens suite aux accords de Bologne de 1999, le cursus universitaire français s'organise désormais autour de trois diplômes nationaux : la licence, le master et le doctorat. Cette organisation, dite LMD<sup>24</sup> permet d'accroître la mobilité des étudiants européens, la mobilité entre disciplines et entre formations professionnelles et générales. C'est également dans ce cadre qu'a été instauré le système de crédits ECTS

---

<sup>20</sup> HENART L., BERLAND Y., CADET D., 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 57 p.

<sup>21</sup> BOURGEON D., 2019, *Identités professionnelles, alternance et universitarisation*, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 335 p.

<sup>22</sup> MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite d'intégration dans le dispositif LMD*, Paris : IGAS – IGAERN, 93 p.

<sup>23</sup> BOURDONCLE R., 2007, « *Universitarisation* », *Recherche et information*, 54, P 138-149

<sup>24</sup> Décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur. Journal officiel n°0084 du 10 avril 2002

pour valider les semestres d'études réalisés. Ainsi, la formation infirmière avec l'arrêté du 31 juillet 2009<sup>25</sup> est la première formation paramédicale à s'inscrire dans cette architecture. Le référentiel de formation est construit à partir d'une logique de compétences articulant formation professionnelle et enseignements universitaires. Selon l'article 4 de cet arrêté, les instituts de formation établissent une convention avec les universités afin de déterminer les modalités de participation de l'université à la formation ainsi que la reconnaissance du grade universitaire<sup>26</sup>. L'article 5 permet aux instituts de se regrouper sous forme de Groupement de Coopération Sanitaire afin de simplifier le dialogue entre l'université et les instituts.

### 1.1.3 Le processus de l'intégration universitaire

La Grande Conférence de Santé<sup>27</sup> de février 2016 préconise 22 mesures dont 15 autour du thème de l'innovation pour mieux former les professionnels de santé. La mesure 9 vise à développer et à mieux organiser les interactions entre les étudiants des différentes formations en santé. Il s'agit alors de développer la culture de l'interprofessionnalité et du travail en équipe en déployant des socles communs de formation des différentes filières de santé. La mesure 10 souligne l'importance des outils numériques dans les formations en santé puisqu'ils favorisent les échanges pluridisciplinaires. La mesure 14 vise à étendre aux instituts paramédicaux la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur qui apparaît comme un corollaire nécessaire à l'intégration accrue à l'université.

Dans cette continuité, le rapport<sup>28</sup> de l'IGAS et l'IGAENR de juin 2017 examine les modalités de mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 proposées par la Grande Conférence de Santé. La mesure 5 a pour objectif de renforcer les prestations sociales des étudiants paramédicaux, la mesure 6 est en lien avec les conditions de déploiement d'une offre publique de formation pour toutes les professions de santé paramédicales. La mesure 13, quant à elle, a pour objectif de « *faire des formations paramédicales des formations universitaires à part entière* » en confiant à terme l'encadrement pédagogique des formations paramédicales aux universités<sup>29</sup>. Les deux inspections prônent l'achèvement de l'universitarisation qui passe notamment par la reconnaissance d'un statut d'étudiant de plein droit aux élèves des formations paramédicales, par la finalisation de la réingénierie

---

<sup>25</sup>. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel n°0181 du 7 août 2009

<sup>26</sup>. Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique. Journal officiel n° 0224 du 26 septembre 2010

<sup>27</sup> GRANDE CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *op cit* (14)

<sup>28</sup> DEBEAUPUIS J., ESSID A., ALLAL P., & al., 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé*, Paris : IGAS – IGAENR, 219 p

<sup>29</sup> *Ibid.*

des formations, par une simplification des modes d'accès à la formation mais également par l'innovation pédagogique et le développement du numérique et de la simulation.

Ainsi, la mission de concertation confiée à S. LE BOULER en 2017 a pour objectif de préciser les étapes à venir de l'intégration universitaire et d'instruire les décisions à envisager dans cette optique. Le rapport montre « *la grande convergence des différents acteurs et permet d'articuler les évolutions nécessaires autour de 4 axes* »<sup>30</sup> : la nécessaire interprofessionnalité, le développement de la recherche, les parcours des étudiants et l'ancrage territorial. Ces éléments trouvent en partie leur concrétisation en 2018 à travers notamment la loi ORE<sup>31</sup>, l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnements des instituts de formation paramédicaux qui reconfigurent les instances de gouvernance dans les instituts. Il permet également que « *dans le cadre d'un rapprochement d'un institut de formation avec une université disposant d'une composante santé, il peut être dérogé aux dispositions du Titre I de l'arrêté selon les modalités définies dans une convention conclue au minimum entre l'institut, l'université et la Région* »<sup>32</sup>.

De même, l'arrêté du 12 juin 2018<sup>33</sup> instaure le service sanitaire. « *Cette réforme qui rassemble dans un même projet l'ensemble des étudiants en santé participe du souci de renforcer la transversalité entre les formations ; elle le fait en prenant en considération la dimension populationnelle et territoriale de la formation ; elle est en outre susceptible de participer au décloisonnement des organisations pour bâtir des initiatives communes en matière de prévention et de promotion de la santé ; elle amène enfin à considérer les conditions matérielles de la formation « hors les murs » (de l'Université ou de l'institut de formation) et les nécessaires partenariats afférents* »<sup>34</sup>. L'arrêté du 13 décembre 2018<sup>35</sup> acte quant à lui la sélection des futurs étudiants infirmiers par la plateforme Parcoursup et illustre cette volonté d'intégration universitaire des formations paramédicales.

Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé<sup>36</sup> souhaite « innover pour préparer les métiers de demain » dans les champs sanitaire et médico-social. Ainsi, le

---

<sup>30</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *l'universitarisation des formations en santé, Dossier de presse*, Paris : MEN / MESRI, 38 p

<sup>31</sup> Loi n°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants. Journal officiel, n°0052 du 9 mars 2018

<sup>32</sup> Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel, n°0092 du 20 avril 2018.

<sup>33</sup> Décret n°2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Journal officiel, n°0134 du 13 juin 2018.

<sup>34</sup> LE BOULER S., *op. cit.* (15)

<sup>35</sup> Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel, n°0290 du 15 décembre 2018.

<sup>36</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, *op. cit.* (3)

décret du 18 juillet 2018<sup>37</sup> instaure un diplôme d'infirmier en pratique avancée qui est un diplôme d'Etat délivré par l'université et reconnu au grade master. Cependant, « *ce qu'il est convenu d'appeler « l'universitarisation » des formations paramédicales demeure un processus inachevé, recouvre plusieurs réalités et mobilise de nombreux acteurs : ministère de la santé et ministère de l'enseignement supérieur, conseils régionaux, instituts de formation et leurs gestionnaires publics et privés, établissements de santé de rattachement ou terrains de stage, universités* »<sup>38</sup>.

#### **1.1.4 Les instituts de formation à la croisée de nombreux acteurs**

Si l'Université est devenue un acteur incontournable dans les formations paramédicales, les instituts de formation évoluent dans un paysage hétérogène et complexe où les acteurs sont multiples. En effet, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales acte la décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage. Il revient alors à la région « *l'élaboration et le pilotage du schéma des formations sanitaires et sociales, le financement pour la formation initiale, la formation des demandeurs d'emploi et l'attribution des aides aux étudiants* »<sup>39</sup>. Les régions sont donc parties des besoins en santé de leurs territoires pour définir les volumes de formation par profession et octroyer l'agrément des établissements. Ainsi, le Conseil Régional est compétent pour l'autorisation des instituts<sup>40</sup>, l'agrément des directeurs et reste le principal financeur des formations paramédicales. Dépourvus de personnalité juridique propre, les instituts de formation relèvent majoritairement d'un établissement de santé à qui la Région verse la subvention annuelle. En revanche, il revient à l'Etat de fixer les conditions d'accès aux formations paramédicales, leurs organisations et leurs contenus ainsi que de fixer les quotas pour les professions concernées. Les ARS veillent quant à elles, à la qualité des formations, à leur adéquation aux besoins de santé des territoires et ont un rôle consultatif quant aux décisions du Conseil Régional. « *Universitariser » les formations paramédicales et de maïeutiques, c'est tendre vers un certain nombre de standards universitaires (en termes de construction des formations, de rapport à la recherche, de transversalité...) tout en ne perdant pas les ancrages professionnels pertinents), concourir à plus d'homogénéité des droits et mieux insérer les formations dans leur territoire, dans un triangle Université-Région-Agence régionale de santé, essentiel en termes de régulation collective* »<sup>41</sup>.

---

<sup>37</sup> Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Journal officiel n°0164 du 19 juillet 2018

<sup>38</sup> DEBEAUPUIS J., ESSID A., ALLAL P., & al., *op. cit.* (29)

<sup>39</sup> Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004.

<sup>40</sup> Arrêté du 31 juillet 2009, *op. cit.* (25)

<sup>41</sup> LE BOULER S., *op. cit.* (15)

En résumé, les instituts de formation paramédicale évoluent dans un environnement complexe. « *La solution a été de préconiser des relations de coopération entre écoles et universités : les unes pour la construction des compétences professionnelles, les autres pour la légitimité des « savoirs scientifiques », entraînant la validé des diplômes* »<sup>42</sup>. Les instituts s'inscrivent désormais dans une double dynamique : l'intégration universitaire et une logique de décloisonnement des filières de formation des professionnels de santé où la formation en interprofessionnalité est prônée et dont la notion mérite d'être éclairée.

## 1.2 La formation en interprofessionnalité

### 1.2.1 Qu'entend-on par interprofessionnalité ?

Les termes « interdisciplinarité » et « interprofessionnalité » sont souvent utilisés sans réelle distinction. La discipline renvoie principalement à un construit social. E. MORIN définit la discipline comme « *une catégorie organisationnelle au sein de la connaissance scientifique ; elle y institue la division et la spécialisation du travail* »<sup>43</sup>. Quant au mot interprofessionnalité<sup>44</sup>, il est composé du préfixe « *inter* » signifiant « *entre* » et du suffixe « *ité* » qui substantifie un attribut, une qualité. Le mot profession est issu du latin « *professio* » qui correspond à « *l'action de se donner comme* ». La profession désigne le métier appartenant à un secteur d'activité particulier. Ainsi, les professions se sont bâties sur une suprématie de leurs champs d'expertise. La maîtrise de domaines de compétences leur assure « *une autorité professionnelle qui force la confiance des usagers ou des bénéficiaires* »<sup>45</sup>. Pour C. DUBAR, la professionnalité correspond à l'expertise professionnelle. Il la décrit comme « *un modèle d'action mettant au cœur de la qualification non seulement l'expérience professionnelle et les qualités personnelles... mais aussi une conception éthique de la profession vécue comme un engagement de toute la personnalité* »<sup>46</sup>. Liée à une demande de reconnaissance professionnelle, la professionnalité recouvre également une dimension identitaire<sup>47</sup>. L'identité professionnelle est ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur<sup>48</sup>. Selon De GAULEJAC, « *les identités professionnelles produisent des sentiments d'appartenance à des collectifs*

---

<sup>42</sup> LEPAY E., 2011, « La professionnalisation, entre compétences et savoirs professionnels : un exemple en travail social », *Education permanente*, 188, 67-82

<sup>43</sup> FIQUET L. et Al., 2015, « Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé », *Recherche et perspectives*, 16,2, p.105-117

<sup>44</sup> HATANO-CHALVIDAN M., 2016, « Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? », *Forum*, 148, p. 8-16

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> DUBAR C., 1987, *L'autre jeunesse : des jeunes sans diplôme dans un dispositif de socialisation*, Lille : Presses Universitaires de Lille, 263 p.

<sup>47</sup> MATHEY-PIERRE C., BOURDONCLE R., 1995, Autour du mot « Professionnalité », *Recherche et formation*, 19, p137-148

<sup>48</sup> ION J., 2005, *le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod, 168 p.

*qui rassemblent tous ceux qui ont suivi les mêmes études, obtenu les mêmes diplômes, exercent des métiers similaires ou occupent les mêmes fonctions »<sup>49</sup>. Ainsi, la professionnalité peut être « considérée comme un agencement de compétences, de capacités, de savoirs, de connaissances et d'identités reconnus par une organisation ou un groupe professionnel comme étant caractéristique d'un -vrai- professionnel »<sup>50</sup>.*

Le concept de l'interprofessionnalité est apparu dans les années 1970. Il est employé comme désignant deux professions dans une même entreprise. Il s'agit alors de déterminer le champ d'action et d'investissement légal d'une profession par rapport à une autre. L'expression est complexe puisqu'elle renvoie aux contours juridiques et légaux de droit d'exercice et de concurrence des professions. L'interprofessionnalité « *serait comprise comme relevant non pas d'une profession, non pas de plusieurs professions mais de ce qu'elles ont décidé de mettre en commun et de reconnaître significatif de leur action commune, comme un partage de valeurs et de savoirs professionnels* »<sup>51</sup>. Dès lors, l'interprofessionnalité requiert d'identifier et de choisir les compétences, les valeurs, les savoirs professionnels partagés et portés par différents professionnels à travers des projets et des finalités communes. L'OMS définit l'interprofessionnalité comme « *un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé* »<sup>52</sup>. En effet « *aucune profession ne peut fournir à elle seule une gamme complète de soins* ».

### **1.2.2 De l'interprofessionnalité à la collaboration interprofessionnelle**

L'interprofessionnalité renvoie aux notions de pratique collaborative et de collaboration interprofessionnelle. Collaboration vient du latin « *cum laborare* » qui signifie travailler avec. Selon D. D'AMOUR<sup>53</sup>, la collaboration interprofessionnelle est « *un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci* ». La collaboration interprofessionnelle est le lieu de structuration d'une action collective autour d'un but commun. Cependant la pratique en collaboration interprofessionnelle est un concept complexe puisqu'il est influencé par de nombreux facteurs. Le modèle de la pratique

---

<sup>49</sup> DE GAULEJAC V., 2002, *L'identité : vocabulaire de psychologie, références et positions*, Paris, Erès, p. 174

<sup>50</sup> HATANO-CHALVIDAN M., *op. cit.* (44)

<sup>51</sup> *Ibid.*

<sup>52</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2010, *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*, Genève : OMS

<sup>53</sup> D'AMOUR D., SICOTTE C., LEVY R., 1999, « L'action collective au sein d'équipes interdisciplinaires dans les services de santé », *Sciences Sociales et Santé*, 3, p 67-94

collaborative centrée sur le patient proposé par D. D'AMOUR et I. OANDASAN<sup>54</sup> en 2005 identifie trois types de facteurs prépondérants du développement ou du renforcement de la collaboration au sein des équipes et pouvant expliquer les difficultés à promouvoir la pratique en collaboration interprofessionnelle.

**Les facteurs micro structurels ou interactionnels** correspondent aux facteurs d'interaction qui dépendent des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Tout d'abord, la volonté de travailler ensemble est une notion fondamentale qui va conditionner les autres éléments : « *sans volonté de travailler en interdisciplinarité, chacun risque de rester cloisonné dans son propre champ de compétence* »<sup>55</sup>. La communication et surtout la qualité de la communication apparaît également comme élément indispensable puisqu'elle permet la négociation constructive, le respect mutuel, la cohésion et la confiance. « *La cohésion est reliée au degré d'affinité entre les membres, la motivation et l'engagement des membres envers le groupe [...] La confiance réfère à l'acceptation d'une personne à se rendre vulnérable, à prendre un risque...* »<sup>56</sup>. La confiance permet ainsi de réduire les incertitudes.

**Les facteurs méso structurels ou organisationnels** englobent la structure, la technologie, la taille et la composition du groupe, le *design* de la tâche et de l'environnement organisationnel. L'appui institutionnel au fonctionnement de l'équipe est un facteur déterminant de la collaboration. Ainsi une structure horizontale, décentralisée facilite la prise de décision partagée. La philosophie de l'organisation doit soutenir la pratique collaborative entre les professionnels et promouvoir des valeurs telles que la participation et la liberté d'expression. Le soutien administratif permet par ailleurs de transmettre la vision de la pratique interprofessionnelle, de motiver les professionnels à adhérer à cette pratique. De même, « *la disponibilité d'un temps suffisant est nécessaire pour partager l'information et développer des relations interprofessionnelles. [...] le fait de partager un lieu commun et travailler à proximité de ses collègues favorise la collaboration tout en réduisant la territorialité des professions* »<sup>57</sup>. L'institution doit également favoriser l'accès à l'information via toutes les technologies de l'information disponible.

---

<sup>54</sup> Modèle de D'AMOUR D. et OANDASAN I., 2005, dans TRUBEZ G., 2013, « Guide d'accompagnement à l'intention des professeurs de l'institut des sciences de la santé et des programmes de relations d'aide de la Cité collégiale » [Consulté le 3 août 2020]. Disponible à l'adresse :

<https://fr.calameo.com/read/003733617836aeef71ffb>

<sup>55</sup> SAGE I, 2014, *Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français*, Thèse (Docteur en médecine), UFR SMP, Besançon

<sup>56</sup> D'AMOUR D., SICOTTE C., LEVY R., *op. cit.* (53)

<sup>57</sup> SAGE I, *op. cit.*(55)

**Les facteurs macro structurels ou systémiques** correspondent aux systèmes sociaux, culturels, éducatifs et professionnels. Le système professionnel possède une logique de « professionnalisation », une logique « identitaire » qui s'oppose à la logique de la collaboration interprofessionnelle, logique de complémentarité et d'articulation. Les éléments prégnants (Annexe 1) de ces deux logiques placent les professionnels dans des situations parfois paradoxales et peuvent leur faire vivre des conflits de valeurs. Ainsi, passer d'une logique de professionnalisation à une logique de collaboration, c'est se départir de sa fonction professionnelle pour envisager les perspectives des autres professions et construire des compétences collectives. Selon F. POLICARD, il est complexe de différencier compétences collectives et compétences collaboratives, ces notions étant liées : « *il semble que la compétence collective soit une résultante des compétences collaboratives [...] ; les compétences collaboratives seraient individuelles alors que la compétence collective serait attribuée à un collectif de travail, une équipe* »<sup>58</sup>.

Pour P. ZARIFIAN, la compétence collective est « *la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux ; à assumer des domaines de coresponsabilité* »<sup>59</sup>. Pour G. LE BOTERF, la compétence collective est « *un effet de composition. Elle résulte de la qualité de coopération entre les compétences individuelles* »<sup>60</sup>. Il souligne par ailleurs que « *la mise en coopération et en synergie des contributions individuelles se réalise rarement de façon spontanée et durable* »<sup>61</sup> d'où l'importance de l'éducation interprofessionnelle « *où deux professions ou plus, apprennent ensemble, l'une de l'autre ou à propos de l'une et de l'autre afin d'améliorer leur collaboration* »<sup>62</sup>. L'éducation interprofessionnelle vise alors à préparer aux pratiques collaboratives.

### **1.2.3 L'éducation interprofessionnelle ou la formation interprofessionnelle**

Selon le Centre for Advancement of Interprofessional Education du Royaume Uni (CAIPE), l'éducation interprofessionnelle correspond au « *fait que deux ou plusieurs personnes se forment ensemble, apprennent à se connaître et apprennent des autres pour améliorer leur collaboration et la qualité des soins* »<sup>63</sup>. Cette définition fait aujourd'hui consensus au niveau international. L'OMS reconnaît qu'il existe suffisamment de données

---

<sup>58</sup> POLICARD F., 2014, « Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives », *Recherche en soins infirmiers*, 117, p. 33-49

<sup>59</sup> ZARIFIAN P., 1999, *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*, Paris, Liaisons, 229 p.

<sup>60</sup> LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris : Eyrolles, 302 p

<sup>61</sup> LE BOTERF G., 2003, *Travailler en réseau et en partenariat*, Paris : Eyrolles, 174 p

<sup>62</sup> SALOMON P., 2010, La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir ? [Consulté le 31 mai 2020]. Disponible à l'adresse :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841554/>

<sup>63</sup> SAGE I, *op. cit.* (55)

dans la littérature pour confirmer qu'une éducation ou une formation interprofessionnelle efficace permet d'atteindre une pratique collaborative effective.

Le cadre conceptuel développé par D. D'AMOUR et I. OANDASAN (Annexe 2) illustre les liens entre la formation interprofessionnelle et la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient. « *Le premier cercle identifie les facteurs qui influencent la capacité du futur professionnel à devenir un praticien compétent dans le cadre d'une pratique collaborative. Dans ce schéma, l'apprenant se situe au cœur du processus de formation interprofessionnelle. Le second cercle correspond aux facteurs et aux processus qui influencent les soins donnés au patient dans un cadre de pratique de collaboration interprofessionnelle. Ici, le patient se situe au centre du processus de collaboration. Les concepts du modèle fournissent des pistes intéressantes sur les compétences à acquérir pour dispenser des soins interprofessionnels et l'importance d'exposer les apprenants à des expériences éducatives de nature collaborative* »<sup>64</sup>. Ainsi, l'éducation interprofessionnelle qui correspond à un mode de formation théorique et pratique, doit amener les apprenants à :

- ✓ Modifier des attitudes et des perceptions à l'égard des autres professions et du travail de collaboration
- ✓ Acquérir des connaissances et des compétences liées à la collaboration interprofessionnelle
- ✓ Changer de comportement par l'adoption de nouvelles pratiques professionnelles<sup>65</sup>.

La formation interprofessionnelle est un processus complexe qui nécessite de modifier la manière d'enseigner et d'apprendre. Elle est fondée selon d'EON<sup>66</sup>, à la fois sur l'apprentissage en collaboration et sur l'expérience. En 2010 au Canada, le consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé a élaboré « *un référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* »<sup>67</sup>. Ce référentiel propose une approche intégrée pour décrire les compétences nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Six domaines sont identifiés et font ressortir le savoir, les habiletés, les attitudes et les valeurs pour forger l'esprit critique nécessaire à la pratique.

---

<sup>64</sup> TRUBEZ G., 2013, « Guide d'accompagnement à l'intention des professeurs de l'institut des sciences de la santé et des programmes de relations d'aide de la Cité collégiale » [Consulté le 3 août 2020]. Disponible à l'adresse :

<https://fr.calameo.com/read/003733617836aeef71ffb>

<sup>65</sup> *Ibid.*

<sup>66</sup> *Ibid.*

<sup>67</sup> Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010, « Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme », [Consulté le 31 mai 2020]. Disponible à l'adresse :

[https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre\\_a\\_ouils/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_ouils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)

Les six domaines de compétences présentés en annexe 3, sont :

- ✓ Une communication interpersonnelle
- ✓ Des soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- ✓ La clarification des rôles
- ✓ Le travail en équipe
- ✓ Le leadership collaboratif
- ✓ La résolution de conflits interprofessionnels.

Les étudiants, selon D'EON doivent « être exposés à la formation interprofessionnelle assez tôt dans leur programme de formation <sup>68</sup>» afin qu'ils puissent développer leur identité professionnelle dans un cadre interprofessionnel. La participation active des étudiants issus de disciplines différentes dans les activités d'apprentissage interprofessionnel est un élément déterminant. Le rôle de l'enseignant consiste donc à donner aux apprenants la formation nécessaire pour faire partie d'une équipe interprofessionnelle. Pour cela, de nombreuses méthodes existent mais trois d'entre elles sont plus souvent utilisées : les études de cas, la résolution d'un cas réel, la simulation<sup>69</sup>. C'est ce dernier point qui va retenir l'attention.

#### **1.2.4 La simulation en santé : un outil au service de la formation en interprofessionnalité**

La HAS la définit comme « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels »<sup>70</sup>. Deux types de simulation existent : la simulation « procédurale » qui vise à enseigner des gestes techniques ou à s'entraîner à des procédures et la simulation « pleine échelle » dans laquelle les apprenants vont jouer un scénario comme s'ils étaient en situation réelle. Les objectifs pédagogiques pour cette dernière ciblent le développement des compétences cognitives, organisationnelles et de travail en équipe. La formation par la simulation en interprofessionnalité offre l'opportunité de travailler sur les savoirs être et sur la dimension collaborative du soin<sup>71</sup>. Une séance de simulation pleine échelle se compose toujours de trois phases.

---

<sup>68</sup> TRUBEZ G., *op. cit.* (64)

<sup>69</sup> *Ibid.*

<sup>70</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, 100 p.

<sup>71</sup> POLICARD F., *op. cit.* (58)

- ✓ Le *briefing* correspond au temps de présentation de la séance et de l'environnement dans lequel se déroule l'activité. Le formateur présente alors les objectifs pédagogiques, le principe de l'apprentissage expérientiel par simulation. « *Le briefing conditionne l'efficience du déroulement de la séance en créant un climat de confiance favorable à l'apprentissage* »<sup>72</sup>. Une charte est présentée en début de séance et pose les bases de la relation pédagogique qui porte sur la bienveillance partagée, la culture de l'erreur, la confidentialité des échanges et le respect de l'image, le « jeu » pour développer et améliorer sa pratique.
- ✓ La pratique simulée est ensuite jouée par les apprenants sur la base d'un scénario prédéfini et guidé par le formateur. Celui-ci « *procède par ajustements permanents du scénario, afin de maintenir les apprenants en situation de résolution de problème(s). Si nécessaire, il peut intervenir lui-même ou par le biais d'un facilitateur pour aider les apprenants, en particulier quand ceux-ci se trouvent bloqués dans une situation ou pour éviter d'évoluer vers une situation d'échec* »<sup>73</sup>. Cette étape est filmée.
- ✓ Le *debriefing* correspond au temps d'analyse et de synthèse qui succède à la situation simulée. « *C'est le temps majeur d'apprentissage et de réflexion de la séance de simulation. Il permet au formateur de revenir sur le déroulement du scénario, selon un processus structuré afin de dégager avec les apprenants les points correspondant aux objectifs fixés* »<sup>74</sup>.

La simulation en santé est une modalité pédagogique active et innovante, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive. Selon D. SCHÖN<sup>75</sup>, les savoirs d'expérience se construisent dans l'analyse réflexive. Il s'agit de conscientiser le processus qui a permis d'aboutir au résultat pour le corriger ou le transférer dans une autre situation. Pour lui, il est nécessaire que ces savoirs soient partagés et fassent l'objet d'expériences collectives. « *Il faut que les membres du groupe s'engagent dans une réflexion collective pour que l'expérience soit vraiment apprenante* »<sup>76</sup>. La simulation en interprofessionnalité permet alors aux étudiants en santé de se retrouver lors de temps de formation commun pour développer des compétences collectives et collaboratives afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en optimisant la collaboration et la coordination au profit de la prise en charge du patient. Ces simulations interprofessionnelles mettent en évidence et renforcent les complémentarités métier et la compréhension des contraintes et des ressources de chaque profession. « *Les bénéfices de travailler l'interprofessionnalité en simulation sont*

<sup>72</sup> LORIOT P., SIJELMASSI J., 2018, « La simulation dans le domaine de la santé, une méthode pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle », Paris, Vuibert, 128 p

<sup>73</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, *op. cit.* (72)

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> SCHÖN D., 1994, *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Editions Logiques, 418 p.

<sup>76</sup> POLICARD F., *op. cit.* (58)

*perceptibles sur de nombreuses compétences non techniques comme le travail d'équipe, la communication interpersonnelle, la gestion des interruptions de tâche. Le développement de ces compétences contribue à la gestion des risques et à l'amélioration continue »<sup>77</sup>. Or, les compétences et les comportements nécessaires à la collaboration interprofessionnelle ne sont pas naturels. Ainsi, les instituts de formation doivent promouvoir cet apprentissage qui « doit nécessairement être adossé à un projet organisationnel et institutionnel qui requiert une gouvernance réflexive »<sup>78</sup>.*

### **1.3 Les instituts de formation comme déterminant de la collaboration interprofessionnelle**

#### **1.3.1 L'évolution du rôle du Directeur des soins en institut de formation**

Selon le référentiel métier, les missions du Directeur des soins en instituts de formation relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel avec une responsabilité propre dans le domaine pédagogique et une responsabilité déléguée par le directeur d'établissement de la structure<sup>79</sup>. Cinq volets d'activités sont précisés : le volet institutionnel, le volet pédagogique, le volet vie étudiante, la gestion de la structure de formation et les activités en relation avec les partenaires extérieures. Construits historiquement selon le triptyque : une formation diplômante – un institut – un directeur, les instituts de formation paramédicale tendent à se regrouper sous forme d'institut de formation unique multifilière dans une logique de décloisonnement et de mutualisation.

Ainsi, « *le directeur de demain sera multifilière, ce qui suppose d'avoir la capacité à comprendre des cadres conceptuels, des référentiels qui ne sont pas les siens* »<sup>80</sup>. Par ailleurs, depuis la mise en œuvre des GHT en 2016, l'établissement support assure, pour le compte des établissements parties « *la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel des personnels des établissements du groupement* »<sup>81</sup>. Le décret du 27 avril 2016 précise également que « *la convention constitutive prévoit les*

---

<sup>77</sup><https://www.l2devlop.fr/la-simulation-interprofessionnelle-pour-developper-les-competences-collectives.html> [Consulté le 6 juillet 2020]

<sup>78</sup> AIGUIER G., POIRETTE S., PELISSIER MF., 2016, « Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27, 1, p. 91-112

<sup>79</sup>EHESP, 2010, Référentiel métier de Directeur (trice) des soins. [Consulté le 1<sup>er</sup> mai 2020]. Disponible à l'adresse : [https://www.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2008/06/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_trice\\_des\\_soins.pdf](https://www.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf)

<sup>80</sup> ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2018, « *Les Instituts de Formation aux Métiers de la Santé : quels directeurs pour demain ?* », Paris : Opal Editions, 58 p.

<sup>81</sup> Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Journal officiel, n°0101 du 29 avril 2016.

*modalités retenues pour assurer la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale, notamment en matière de gouvernance des instituts et des écoles, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stage »<sup>82</sup>. Alors, « les directeurs des soins chargés de formation auront à construire un projet stratégique qui affirme leur positionnement sur le territoire en partenariat avec les différents acteurs de la formation »<sup>83</sup>.*

### **1.3.2 Le projet d'institut : un projet stratégique et une vision prospective de la formation**

Selon le décret du 19 avril 2002 modifié, le directeur des soins, directeur d'institut de formation est responsable « [...] sous l'autorité du directeur d'établissement [...] de la conception du projet d'institut [...] »<sup>84</sup>. Auparavant, inscrit dans une dimension pédagogique et organisationnelle de la formation, le projet d'institut devient un projet stratégique. Tout comme un projet d'établissement d'une structure de santé, le projet d'institut engage désormais à réfléchir à l'évolution de la formation des professionnels de santé en intégrant les enjeux nationaux, régionaux et territoriaux. Ce dernier axe est d'ailleurs un élément constitutif du dossier d'autorisation en vue de la création ou du renouvellement d'autorisation des instituts de formation. En effet, au regard de l'annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009<sup>85</sup>, les instituts doivent identifier leur place dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales en déclinant notamment « *le positionnement de l'institut dans l'environnement territorial au regard des besoins de la population et des professionnels formés, le positionnement de l'institut dans l'environnement économique et social de la région, le positionnement de l'institut dans les démarches de partenariat et de réseaux interprofessionnels* ». Ainsi, « *fixer un cap à son organisation et prévoir les moyens pour l'atteindre, repérer les récifs, identifier ses marges de manœuvre... Tels sont les enjeux d'un projet stratégique afin de ne pas naviguer à vue et, ainsi, préparer l'avenir* »<sup>86</sup>. Par une stratégie « prospective » entendue comme « un modèle mental du futur »<sup>87</sup>, le Directeur des soins élabore le projet d'institut après une analyse fine de l'environnement interne et externe. Pour JP. BOUTINET, « *le projet émerge toujours d'une analyse suffisamment serrée de la situation, analyse qui doit avoir pour principale fonction,*

---

<sup>82</sup> *Ibid.*

<sup>83</sup> MARCHAL C., 2017, « Un projet d'institut de formation paramédicale au service du territoire », *Soins Cadres*, S 102, S 24-26

<sup>84</sup> Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n°0007 du 9 janvier 2014

<sup>85</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts paramédicaux. Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009

<sup>86</sup> DESHAIES JL., 2014, *Stratégies et Management Briser l'omerta !* Presses de l'EHESP, 288 p

<sup>87</sup> BOOTZ JP, 2012, « La prospective, une source d'apprentissage organisationnel ? : revue de littérature et analyse critique », *Management et Avenir*, 53, p 34-53

*en dehors d'une reconnaissance du terrain, d'identifier les opportunités existantes [...]. Percevoir au sein d'un environnement un ensemble d'opportunités [...], c'est développer ses capacités de curiosité »<sup>88</sup>.*

Etabli pour une durée de cinq ans, ce projet définit les orientations stratégiques de l'institut en matière de formation et propose des axes de développement et des indicateurs de suivi. Chaque axe est ensuite décliné de manière opérationnelle par des objectifs, des plans d'actions et des indicateurs de résultats. Du projet d'institut découle le projet pédagogique. Aujourd'hui, la majorité des instituts de formation inscrivent la formation en interprofessionnalité comme axe stratégique de leur projet et développe des partenariats interfilières.

### **1.3.3 Des partenariats interfilières**

Au XI<sup>ème</sup> siècle, le terme « partenariat », aux racines latines *part*, *partitio* et *partitionis* signifie la part du butin que chacun s'octroie avec des notions sous-jacentes de partage, de séparation, de division. Le concept de partenaire se retrouve deux siècles plus tard, chez les Anglo Saxons sous le vocable *parcener* signifiant « lié par héritage ». Le terme évolue ensuite en *partner pour définir* « une personne associée » dans les domaines du jeu, de la danse et du sport<sup>89</sup>. F. DHUME le définit comme « *une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action – faire autrement ou faire mieux – sur un objet commun – de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs –, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre* »<sup>90</sup>. Pour JP. BOUTINET, le partenariat correspond à « *un essai de combinaison de ressources humaines et non humaines qui sont associées dans le même ensemble [...] pour réaliser un dessein spécifique* » et qui implique « *une mutuelle concession* »<sup>91</sup>. Quant au terme interfilière, il est composé du préfixe du latin « *inter* » exprimant la réciprocité ou l'action mutuelle et de filière qui rapporté au champ de la formation correspond à une section d'études.

Ainsi en adaptant la définition proposée par P. GALLE<sup>92</sup>, le partenariat interfilière serait une modalité de « travail ensemble » qui réunit des filières de formation autour d'un projet

---

<sup>88</sup> BOUTINET JP., 1990, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 300 p.

<sup>89</sup> LOPEZ G et AI, 2019, « Partenariat patient/soignant. Un espace transitionnel au sein d'un Ifsi / Ifas », *Gestions Hospitalières*, 587. [Consulté le 8 aout 2020]. Disponible à l'adresse : <http://gestions-hospitalieres.fr/parteneriat-patient-soignant-un-espace-transitionnel-au-sein-dun-ifsi-ifas/>

<sup>90</sup> DHUME F., dans LOPEZ G et AI, 2019, *op cit.* (85)

<sup>91</sup> BOUTINET JP., *op. cit.* (88)

<sup>92</sup> GALLE P., 2015 « Le partenariat, condition de la réussite de la scolarisation des collégiens sourds et malentendants », *Empan*, 100, p 199-205

commun pour lequel chaque filière a le sentiment qu'elle n'aurait pu le réaliser seule. Partageant un minimum de points de vue et manifestant un besoin de cohérence par rapport à la réalisation du projet, chaque partenaire met en commun des ressources en termes de savoirs, de savoir-faire, de moyens. P. GALLE introduit ici la notion de mutualisation. « *Les échanges se concrétisent dans l'espace partenarial, qui est un système organisant les règles et les relations entre les acteurs. Au sein de cet espace va se constituer la place de chaque acteur par des jeux d'alliance et d'opposition. Le partenariat peut se matérialiser par une nouvelle entité sous une forme éventuellement contractualisée, dépassant le cadre juridique et le périmètre d'action traditionnel de chaque acteur* »<sup>93</sup>.

### **1.3.4 Des opportunités : les expérimentations et les appels à projet**

« *En ce qui concerne l'appartenance au système d'enseignement supérieur, il ne saurait y avoir la moindre ambiguïté : les formations paramédicales et de maïeutique sont de plain-pied dans l'enseignement supérieur et, depuis la loi<sup>94</sup> relative à l'enseignement supérieur et à la recherche de 2013, il est prévu que le Ministère de l'Enseignement supérieur assure, conjointement avec les autres ministères concernés, la tutelle des établissements de formation, qu'il participe à la définition de leur projet pédagogique et soit associé aux accréditations et habilitations de ces établissements* »<sup>95</sup>. Ainsi, depuis cette loi, il est possible d'expérimenter dans les universités une première année commune aux professions paramédicales. Cela « *constitue une première possibilité d'évolution positive du dispositif actuel, dès lors que cette première année est effectivement intégrée dans le cursus, sans rallongement de la durée globale des études* »<sup>96</sup>. Ainsi, des expérimentations sont menées sur le territoire national : « *le fait de travailler ensemble, renforce les orientations pédagogiques innovantes et démarches d'optimisation* »<sup>97</sup>.

Plus récemment, le décret du 11 mai 2020<sup>98</sup>, permet à titre expérimental la mise en place d'enseignements communs aux filières en santé qui pourront débiter dès l'année universitaire 2020-2021. Ce décret en définit les conditions de mise en place avec pour objectif de renforcer les échanges entre les formations ainsi que l'accès à la formation par la recherche. De ce fait, « *les universités comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie, d'odontologie, une structure de formation en*

---

<sup>93</sup> *Ibid.*

<sup>94</sup> LOI n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche. Journal officiel n°0169 du 23 juillet 2013

<sup>95</sup> LE BOULER S., *op. cit.* (15)

<sup>96</sup> MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., *op. cit.* (22)

<sup>97</sup> LE BOULER S., *op. cit.* (15)

<sup>98</sup> Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. Journal officiel n°0117 du 13 mai 2020

*maïeutique ou une composante qui assure ces formations [...] permettant de renforcer les échanges entre les formations de santé, l'acquisition par les étudiants de connaissances et de compétences dans des champs disciplinaires transversaux à plusieurs métiers de la santé, leur capacité à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires et leur formation par et à la recherche pour participer à la production du savoir. Ces universités peuvent s'associer par voie de convention, en fonction de la nature de l'expérimentation, avec d'autres universités ainsi qu'avec des établissements délivrant des formations relevant du livre I au livre III de la partie IV du code de la santé publique »<sup>99</sup>. Les instituts de formation paramédicale sont ainsi concernés.*

Par ailleurs, l'ANR, par le système d'appels à projet, finance des projets innovants. A titre d'exemple, en 2018, l'action « Nouveaux cursus à l'université » du troisième programme d'investissements d'avenir vise à assurer une meilleure réussite et une meilleure insertion professionnelle des étudiants par une diversification et un décloisonnement des formations. Ces « NCU » reposent à la fois sur un principe de spécialisation progressive et sur une nouvelle articulation entre formation générale et formation professionnelle ou professionnalisante. Appels à projet et expérimentations peuvent représenter des leviers pour développer la formation paramédicale en interprofessionnalité.

Le cadre conceptuel a permis d'éclairer la notion centrale de l'interprofessionnalité dans la formation initiale des professionnels paramédicaux dans un contexte d'intégration universitaire dans lequel les instituts de formation doivent s'inscrire. **Dans un écosystème en mutation, quelles sont les stratégies du directeur des soins en institut qui permettent de développer la formation en interprofessionnalité ?** Telle était la question de départ du travail. Pour essayer d'y répondre, trois hypothèses sont formulées à la lumière des concepts développés :

- ✓ Par une vision prospective et une connaissance des différentes filières, le DS développe la formation en interprofessionnalité grâce au projet stratégique d'institut qui favorise le partenariat interfilière
- ✓ La formation en interprofessionnalité nécessite pour les équipes pédagogiques de développer des pratiques collaboratives interfilières dans le champ de la santé
- ✓ La simulation en santé est un levier pour développer la collaboration interprofessionnelle

---

<sup>99</sup> *Ibid.*



## **2 La méthodologie**

Cette deuxième partie a pour objectif de présenter la méthodologie, d'analyser les données recueillies et de présenter les résultats de l'enquête menée. Cette enquête poursuit les objectifs suivants :

- ✓ Identifier les stratégies développées par le directeur des soins en institut pour développer la formation en interprofessionnalité
- ✓ Étudier la mise en œuvre de l'interprofessionnalité dans les formations paramédicales dans un contexte d'universitarisation et de territorialisation de ces formations.

### **2.1 La méthodologie de l'enquête qualitative**

Pour répondre aux objectifs déclinés précédemment, une approche qualitative a été privilégiée.

#### **2.1.1 Le choix des lieux d'enquête et de la population**

Eu égard au contexte de crise sanitaire, les entretiens ont été réalisés en faveur de la proximité du lieu de stage sur une région et dans les écoles et instituts rattachés à trois établissements de santé de taille différente où le nombre de filières de formations est également hétérogène.

- ✓ Le centre hospitalier universitaire (CHU) comprend 14 écoles et instituts de formation gérés par une coordination générale des instituts.
- ✓ Le centre hospitalier (CHA) comprend un IFSI et un IFAS. Une convention est établie avec un lycée dans lequel est dispensée la formation conduisant au diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique (DTS IRMT).
- ✓ Le centre hospitalier (CHB) comprend un IFSI.

Au regard de la question de départ posée : « Dans un écosystème en mutation, quelles sont les stratégies du directeur des soins en institut qui permettent de développer la formation en interprofessionnalité ? », il paraissait pertinent de mener dix à quinze entretiens auprès de Directeurs de soins, directeurs d'institut de formation, auprès de cadres supérieurs, référents pédagogiques et de cadres formateurs exerçant dans des filières de formation paramédicale différente.

### **2.1.2 La méthode de recueil de données : l'entretien semi directif**

« Entendu comme un instrument de recueil de données qualitatives dans le processus d'enquête, ou de terrain, indissociable d'une démarche de recherche d'ensemble »<sup>100</sup>, l'entretien est indispensable à l'exploration de ce travail. Le choix s'est donc porté sur l'entretien semi directif. En effet, fondé sur l'empathie et une posture d'écoute active, il permet le recueil des modes de pensées, de percevoir les émotions de la personne et les attitudes verbales et non verbales. Celle-ci donne son point de vue, son analyse de la situation, son ressenti sur les thématiques formalisées dans le guide d'entretien. Il est alors important d'instaurer une relation de confiance et de porter un intérêt à l'interlocuteur pour permettre la libération de la parole. L'enjeu dans l'entretien est « d'amener la personne enquêtée à s'impliquer personnellement, à expliciter et à mettre au jour ce qu'elle est susceptible de dissimuler d'ordinaire »<sup>101</sup>.

### **2.1.3 Le guide d'entretien**

Pour réaliser ces entretiens, un guide a été élaboré (Annexe 4). Sa construction s'appuie sur les éléments du cadre de référence et respecte les hypothèses posées. « L'enjeu du guide est bien de recueillir des faits concrets, des anecdotes, des données objectives et subjectives, pour donner des moyens d'objectivation »<sup>102</sup>.

### **2.1.4 Le plan d'analyse des données**

Une retranscription des entretiens a été réalisée. En reprenant les occurrences, l'analyse est tout d'abord structurée autour des représentations des personnes interviewées quant à la formation initiale en interprofessionnalité. Puis, une analyse de contenu avec une catégorisation des principales thématiques a été élaborée en lien avec les hypothèses posées. Cette analyse reprend les propos emblématiques des personnes interrogées et est finalisée en confrontant les données recueillies avec les éléments du cadre théorique.

### **2.1.5 Les considérations éthiques**

Les entretiens ont été réalisés après prise de rendez-vous par téléphone ou par courrier électronique ou directement auprès des personnes concernées. L'objectif et la thématique du travail ont été annoncés dès le premier contact ainsi que la durée prévisible de l'entretien (45 minutes à 1 heure) afin de prévoir les conditions optimales de ces entretiens. La date et l'heure ont été définies par les interviewés. Chaque entretien a été réalisé en face à face dans un environnement calme où l'authenticité a été recherchée.

---

<sup>100</sup> KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M., 2016, *Les recherches qualitatives en santé*, Armand Colin, 330 p

<sup>101</sup> *Ibid.*

<sup>102</sup> *Ibid.*

Les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation et le consentement des personnes interviewées. Il s'agissait également de garantir la confidentialité des échanges en respectant le principe d'anonymat. En effet, « *les règles suivies pendant un travail d'enquête visent à assurer le respect du chercheur et des participants à la recherche, et rendent le travail possible* »<sup>103</sup>.

### **2.1.6 Les limites de la démarche : un contexte singulier**

Cette enquête connaît effectivement des limites comme le nombre restreint d'entretiens auprès de directeurs d'instituts de formation. Il est certain qu'une démarche vers d'autres instituts et un nombre plus important d'interviews viendraient compléter les recherches et les discussions permettant de développer les préconisations. C'est pourtant une première approche qui a permis dans le temps contraint de l'année d'études à l'EHESP de prendre du recul, d'apporter un éclairage à la future pratique de DS et d'enrichir les savoirs et les compétences.

La deuxième contrainte est liée au contexte sanitaire et aux incertitudes générées qui ont limité les possibilités de déplacement et de recueil de données. Il aurait été par exemple intéressant d'avoir le point de vue des étudiants sur la formation en interprofessionnalité, ce qui a été malheureusement impossible du fait des enseignements en distanciel. Il a cependant été recueilli à travers le regard des Directeurs d'instituts et des cadres.

## **2.2 Les résultats de l'enquête**

Le tableau synthétique en annexe 5, présente les acteurs de la formation ayant participé à l'enquête. Ainsi, 14 entretiens ont été réalisés auprès de 6 Directeurs d'instituts dont 4 Directeurs des soins, 1 Directeur de l'école de sage-femme et 1 faisant fonction, et auprès de 8 cadres supérieurs de santé et cadres formateurs. Les résultats synthétiques des entretiens sont présentés sous forme graphique en annexe 6. Ils s'articulent autour de quatre grandes thématiques déclinées en plusieurs sous thèmes : une représentation partagée de la formation en interprofessionnalité, du projet stratégique à sa mise en œuvre, des pratiques collaboratives vers des compétences collectives et de la simulation comme levier de la collaboration interprofessionnelle. En lien avec les hypothèses de travail, ces résultats permettent d'envisager des pistes de réflexion en vue des préconisations.

### **2.2.1 La formation en interprofessionnalité : une représentation partagée**

Les personnes interviewées partagent une même représentation de l'interprofessionnalité. Il s'agit tout d'abord, comme le spécifie le CSS4 « *d'apprendre aujourd'hui ensemble pour*

---

<sup>103</sup> VASSY C., KELLER R., 2008, « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? », *Mouvements* 55, 56, p. 128-141

*travailler demain ensemble* » puisque selon le DS3 « *comme on se connaît mieux, on travaille mieux ensemble* ». Il s'agit de « *se connaître, rester dans sa maison et partager un bout de jardin* ». Il est alors important de « *connaître le champ de compétences de l'autre* ». La formation en interprofessionnalité représente une véritable richesse pour les étudiants comme l'affirme le CSS2 « *car cela permet de travailler avec de multiples personnes qui viennent d'univers différents, de champs différents avec des perspectives et des représentations différentes* ». Elle permet de développer chez les étudiants « *une véritable culture interprofessionnelle* ». La formation en IP représente par ailleurs « *une plus-value pour la prise en charge des patients* » puisqu'elle permet la collaboration et la complémentarité des compétences des différents professionnels de santé. Pour le CSS3, « *le patient est au centre de toutes les préoccupations et chaque métier apporte ses spécificités, ses connaissances* ».

La formation en IP nécessite d'avoir « *un objectif commun* », des « *temps de partage et de rencontres* », « *de décroïsonner les filières de formation* » dans une optique de transversalité en adoptant des stratégies communes. Cela nécessite des mutualisations de ressources et de moyens mais comme le précise le CSS6, « *il ne faut pas confondre mutualisation et interprofessionnalité. Ce n'est pas parce que l'on fait des cours en commun que l'on fait de l'interprofessionnalité. L'interprofessionnalité s'enseigne par l'action* ». Cette idée est d'ailleurs reprise par le DS4 qui avance que « *des cours communs en grand amphitheâtre ne sont pas toujours adaptés et pertinents à chaque filière de formation* ».

Pour le DS4, « *c'est un concept vital, qui est à initier en début de formation* » puisque « *comment peut-on travailler en équipe lorsque l'on n'a pas appris ?* ». Selon le DS5, « *l'IP ne peut pas être mise en place sur le terrain si on ne l'a pas fait durant la formation initiale [...]. L'IP doit être initiée dès le jour de la rentrée* ». Cependant comme le précise le CSS4, la formation en IP « *ne se construit pas du jour au lendemain, cela demande du temps et de la maturation ...* ».

### **2.2.2 Du projet stratégique à sa mise en œuvre**

L'hypothèse 1 envisage que par une vision prospective et une connaissance des différentes filières, le DS développe la formation en interprofessionnalité grâce au projet stratégique d'institut qui favorise le partenariat interfilière. Au CHU, le projet de coordination des écoles et instituts est élaboré avec un axe stratégique portant sur l'interprofessionnalité dans la formation. Ce projet correspond également au projet de coordination des écoles et instituts du GHT. Comme le souligne le DS1, « *la démarche de réingénierie des formations et l'universitarisation sont une opportunité pour examiner les évolutions envisageables en termes de maillage territorial, pour envisager des formations nouvelles et imaginer ensemble des parcours communs innovants et attractifs, qui confirment les liens*

*pluriprofessionnels et renforcent les dimensions pluridisciplinaires des soins* ». Le CHB fait partie de ce GHT. Pour autant, la formation n'y est pas déclinée en interprofessionnalité, le DS6 stipulant « *qu'une filière de formation ne favorise pas la formation en IP* ». En revanche, au CHA où le DS5 a pris ses fonctions en début d'année, plusieurs filières de formation coexistent. Or, selon lui, « *aucune connexion n'est faite entre les formations, c'est un projet que je vais développer pour passer d'une vision filière à une vision interprofessionnelle* ». Ces premiers éléments permettent de mettre en avant des degrés hétérogènes de maturité dans les projets stratégiques mais également de faciliter la compréhension de l'analyse. En effet, celle-ci va s'intéresser essentiellement aux instituts du CHU même si le DS5 apporte des éléments significatifs notamment dans les stratégies qu'il envisage d'adopter pour développer la formation en interprofessionnalité.

#### **A) Un projet stratégique : une nécessité pour développer la formation en interprofessionnalité**

Comme le confirme le CSS1 : « *l'interprofessionnalité est inscrite comme **axe du projet** des instituts et est **déclinée dans le projet pédagogique** de chaque institut* ». Ce projet est « **porté par le directeur, en véritable leader avec une réelle volonté de décloisonnement des filières de formation** ». C'est pour le CSS2, « *un projet qui fédère les instituts* ». En effet, « *sans **projet**, pas de possibilité de développer l'IP, cela nécessite un **soutien de la direction** qui doit être porteur* » (CS1). Le DS3 a quant à lui « *besoin du soutien de la hiérarchie et de l'administration* » pour développer la formation en interprofessionnalité. Pour le DS6, il s'agit « **d'instaurer une culture de l'IP** » et cela dépend « *de la volonté de l'établissement* ».

Pour les DS2, DS3 et le CSS1, « *une direction multifilière est une opportunité pour développer l'IP et la transversalité* ». De même, le CS1 affirme que « *la proximité géographique des filières de formation est un facteur qui favorise la mise en place de l'IP dans la formation* ». Ainsi dans les instituts du CHU, de nombreux partenariats interfilières sont développés en faveur de la formation en interprofessionnalité. Un tableau récapitulatif de ces formations se trouvent en annexe 6. Il s'avère également que certaines formations intègrent des professionnels de santé qui selon le DS4 « *apportent une véritable plus-value* ».

« *Développer des partenariats interfilières nécessite une impulsion qui doit émaner du DS, construire un projet avec une analyse fine de l'environnement interne et externe* » (DS5). Mais c'est également « *un travail de longue haleine* » comme le souligne le DS3 et doit commencer selon lui « *par une mutualisation des locaux et des équipements* » mais également par une « *mutualisation des équipes* » (CSS1). L'objectif majeur pour le DS1 est

de « *promouvoir des temps d'apprentissage pluriprofessionnels et cette question importante amène à des mutualisations de ressources pédagogiques et matérielles* ». En ce qui concerne les ressources humaines, « *la **diversité des filières de formation est un atout** par la diversité des expertises professionnelles qu'elle propose* ». En résumé et pour reprendre les propos du CSS3, la formation en IP dépend du « *dynamisme de la direction et du projet stratégique : c'est une démarche convergente qui va **amener les équipes à travailler en synergie*** » et « *le manager fait tout* » (CSS6).

## **B) La dimension managériale du Directeur des Soins**

Pour le DS4, « *le mode de **management** du DS est capital. Il faut mettre en place une **gouvernance participative*** » pour « *faciliter l'émergence de propositions* » (DS3). Cependant, « *cela demande de l'anticipation, de l'organisation* » (CSS2). Il s'agit alors « *d'avoir les **mêmes valeurs*** » (DS4). Le DS3 évoque la « *confiance et la transparence* » pour développer une « ***véritable culture de l'interprofessionnalité*** ». Cela permet de « ***donner du sens*** » (DS2) puisqu'il « *faut composer avec des identités parfois très différentes* » (DS4). Cela « *nécessite de la **bienveillance managériale*** » (CSS3).

Le DS5 introduit quant à lui la notion de **dimension symbolique** et souligne « *l'importance d'un bâtiment identifié comme pôle de formation ou institut de formation aux métiers de la santé, campus de formation, institut de formation plurielle* ». De même, « *la signature du DS* » dans laquelle figurent les différentes filières de formation serait symbolique et renverrait une image positive de la formation en IP. En effet, « *les étudiants ne sont pas vierges de toute information, ils choisissent l'école par rapport à son image et la formation proposée en IP est un **vecteur d'attractivité*** » (DS3).

Des entretiens, il transparaît également que **des moments** soient **opportuns** pour permettre de développer la formation en interprofessionnalité. Ainsi, selon le DS2 : « *la semaine pédagogique en IP est un temps fort* » tout comme des « *des **journées pédagogiques communes*** » (DS3) et cela constitue pour le CSS1, « *un espace de réflexion* ». Le CS1 confirme ces propos en ajoutant que « *la semaine pédagogique interfilière permet d'articuler et de promouvoir la formation en IP, d'exposer les projets et de réaliser des retours d'expériences* ». Il faut « *saisir des opportunités et faire feu de tout bois* » (DS3). « *Des réunions d'équipes des différentes filières, un comité de lecture interfilière* » sont pour le DS5 des éléments qui permettent le rapprochement des équipes. Par ailleurs, comme le souligne le CSS4, « *des rencontres inter instituts sous format « d'auberge espagnole » pour partager des moments de convivialité, pour présenter des méthodes innovantes, pour laisser le temps aux personnes de se parler de manière informelle* » peuvent constituer également des temps de rapprochement des équipes

pédagogiques « *car si on reste sur des temps formels, ça marche moins bien* ». C'est pour le DS3, « *un **facteur de qualité de vie au travail** du fait du partage* ». Ainsi « **les temps d'échanges formels et informels dans l'équipe pluridisciplinaire** » (CSS4) sont identifiés comme facteurs positifs pour développer les formations en IP. De même certains **outils partagés** permettraient le décloisonnement comme l'affirme le DS2 : « *le numérique pour travailler à distance* » et la création « *d'espaces de travail collaboratif* ».

Ainsi, le DS3 évoque une « **fabrication d'équipes** » et met en avant l'importance du travail en équipe. Il s'agit « *d'évaluer la maturité des équipes à entrer dans l'IP* » (DS5), de développer la « *mixité afin d'obtenir une équipe plurielle* » (CSS4). Pour cela, il est nécessaire « *d'identifier les résistances, de repérer les forces de l'équipe, les protéger, et laisser le temps au temps* » (DS4). « **Accompagner le changement et laisser une marge d'autonomie aux acteurs** » semble être primordial pour le DS3. Il souligne que ce processus n'intéresse pas que les équipes pédagogiques mais également « *les équipes administratives* ». Alors, il faut « *fonctionner par compétences et les identifier* » (DS4). En effet, « **l'identification des compétences** des formateurs permet de réaliser une cartographie » qui va permettre la « *mutualisation à plusieurs filières de formation* » (CSS3). De même, « **les expertises sont à mettre à disposition de l'ensemble des filières** (CSS4) et « *la mise à disposition interfilière potentielle des expertises des formateurs doit être quantifiée de façon rationnelle et donc valorisée* » (DS1).

Le DS3 souligne par ailleurs, « **l'importance du recrutement des formateurs** ». Pour lui, il est fondamental que les formateurs aient « *une vision pointue de leur métier* » mais qu'ils possèdent surtout « *un esprit d'ouverture* ». Pour le CCS1, il est nécessaire « *de mixer les profils de formateurs et favoriser l'intergénérationnel pour la richesse car ils n'ont pas la même vision, pas la même expérience, cela permet de développer les solidarités* ». Cette idée est d'ailleurs reprise le DS3 qui pense également qu'il faut « **mixer et équilibrer les générations** de cadres formateurs par rapport à leurs expériences passées. C'est un savant mélange pour trouver l'équilibre et créer une équipe stable. Il s'agit d'obtenir des comportements homogènes, d'avoir les mêmes règles pour les différentes écoles mais garder une part de différenciation tout en adoptant un langage commun ». Ainsi, il est nécessaire de « **recruter les personnes ouvertes et favorables à l'IP** » (CSS3), de promouvoir « **la formation des cadres en ce sens** » et de « *diversifier les activités des formateurs en participant à la formation des professionnels* » (DS2, DS3). Il apparaît également que pour la majorité des personnes entretenues, la **démarche qualité soit un vecteur positif de travail en équipe**.

### C) Les liens avec l'université et un focus « service sanitaire »

Pour le DS4, « *l'universitarisation est **une richesse** car elle offre de nombreuses possibilités que n'offre pas l'hôpital : connaissance des doyens de médecine, de pharmacie* ». Elle permet de « **croiser les regards, de créer des liens, c'est également intéressant sur le plan intellectuel. Cela permet de développer la qualité de la formation** ». Cependant, pour le CSS4, « *l'université reste elle aussi cloisonnée* ». Pour lui, « **les expérimentations offrent de la flexibilité qu'il va falloir développer dans le cadre de l'universitarisation. Les règles sont là pour le bien de la communauté mais elles sont faites pour être adaptées. Et surtout adapter les formations au profil des étudiants** ».

C'est surtout à travers le service sanitaire que les liens avec l'université sont évoqués. Le CSS2 est référent du service sanitaire pour les instituts et au niveau régional. Le service sanitaire « *a été mis en place en partenariat avec l'université* ». Ainsi, ce sont près de 1500 étudiants toute filière confondue qui y participe. Il est « *organisé en interdisciplinarité avec des temps communs de formation et de stage* ». Pour le DS2, le service sanitaire représente « *une porte d'entrée et **un axe fort pour développer la formation en IP*** ». Il a été « *extrêmement intéressant à mettre en place puisqu'il nous a permis de travailler avec l'ensemble des acteurs* » (DS4). Cependant, selon les personnes interrogées, les « *effectifs d'étudiants sont très différents d'une formation à l'autre* », alors il y a parfois des déséquilibres dans les groupes. De plus, « *les obligations en termes de présence et d'implication sont parfois différentes d'une filière à l'autre, ce qui nécessite de réajuster* » (CSS2). Les étudiants ne sont pas toujours convaincus de leur mission et le vivent différemment. « *Les élèves infirmiers sont plus à l'aise dans les actions de prévention, c'est dans leur culture* » (CSS3). Le CS2 évoque la distance géographique et les temporalités différentes dans les référentiels de formation comme freins au service sanitaire. Pour le DS5, « *il n'y a pas de mixage étudiant, le service sanitaire est réalisé entre étudiants infirmiers* ». Mais, le service sanitaire a permis de mener « *des enquêtes de très haute qualité* » (DS4). C'est « **un plus pour l'IP et la connaissance des uns et des autres tant au niveau des partenaires qu'au niveau des étudiants** » (DS4).

Ainsi, les propos recueillis rejoignent le premier avis du Haut Conseil de la santé publique qui stipule notamment que « *les Universités et Instituts de formation des étudiants en santé se sont très rapidement organisés pour intégrer le SSES dans les cursus et mettre en place les modalités pédagogiques pour les étudiants concernés* », que « *la première année du service sanitaire a permis aux différents acteurs régionaux de créer ou de renforcer des liens de partenariat. Ces partenariats entre institutions et entre acteurs impliqués dans le dispositif sont considérés comme une innovation globalement appréciée à l'échelon régional* ». Cependant, « *le nombre de filières concernées par la mise en œuvre*

de l'interprofessionnalité semble à géométrie très variable selon les régions. De plus l'interprofessionnalité peut s'avérer hors de portée pour certains instituts de formation éloignés des villes universitaires, contraignant les équipes pédagogiques à organiser un service sanitaire « mono-filière »<sup>104</sup>.

### 2.2.3 Des pratiques collaboratives vers des compétences collectives

L'hypothèse 2 envisage que la formation en interprofessionnalité nécessite pour les équipes pédagogiques de développer des pratiques collaboratives. Ainsi, ce sont particulièrement les relations et interactions entre les professionnels qui ont été dégagées dans cette partie mettant en avant la nécessité de développer une posture d'ouverture pour construire des compétences collectives en tenant compte des freins et des leviers.

#### A) Développer une posture d'ouverture pour construire des compétences collectives

Pour le CSS1, la formation en interprofessionnalité nécessite de « *collaborer à la construction du dispositif de formation et des scénarios* » et cela requiert « **une nécessaire volonté** ». Il faut « *s'appuyer sur des personnes motivées* ». Cela « *nécessite de réfléchir en termes de projet pédagogique* » (CSS4) et « *d'identifier les enseignements communs* » (DS2) pour « *coconstruire le projet pédagogique* » (CSS1). Il est également intéressant « *d'inclure des professionnels de terrain* » (CSS1). Cela nécessite « *d'interroger les besoins, de faire une étude de marché et modéliser les enseignements à mutualiser, y compris les évaluations* » (CSS3). Pour le CSS2, cela « *une implication des formateurs* ». Il faut « **avoir envie, avoir la capacité de partager, faire preuve d'ouverture, avoir du temps, une disponibilité psychologique, physique, intellectuelle et professionnelle** ». De la même manière, le CS1 pour qui l'IP est son « *cheval de bataille* », il est « *nécessaire pour les formateurs de bien s'entendre* », il faut alors « *convaincre les autres et se tourner vers les positifs* ».

Pour le CSS3, il est alors nécessaire de « **savoir se remettre en cause, avoir un langage commun : un langage professionnel mais un langage partagé** » pour « *échanger de l'information* », « *partager les pratiques, débattre et confronter les idées et rechercher le consensus pour être dans une logique de co-construction* ». Il s'agit également de « *travailler sur les représentations et aller sur le terrain de l'autre* ». Ces propos sont d'ailleurs repris par le CSS5 pour qui, « **l'accueil et l'acceptation des différences pour améliorer la coopération avec les autres formateurs** » sont essentiels. Ainsi, il s'agit de « *développer des compétences communes et collectives en référence à Le Boterf* » comme

---

<sup>104</sup> Haut Conseil de santé publique, 2020, Premier avis relatif à l'évaluation du Service Sanitaire des Etudiants en Santé, 14 p.

le souligne le CSS4. Il est alors primordial de mettre en place « des **outils collaboratifs** pour permettre le partage et les échanges de documents notamment grâce à une plateforme numérique ». Pour cela, les formateurs doivent « maîtriser les outils informatiques ». La majorité des personnes évoque la qualité des relations et des interactions comme élément permettant de développer les compétences collectives. Cependant, des freins à la pratique collaborative sont évoqués.

## B) Des freins

Des freins de nature différente sont identifiés pour la pratique collaborative des formateurs. Tout d'abord, toutes les personnes s'accordent à dire que développer la formation en interprofessionnalité « est **chronophage** mais porteur » (CSS1). En effet, « c'est long à mettre en place, car les organisations sont ancrées depuis longtemps » (CS1). Au-delà du temps, l'organisation des formations et les référentiels sont identifiés également comme des freins. « Les écoles paramédicales ont des maquettes de formation pyramidale, avec des cases, des bornes dont on ne peut pas s'échapper. C'est d'une rigidité » (DS4). Pour le DS2, « les **formations sont trop sectorisées** alors que le travail en équipe sur le terrain est nécessaire » et « des logiques de référentiels différentes sont parfois difficiles à articuler » (CSS3). Il faut « parfois ajuster, adapter et faire preuve d'audace et de souplesse » (CSS4). Parfois, ce sont « des **contraintes de calendrier, d'espaces** et la mobilisation de beaucoup de formateurs pour les ateliers » qui représentent des freins (CSS1). C'est par ailleurs « **complexe** quand il y a beaucoup d'étudiants » (CS1). Ainsi, ces aspects font référence à l'organisation « en silos » des formations évoquée dans le cadre conceptuel.

Le DS5 évoque quant à lui, « **le poids de l'histoire** de la profession infirmière qui travaille sur prescription médicale. Médecin et infirmière, ça fait un binôme, pas une équipe pluridisciplinaire ». De même, le CCS3 identifie « l'histoire de la profession Kiné. Ce professionnel travaillait seul dans une activité libérale ». Cet aspect relève de la culture propre à chaque profession.

La dernière dimension constituant un frein relève d'une composante individuelle. « Certains ne sont pas prêts à partager, à s'ouvrir » (CSS3). Cela « dérange certains formateurs qui sont dans la routine et ne veulent pas changer » (CSS1), c'est « **la peur de l'inconnu** » (CSS2). En effet, « certains sont frileux, il faut **changer les habitudes**, dépoussiérer ce qui est fait depuis des années et ce n'est pas facile » (CS1). Il y a parfois « des tensions, des contradictions qui sont à dépasser pour avancer » (CSS2). Par ailleurs, il peut y avoir également des « **conflits de génération** ». De même, « **les experts perdent parfois la capacité à s'adapter à tout public**. L'expertise n'est pas forcément valorisante car elle fait perdre le contact avec les formés, c'est plus difficile d'être généraliste » (CSS3). Et comme

le souligne le CSS6, « *dans une équipe, il **ne faut pas aller trop vite** : quand les gens ne sont pas prêts, ils ne sont pas prêts* ». Toutefois, plusieurs leviers ont été identifiés pour développer les pratiques collaboratives des formateurs.

### C) Des leviers

Une majorité des personnes interviewées évoquent que « *le fait de **se connaître lors d'une expérience professionnelle antérieure** est un atout pour travailler en interprofessionnalité* ». « *C'est plus facile* » (DS2). Pour le CSS5, « *avoir travailler en équipe en réanimation a permis d'être en **intelligence collective*** ». Ainsi, l'expérience de travail en équipe dans les services de soins serait un atout pour développer la formation en IP. Ceci souligne l'importance des savoirs expérientiels. Pour le DS4, « *on ne peut **enseigner que ce que l'on connaît bien*** ». Il s'agit de « *rester dans le circuit : **théorie et clinique**. Il faut garder une activité clinique dans le service avec les étudiants et pratiquer* ». C'est d'ailleurs une idée reprise par le DS1, il s'agit « *que les formateurs ne soient pas hors sol, qu'ils gardent le lien avec la clinique et les pratiques professionnelles* ».

Pour les CSS2 et le DS5, « *le **choix des intervenants** pour la construction des enseignements doit se revisiter, se questionner chaque année* ». Il faut par ailleurs « *encourager la **mobilité des formateurs** pour les différents enseignements* » et « *des projets transversaux sont garants du sens pédagogique et du sens de la formation* ». Le CS1 suggère quant à lui d'être **force de proposition** et de « *formaliser par écrit des propositions au directeur des soins pour développer l'IP* ». Et pour lui, « *appartenir à deux équipes permet de faire le lien entre deux formations et participe à la transversalité, c'est d'ailleurs mon souhait d'obtenir un poste en transversal* ».

#### 2.2.4 La simulation comme levier de la collaboration interprofessionnelle ... mais pas seulement

La troisième hypothèse stipule que la simulation en santé est un levier pour développer la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, les entretiens ont montré que le CHU dispose d'un centre de simulation en santé qui est mutualisé à l'ensemble des filières de formation et certaines séquences sont réalisées en interprofessionnalité. Pour le DS3, ce dispositif a modifié en profondeur les formations proposées en IP. Il a certes « *mis des années à se développer* » mais il a fait « *évoluer les pratiques professionnelles* ». Pour autant, un site de simulation mutualisé pour toutes les filières présente « *des limites en termes de réservation* » selon le CSS1. Le CHB dispose de locaux et d'outils de simulation mais les formations n'y sont pas réalisées en IP. Quant au CHA, il dispose de matériels de simulation mais les formations en simulation ne sont pas encore développées. Ces premiers éléments montrent des **disparités quant à l'utilisation de la simulation en santé dans la**

**formation des futurs professionnels de santé.** Ainsi, l'analyse s'appuie essentiellement sur les propos recueillis au niveau des instituts de formation du CHU.

#### **A) L'interprofessionnalité pour les formateurs : croiser les regards**

Selon le CSS1, la mise en place de séance de simulation en IP permet de « *collaborer, de croiser les regards avec les formateurs des autres filières de formation mais également avec les professionnels de terrain* ». Cela « *a permis de développer l'implication des formateurs* » (DS3). Mais « *avant de penser l'outil, il faut identifier le besoin sinon ça peut être contre-productif* » (CSS4). Il est alors important d'être « **formé à la simulation** ». Toutes les personnes s'accordent en effet sur cet axe. « *La pédagogie active représente un changement de paradigme où le formateur est un accompagnateur, une sorte de boîte à outils à disposition des étudiants* » (CSS3). Selon le CSS1, « *une grande partie de l'équipe est formée à la pédagogie active et est titulaire soit d'un DU ou d'une attestation de formation en simulation* ». Pour lui, c'est « *essentiel pour éviter les biais* ». Il ajoute par ailleurs, que la simulation en interprofessionnalité représente « **une plus-value pour les formateurs et pour les étudiants** » puisque « *l'on ne peut pas jouer un autre rôle que le sien* ». Ces propos sont d'ailleurs repris par le CS1 qui ajoute que « *la simulation permet de développer les compétences interprofessionnelles des étudiants mais aussi celles des formateurs* ».

Le DS2 et le CSS1 soulignent par ailleurs l'importance du « *debriefing sur les émotions, le ressenti, les connaissances et le développement d'équipe* ». Cela amène chez les étudiants à « *une réelle prise de conscience. Tout cela avec bienveillance et éthique puisque la simulation permet le droit à l'erreur* ». Il s'agit alors de « *garantir la sécurité émotionnelle* ». Pour le CSS4, c'est toute « *la puissance du debriefing, ce qui demande au formateur de se muscler pour axer sur les points à améliorer, c'est le véritable temps de l'apprentissage et de la réflexivité* ». D'ailleurs, il n'est pas rare que les étudiants fassent après la séance « *le debriefing du debriefing, ce qui permet de renforcer les liens entre étudiants de différentes filières* ».

Mais là aussi, le temps est identifié comme un frein majeur au développement de la simulation en IP puisque toutes les personnes s'accordent à dire que l'activité est « *chronophage* » tant dans la conception des scénarios que dans la réalisation des séances de formation. De plus, cette activité requiert également la mobilisation de « *nombreux formateurs* » et nécessite « *leur engagement* ».

## B) L'interprofessionnalité pour les étudiants : l'apprentissage du travail en équipe

Comme évoqué dans la méthodologie de l'enquête, l'impact de la simulation en IP n'a pas pu être mesuré directement auprès des étudiants. Cependant, les personnes interviewées sont unanimes sur le fait que « *cela permet aux étudiants de trouver leur place dans une équipe pluriprofessionnelle et de transférer les compétences développées lors des stages. Ils sont enchantés de l'apprentissage réciproque* » (CSS1). « *Au début, les étudiants le prennent à la légère, pour rire puis ils se font happer par la vraisemblance et le sérieux des situations de soins* » (DS3). Appréciée des étudiants, la simulation en IP permet « *de pouvoir se planter sans blesser quelqu'un. On a droit à l'erreur* » (CSS4). La notion de sécurité est donc très importante pour les étudiants.

La simulation en IP permet par ailleurs de « **développer la responsabilité, l'implication, la mobilisation des connaissances, de se rencontrer et de tisser des liens entre étudiants** » (CS1). En effet, ils en « *ressortent très respectueux des deux professions* » et « *c'est dans la mixité et la collaboration qu'il y a des ancrages de savoirs importants : c'est l'apprentissage du travail en équipe* » (CSS4). Ils sont « *très satisfaits de pouvoir partager leurs savoirs, leurs connaissances et que leurs capacités de raisonnement clinique soit reconnu* » (CSS2). Ainsi, « *les étudiants sortent grandis, ils ont appris à se reconnaître ; ils créent des liens ensuite et se retrouvent parfois en stage* » (DS2). La simulation en IP « *représente donc une véritable plus-value pour les apprentissages et est un élément facilitateur lors des stages* ». Ces propos corroborent ceux formulés dans le rapport de l'HAS qui stipulent que « *la simulation permet une véritable implication individuelle « vérifiable » ainsi qu'une amélioration significative de la performance individuelle et collective des professionnels confrontés à une situation de prise en charge* »<sup>105</sup>.

C'est également un temps de formation où il y a « **un échange riche entre étudiants et formateurs** » (CSS2) et une source de satisfaction pour le DS2 du fait des « *retours positifs des étudiants lors des sections pédagogiques* ».

Cependant, pour certains étudiants sur la réserve, la simulation en santé génère du stress. Il faut alors « **diversifier les apprentissages** ». Cette activité est « *épuisante* » pour les étudiants. Ils se sentent « *fatigués en sortant* » (DS3). C'est également parfois difficile auprès d'un « *public jeune* » (CSS1) parce que les élèves doivent dépasser leurs représentations.

---

<sup>105</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Rapport de mission, Etat de l'art (national et international) en matière de pratique de la simulation dans le domaine de la santé, 110 p.

### C) D'autres méthodes pédagogiques en faveur de l'IP : s'adapter au profil des étudiants

Au-delà de la simulation en santé, d'autres méthodes et outils permettant de développer l'IP ont été identifiés par les personnes interrogées. Ainsi, les **ateliers et des travaux de groupes interfilières** notamment pour l'étude de cas concrets, l'étude de situations cliniques sont à développer (CSS4, DS2). De même, lors du « **forum de l'étudiant, des ateliers réalisés par les étudiants de différentes filières permettent de présenter le travail en équipe** » (CSS3). Pour le CSS2, il serait intéressant de développer la formation « **Gestes et Soins d'urgence en IP** » tout comme « **l'éducation du patient** » (CSS5). Pour le CSS1, « **les analyses de pratiques entre les étudiants infirmiers et les élèves aide soignants** » permettent de « **reconnaitre le champ d'intervention de chacun et de développer les compétences** ». Il s'agit également de promouvoir « **des temps d'échanges autour du stage** » et « **d'organiser des temps de convivialité pour les étudiants de différentes filières** » (CSS5).

Pour le DS4, « **la recherche est un vecteur fondamental de l'interprofessionnalité** » tout comme pour le DS5 pour qui « **le travail de recherche mené par les étudiants permet la formation en IP** ». Par ailleurs, le **numérique** se révèle être un axe important pour développer la formation en IP. Ainsi, la mise en place « **d'outils collaboratifs pour les étudiants, les wikis pour la prise de note collaborative interprofessionnelle** » est très importante (CSS4). De même, « **les escape game, les serious game permettent de développer le travail en équipe. Ces approches pédagogiques favorisent la performance par un aspect collaboratif** » (CSS4). D'ailleurs, l'escape game permet « **d'explorer le leadership partagé et la cohésion de groupe** » (CSS6). Ainsi, ces outils correspondent particulièrement à cette génération dite « silencieuse » ou « Z » qui a un goût prononcé pour le collectif. Ces étudiants sont « **motivés et participatifs lorsqu'ils sont coacteurs. Ils possèdent des atouts tels que la créativité et l'enthousiasme** »<sup>106</sup>.

### D) La crise sanitaire : menace ou opportunité pour la formation en interprofessionnalité ?

Plusieurs personnes ont évoqué lors des entretiens l'impact de la crise sanitaire sur la formation en interprofessionnalité. Ainsi, « **les formateurs ont dû repenser la formation avec la mise en place des enseignements à distance. Il a fallu aussi trouver des modalités particulières pour réorganiser les stages** ». Cependant, durant la crise sanitaire, « **la force a été l'interprofessionnalité : travailler ensemble autour d'objectifs communs, que chacun puisse partager les mêmes valeurs, l'entraide, la solidarité, une véritable**

---

<sup>106</sup> GESTIN A, 2008, « Manager des générations ou générer des management », *Soins cadres*, 88, p 28-30

**énergie...** » (CSS2). De même, le centre de simulation en santé a permis durant cette crise, de réaliser des formations en interprofessionnalité. Certes ces formations n'ont pas été destinées aux étudiants mais aux professionnels de santé. Elles ont été organisées par le DS1 en collaboration avec la CGS et réalisées par les cadres formateurs comme par exemple « le retournement en décubitus ventral des patients en réanimation ou le prélèvement nasopharyngé ». Ainsi, la simulation en santé a représenté un puissant levier pour « *développer la formation continue et s'adapter au contexte sanitaire* » (DS3).

## 2.3 La discussion

Dans un écosystème en mutation, quelles sont les stratégies du Directeur des soins en institut qui permettent de développer la formation en interprofessionnalité ? Telle est la question de départ. Pour y répondre, trois hypothèses ont été posées. En ce qui concerne tout d'abord les représentations des personnes interrogées, elles rejoignent les différentes définitions déclinées dans le cadre conceptuel notamment celle du CAIPE qui stipule que l'éducation interprofessionnelle correspond au « *fait que deux ou plusieurs personnes se forment ensemble, apprennent à se connaître et apprennent des autres pour améliorer leur collaboration et la qualité des soins* ». <sup>107</sup>

« *Une institution, un manager, un projet stratégique, une philosophie en faveur de l'IP, des filières différentes et des partenariats, un projet pédagogique, des compétences et des expertises, des formateurs en interprofessionnalité, des mutualisations, voilà l'équation gagnante pour des impacts positifs sur l'apprentissage des étudiants* », tels sont les propos du CSS5 qui semblent synthétiser les réponses à la première hypothèse. Ainsi, les propos recueillis rejoignent les thématiques évoqués dans le cadre conceptuel. Ils soulignent l'importance du projet stratégique, la vision prospective du manager et un leadership assuré parsemé d'audace. Développer une culture de l'interprofessionnalité et amener les équipes à travailler en synergie sont des axes incontournables. Il s'agit pour le DS de donner du sens, promouvoir la transversalité et décloisonner les filières de formation. Les éléments recueillis mettent en avant les facteurs méso structurels ou organisationnels évoqués dans le modèle proposé par D. D'AMOUR ET I. OANDASAN comme l'appui institutionnel, facteur déterminant de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, **l'hypothèse 1** « *par une vision prospective et une connaissance des différentes filières, le DS développe la formation en interprofessionnalité grâce au projet stratégique d'institut qui favorise le partenariat interfilière* » est validée.

---

<sup>107</sup> SAGE I, *op. cit.* (55)

L'hypothèse 2 « *la formation en interprofessionnalité nécessite pour les équipes pédagogiques de développer des pratiques collaboratives interfilières dans le champ de la santé* » s'intéresse aux relations et interactions entre les professionnels. La volonté de travailler ensemble, l'engagement, la motivation, la qualité des échanges et la qualité de la communication sont des éléments évoqués par les personnes interrogées pour développer des pratiques collaboratives. Ces éléments sont décrits par D. D'AMOUR comme facteurs interactionnels indispensables à la pratique collaborative. Celle-ci permet de développer la compétence collective. Par ailleurs, l'intelligence collective et le fait d'entretenir des liens avec les services de soins sont de nouveaux éléments apparus dans les entretiens. Les freins énoncés par les interviewés à savoir le temps et les formations paramédicales organisées en silos correspondent aux freins évoqués dans le cadre de référence. Au regard de ces éléments, **l'hypothèse 2** est également validée.

**L'hypothèse 3**, « *la simulation en santé est un levier pour développer la collaboration interprofessionnelle* » paraît incontestable et validée eu égard aux éléments recueillis. Ils viennent corroborer les propositions émises par la HAS<sup>108</sup> comme l'intégration de la simulation en santé dans les programmes d'enseignement des professionnels de santé à toutes les étapes de leurs cursus (initial et continu) avec un objectif éthique « *Jamais la première fois sur le patient* »<sup>109</sup>, l'importance de l'impact de la formation par la simulation sur les facteurs humains et le travail en équipe, la nécessité de coopérations entre les universités et les instituts de formation. « *Les formateurs doivent bénéficier d'une compétence réelle, validée par l'obtention de diplômes universitaires spécifiques* »<sup>110</sup>. Il s'avère également que d'autres méthodes et outils pédagogiques dans un objectif d'interprofessionnalité, sont à développer notamment la recherche. La place du numérique est par ailleurs particulièrement soulignée.

La formation initiale des professionnels paramédicaux évolue dans un écosystème en mutation. L'analyse réalisée au regard des éléments recueillis offre des pistes de préconisations pour que le DS en institut puisse développer la formation en interprofessionnalité qui apparaît comme un axe majeur d'évolution de la formation des professionnels de santé.

---

<sup>108</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, *op. cit.* (105)

<sup>109</sup> *Ibid.*

<sup>110</sup> *Ibid.*

### 3 Les préconisations pour développer la formation en interprofessionnalité

C'est à partir du cadre de référence et des éléments saillants de l'analyse des entretiens que sont envisagées les perspectives d'actions qui vont permettre au Directeur d'institut de développer la formation en interprofessionnalité. Ces propositions s'inscrivent en cohérence avec les compétences du directeur d'institut, définies dans le référentiel métier du Directeur des soins : « *Les compétences stratégiques : savoir analyser l'environnement et les acteurs [...], les besoins en formation ; savoir traduire les objectifs d'évolution des métiers et des compétences en objectifs pédagogiques et en plans d'actions. Les compétences de coordination : savoir décider, négocier et arbitrer en interne et en externe avec les différents acteurs de la formation [...]* »<sup>111</sup>. Développer la formation en interprofessionnalité, c'est transformer l'organisation, « *c'est agir sur son cadre organisationnel qui est un système interactif composé de trois éléments : un projet stratégique (la détermination du but), une structure organisationnelle (la répartition des rôles, des missions, des responsabilités et des pouvoirs) et un système de management (qui a en charge la création, l'orientation, l'animation, la circulation et la transformation de l'énergie)* »<sup>112</sup>. Ainsi, les préconisations s'articulent autour de ces trois axes.

#### 3.1 Le leadership stratégique du DS pour accompagner la transformation

Le leadership correspond « *à la capacité d'un individu à mobiliser un groupe en faveur de finalités diverses, a priori clairement explicitées* »<sup>113</sup>. Ainsi, pour le DS, faire preuve de leadership s'avère essentiel pour accompagner les transformations inhérentes à la mise en place des formations en interprofessionnalité. Comme évoqué précédemment, les formations paramédicales évoluent dans un écosystème en mutation. La transformation, dans la théorie des organisations se définit comme « *une modification majeure de grande d'envergure d'une organisation qui traduit une réponse d'adaptation ou une démarche de développement* »<sup>114</sup>. Ainsi, le DS « *doit être doté de fortes aptitudes stratégiques lui*

---

<sup>111</sup> EHESP, *op. cit.* (79)

<sup>112</sup> <http://www.hpgodeau.fr/telechargement/Le%20management%20transformationnel.pdf>

<sup>113</sup> PARENT F., JOUQUAN J., 2013, *Penser la formation des professionnels de la santé*, Bruxelles, De Boeck, 440 p.

<sup>114</sup> BRASSARD A., 2003, « Adaptation, transformation et stratégie radicale de changement », *Revue des sciences de l'éducation*, 29, p. 270

*permettant de développer de nouvelles réponses stratégiques grâce à une analyse minutieuse de l'environnement »<sup>115</sup>.*

### **3.1.1 Une analyse de l'environnement, préalable incontournable du projet stratégique pour développer une dynamique partenariale**

Les entretiens ont montré que les instituts de formation paramédicaux évoluaient dans des environnements très hétérogènes. Ainsi, tandis que certains instituts sont multifilières, d'autres demeurent mono filières. De même, « *la réalité des partenariats avec les universités est encore inégale sur l'ensemble du territoire »<sup>116</sup>. Les liens entretenus entre les instituts et les universités sont effectivement très hétérogènes avec des degrés de collaboration différents selon les conventions établies. En effet, « *le rapprochement avec les universités est engagé pour les formations paramédicales, par le biais de conventions. [...] Renforcer et étendre ces rapprochements est une nécessité à l'heure du développement des nouveaux métiers »<sup>117</sup>. « L'interdisciplinarité [...] doit être globale et intégrée à la réflexion sur l'urbanisme des campus. Ces derniers doivent être des lieux de vie majeurs, et constituer l'occasion de rencontres entre étudiants de filières différentes, pour que puisse être activé le potentiel de création et d'innovation qui se situe à l'intersection des disciplines traditionnelles »<sup>118</sup>. Ainsi, des initiatives d'intégration universitaire se traduisent par des rapprochements Université – Instituts. Ces rapprochements se concrétisent soit par une intégration physique où l'institut garde sa personnalité juridique mais rejoint le campus universitaire soit par une intégration organique sous forme de département universitaire. Il convient alors pour le DS de connaître la forme d'intégration engagée : l'intégration des cursus ? l'intégration par les outils ? l'intégration immobilière ? l'intégration fonctionnelle ? l'intégration organique ?**

Par ailleurs, les territoires sont eux aussi très différents non seulement en termes de problématiques de santé mais également en termes d'offre de soins. Le GHT, dans le cadre de la coordination des écoles et instituts, offre des possibilités de mutualisation des ressources et de moyens qui peuvent servir le projet. Il convient donc pour le DS en institut de connaître cet environnement externe afin de saisir les opportunités pour développer et renforcer des partenariats qui permettront de répondre aux besoins du territoire en termes de compétences paramédicales. L'analyse de l'environnement interne doit quant à lui

---

<sup>115</sup> MASMOUDI K. K., 2020, « La conduite du changement stratégique : rôle du leadership », *Recherches en Sciences de Gestion*, 1, 136, p. 97- 134

<sup>116</sup> TIRAND-MARTIN, 2017, « Formation paramédicale, des évolutions majeures », *Soins Cadres – Supplément*, n° 104, S 7

<sup>117</sup> BEJEAN S., MONTHUBERT B., Rapport : Pour une société apprenante, propositions pour une stratégie nationale de l'enseignement supérieur, 250 p.

<sup>118</sup> *Ibid.*

permettre au DS d'évaluer le degré de collaboration avec l'établissement de rattachement. Le DS doit alors se montrer proactif et se positionner en réel partenaire en participant par exemple aux réunions du comité de direction pour avoir une bonne connaissance des projets institutionnels. De même, une collaboration étroite avec la CGS doit permettre d'articuler en cohérence le projet médico soignant et le projet d'institut. Ainsi, c'est l'analyse de l'environnement qui va définir la place de l'institut de formation dans son environnement hospitalier, universitaire et régional. Elle permettra de formaliser le projet stratégique et de définir les partenariats à créer ou à consolider pour développer la formation en interprofessionnalité et « *permettre l'émergence de nouveaux liens entre les métiers, les acteurs, les unités organisationnelles, les équipes* »<sup>119</sup>. Mais, « *les « bonnes » stratégies comme les « bons » scénarios ne sont que de peu d'utilité s'ils ne sont pas coconstruits, diffusés et partagés* »<sup>120</sup>.

### **3.1.2 Une stratégie de communication pour donner du sens au projet**

La communication en interne et en externe doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. En effet, elle a pour objectif de faire connaître et faire adhérer les différentes parties prenantes au projet qui vise en autres, l'interprofessionnalité. Celle-ci « *dépend étroitement du contexte organisationnel, des logiques managériales en vigueur ainsi que du positionnement des personnels concernés* »<sup>121</sup>.

Il s'agit alors pour le DS de **donner du sens**. « *Cela suppose de pouvoir répondre à la question du « pourquoi ? », en un mot, c'est-à-dire la raison du projet, et du « pour quoi ? », en deux mots, c'est-à-dire la direction du projet, la projection dans l'avenir, à moyen terme de préférence. S'il n'est pas suffisamment explicite et partagé, le projet risque de générer de la confusion* »<sup>122</sup>. La communication doit alors être engagée à différents niveaux. Tout d'abord, Il est alors opportun pour le DS d'engager un véritable dialogue avec les universitaires pour développer la confiance et le partage.

« *C'est l'affichage clair des intentions de la démarche en termes de plus-values, [...] qui doit être travaillé en premier lieu si l'on souhaite favoriser l'interprofessionnalité. [...] les personnels de la santé ne développeront pas d'emblée des interactions s'ils n'identifient pas une signification prometteuse individuellement et collectivement dans le changement de pratiques proposées* »<sup>123</sup>. Alors, le DS doit s'attacher à communiquer les axes et

---

<sup>119</sup> BONNET J., *op. cit.* (1)

<sup>120</sup> AUREGAN P., JOFFRE P., LOILLIER T., TELLIER A., 2008, « Exploration prospective et management stratégique : vers une approche projet de la stratégie », *Management & Avenir*, 5, 19, p. 91-113

<sup>121</sup> BONNET J., *op. cit.* (1)

<sup>122</sup> LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., 2018, *Le management en santé – gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 544 p.

<sup>123</sup> BONNET J., *op. cit.* (1)

l'avancée du projet auprès de la CGS, des équipes d'encadrement et plus largement auprès des différents terrains de stage. En externe, la fonction communication contribue à la promotion, au rayonnement et à l'attractivité de l'établissement de référence et des instituts de formation sur son territoire. Elle pourra trouver son expression par différents moyens : site internet de l'établissement, réunions d'informations, forums des métiers, journées portes ouvertes.

Une communication auprès des équipes de formateurs sera nécessaire. « *La motivation envers l'interprofessionnalité n'est donc pas donnée ni ne peut faire l'objet d'une simple injonction managériale, injonction qui apparaîtrait paradoxale. Elle est avant tout une construction intégrative à entreprendre et d'abord une construction de sens en termes d'orientations ainsi que de signification et de sensibilité pour les acteurs* »<sup>124</sup>. En présentant le projet en ICOGI<sup>125</sup>, le DS communique activement auprès de l'ensemble des partenaires de la formation.

### **3.2 Une structure organisationnelle pour développer la professionnalisation dans une dimension collaborative**

Selon R. WITTORSKI, la professionnalisation correspond à la « *fabrication d'un professionnel par la formation et, dans le même temps, recherche d'une efficacité et d'une légitimité plus grande des pratiques de formation* »<sup>126</sup>. Il s'agit alors pour les instituts de formation paramédicaux de développer un dispositif de professionnalisation et d'apprentissage de qualité en intégrant la dimension interprofessionnelle qui constitue un enjeu fondamental pour la prise en charge optimale des usagers.

#### **3.2.1 Construire un dispositif « d'éducation interprofessionnelle » dans une démarche interculturelle**

Pour J. BONNET ; le développement de l'interprofessionnalité ne constitue pas un nouveau substitut ni une nouvelle mode managériale, mais « *représente une possibilité de vivre et de travailler ensemble à condition de la cultiver* »<sup>127</sup>. « *L'interprofessionnalité signifie donc d'autres modes de pilotage, dont une bonne part reste sans doute à inventer et à construire, mais il semble bien qu'il ne puisse pas y avoir de réelles pratiques interprofessionnelles sans la constitution chez les acteurs concernés d'une culture de l'interculturalité* ». Cela

---

<sup>124</sup> BONNET J., *op. cit.* (1)

<sup>125</sup> Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel n°0092 du 20 avril 2018

<sup>126</sup> WITTORSKI R., 2008, « La professionnalisation », *Savoirs*, 2, 17, p. 9-36

<sup>127</sup> BONNET J., *op. cit.* (1)

*implique notamment une capacité à aborder l'altérité, la différence et l'hétérogénéité comme une chance, une opportunité »<sup>128</sup>. Ainsi, il s'agit pour le DS, de **promouvoir une démarche interculturelle** qui est une approche « responsabilisante, une prise de conscience de l'individu pour mieux évoluer dans le collectif ». Les individus sont invités à prendre une posture d'observateur d'abord, une véritable prise de distance du regard posé tant sur soi-même que sur l'autre, pour ensuite devenir acteur d'un compromis relationnel. De la rencontre se coconstruit une troisième voie de dialogue et d'écoute »<sup>129</sup>.*

La *National League for Nursing* (NLN) aux Etats Unis a élaboré en 2016 un guide<sup>130</sup> pour insuffler une culture de collaboration et propose à cet effet « une boîte à outils » pour développer la formation en interprofessionnalité dans un institut de formation en soins infirmiers. Quatre domaines de compétences essentielles sont identifiés : les valeurs et l'éthique, les rôles et responsabilités en matière de pratique collaborative, la communication interprofessionnelle et le travail d'équipe et soins d'équipe (annexe 7). Trente-huit compétences décrivent les comportements essentiels dans les quatre domaines fondamentaux. La NLN propose alors de **construire une « communauté d'éducation interprofessionnelle »** qui correspond à un organe qui rassemble la direction de l'institut, la direction de l'établissement de rattachement ici pouvant être représentée par la CGS, les formateurs, les enseignants universitaires, les étudiants. Ce dispositif s'apparente à un comité de pilotage chargé de développer la formation en interprofessionnalité. Il pourrait être intéressant de le décliner au sein du GHT pour intégrer l'échelle territoriale de la formation. Les membres de ce comité partagent une vision et des valeurs professionnelles communes d'où l'intérêt pour le DS en institut d'élaborer un diagnostic stratégique précis. En effet, « *il est difficile aux professionnels de coopérer si l'organisation dans laquelle ils travaillent ne s'implique pas dans cette coopération. C'est parce qu'elle est consciente des enjeux de partenariat que l'organisation et ses responsables vont favoriser la coopération des professionnels* »<sup>131</sup>.

Il s'agit ensuite de **constituer une « équipe interprofessionnelle »** composé de cadres formateurs et d'enseignants universitaires. Celle-ci est missionnée pour dégager les possibilités de mise en commun des cours et des enseignements pour « *favoriser la transversalité par une nouvelle approche des maquettes de formation* »<sup>132</sup>. Ceci passe par

---

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup><https://www.youmanity.org/demarche-interculturelle-comment-mieux-faire-ensemble-et-differents/>

<sup>130</sup> NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, 2016, Guide to effective Interprofessional Education Experiences In Nursing Education, 58 p.

<sup>131</sup> DOLLET A., 2014, « Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé », *Recherche en soins infirmiers*, 3, 118, p. 62-74

<sup>132</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, *op. cit.* (30)

une analyse approfondie des référentiels de formation et une analyse des métiers pour mettre en évidence des compétences transversales. Il s'agit « *d'intégrer l'interprofessionnalité comme élément central de la formation des professionnels de santé* »<sup>133</sup>. Il convient alors de déterminer les calendriers communs en choisissant les moments opportuns pour l'apprentissage des étudiants. Ce groupe assure la coordination des activités pédagogiques multifilières qui nécessitent des mutualisations.

### **3.2.2 Développer des méthodes pédagogiques innovantes et une dynamique de mutualisations de ressources et de moyens**

Les aspects positifs de la pluridisciplinarité en formation ont été relevés dans les orientations de l'enseignement supérieur. L'interprofessionnalité est un axe d'évolution nécessaire des formations paramédicales<sup>134</sup> qui requiert des temps d'apprentissage pluriprofessionnels. Ceci amène à des mutualisations de ressources pédagogiques et matérielles.

En ce qui concerne tout d'abord les ressources humaines au sein de l'institut, il serait intéressant pour le DS **d'élaborer une cartographie des compétences des formateurs** dans les différentes filières de formation. Les entretiens ont montré que la diversité des filières de formations représentait un atout par la diversité des compétences et des expertises professionnelles. Ainsi, ces compétences et expertises pourraient être mise à disposition et valorisées pour servir pour l'ensemble des filières de formation. Il est en effet intéressant que les formateurs d'une filière aillent former les étudiants d'une autre filière. Il convient pour cela de mettre en place des groupes de travail collaboratif.

De même, en collaboration avec la CGS, il paraît intéressant de **rapprocher les équipes cliniques et pédagogiques**. Selon la NLN, « *l'identification des équipes de soins interprofessionnelles de l'hôpital où la collaboration est déjà bien établie* », constitue une force institutionnelle qu'il convient d'intégrer dans le dispositif pédagogique. « *Parce que les étudiants apprennent de leur expérience, ces équipes peuvent être engagées pour l'observation clinique, la conduite de simulation, et les discussions de groupe sur la collaboration et le travail en équipe dans la pratique* »<sup>135</sup>. De la même manière, les équipes pédagogiques doivent être associées aux équipes cliniques dans un objectif de rapprochement et d'échanges, chacune dans leur expertise. Il peut s'agir de co-organisation d'événements à destination des étudiants ou des usagers ou de participation à des conférences interprofessionnelles thématiques.

---

<sup>133</sup> TESNIERE A., RIST S., RIOM I., *op. cit.* (11)

<sup>134</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, *op. cit.* (30)

<sup>135</sup> NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, *op. cit.* (130)

De même, **les stages** sont comme « *des laboratoires d'expérimentation à la coopération pluridisciplinaire* »<sup>136</sup>. Ainsi, il est intéressant de **proposer une ouverture des terrains de stage hors l'hôpital** comme l'ambulatoire avec les exercices libéraux, les maisons de santé, structures médico-sociales... pour favoriser la découverte et la compréhension de ces modes d'exercice. Il s'agit également de **proposer des stages pluriprofessionnels** à l'instar du service sanitaire qui doivent être envisagés à l'échelle du territoire. Ces axes doivent faire l'objet d'une politique et une gestion territoriale des stages qui doit être définie entre la coordination des instituts du GHT et la commission des soins, de rééducation et médico technique du GHT. Mais surtout, il paraît incontournable de travailler sur la qualité de l'encadrement et le suivi des étudiants en stage grâce au tutorat mis en place. Ce **tutorat est à structurer** et à professionnaliser. En effet, une amélioration des interactions tuteur-formateur est nécessaire. Ainsi, la mise en place de groupes de tuteurs et de formateurs de plusieurs instituts est source d'enrichissements mutuels et de co-construction.

**Développer un « centre d'éducation interprofessionnelle »** est également un axe proposé par la NLN. Il s'agit en fait d'un centre de pédagogie active à l'instar de SimUSanté<sup>137</sup> implanté au CHU d'Amiens et développé en partenariat avec l'université. Ce centre permet entre autres, de décloisonner les filières de formation par la mise en œuvre de séquences pluriprofessionnelles représentatives de l'exercice professionnel. Ainsi, des étudiants de différentes filières se forment ensemble. Des professionnels peuvent y être associés permettant de développer une approche intergénérationnelle en mixant les groupes entre formations initiales et continues. La **stratégie de mutualisations de ressources et de moyens** entre l'institut, l'établissement de référence et l'université doit conduire à mettre en œuvre des méthodes pédagogiques propices au développement des compétences interprofessionnelles des apprenants. « *Le renouveau de l'interdisciplinarité dans la pédagogie passe par le renouveau des méthodes, puisque c'est notamment en situation de résolution de problèmes que la collaboration entre disciplines prend tout son sens* »<sup>138</sup>. Ainsi, il est pertinent de privilégier les situations cliniques prévalentes sur des problématiques de santé actuelles, l'analyse des pratiques professionnelles en interprofessionnalité grâce notamment à la simulation en santé. Mais le rapprochement des formations en santé passe également par des outils pédagogiques partagés comme les plateformes d'enseignement ouverte à l'ensemble des étudiants.

Les solutions numériques (la e-santé, la télémédecine, l'intelligence artificielle) sont des leviers de transformation des parcours de soins en établissement de santé comme en ville.

---

<sup>136</sup> BOURGEON D., *op. cit.* (21)

<sup>137</sup> LE BOULER S., *op. cit.* (15)

<sup>138</sup> BEJEAN S., MONTHUBERT B., *op. cit.* (117).

Le numérique fait désormais partie intégrante des formations en santé, ce qui offre de nombreuses possibilités pour **diversifier les modalités d'enseignement** qu'il convient de développer comme les pratiques numériques collaboratives. En effet, les futurs professionnels de santé travailleront dans un monde connecté alors « *l'usage du numérique doit être systématisé dans les formations et l'évaluation des étudiants* »<sup>139</sup>. En reprenant l'exemple de SimUSanté, son versant numérique EPIONE<sup>140</sup> (Environnement Partagé, Innovant, Ouvert, Numérique et Evolutif) s'engage dans la transformation numérique, le décloisonnement des filières et la promotion d'un continuum des formations et des diplômes. Ainsi, « *inventer l'éducation supérieure du XXI<sup>e</sup> siècle suppose de passer à une pédagogie active intégrant les apports du numérique et appuyer sur la recherche* »<sup>141</sup>. En effet, la recherche représente un axe à développer pour non seulement fédérer les équipes pédagogiques autour de l'utilisation et de la production des données probantes mais également pour acculturer les étudiants dans la démarche de recherche dès l'entrée en formation. Il s'agit de **promouvoir la recherche dès la formation initiale** en élaborant une formation et une typologie de recherche concertées au sein des instituts et en collaboration avec l'université. Il s'agit aussi de **promouvoir la participation des formateurs à la recherche**. Ainsi, il paraît intéressant de réunir les formateurs des différents instituts autour de problématiques pour développer des domaines d'expertise et de recherche en soins et en éducation en santé par exemple.

Par ailleurs, la mise en place du service sanitaire dont un des principes fondateurs est la pluriprofessionnalité, a permis aux étudiants en santé de travailler ensemble dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de santé publique. Cela a nécessité la co-construction des contenus pédagogiques par une équipe pédagogique pluriprofessionnelle et pluri instituts. Il convient alors de **développer et d'optimiser ce dispositif**. Ce socle commun de formation pour l'ensemble des professionnels de santé permet « *d'acquérir une culture du travail en équipe et en réseau* »<sup>142</sup>.

### 3.2.3 Placer l'étudiant au centre du dispositif et intégrer le patient partenaire

La gouvernance des instituts<sup>143</sup> a évolué depuis 2018 en renforçant la démocratie étudiante. Les étudiants sont plus que jamais « acteurs » de leur formation et il convient pour le DS de les associer au projet, à la construction, la validation et au réajustement des maquettes pédagogiques. Pour le NLN « ***inclure les étudiants dans le processus [...] permet de répondre à leurs besoins en temps réel*** »<sup>144</sup>, et permet en parlant de la formation en

---

<sup>139</sup> *Ibid.*

<sup>140</sup> LE BOULER S., *op. cit.* (15)

<sup>141</sup> BEJEAN S., MONTHUBERT B., *op. cit.* (117)

<sup>142</sup> TESNIERE A., RIST S., RIOM I., *op. cit.* (11)

<sup>143</sup> Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel n°0092 du 20 avril 2018

<sup>144</sup> NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, *op. cit.* (130)

interprofessionnalité, « *d'inciter leurs pairs à adhérer à la valeur de la pratique collaborative* »<sup>145</sup>.

La NLN suggère par ailleurs que des « **étudiants leaders interprofessionnels** » organisent des activités de formation supervisées par les formateurs. Un exemple est proposé en annexe 8. C'est pour le DS, un axe à envisager tout comme le développement de la pair -aidance. Ainsi, le concept d'étudiant partenaire prend tout son sens et représente un atout dans l'évaluation de la qualité de la formation. « *Parce que les étudiants apprennent de ce qu'ils vivent, les étudiants qui s'engagent dans des activités collaboratives dans le cadre de leur apprentissage seront plus susceptibles d'apporter une approche collaborative à leur travail de praticien* »<sup>146</sup>.

Il convient également **d'engager les étudiants à l'ouverture**. Ainsi, développer une politique de mobilité nationale et internationale peut constituer un levier de professionnalisation mais également de développement de compétences interprofessionnelles. Il peut être alors opportun de s'engager dans le dispositif ERASMUS.

De la même manière que l'étudiant est désormais « étudiant partenaire », il est également intéressant **de recourir au « patient expert »** pour développer des actions de formations en interprofessionnalité. Il s'agit alors de mieux former les futurs professionnels à la communication, à la relation thérapeutique et plus globalement aux compétences non techniques comme l'apprentissage du travail en équipe.

Pour développer cette politique et cette structure, le DS doit alors adopter un management transformationnel.

### **3.3 Le management transformationnel du DS pour accompagner la mise en place de la formation en interprofessionnalité**

« *Un leader transformationnel fait preuve d'une attention véritable à l'endroit des autres en prenant en compte les capacités ainsi que les besoins et les intérêts particuliers de ses collaborateurs ou des groupes au sein desquels il agit* »<sup>147</sup>.

---

<sup>145</sup> *Ibid.*

<sup>146</sup> NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, 2016, *op. cit.* (130)

<sup>147</sup> MALTAIS D., LECLERC M., RINFRET N., 2007, « Le « leadership administratif » comme concept utile à la modernisation de l'administration publique », *Revue française d'administration publique* », 3, 123, p. 423-441

### 3.3.1 Développer le travail en équipe dans une logique d'organisation apprenante et agile

Pour accompagner les équipes pédagogiques dans la transformation nécessaire à la mise en place de la formation en interprofessionnalité, le DS s'attachera à **développer le travail en synergie des équipes**. Dans un projet qui prône l'interprofessionnalité, la recherche de cohérence et d'efficacité demande aux formateurs de travailler en interprofessionnalité dans le respect des compétences de chacun et dans une optique d'enrichissement mutuel. La co-construction des actions de formation en interfiliarité participe à la construction d'une équipe qui devient pluridisciplinaire. La réflexion pédagogique doit alors s'enrichir du travail collectif.

Ainsi, le DS s'attachera à **développer une dynamique de partage de compétences** grâce à des rendez-vous pédagogiques à fréquence régulière avec les formateurs des différentes filières et auxquels pourront être invités les universitaires et les équipes cliniques selon le thème central défini préalablement. Ces réunions doivent permettre un partage de savoirs et d'expériences, un partage concernant un travail de recherche documentaire, un partage d'une session de formation continue, une conférence, un partage de réflexions en lien avec un travail de recherche dans le cadre d'une formation diplômante. Les échanges pédagogiques qui en découlent, constituent une richesse et un apprentissage organisationnel. Celui-ci est défini comme « *l'acquisition et le développement collectif et organisé de compétences au sein d'une organisation en fonction de finalités explicitées et partagées. Cet apprentissage passe par les individus et les collectifs qui composent l'organisation et la font vivre à travers leurs interactions. Lorsque ces processus font partie des stratégies de l'organisation, celle-ci devient une organisation apprenante, c'est-à-dire un système d'actions qui s'organise pour apprendre en permanence, capitaliser ses savoir-faire et ses compétences, pour les transmettre et se transformer volontairement, pour atteindre ses objectifs en fonction des évolutions de son environnement, de ses ressources, de sa culture, des représentations des acteurs en son sein* »<sup>148</sup>. En renforçant les activités collaboratives, le DS favorise le travail en équipe pluridisciplinaire permettant à l'organisation de devenir plus agile pour favoriser les expérimentations et l'innovation. En effet, la volonté de transversalité est parfois freinée par des maquettes pédagogiques contraignantes, les voies de l'expérimentation sont alors des opportunités à saisir.

### 3.3.2 Développer une politique de recrutement et d'intégration

Afin de remplacer les formateurs lors des départs à la retraite, lors de changements d'affectation ou de mutations, le DS pourra recruter des formateurs qui pourront être

---

<sup>148</sup> LETOR C., 2013, « Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé » dans PARENT F. et al., *Penser la formation des professionnels de la santé*, Paris, De Boeck Supérieur, p. 331 - 350

**vecteurs de changement.** En effet, le recrutement représente un levier pour repérer les formateurs dont le profil, les compétences et l'expérience professionnelle peuvent être dynamisant pour la mise en place de la formation en interprofessionnalité. Comme évoqué lors de l'analyse, il s'agit également de **mixer les générations**, chacune apportant ses compétences et son regard au profit de la mise en œuvre du projet. **Veiller à la diversité des diplômés universitaires** paraît aussi un aspect important à prendre en considération. En effet, cette diversité représente une richesse pour développer une dynamique d'ingénierie de formation et de recherche. Puis, « *là où le recruteur mettait l'accent sur les compétences métiers, il va aussi chercher de nouvelles caractéristiques. Les candidats devront partager les valeurs de l'organisation, posséder des comportements et des méthodes de travail complémentaires à l'équipe cible et se montrer apte à communiquer, partager, échanger, stimuler. La dimension « connaissance et savoir » sera moins importante au profit des méthodes de travail et des comportements en équipe. Outre les métiers requis, les candidats devront se montrer capables de créer un réseau, d'être pédagogues, autonomes et capables de travailler en mode projet avec n'importe quel interlocuteur* »<sup>149</sup>.

Par ailleurs, sur cette question du recrutement des formateurs, il paraît essentiel pour le DS de collaborer étroitement avec la DRH et la CGS pour **développer une politique de mobilité** dans une réelle optique de gestion des compétences. En effet, le DS doit pouvoir réellement choisir ses collaborateurs selon le profil qu'il aura déterminé puisque « *l'identification des compétences clés permettrait [...] de mettre en place une gestion des ressources humaines structurée* »<sup>150</sup>. Parce que la diversité est une richesse, il est important de décloisonner le recrutement en faisant appel à candidature en interne mais aussi en externe. Enfin, cette collaboration doit permettre de repérer les « potentiels et talents » et les accompagner dans un projet professionnel orienté vers la formation.

Puis, parce que « *la phase d'intégration, intervenant au cours des premiers mois après le recrutement d'un salarié, comporte des enjeux fondamentaux pour la pérennité d'une organisation* »<sup>151</sup>, le DS doit **concevoir un dispositif d'accueil et d'accompagnement**. Ainsi, par le tutorat, les cadres « expérimentés » ont un rôle subtil à jouer. « *Ils servent de modèles, forment aux tâches techniques, évaluent la performance de service, assument un rôle social, favorisent l'accès à l'information et aux interprétations locales et guident les nouvelles recrues dans la découverte de la culture organisationnelle* »<sup>152</sup>. Il appartient au

---

<sup>149</sup> CALVEZ V., DOLIDON O., 2014, « Le management stratégique des ressources humaines face au défi des compétences clés collectives », *Humanisme et Entreprise*, 317, p 45-67

<sup>150</sup> *Ibid.*

<sup>151</sup> LACAZE D., 2007, « La gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle », *Management & Avenir* n° 14, p 9-24.

<sup>152</sup> *Ibid.*

directeur de soins de les accompagner dans leur rôle puisque « *les supérieurs hiérarchiques ont une responsabilité à assumer dans l'acquisition des quatre domaines de socialisation par les nouvelles recrues mais aussi dans la sensibilisation des membres expérimentés* »<sup>153</sup>. Ainsi, c'est toute l'organisation qui est concernée par l'intégration des nouveaux venus.

### **3.3.3 Développer une politique de formation continue et d'évaluation des équipes pédagogiques**

Tout comme le recrutement, la politique de formation continue doit être co-déterminée avec l'établissement de référence et au sein du GHT. La formation continue est un vecteur de rencontres interprofessionnelles et de partage de pratiques. En effet, « *les logiques liées au recours à la formation changent, elles ne reposent plus tant sur l'adaptation de la main d'œuvre aux changements mais surtout sur l'élaboration et l'accompagnement de changements organisationnels. Cela engage un ancrage plus fort des actions de formation par rapport aux situations de travail. Cette évolution prend, par exemple, la forme de dispositifs de formation partenariaux plus complexes et multiacteurs* »<sup>154</sup>. Ainsi, le DS doit s'attacher tout d'abord à **favoriser la montée en compétences des formateurs en favorisant la diplomation universitaire** pour répondre aux enjeux des métiers de demain. La formation universitaire participe à cette démarche d'incitation collaborative.

Un intérêt particulier sera également porté à la définition **d'actions de formations permettant de développer les compétences interprofessionnelles** des formateurs et notamment les compétences numériques puisque selon la NLN : « *les professeurs qui sont formés au travail en équipe et à la collaboration sont capables de les intégrer dans les cours et dans la pratique* »<sup>155</sup>. La formation continue est un levier intéressant pour permettre des rencontres décloisonnées, créer des espaces de partage de pratiques. Le travail collaboratif peut ainsi être mis en scène par des jeux de rôles, des techniques de simulation ou des pratiques réflexives. Il s'agit pour le DS de proposer une offre de formation continue interprofessionnelle à laquelle il serait intéressant d'associer les métiers administratifs. C'est lors de l'entretien annuel d'évaluation et de formation que le DS pourra détecter les potentiels et les capacités des formateurs à s'engager dans une formation de type master ou doctorat et les accompagner dans leur projet professionnel.

La posture managériale constitue un pré requis fort pour toute transformation des organisations et des pratiques. Ainsi, une approche horizontale et collaborative doit être fondée sur la confiance et le partage des valeurs.

---

<sup>153</sup> *Ibid.*

<sup>154</sup> WITTORSKI R., *op. cit.* (126)

<sup>155</sup> NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, *op. cit.* (130)

## Conclusion

Le système de santé doit relever de nombreux défis. En effet, les besoins sanitaires évoluent face au vieillissement de la population, aux polyopathologies et aux maladies chroniques. Le développement des parcours de soins impose une approche différente de l'organisation des prises en charge et des relations entre professionnels et institutions. Ainsi, les situations de travail mettent en présence des professionnels de santé issus de différentes disciplines qui doivent collaborer. Il paraît alors incontournable que la dimension pluri professionnelle soit développée dans la formation initiale de ces professionnels. Le thème qui a présidé à l'élaboration de ce travail concerne l'interprofessionnalité dans la formation initiale paramédicale. Ainsi, il convenait de s'interroger sur les stratégies du DS en institut qui permettent de développer la formation en interprofessionnalité dans un écosystème en mutation.

Pour répondre à cette question centrale, le cadre de référence a permis de repositionner l'évolution de la formation paramédicale notamment dans le contexte d'intégration universitaire et dans la dimension territoriale. Il a également permis d'éclairer les notions d'interprofessionnalité, de collaboration interprofessionnelle et surtout d'éducation interprofessionnelle. Celle-ci est depuis quelques années en plein essor dans les pays anglo-saxons et se développe en France. Elle a pour objectif de permettre une collaboration efficace entre les professionnels de santé afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Pour le CAIPE, l'EIP repose sur une notion inclusive et large de l'interprofessionnalité et inclut toutes les formes d'apprentissages qu'elles soient développées en milieux académiques ou en milieux cliniques. Les instituts de formation deviennent alors un déterminant de la collaboration interprofessionnelle. Dans ce contexte et dans une vision prospective de la formation, le DS en institut élabore un projet stratégique où l'importance des partenariats interfilières, des expérimentations et des appels à projet est soulignée. Au regard, de ces éléments, trois hypothèses ont ainsi été identifiées.

Pour confronter les aspects contextuels et conceptuels, une enquête qualitative a été menée auprès de Directeurs de soins et de cadres de santé. L'objectif principal consistait à identifier les stratégies développées par le DS en institut pour développer la formation en interprofessionnalité. L'analyse a montré que les professionnels interviewés partageaient une même représentation et qu'un axe stratégique relatif à l'IP était une nécessité. Par ailleurs, le mode de management du DS a été identifié comme prépondérant pour la pratique collaborative des équipes de formateurs. Par des méthodes pédagogiques telles que la simulation en santé en IP, les étudiants apprennent le travail en équipe et

développent des compétences interprofessionnelles. L'analyse a ainsi permis de valider les hypothèses de travail.

Au regard de ces éléments, trois axes ont été dégagés pour élaborer les préconisations. En effet, le DS doté d'un leadership stratégique, s'avère être un acteur incontournable pour accompagner les équipes pédagogiques dans les transformations actuelles et futures et pour développer la formation en IP dans une dynamique partenariale avec l'université, les établissements, les professionnels de santé dans une logique de territorialisation. En plaçant l'étudiant au centre de la structure organisationnelle, le DS s'appuie alors sur un management transformationnel pour promouvoir une organisation agile et apprenante.

L'interprofessionnalité dans la formation paramédicale est plus que jamais d'actualité puisque les 75<sup>èmes</sup> Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC ont pour thème : « *e-santé & Interprofessionnalité- Un défi à relever pour les formations en santé* ». La réflexion sera articulée autour de deux objectifs : encourager l'interprofessionnalité et les passerelles entre les formations en santé et accompagner l'innovation numérique en intégrant la e-santé dans les dispositifs de formation<sup>156</sup>.

---

<sup>156</sup> <https://www.cefiec.fr/Document/JourneesNationales/Lyon/Programme-Lyon.pdf>

---

# Bibliographie

---

## Textes de lois, Réglementation

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel n°0181 du 7 août 2009

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts paramédicaux. Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009

Arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. Journal officiel, n°0092 du 20 avril 2018.

Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel, n°0290 du 15 décembre 2018.

Décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur. Journal officiel n°0084 du 10 avril 2002

Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du Code de la santé publique. Journal officiel n° 0224 du 26 septembre 2010

Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel n°0007 du 9 janvier 2014

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Journal officiel, n°0101 du 29 avril 2016.

Décret n°2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. Journal officiel n°0134 du 13 juin 2018

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Journal officiel n°0164 du 19 juillet 2018

Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. Journal officiel n°0117 du 13 mai 2020

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal officiel, n°190 du 17 août 2004.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009

Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche. Journal officiel n°0169 du 23 juillet 2013

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016

Loi n°2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants. Journal officiel, n°0052 du 9 mars 2018

### **Ouvrages**

AUBERT M., MANIERE D., MOUREY F., OUATA S., 2005, *Interprofessionnalité en gérontologie*, Toulouse, Eres, 280 p.

BONNET J., 2005, « Interprofessionnalité et complexité », dans AUBERT M. et al, *Interprofessionnalité en gérontologie*, p 29-56 [Consulté le 3 mai 2020]. Disponible à l'adresse :

<https://www.cairn.info/interprofessionnalite-en-gerontologie--9782749203942-page-29.htm>

BOURGEON D., 2019, *Identités professionnelles, alternance et universitarisation*, Rueil-Malmaison, Editions Lamarre, 335 p.

BOUTINET JP., 1990, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF, 300 p.

DE GAULEJAC V., 2002, *L'identité : vocabulaire de psychologie, références et positions*, Paris, Erès, 174 p.

DESHAIES JL., 2014, *Stratégies et Management Briser l'omerta !* Presses de l'EHESP, 288 p.

DUBAR C., 1987, *L'autre jeunesse : des jeunes sans diplôme dans un dispositif de socialisation*, Lille : Presses Universitaires de Lille, 263 p.

DUPUIS M., GUEIBE R., HESBEEN W., *Les formations en santé*, Paris, Seli Arslan, 190 p.

ION J., 2005, *le travail social à l'épreuve du territoire*, Paris, Dunod, 168 p.

KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M., 2016, *Les recherches qualitatives en santé*, Armand Colin, 330 p.

LE BOTERF G., 2003, *Travailler en réseau et en partenariat*, Paris : Eyrolles, 174 p.

LE BOTERF G., 2013, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris : Eyrolles, 302 p.

LETOR C., 2013, « Développer des dynamiques d'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé » dans PARENT F. et al., *Penser la formation des professionnels de la santé*, Paris, De Boeck Supérieur, p. 331 – 350

LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., 2018, *Le management en santé – gestion et conduite des organisations de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 544 p.

LORIOT P., SIJELMASSI J., 2018, « La simulation dans le domaine de la santé, une méthode pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle », Paris, Vuibert, 128 p.

SCHÖN D., 1994, *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Editions Logiques, 418 p.

ZARIFIAN P., 1999, *Objectif compétence. Pour une nouvelle logique*, Paris, Liaisons, 229 p.

## Revues

AIGUIER G., POIRETTE S., PELISSIER MF., 2016, « Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27, 1, p. 91-112

AUREGAN P., JOFFRE P., LOILLIER T., TELLIER A., 2008, « Exploration prospective et management stratégique : vers une approche projet de la stratégie », *Management & Avenir*, 5, 19, p. 91-113

BOURDONCLE R., 2007, « Universitarisation », *Recherche et information*, n° 54, p 138-149

BRASSARD A., 2003, « Adaptation, transformation et stratégie radicale de changement », *Revue des sciences de l'éducation*, 29, p. 270

BOOTZ JP, 2012, « La prospective, une source d'apprentissage organisationnel ? : revue de littérature et analyse critique », *Management et Avenir*, 53, p 34-53

CALVEZ V., DOLIDON O., 2014, « Le management stratégique des ressources humaines face au défi des compétences clés collectives », *Humanisme et Entreprise*, 317, p 45-67

D'AMOUR D., SICOTTE C., LEVY R.,1999, « L'action collective au sein d'équipes interdisciplinaires dans les services de santé », *Sciences Sociales et Santé*, 3, p 67-94

DILLENSCHNEIDER D., ECKENSCHWILLER M., PRAZ E., 2018, « Coopération pluridisciplinaire et institut de formation », *Soins Cadres*, S 105, S. 28-30

DOLLET A., 2014, « Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé », *Recherche en soins infirmiers*, 3, 118, p. 62-74

FIQUET L. et Al., 2015, « Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé », *Recherche et perspectives*, 16,2, p.105-117

GALLE P., 2015 « Le partenariat, condition de la réussite de la scolarisation des collégiens sourds et malentendants », *Empan*, 100, p 199-205

GESTIN A, 2008, « Manager des générations ou générer des management », *Soins cadres*, 88, p 28-30

HATANO-CHALVIDAN M., 2016, « Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? », *Forum*, 148, p. 8-16

LACAZE D., 2007, « *La gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle* », *Management & Avenir* n° 14, p 9-24.

LEPAY E., 2011, « La professionnalisation, entre compétences et savoirs professionnels : un exemple en travail social », *Education permanente*, 188, 67-82

LOPEZ G et Al, 2019, « Partenariat patient/soignant. Un espace transitionnel au sein d'un Ifsi / Ifas », *Gestions Hospitalières*, 587. [Consulté le 8 aout 2020]. Disponible à l'adresse : <http://gestions-hospitalieres.fr/partenariat-patient-soignant-un-espace-transitionnel-au-sein-dun-ifsi-ifas/>

MALTAIS D., LECLERC M., RINFRET N., 2007, « Le « leadership administratif » comme concept utile à la modernisation de l'administration publique », *Revue française d'administration publique* », 3, 123, p. 423-441

MARCHAL C., 2017, « Un projet d'institut de formation paramédicale au service du territoire », *Soins Cadres*, S 102, S 24-26

MATHEY-PIERRE C., BOURDONCLE R., 1995, Autour du mot « Professionnalité », *Recherche et formation*, 19, p137-148

MASMOUDI K. K., 2020, « La conduite du changement stratégique : rôle du leadership », *Recherches en Sciences de Gestion*, 1, 136, p. 97- 134

PARENT F., JOUQUAN J., 2013, *Penser la formation des professionnels de la santé*, Bruxelles, De Boeck, 440 p.

POLICARD F., 2014, « Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives », *Recherche en soins infirmiers*, 117, p. 33-49

SALOMON P., 2010, La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir ? [Consulté le 31 mai 2020]. Disponible à l'adresse :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841554/>

TIRAND-MARTIN, 2017, « Formation paramédicale, des évolutions majeures », *Soins Cadres – Supplément*, n° 104, S 7

VASSY C., KELLER R., 2008, « Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? », *Mouvements* 55, 56, p. 128-141

WITTORSKI R., 2008, « La professionnalisation », *Savoirs*, 2, 17, p. 9-36

### **Rapports, Recommandations, Conférences, Guides, Référentiels**

ASSOCIATION NATIONALE des DIRECTEURS D'ECOLE PARAMEDICALE, 2018, « *Les Instituts de Formation aux Métiers de la Santé : quels directeurs pour demain ?* », Paris : Opal Editions, 58 p.

BEJEAN S., MONTHUBERT B., Rapport : Pour une société apprenante, propositions pour une stratégie nationale de l'enseignement supérieur, 250 p.

BERLAND Y., 2002, *Mission « Démographie des professions de santé »*, Paris, 110 p.

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010, « Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme », [Consulté le 31 mai 2020].

Disponible à l'adresse :

[https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre\\_a\\_outils/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)

DEBEAUPUIS J., ESSID A., ALLAL P., & al., 2017, *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande Conférence de Santé*, Paris : IGAS – IGAENR, 219 p.

EHESP, 2010, Référentiel métier de Directeur (trice) des soins. [Consulté le 1<sup>er</sup> mai 2020].

Disponible à l'adresse :

[https://www.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2008/06/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_trice\\_d\\_es\\_soins.pdf](https://www.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_d_es_soins.pdf)

Haut Conseil de santé publique, 2020, Premier avis relatif à l'évaluation du Service Sanitaire des Etudiants en Santé, 14 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé, 100 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2012, Rapport de mission, Etat de l'art (national et international) en matière de pratique de la simulation dans le domaine de la santé, 110 p.

LE BOULER S., 2018, *Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation*, rapport à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé et à Madame la Ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 80 p.

GRANDE CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*, 11 février 2016, Paris, Conseil Economique, Social et Environnemental, 19 p.

HENART L., BERLAND Y., CADET D., 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* » 57 p.

IGAS-IGAERN, 2008, Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, 146 p.

MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite d'intégration dans le dispositif LMD*, Paris : IGAS – IGAERN, 93 p.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION, 2018, *l'universitarisation des formations en santé, Dossier de presse*, Paris : MEN / MESRI, 38 p

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018, *Dossier de presse : Ma santé 2022 - Un engagement collectif*, 52 p.

NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, 2016, Guide to effective Interprofessional Education Experiences In Nursing Education, 58 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2010, Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice, Genève : OMS

SAGE I, 2014, *Le développement de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de santé primaires français*, Thèse (Docteur en médecine), UFR SMP, Besançon

TESNIERE A., RIST S., RIOM I., 2018 « Stratégie de transformation du système de santé. Rapport final - Adapter les formations aux enjeux du système de santé », 53 p

TRUBEZ G., 2013, « Guide d'accompagnement à l'intention des professeurs de l'institut des sciences de la santé et des programmes de relations d'aide de la Cité collégiale » [Consulté le 3 août 2020]. Disponible à l'adresse : <https://fr.calameo.com/read/0037333617836aeef71ffb>

### **Sites internet**

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Parcours de santé de soins et de vie [Consulté le 11 juillet 2020]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

<https://www.l2develop.fr/la-simulation-interprofessionnelle-pour-developper-les-competences-collectives.html> [Consulté le 6 juillet 2020]

<http://www.hpgodeau.fr/telechargement/Le%20management%20transformationnel.pdf> [Consulté le 3 septembre 2020]

<https://www.youmanity.org/demarche-interculturelle-comment-mieux-faire-ensemble-et-differents/> [Consulté le 12 septembre 2020]

<https://www.cefiec.fr/Document/JourneesNationales/Lyon/Programme-Lyon.pdf> [Consulté le 10 octobre 2020]

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Tableau des éléments prégnants de la logique de professionnalisation et de la logique de collaboration

Annexe 2 : L'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative centrée sur le patient

Annexe 3 : Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme

Annexe 4 : Guide d'entretien

Annexe 5 : Tableau synthétique des personnes interviewées

Annexe 6 : Les résultats des entretiens sous forme graphique

Annexe 7 : Les quatre domaines de compétences interprofessionnelles

Annexe 8 : Action de formation menée par les élèves leaders interprofessionnels



## Annexe 1

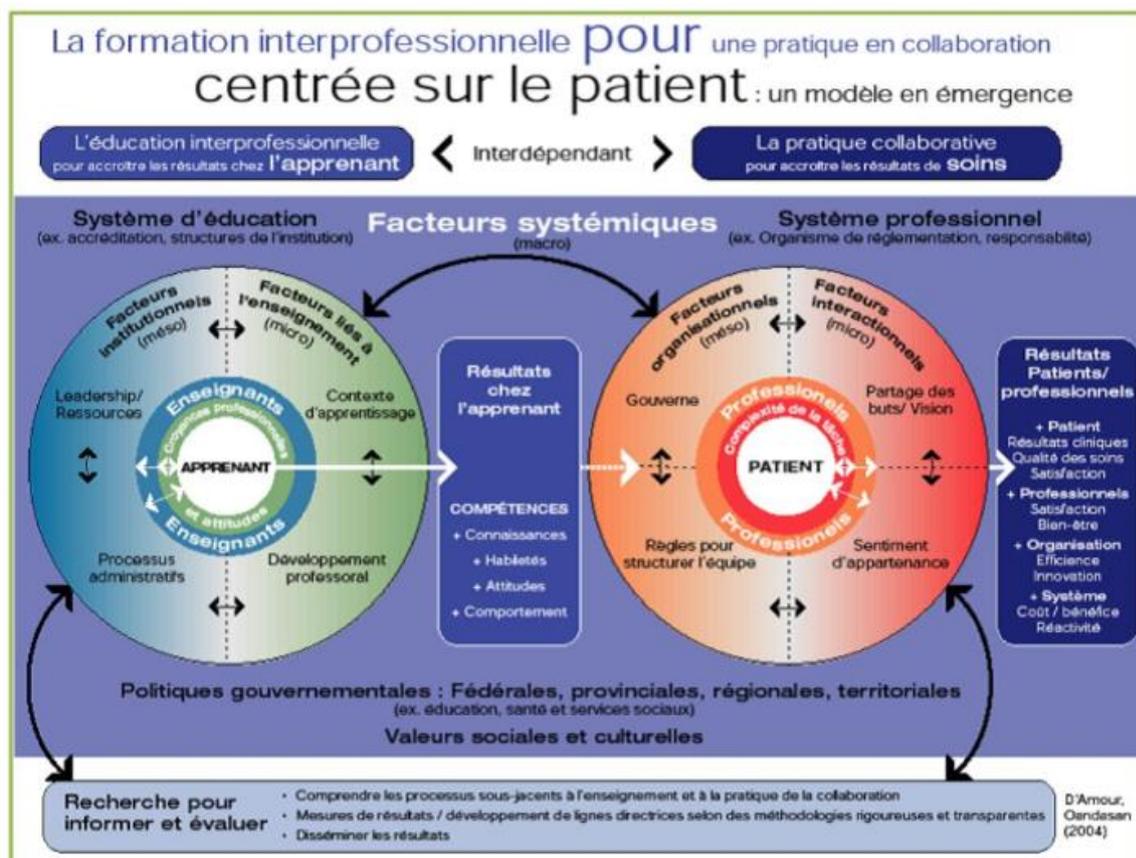
**Tableau des éléments prégnants de la logique de professionnalisation et de la logique de collaboration**

<b>Logique de la professionnalisation</b>		<b>P R O F E S S I O N N E L</b>	<b>Logique de la collaboration</b>
Vision mécaniste de la personne →			← Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de parties. La situation est objectivée →			← la personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu
La personne est non participante →			← Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle
On privilégie le pouvoir, l'autorité, l'expertise, la spécialisation →			← On privilégie le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques
Taxonomie rigide du savoir →			← Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité
Approche centrée autour des territoires professionnels →			← Approche centrée sur la clientèle
Les frontières sont étanches →			← Partage des zones d'intervention
Relations entre les professionnels sont parallèles, cumulatives et non interactives →			← Partenariat interactif. Intersubjectivité permet une meilleure compréhension
On vise le contrôle, régulation d'un marché pour des services techniques →			← On vise l'approche globale



## Annexe 2

### L'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative centrée sur le patient (D'Amour D., Oandasan I., 2005)



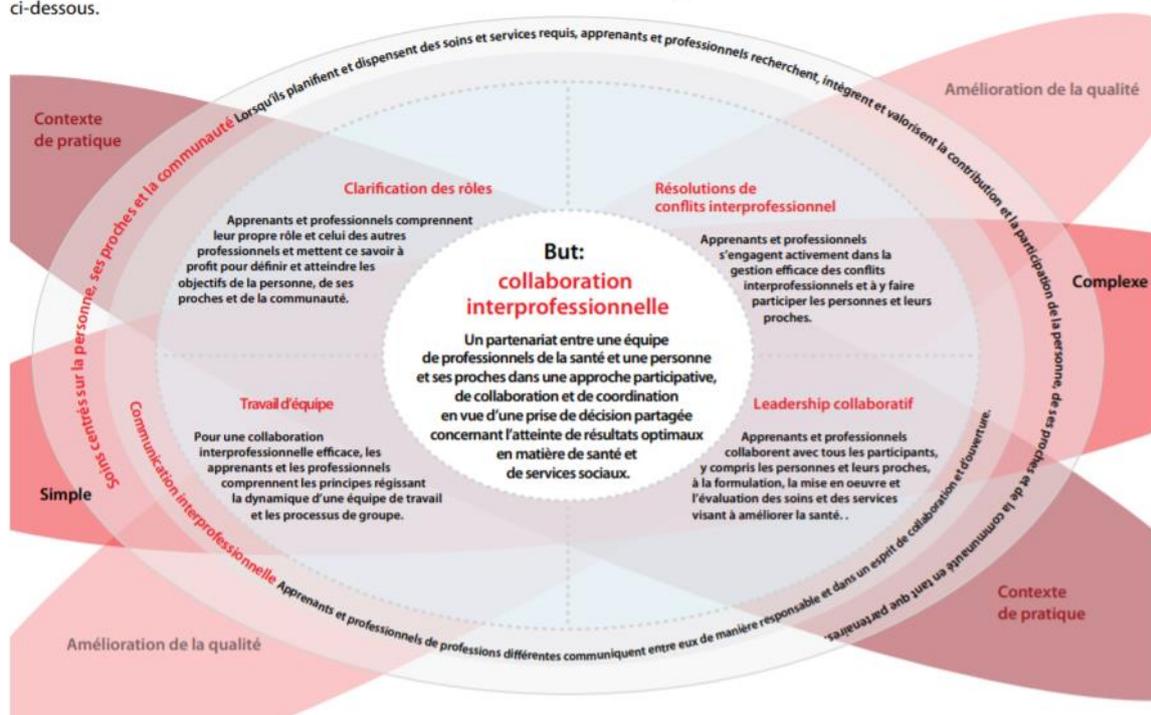


## Annexe 3

### Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme<sup>157</sup>

La figure 1 illustre l'agencement des domaines et met en évidence trois éléments contextuels qui influencent la manière dont le référentiel de compétences peut être appliqué dans différentes situations. Les domaines de compétences et les éléments contextuels sont décrits ci-dessous.

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



<sup>157</sup> Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, *op. cit.* (67)



## Annexe 4

### Guide d'entretien

#### **Représentations de l'interprofessionnalité :**

- ✓ Que veut dire pour vous l'interprofessionnalité dans la formation initiale ?

#### **Hypothèse 1 : Le DS développe la formation en interprofessionnalité grâce au projet stratégique d'institut qui favorise le partenariat interfilière**

- ✓ La formation en interprofessionnalité dans l'institut ?
  - Si oui : Quel type de formation en interprofessionnalité ? Avec quels étudiants ?
  - Si non, en projet ? Comment allez-vous faire ?
- ✓ Comment avez-vous fait ? (Faites-vous ou ferez-vous) pour développer la formation en interprofessionnalité ?
- ✓ Qu'est-ce que cela nécessite ? Un projet ? Des partenariats ? Lesquels ?
- ✓ Quelle structure ? Quels moyens ? Quelles modalités ? Quelles mutualisations ?
- ✓ Quel contexte ? Quels objectifs ?
- ✓ Quels leviers ? Quels freins ?
- ✓ Quels liens avec l'universitarisation ?
- ✓ Le service sanitaire ? Comment est-il organisé ?
- ✓ Quel bilan ?

#### **Hypothèse 2 : La formation en interprofessionnalité nécessite pour les équipes pédagogiques de développer des pratiques collaboratives**

- ✓ Qu'est-ce que cela demande aux formateurs de mettre en place une formation en interprofessionnalité ?
- ✓ Comment font-ils ? comment faites-vous ? Des outils ?
- ✓ Quels leviers ? Quels freins ?
- ✓ Quels avantages ? Quelles limites ?
- ✓ Quelles relations ? Quelle communication ? des conflits ?
- ✓ Un travail d'équipe ? Quelle coopération d'équipe ?
- ✓ Quelle communication ? Des conflits ?
- ✓ Apprendre ensemble de l'expérience : mise en commun ? Evaluation ?

#### **Hypothèse 3 : La simulation en santé est un levier pour développer la collaboration interprofessionnelle**

- ✓ Formation simulation développée dans l'institut ?

- ✓ Comment ? Avec qui ? en interprofessionnalité ?
- ✓ Quels impacts de la simulation en interprofessionnalité sur la formation ?
- ✓ Freins ? Leviers ?

Les étudiants à travers les DS, CSS et les formateurs :

- ✓ Qu'en disent les étudiants ?
- ✓ Quelle évaluation ? Points positifs ? Points de difficultés ?
- ✓ Quels Impacts sur l'apprentissage ?

## Annexe 5

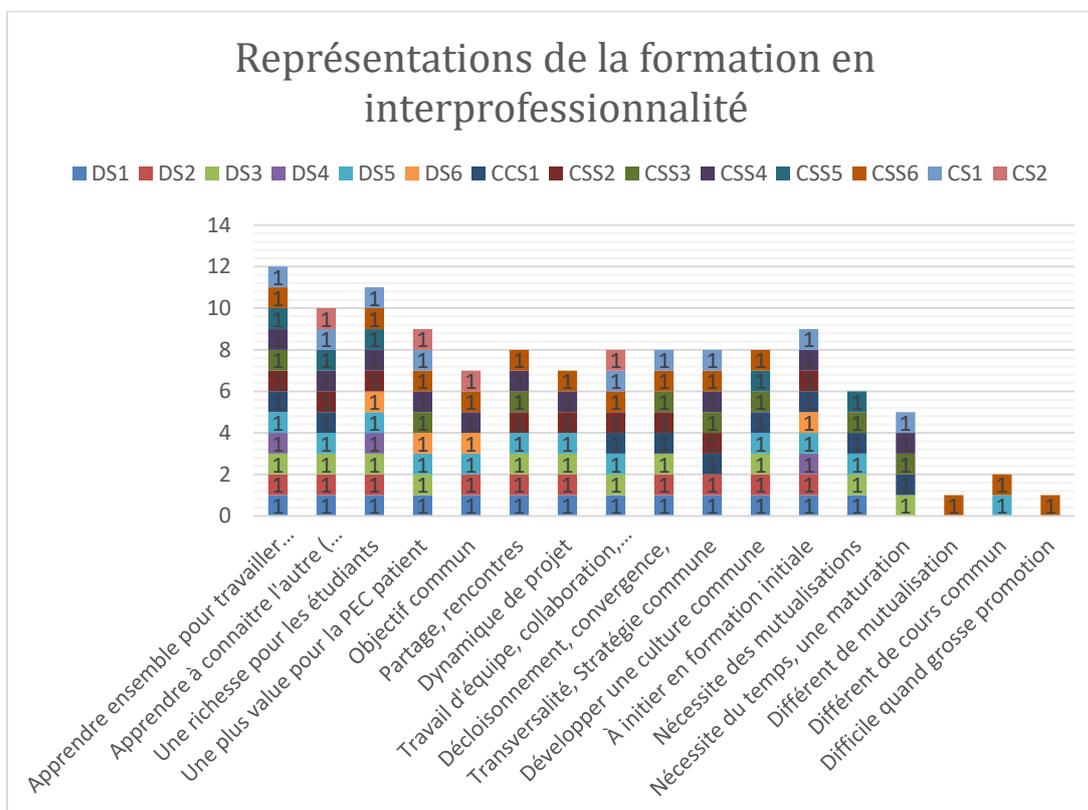
### Tableau synthétique des personnes interviewées

<b>Etablissement</b>	<b>Périmètre d'activités</b>	<b>Fonction</b>	<b>Dénomination</b>
<b>CHU</b>	14 écoles et instituts	Directeur des soins, coordinatrice générale des instituts	DS1
	IFSI – IFAS-IFAP- IFA	Directeur des soins	DS2
	IFAS-IFAP	Cadre supérieur de santé	CSS1
	IFSI	Cadre supérieur de santé	CSS2
	IFSI-IFAS	Cadre de santé	CS1
	IFMK	Cadre supérieur de santé	CSS3
	IFMEM	Cadre supérieur de santé	CSS4
	Ecoles IADE- IBODE- Puériculture	Directeur des soins	DS3
	IFCS	Cadre supérieur de santé	CSS5
	IFE	Cadre supérieur de santé	CSS6
	Ecole Sage-femme	Directeur	DS4
<b>CHA</b>	IFSI – IFAS- DTS IRMT	Directeur des soins	DS5
<b>CHB</b>	IFSI	Directeur des soins, Faisant fonction	DS6
	IFSI	Cadre de santé	CS2



## Annexe 6

### Les résultats des entretiens sous forme graphique



### Les partenariats interfilières : Typologie des formations en interprofessionnalité

	<b>IP entre étudiants</b>	<b>IP étudiants- professionnels de santé</b>
<b>DS2</b>	Etudiants Infirmiers - Elèves aides soignants	
	Etudiants Infirmiers- Etudiants en Médecine	
<b>DS3</b>	Elèves IADE - IBODE	Elèves IADE - IBODE- Professionnels
<b>DS4</b>	Elèves Puéricultrice - Elève Auxiliaires Puéricultrices	Elèves sage femme - Obstétricien
<b>DS4</b>	Elèves sage femme - Elève Puéricultrices	Elèves sage femme - Etudiants en Médecine -Obstétricien
<b>DS4</b>		Elèves sage femme - Elève auxiliaire de puériculture - Pédiatre
<b>CSS3/ CSS6</b>	Elèves Kinésithérapeute - Elèves Ergothérapeute	
	Elèves Kinésithérapeute - Etudiants Infirmiers	
<b>CSS4</b>	Elèves Manipulateur d'électroradiologie Médicale - Etudiants en Médecine	
<b>CSS4</b>	Elèves Manipulateur d'électroradiologie Médicale - Elèves IADE	
<b>CSS4</b>	Elèves Manipulateur d'électroradiologie Médicale - Etudiants Infirmiers	
<b>CSS6</b>	Elèves Ergothérapeute- Elèves aides soignants	

## Synthèse des entretiens en lien avec l'hypothèse 1

<p align="center"><b>Par une vision prospective et une connaissance des différentes filières, le DS développe la formation en interprofessionnalité grâce au projet stratégique qui favorise le partenariat interfilière</b></p>	
<p><b>Un projet stratégique : une nécessité pour développer la formation en interprofessionnalité</b></p>	<p>L'IP comme axe du projet stratégique et déclinée dans le projet pédagogique</p> <p>Projet porté par le DS, leadership, soutien.</p> <p>Une volonté de décloisonnement</p> <p>Une culture de l'IP</p> <p>Une direction multifilière : une opportunité</p> <p>La proximité géographique des filières de formation : un facteur positif pour l'IP</p> <p>La diversité des filières et des expertises : un atout</p> <p>Des partenariats impulsés par le DS</p> <p>Une mutualisation des locaux, des équipements, des équipes</p> <p>Une démarche convergente qui doit amener les équipes à travailler en synergie</p>
<p><b>La dimension managériale du Directeur des soins</b></p>	<p>La nécessité d'une gouvernance participative et faciliter l'émergence des propositions, l'anticipation et l'organisation</p> <p>Des valeurs : confiance et transparence</p> <p>La bienveillance managériale, donner du sens</p> <p>La dimension symbolique des bâtiments et du nom des instituts</p> <p>L'IP : un vecteur d'attractivité pour les étudiants</p> <p>Des temps formels et des temps informels</p> <p>Un facteur de qualité de vie au travail, l'autonomie des acteurs</p> <p>Des outils partagés : le numérique, espaces de travail collaboratif</p> <p>Une construction d'équipe et un accompagnement au changement</p> <p>L'identification des compétences : une cartographie, des expertises pour l'ensemble des filières</p> <p>Le recrutement et la formation continue des formateurs : mixer les profils et les générations</p> <p>La démarche qualité comme vecteur positif du travail en équipe</p>
<p><b>Les liens avec l'université et focus « service sanitaire »</b></p>	<p>Une richesse : croiser les regards, des expérimentations qui offrent de la flexibilité</p> <p>Des liens hétérogènes entre instituts et université</p> <p>Le service sanitaire : un axe fort pour développer la formation en IP mais des pratiques disparates</p>

## Synthèse des entretiens en lien avec l'hypothèse 2

<b>La formation en interprofessionnalité nécessite pour les équipes pédagogiques de développer des pratiques collaboratives interfilières dans le champ de la santé</b>	
<b>Développer une posture d'ouverture pour construire des compétences collectives</b>	<p>Une nécessaire volonté des formateurs, une motivation, une implication, une ouverture d'esprit, une capacité à partager, l'acceptation de la différence</p> <p>Un langage et des pratiques partagés, une recherche de consensus pour améliorer la coopération</p> <p>Une disponibilité psychologique, physique, intellectuelle et professionnelle</p> <p>Des compétences collectives et des outils collaboratifs</p> <p>Une co-construction du projet pédagogique : interroger les besoins, modéliser les enseignements à mutualiser, construire les enseignements et les évaluations</p>
<b>Des freins</b>	<p>Le temps</p> <p>Des formations trop sectorisées</p> <p>Des contraintes de calendrier, d'espaces</p> <p>La mobilisation de nombreux formateurs</p> <p>La complexité des dispositifs à mettre en place</p> <p>L'historique et la culture des professions</p> <p>La peur de l'inconnu, le changement des habitudes</p> <p>Les conflits notamment générationnels</p>
<b>Des leviers</b>	<p>L'intelligence collective</p> <p>L'expérience professionnelle antérieure du travail en équipe</p> <p>La proximité des formateurs avec l'activité clinique, le choix des intervenants pour les enseignements</p> <p>La mobilité et La transversalité des formateurs</p>



### Synthèse des entretiens en lien avec l'hypothèse 3

<b>La simulation en santé est un levier pour développer la collaboration interprofessionnelle</b>	
<b>La simulation comme levier de la collaboration IP mais pas seulement</b>	<p>Un centre de simulation mutualisé pour l'ensemble des filières de formation (CHU) : une opportunité mais des limites</p> <p>Une évolution des pratiques professionnelles</p> <p>Des formations en simulation mais pas en IP (CHB)</p> <p>Du matériel de simulation mais pas de formations (CHA)</p>
<b>L'IP pour les formateurs : croiser les regards</b>	<p>La simulation en IP pour collaborer et croiser les regards des formateurs des différentes filières mais également des professionnels</p> <p>L'implication des formateurs</p> <p>Une plus-value pour les étudiants et les formateurs : l'acquisition de compétences interprofessionnelles</p> <p>La nécessité d'être formé : l'importance du debriefing, bienveillance et éthique,</p> <p>Un frein majeur : le temps</p>
<b>L'IP pour les étudiants : l'apprentissage du travail en équipe</b>	<p>L'apprentissage du travail en équipe : la responsabilité, l'implication, le respect</p> <p>La mobilisation et l'ancrage des connaissances</p> <p>Le transfert des compétences lors des stages</p> <p>Des liens entre étudiants se créent</p> <p>Une plus-value pour les apprentissages</p> <p>Des échanges riches entre étudiants et formateurs</p> <p>Une activité épuisante pour les étudiants</p>
<b>D'autres méthodes pédagogiques en faveur de l'IP : s'adapter au profil des étudiants</b>	<p>Des ateliers et des travaux de groupes interfilières et des présentations conjointes lors de forums</p> <p>Des analyses de pratiques et des échanges autour des stages</p> <p>La recherche : un vecteur fondamental</p> <p>L'importance du numérique : des outils collaboratifs, des escape game, des serious game, un leadership partagé et cohésion de groupe</p>
<b>Les impacts de la crise sanitaire</b>	<p>Des contraintes mais une force : objectifs communs, mêmes valeurs, entraide, solidarité, énergie</p> <p>Le développement de la formation continue</p>



## Annexe 7

### Les quatre domaines de compétences interprofessionnelles<sup>158</sup>

#### Valeurs/éthique pour la pratique interprofessionnelle

Agir avec honnêteté et intégrité dans les relations avec les patients, les familles et les autres membres de l'équipe.

Respecter la dignité et la vie privée des patients tout en préservant la confidentialité dans la prestation des soins en équipe.

#### Rôles/Responsabilités pour la pratique collaborative

Communiquer clairement son rôle et ses responsabilités aux patients, aux familles et aux autres professions.

Expliquer les rôles et les responsabilités des autres prestataires de soins et la manière dont l'équipe travaille ensemble pour fournir des soins.

#### Communication interprofessionnelle

Choisissez des outils et des techniques de communication efficaces, notamment des systèmes d'information et des technologies de communication, pour faciliter les discussions et les interactions qui améliorent le fonctionnement de l'équipe.

Donner un feedback opportun, sensible et instructif aux autres sur leurs performances au sein de l'équipe et répondre respectueusement, en tant que membre de l'équipe, aux commentaires des autres.

#### Travail d'équipe interprofessionnel et soins en équipe

Faire appel à d'autres professionnels de la santé, adaptés à la situation de soins spécifique, pour résoudre les problèmes en commun et centrés sur le patient.

Réfléchir à l'amélioration des performances individuelles et collectives.

<sup>158</sup> NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, *op. cit.* (130)



## Annexe 8

### Action de formation menée par les élèves leaders interprofessionnels<sup>159</sup>

La section suivante présente des exemples détaillés des quatre différents formats d'apprentissage de la FIP et de la PC :

1. Didactique 2. Simulation3 . Observation clinique4 .

Exemple didactique n°1 :

**Activité Titre exemplaire : Grands tours de l'IPE**

- ✓ **Type d'activité :**  
DidactiqueSimulationObservation cliniquePratique clinique
- ✓ **Objectif de l'activité :**  
L'objectif des grands tours de l'IPE est d'acoroître l'exposition des étudiants aux équipes de pratique collaborative existantes. Une exposition précoce aux concepts du travail d'équipe interprofessionnel amène les étudiants à rechercher de nouvelles opportunités supplémentaires pour approfondir leur compréhension du travail d'équipe interprofessionnel en milieu clinique. Cette description des Grandes Rondes attribue des responsabilités de coordination aux étudiants leaders comme une opportunité d'engager les étudiants de manière significative.
- ✓ **Objectifs d'apprentissage :**
  - o Définir les rôles et l'expertise des professionnels représentés dans l'équipe du panel
  - o Identifier les avantages de travailler au sein d'une équipe de pratique collaborative interprofessionnelle
  - o Décrire les défis liés au travail au sein d'une équipe de pratique collaborative interprofessionnelle
- ✓ **Public cible et nombre maximum de participants :**  
Diverses professions étudiantes : Soins infirmiers, technologies des biosciences, médecine, ergothérapie, pharmacie, physiothérapie, sciences radiologiques, etc. ; pourrait également inclure des professions étudiantes non liées à la santé ; le nombre maximum d'étudiants devrait être déterminé par la taille de la chambre
- ✓ **Description de l'activité :**  
Avec le soutien de la faculté ou du personnel coordinateur, un groupe d'étudiants leaders interprofessionnels organise l'activité. Les étudiants recrutent une équipe clinique qui participera à un grand tour de table de l'EIP. L'équipe clinique doit être composée de membres de diverses professions. Au cours de l'activité, les étudiants leaders commencent par décrire la séquence des événements et présentent les membres de l'équipe clinique. L'équipe de pratique présente ensuite un cas de patient. Les membres de l'équipe décrivent le rôle que leur profession a joué dans le cas, en montrant comment le patient a bénéficié du point de vue de chaque profession. Ils soulignent également les systèmes ou les méthodes qui ont été mis en place pour faciliter les normes de travail en équipe, telles que l'établissement d'un agenda commun, la compréhension mutuelle et la recherche d'un consensus au sein de l'équipe. Le thème des Grandes séries peut être un cas particulier de patient ou un scénario commun (par exemple, une mauvaise nouvelle) ou un aspect des soins (par exemple, la compétence culturelle dans les soins). Après le cas et le débat, une séance de questions-réponses avec les étudiants est organisée et

animée par les étudiants leaders.

<sup>159</sup> NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, *op. cit.* (130)



SAUGIS

Christine

Décembre 2020

## Directeur des soins

Promotion 2020

### **Développer la formation en interprofessionnalité : quelles stratégies pour le Directeur des soins en institut de formations paramédicales ?**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

#### **Résumé :**

La qualité du système de santé est confrontée au triple défi du vieillissement de la population, des pathologies chroniques et de la persistance des inégalités territoriales. La logique de parcours du patient suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé. La formation de ces futurs professionnels représente un levier de transformation. Il s'agit de les former à un exercice collectif où chacun s'inscrit dans une démarche globale de soins et fait partie d'une équipe dont chaque membre est complémentaire.

Engagées dans le processus d'intégration universitaire, les formations paramédicales évoluent dans un écosystème en mutation : l'accélération rapide des cycles d'innovation, le renouvellement constant des connaissances, les mutations profondes des métiers et des organisations, l'évolution des concepts de l'enseignement supérieur. La formation en interprofessionnalité ou l'éducation interprofessionnelle repose sur une notion large et inclusive de l'interprofessionnalité. Elle inclut toutes les formules d'apprentissages déployées en milieu académique et en milieu clinique.

Dans ce contexte, le Directeur des soins en institut s'avère être un acteur incontournable dans les transformations nécessaires pour développer les formations en interprofessionnalité. Il pourra s'appuyer sur le projet stratégique et les partenariats pour mettre en place une structure permettant de développer la professionnalisation dans une dimension collaborative et développer un management transformationnel.

#### **Mots clés :**

Formation paramédicale, Interprofessionnalité, Education interprofessionnelle, Universitarisation, Institut de formation, Directeur des soins.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*