



---

**Master 2 Mention Santé publique**  
**Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique**

Promotion : **2022-2023**  
Date du Jury : **12 Septembre 2023**

---

**Formation des professionnels de santé : quelle place pour la  
formation à l'interprofessionnalité ?**

---

**Marianne CINOT**

## **Remerciements**

### **A Monsieur Arnaud Campéon et Madame Régine Mattei,**

Je vous remercie pour votre bienveillance, votre écoute et le suivi tout au long de cette année.

### **Au Professeur François-Xavier Schweyer,**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail ainsi que pour les précieux conseils et les discussions riches qui ont rythmé la rédaction de ce mémoire.

### **Au Professeure Laure Fiquet,**

Je te remercie de m'avoir initié à cette thématique et à ce sujet mais aussi de ton soutien dans ce projet et pour ce mémoire.

**Et au Condorcet du rire, sans qui cette année n'aurait pas été la même !**

## Liste des sigles utilisés

**CHU** – Centre Hospitalier Universitaire

**DFASM** – Diplôme de formation approfondie aux sciences médicales

**DFASMa** – Diplôme de formation approfondie aux sciences maïeutiques

**DFASP** – Diplôme de formation approfondie aux sciences pharmaceutiques

**DFGSM** – Diplôme de formation générale aux sciences médicales

**DFGSMa** - Diplôme de formation générale aux sciences maïeutiques

**DFGSP** – Diplôme de formation générale aux sciences pharmaceutiques

**HCAAM** - Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

**IADE** – Infirmier anesthésiste diplômé d’État

**IBODE** – Infirmier de bloc opératoire diplômé d’État

**IDE** – Infirmier diplômé d’État

**IFMEM** – Institut de formation des manipulateurs d’électroradiologie médical

**IFPEK** – Insti de formation de podologie, ergothérapie et kinésithérapie

**IFSI** – Institut de formation en soins infirmiers

**IRDES** - Institut de recherche et documentation en économie de la santé

**LAS** – Licence « accès santé »

**MG** – Médecin généraliste

**MK** – Masso-kinésithérapeute

**OMS** – Organisation Mondiale de la Santé

**PASS** - parcours d'accès spécifique santé

**PFPS** – Pôle de formation des professionnels de santé

Table des matières

<b>INTRODUCTION :</b>	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE :</b>	<b>7</b>
<b>DES FORMATIONS PARAMEDICALES ENCADREES LAISSANT PEU DE PLACE A L'INTERPROFESSIONNALITE</b>	<b>11</b>
Infirmier	11
Masso-kinésithérapeute	19
<b>DES FORMATIONS MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES EN PLEINE REFORME, UNE PLACE POUR DAVANTAGE D'INTERPROFESSIONNALITE ?</b>	<b>30</b>
Pharmacien d'officine	30
Sage-Femme	36
Médecin généraliste	46
<b>DES PERSPECTIVES A ETUDIER POUR FAVORISER L'ENSEIGNEMENT DE L'INTERPROFESSIONNALITE DANS LES FORMATIONS</b>	<b>56</b>
Des freins et contraintes logistiques dépendantes des politiques des établissements	56
Le service sanitaire comme mise en situation, au dépend d'autres initiatives	57
Des formations médicales et paramédicales en cours de réforme au profit de plus d'interprofessionnalité	59
<b>CONCLUSION</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>68</b>
Annexe 1 – Grille de compétences de l'EIPEN	69
Annexe 2 – Exemple d'un guide d'entretien pour la formation des infirmiers	71
Annexe 3 – Liste des entretiens réalisés	72

# Introduction :

## Fracture entre offre et besoin de santé

L'accroissement, le vieillissement de la population ainsi que le développement des maladies chroniques sont à l'origine d'une transition épidémiologique. Les personnes âgées et les patients atteints de maladie chronique consomment davantage de soins notamment chez les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers (DREES, 2018). Il en découle une augmentation des besoins de santé en France. Cette problématique cohabite avec une baisse de la démographie des médecins généralistes avec une baisse de 11% des effectifs de médecins généralistes en exercice régulier inscrits à l'Ordre des médecins. Plusieurs phénomènes peuvent expliquer ce problème : une diminution du temps de travail des nouvelles générations de médecins généraliste, la féminisation de la profession, l'augmentation de la charge administrative quotidienne et la recherche un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle (Legendre, 2021). Il est aussi important de rapporter une inégale répartition des médecins généralistes sur le territoire, responsable d'une disparité d'accès aux soins (Chaput & Vergier, 2017). Ainsi, il existe un écart entre l'offre et la demande de soins plus ou moins marquée en fonction des territoires.

Pour améliorer leurs conditions de travail et répondre aux problématiques d'accès aux soins, les professionnels de santé ont commencé à se regrouper (Baudier et al., 2010). Les regroupements d'abord monoprofessionnels pouvaient permettre aux professionnels de mutualiser les moyens humains et matériels et fuir les difficultés de l'exercice solitaire (C. Fournier et al., 2014; C. B. Fournier, 2015). Les regroupements pluriprofessionnels se sont par la suite développés, à l'image de certaines organisations internationales (Bourgueil et al., 2009).

L'Organisation Mondiale de la Santé fait la promotion de la collaboration en santé pour une meilleure efficacité des systèmes de soins et une meilleure utilisation des ressources humaines et matérielles. Cette recommandation s'applique en particulier aux soins primaires. Définis en 1978 dans la déclaration d'Alma-Ata, ils sont dispensés par différents professionnels (infirmiers, médecin, pharmacien ...) et sont le plus souvent la porte d'entrée du patient dans le système de soins. Ils sont destinés à garantir un accès aux soins à l'ensemble de la population avec une continuité des soins, une coordination efficace et un accent sur la prévention et le traitement des problèmes de santé courants. En France, l'expression soins primaires renvoie surtout à une offre de soins de proximité, peu structurée et peu coordonnée et fait l'objet d'une attention particulière au sein des politiques publiques dans la démarche de transformation du système de santé (Bourgueil et al., 2021). La

réorganisation des soins primaires comme mesure pour limiter la fragmentation de l'offre de soins vise ainsi à améliorer la coordination. Cela participerait à diminuer les coûts, améliorer l'accès aux soins et la sécurité dans les soins dispensés et améliorer les conditions de travail des soignants (Hassenteufel et al., 2020). Les soins primaires sont souvent définis et pensés de manière collaborative, centrés sur les besoins du patient par les pouvoirs publics et par les professionnels, pourtant la réalité de terrain est différente (Vezinat, 2019). La mise en place de nouvelles structures d'exercice coordonné et d'instrument de coordination doit s'accompagner d'une redéfinition des rôles professionnels (délégation de tâches, nouvelles compétences ...). En France, les soins primaires sont principalement dispensés par des professionnels libéraux. Or l'identité libérale est aussi marquée par le poids des normes professionnelles, l'exercice individuel et la volonté de fuir le modèle hiérarchique à l'hôpital (Bloy, 2010). Il existe donc un enjeu fort à dépasser ces obstacles identitaires.

### Enjeux multiples de l'articulation des différentes logiques professionnelles

La pertinence de la collaboration interprofessionnelle et de l'exercice coordonné dans le système de soins sont justifiés en terme d'efficience mais sa mise en pratique ne va pas nécessairement de soi (Mousquès, 2022). En effet, l'exercice coordonné va au-delà d'un regroupement physique selon l'OMS et répond à « *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* » ou comme « *le fruit d'une construction sociale à l'intérieur d'un cadre organisationnel formalisé.* » selon D'Amour et al (Amour et al., 1999). La coordination est aussi définie comme « *un "territoire" où se déploient, s'affrontent et/ou se concilient des dynamiques professionnelles et des "logiques gestionnaires"* » (Robelet et al., 2005). L'enjeu est alors de faire différentes logiques et normes professionnelles qui se construisent dès la formation initiale.

La fragmentation de l'offre de soins et la division du travail entre les professionnels de santé est née à partir des normes professionnelles, des schémas de valeurs, des intérêts politiques et enjeux économiques. La profession est caractérisée par un idéal commun et une communauté de valeur. Elle partage une histoire, un langage et une conception du rôle professionnel et de l'éthique commune, à l'origine d'un stéréotype professionnel et selon Freidson, l'identité et la position professionnelle sont liées aux savoirs formels (Osty, 2012). Le principe d'autonomie fait aussi partie de ce qui caractérise le plus la profession en comparaison avec un métier, avec notamment l'exercice de contrôle et l'auto-régulation (Freidson, 1985). La profession médicale illustre particulièrement ce point, à l'inverse de la profession d'infirmière qui a longtemps était sous le contrôle des médecins. Le médecin garde une place hiérarchique en lien avec l'histoire des professions et du fait de son droit de prescription. Le

développement des professions paramédicales a été structuré par le monopole médical et les dérogations octroyées à certaines professions concernant l'exercice illégal de la médecine.

Or, pour certains professionnels, le choix d'un exercice libéral ambulatoire réside dans une volonté de fuir le modèle hospitalier marqué par cette place hiérarchique du médecin, le poids des procédures bureaucratiques et les comptes à rendre (C. Fournier, 2019). La défense de l'identité libérale marquée par la liberté d'initiative, le sentiment d'indépendance et l'absence de hiérarchie et de direction administrative entre en conflit avec le modèle d'exercice coordonné proposé par les politiques publiques qui repose sur une relation contractuelle entre les professionnels, l'État et l'Assurance Maladie.

Mais les pratiques des professionnels de santé sont aussi marquées par le poids des normes professionnelles et des marqueurs identitaires différents. Une démarche collective fait craindre la perte de ces marqueurs identitaires (C. B. Fournier, 2015). Les frontières professionnelles qui existent entre les différents corps de métier naissent notamment de cursus de formation étanches. La méconnaissance des compétences des professionnels entre eux et un chevauchement des compétences des professionnels à l'origine d'une concurrence et d'une hiérarchie qui sont des freins au développement de l'exercice de soins coordonné (Bourgueil et al., 2021; Lombrail, 2014). Dans les travaux de Anne Moyal, la notion de complémentarité est interrogée et souligne que la formation et les compétences officiellement reconnues par le Code de la santé publique des médecins généralistes couvrent théoriquement l'ensemble des savoirs et des compétences des autres professionnels des MSP (Moyal, 2021).

### L'exercice de soins coordonné comme modèle en soins primaires

Face aux initiatives de terrain, les pouvoirs publics se sont emparés de la question du développement d'un exercice de soins coordonnés pour répondre aux problématiques de démographie médicale et d'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé libéraux (Juilhard, 2007; Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, s. d.).

La coopération des professionnels de santé exerçant en soins primaires est une volonté des pouvoirs publics et s'inscrit dans les différentes réformes du système de soins. La réforme du médecin traitant menée en 2004 place le médecin généraliste comme « porte d'entrée » dans le système de santé pour le patient. La stratégie économique repose sur un mécanisme d'incitation au comportement coopératif du patient en modulant le remboursement en fonction de l'adhésion au principe de médecin traitant. Cette réforme vient introduire la médecine de parcours (Domin, 2008). Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) promeut une meilleure organisation

territoriale pour favoriser la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle comme un levier pour améliorer les pratiques professionnelles et les parcours de soins (Hcaam, 2011). Dans le discours de lancement de la stratégie « Ma Santé 2022 », le président Macron donnait la priorité aux soins de proximité et comme objectif, la construction d'un exercice collectif, décloisonné et coordonné.

#### Acculturation à l'exercice de soin pluriprofessionnel et coordonné

En étudiant les conditions d'émergence du travail pluriprofessionnel dans le cadre de l'exercice regroupé les chercheurs de l'Irdes identifient « un choc culturel » entre deux « logiques » professionnelles qui sont vouées à s'articuler dans le cadre d'un exercice en structure d'exercice coordonné. D'un côté, la logique monoprofessionnelle, individuelle, régulée par les conventions avec l'Assurance Maladie et rémunérée principalement à l'acte ; et, de l'autre, la « culture collective contractuelle », qui se caractérise par un exercice pluriprofessionnel qui répond au système contractuel avec l'Assurance Maladie et l'État et rémunère les équipes collectivement (C. Fournier et al., 2014). Il existe également des réticences à l'exercice coordonné en lien avec le modèle de rémunération majoritairement à l'acte des professionnels. (Mousquès, 2022).

Les déterminants identifiés pour le développement des compétences collaboratives sont la proximité physique, l'espace, le temps, les mécanismes de coordination, les discussions de groupe, la formalisation des protocoles ou encore la confiance mutuelle, la communication et le leadership collaboratif (San Martín-Rodríguez et al., 2005; Wacheux & Kosremelli Asmar, 2007). Il est aussi nécessaire que l'exercice soit choisi par les professionnels pour obtenir leur adhésion au modèle.

#### Acculturation par la formation initiale

La méconnaissance des professionnels de santé entre eux s'explique en partie par des cursus de formation en silo reflétant ou expliquant la fragmentation de l'offre de soin. Les formations des professionnels de santé les préparent aux enjeux individuels et à la sécurité des soins mais peu aux aspects populationnels et sociétaux qui définissent l'exercice en soins primaires (Bourgueil et al., 2021). Les formations des professionnels de santé sont sous la tutelle du ministère de l'enseignement supérieur et du ministère en charge de la santé. L'interdépendance liée cette double tutelle peut complexifier l'organisation des formations car chacun doit répondre à des objectifs différents ; quantitatifs et limités par des capacités de formation et qualitatifs en lien avec l'évolution du système de santé.



Pour former à la collaboration, les formations pluriprofessionnelles ont démontré leur efficacité (Reeves et al., 2013). Le Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine proposait la création de partenariats avec la société civile pour former des professionnels capables de partager efficacement des compétences et de déléguer des tâches (« Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine », 2011). L'organisation mondiale de la santé (OMS) incite les formations en santé à inscrire de l'interprofessionnalité au sein des curriculums. Ainsi, les formations des différentes professions de santé prévoient désormais la formation des étudiants à des pratiques pluriprofessionnelles et un exercice au sein d'équipe. Toutefois, les formations pluriprofessionnelles restent rares en France et limitées majoritairement à deux filières (Tyrant et al., 2021). Pour l'instant, les initiatives en interprofessionnalité se développent mais restent fragiles. Des freins organisationnels persistent avec des contraintes pour la mise en place de ces formations pluriprofessionnelles ainsi qu'un manque de moyens humains et financier (Bourgueil et al., 2021) (De Bremond d'Ars, 2020). Mais il existe aussi des freins d'ordres politiques et des intentions pédagogiques dictées par les logiques monoprofessionnelles et la concurrence engendrée par les chevauchements de compétence des différentes professions.

En 2018, le service sanitaire est lancé pour favoriser le développement d'une posture préventive chez les professionnels de santé dès la formation initiale. Il est prévu pour être organisé entre différentes filières de professionnels de santé afin de favoriser, dès la formation initiale l'exercice pluriprofessionnel.

Par ailleurs, dans chacun des cursus de formation, les stages cliniques peuvent permettre aux étudiants de rencontrer des environnements professionnels où exercent différentes professions de santé. Il arrive aussi que les étudiants se côtoient sur les lieux de stage, mais ils ne bénéficient pas de temps de formation conjoint (Policard, 2014). L'organisation et les objectifs de stage sont pensés dans une logique monoprofessionnelle avec des objectifs différents.

Pourtant, la mise en situation, notamment en stage, elle n'est pas simplement le lieu d'application de la théorie, mais un espace de développement des compétences propres à la collaboration interprofessionnelle et qu'ils peuvent permettre la création de nouvelles connaissances pratiques (Aiguier et al., 2016). En effet, la construction de compétences professionnelles se fait au contact de sujet réels et complexes et accompagnés d'une analyse réflexive des situations rencontrées. Le concept pédagogique d'apprentissage et enseignement contextualisé authentique permet notamment de favoriser l'intégration des connaissances et le développement des compétences, l'activation et le

transfert des connaissances (Bedard et al., 2000). Le lieu de stage joue alors un rôle d'acculturation dans les structures d'exercice coordonnées.

Ainsi, pour envisager la mise en place de formation à l'interprofessionnalité, il semble nécessaire d'aller explorer au préalable la façon dont les cursus de formations des professionnels de santé (IDE, MK, PH, MG) préparent à ce travail pluriprofessionnel, ainsi que les occasions d'acculturation à l'exercice pluriprofessionnel proposés au cours du cursus de formation.

## Méthodologie :

Notre travail s'est intéressé aux futurs professionnels de santé exerçant en soins primaires. Les professions les plus représentées au sein des structures d'exercices coordonnées ont été étudiées : infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, pharmaciens et médecins généralistes.

Pour comprendre les occasions de formation au travail en interprofessionnalité, un travail en deux temps a été réalisé. Dans un premier temps, une analyse documentaire des référentiels de formation et de compétence a été réalisée pour identifier la place de la formation et de l'acquisition des compétences en lien avec l'exercice pluriprofessionnel proposé dans les formations théoriques et pratiques. Cette analyse a notamment permis d'établir des fiches synthèses des différents cursus de formation (Annexe 4).

Dans un second temps, des entretiens les professionnels en charge de la formation (réfèrent pédagogique) des instituts de formation (IFSI, IFPEK, ESF, UFR médecine et UFR pharmacie) ont été menés pour étudier l'application concrète des textes réglementaires et étudier la place de la formation à la pluriprofessionnalité. Dans le cadre de mon stage au sein du Département de Médecine Générale de Rennes, les instituts de formations seront ceux présents en Ille et Vilaine (IFSI Pontchaillou, IFPEK, faculté de pharmacie et faculté de médecine). Les référents contactés étaient ceux impliqués dans l'organisation des formations interprofessionnelles ou en charge de la pédagogie au sein des formations.

En s'appuyant sur les travaux de sociologie sur les théories d'apprentissage culturel au travail, il semble intéressant d'aller identifier les compétences, les normes professionnelles et les valeurs de chaque profession en lien avec l'interprofessionnalité pour chaque profession étudiée. Les référentiels de formation et les référentiels de compétences des quatre cursus ont ainsi été étudiés. L'ensemble des stages sont étudiés pour les infirmiers et les kinésithérapeutes qui ont cursus de 3 et 4 ans respectivement. Concernant la formation des pharmaciens, les recherches s'intéressaient au cursus des étudiants choisissant la spécialité officine, qui représentent les futurs professionnels exerçant en soins primaires. Enfin, concernant les étudiants en médecine, les internes de médecine générale ont été ciblés car les médecins généralistes sont des acteurs pivots des soins primaires. Le choix de se limiter au troisième cycle de médecin générale a été fait par contrainte de temps mais aussi car au moins la moitié des étudiants en médecin n'exerceront pas en soins primaires.

Pour analyser les cursus de formation en théorie et en pratique, un référentiel de formation en interprofessionnalité a été utilisé comme cadre d'analyse. L'EIPEN, l'European Interprofessional Practice and Education Network, réseau interprofessionnel européen de pratique et de formation, vise à promouvoir la collaboration entre les professions de santé afin d'améliorer la prestation des soins de santé et des services sociaux. Son objectif principal est de favoriser le développement et la diffusion des approches interprofessionnelles dans la formation et la pratique des professionnels de la santé. Des ressources sont proposées pour que les établissements puissent opter pour des voies d'acquisition spécifiques, selon leur propre conception de l'éducation et de la formation.

Le cadre de compétence proposé identifie cinq compétences-clés (annexe 1) réparties en trois domaines d'activités de base (planifier, gérer, collaborer, ...) et deux domaines axés sur la qualité des pratiques.

Chaque compétence est décomposée en plusieurs indicateurs qui peuvent être présentés comme une intégration d'éléments de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes et servir de repères et d'acquis d'apprentissage dans les programmes d'études et les cours de formation. L'évaluation et le suivi de l'acquisition se fait au moyen d'une échelle à 5 points. La grille de l'EIPEN a été construite pour permettre une application en fonction des cursus de formation et pour vérifier si leurs programmes d'études incluent les compétences clés ou pour l'utiliser comme source d'inspiration pour développer des parcours d'apprentissage. Elle nous servira de support et de cadre d'analyse pour évaluer la place de la formation de l'interprofessionnalité dans les cursus de formation des professionnels de santé.

La première compétence consiste à savoir « **consulter et collaborer de manière interprofessionnelle** ». Il s'agit de savoir collaborer efficacement au sein d'une équipe, c'est-à-dire adapter les connaissances, compétences et l'expertise individuelle des professionnels concernés aux caractéristiques de l'équipe et aux milieux de soins. L'enjeu ici est aussi de savoir reconnaître, valoriser et exploiter la diversité des rôles et des expertises. La deuxième compétence doit permettre de savoir « **planifier et gérer de manière interprofessionnelle** ». Les professionnels seront amenés à gérer l'organisation et la coordination des soins, cette compétence vise à savoir intégrer une dimension interprofessionnelle. La troisième compétence vise à savoir « **aguiller les patients et transférer les informations** » le concernant. Il peut s'agir d'une coordination interprofessionnelle entre les acteurs et les interventions en fonction des contextes de soins.

Ensuite les deux autres compétences de ce référentiel concernent la qualité des pratiques. L'une d'elle prévoit de savoir « **gérer les problèmes et les opportunités de manière interprofessionnelle** », c'est-

à-dire d'anticiper, identifier et gérer les problèmes (problèmes et défis) ainsi que les opportunités dans le cadre d'un travail d'équipe interprofessionnel quel que soit le contexte. La seconde compétence vise à savoir « **réfléchir et évaluer de façon interprofessionnelle** » c'est-à-dire de préparer les professionnels à avoir un regard critique sur la collaboration interprofessionnelle (communication, prise de décision, analyse de problèmes, planification des soins...) en termes de prestation de soins de qualité. Elle sous-entend une rétroaction sur les éléments du comportement professionnel, les processus de collaboration, ... Elle permet ainsi au professionnel de savoir s'auto-évaluer, surveiller et améliorer la collaboration interprofessionnelle dans son propre contexte de travail.

Chacune des compétences est décomposée en plusieurs indicateurs. Certains indicateurs sont difficiles à évaluer de façon concrète. En vue d'une analyse des référentiels de formation des professionnels de santé, nous avons proposé une classification des indicateurs de chaque compétence en distinguant les indicateurs jugés indispensables et dont l'évaluation concrète semble possible. L'ensemble des indicateurs jugés indispensables pourront également servir à discuter de la cohérence des référentiels de formations des futurs professionnels de santé. Certains termes utilisés ne sont pas mesurables ou dépendent d'une interprétation de l'évaluateur. Par exemple, l'un des indicateurs utilisés pour définir la compétence « **consulter et collaborer** » propose de d'agir de manière solidaire et partenariale. On peut aussi retrouver la notion d'utilisation d'outils appropriés, pourtant la qualification d'outil approprié sera différente d'une profession à une autre.

Ainsi les référentiels de formations des étudiants infirmiers, maïeuticiens, masso-kinésithérapeutes, médecins généralistes et pharmaciens ont été analysés pour savoir si les compétences interprofessionnelles proposés par l'EIPEN sont retrouvées, notamment à travers les indicateurs indispensables retenus.

Pour la compétence « **consulter et collaborer** », les indicateurs retenus seront : l'initiation et l'utilisation d'un vocabulaire commun, le développement et la mise en œuvre d'un socle de connaissances communes et d'un cadre de collaboration commun, la reconnaissance et l'utilisation des compétences et de l'analyses des autres professionnels. La méconnaissance des compétences autres professionnels est un frein identifié à l'exercice pluriprofessionnel (C. Fournier et al., 2014). Le cloisonnement des cursus de formation est aussi identifié comme source de distance cognitive et dans le manque d'interconnaissance des professionnels de santé. Par ailleurs, l'utilisation d'un vocabulaire ou de jargon au sein d'un groupe professionnel peut être utilisé comme moyen de distanciation.

Pour la compétence « **planifier et gérer** », les indicateurs indispensables retenus seront : la transmission des informations pertinentes pour une prise de décision partagée et l'identification et la

recherche des informations manquantes et l'expertise requise. Les mesures proposées pour la transformation du système de santé proposent une évolution des rôles professionnels, avec notamment des chevauchements de compétences (vaccination par les pharmaciens, suivis du nourrisson pour les sage-femme, ...). La reconnaissance du champ de compétence de l'autre professionnel participe alors favoriser les adressages et les délégations de tâches.

Pour la compétence « **aiguillage et transfert** », les indicateurs retenus seront : la transmission des informations pertinentes et nécessaires lors des transferts et des demandes de consultation, l'adaptation de l'équipe interprofessionnelles à l'évolution des besoins. Pour certains professionnels, il est admis comme contrainte, la norme de la rédaction d'un courrier d'adressage, il s'agit alors aussi de questionner la légitimité de cette pratique et l'acceptation par les professionnels. La création d'un dossier médical partagé ou l'utilisation de logiciel commun entre professionnels fait encore débat et n'est pas répandu, même au sein de structure d'exercice coordonné.

Pour la compétence « **gérer les problèmes et les opportunités** », les indicateurs indispensables retenus seront : identifier et articuler les conflits et divergences d'opinion dans le développement et la pratique collaborative, dans les activités cliniques et dans les prestations de santé et identifier et utiliser les opportunités et leviers pour implémenter, développer et mettre en œuvre et disséminer les pratiques collaboratives. Enfin, pour la compétence « **analyser et évaluer de façon interprofessionnelle** » les indicateurs indispensables retenus seront : évaluer et porter un regard critique sur la communication interprofessionnelle sur la base d'outils et critères et évaluer et porter un regard critique sur l'efficacité et l'efficience de la collaboration fondées sur les résultats sur la base de critères pertinents et objectifs.

# Des formations paramédicales encadrées laissant peu de place à l'interprofessionnalité

Les formations paramédicales ont été intégrées dans un processus d'universitarisation dans la suite des accords de Bologne. Ceux-ci prévoient un rapprochement des cursus universitaires européens sur un modèle commun licence-master-doctorat. L'universitarisation des formations en santé a pour but de renforcer l'encadrement des formations (référentiel de compétence, référentiel d'activité), la lisibilité et la reconnaissance des savoirs, des compétences et des qualifications avec les autres pays européens. Dans cet optique, concernant la population étudiée, la formation en soins infirmiers a été réformée en 2009 tandis que les études en masso-kinésithérapie ont été revues en 2015.

## Infirmier

### Encadrement réglementaire

#### Définition du métier et référentiel d'activité

La définition réglementaire du métier d'infirmier<sup>1</sup> ancre leur exercice au sein d'un réseau de professionnels : *“les infirmiers exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif”*. Le référentiel d'activité<sup>2</sup> décrit l'infirmier comme un professionnel amené à coordonner et organiser des activités et des soins. Il est amené à gérer une répartition d'activités et de soins entre les membres d'une équipe de soins dans le cadre de la collaboration. L'une des activités permettant de répondre à cette mission passe par la gestion de la transmission et la synthèse des informations du dossier. Ils sont aussi amenés à assurer une veille professionnelle et participer à des activités de recherche, pour se faire il est demandé aux IDE de savoir faire un bilan sur leurs pratiques professionnelles et notamment d'échanger autour de leurs pratiques professionnelles avec leurs pairs ou d'autres professionnels de la santé.

Leur activité se partage donc entre une collaboration, principalement avec le médecin et une pratique en autonomie (Jovic, 2008).

Avec les réformes qui visent à transformer le système de santé, le champ de compétence et la profession des infirmiers est en pleine évolution. L'activité d'infirmier de pratiques avancées ou encore les nouvelles compétences acquises par les infirmiers nous font constater que ces professions acquièrent, en théorie, davantage d'autonomie et se détache en partie du caractère « prescrit » qui

---

<sup>1</sup> Article R.4311-1 du Code de la Santé Publique

<sup>2</sup> Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'infirmier

existait historiquement. Et dans ce cadre la sécurisation de l'exercice infirmier devrait aussi passer par la promotion de la collaboration au sein d'un exercice coordonné selon l'IGAS<sup>3</sup>.

Référentiel de compétence :

Le référentiel de compétence des IDE décrit dix capacités qui doivent être maîtrisées avec l'obtention du diplôme. Parmi les 10 compétences à maîtriser, la notion de pluriprofessionnalité est explicitement développée pour 3 d'entre elles.

La compétence « concevoir et conduire un projet de soins infirmiers » est décrite avec une élaboration faite dans un contexte de pluriprofessionnalité. L'IDE doit prendre en compte les compétences des collaborateurs et du contexte quotidien pour organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins. Le critère d'évaluation d'acquisition de la compétence s'intéresse à la rigueur et la cohérence dans l'organisation et la répartition des soins ainsi qu'aux choix retenus dans l'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration. De plus, il est demandé aux IDE de savoir argumenter leur projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...).

Ensuite, l'IDE doit être compétent pour organiser et coordonner des interventions soignantes. Il s'agit pour ça d'identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...), d'organiser leurs interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, de choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité. Le principe de coopération au sein d'une équipe pluriprofessionnelle fait explicitement partie des requis pour maîtriser cette compétence. L'évaluation de l'acquisition de cette compétence repose sur une sollicitation à bon escient des professionnels adéquats et une transmission d'informations adaptées en se basant sur la connaissance de leurs champs de compétence.

En lien avec le référentiel d'activité, l'IDE doit savoir analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle. Pour cela, il doit être capable de confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels.

Pour finir l'acquisition de la compétence de formation et d'information des autres professionnels de santé, s'illustre par la capacité à savoir transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires

---

<sup>3</sup> [Rapport IGAS - Évolution de la profession et de la formation infirmières – Octobre 2022](#)



et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique.

### Diplôme d'État

La formation est organisée comme une alternance entre acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles. Elle est structurée autour de l'étude de situation permettant de travailler trois paliers : comprendre, agir, transférer. L'organisation est pensée pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises. Les compétences sont validées lorsque les unités d'enseignement (UE) en relation avec la compétence sont validées et par l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence évalués lors des stages et validation des actes, activités et techniques de soins évalués soit en stage, soit en institut de formation.

### Formation à l'interprofessionnalité

Des unités d'enseignement abordent les questions de pluriprofessionnalité. Le référentiel de formation des infirmiers met en lien les compétences à acquérir et les unités d'enseignement en lien à valider.

<b>Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers</b>	<b>Informier et former des professionnels et des personnes en formation</b>	<b>Organiser et coordonner des interventions soignantes</b>
UE 3.2.S2 Projet de soins infirmiers ; UE 3.2.S3 Projet de soins infirmiers.	UE 3.5.S4 Encadrement des professionnels de soin.	UE 3.3.S3 Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité ; UE 3.3.S5 Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité.

## Stages

Les étudiants sont accueillis en stage dans différents lieux au cours des trois années. Au cours de la première année, ils effectuent un stage de 5 semaines et un stage de 10 semaines. Ensuite, en 2ème année ils réalisent deux stages de 10 semaines. Enfin en troisième année, ils réalisent un stage de 10 semaines et un stage dit « professionnalisant » de 15 semaines réparti en 2 périodes.

## La formation infirmière tournée vers la pluridisciplinarité

L'IFSI dépendant du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes se situait au sein du Pôle de Formation des Professionnels de Santé (PFPS) et accueillait 178 étudiants pour la promotion 2022/2023. Le PFPS regroupait neuf écoles et instituts de formations paramédicales et maïeutique : infirmier (IFSI), aide-soignant (IFAS), ambulancier (IFA), manipulateur en électroradiologie médicale (IFMEM), infirmier anesthésiste (IADE), infirmier bloc opératoire (IBODE), infirmière puéricultrice (IPDE), sage-femme (ESF) et cadre de santé (IFCS). Cette organisation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire offrait des occasions de formation commune aux différentes filières. Deux membres de l'équipes pédagogiques ont été rencontrés pour exposer la mise en pratique de la formation.

## Universitarisation de la filière infirmière à Rennes

Depuis la rentrée 2022, dix IFSI de la région Bretagne expérimentaient l'universitarisation<sup>4</sup> de la filière en partenariat avec l'Université de Rennes et l'EHESP. Il s'agissait de proposer aux étudiants une licence en sciences pour la santé mention « sciences infirmières ». Ainsi, les étudiants pouvaient obtenir le diplôme d'État d'infirmier et une licence en sciences pour la santé. Cette expérimentation nécessitait un partenariat entre les équipes des IFSI, l'Université de Rennes et l'EHESP et contribuait, entre autres selon le décret « à renforcer les échanges entre les formations de santé, l'acquisition par les étudiants de connaissances et compétences dans des champs disciplinaires transversaux et le développement de la capacité des futurs professionnels à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires ». L'universitarisation est une évolution notable pour la profession infirmière car elle porte l'ambition d'une meilleure reconnaissance sociale via la délivrance d'un diplôme universitaire (Acker, 2008).

Elle a été source de changement dans l'organisation de la formation et le caractère récent de sa mise en place ne permettait pas un recul suffisamment sur les impacts potentiels. Au cours de l'entretien, l'intérêt de l'universitarisation n'a pas été remis en cause mais sa mise en place a été discuté comme

---

<sup>4</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

frein potentiel des enseignements en lien avec l'interprofessionnalité : « *l'intégration universitaire complexifie* » (IDE1) et comme facteur de perte de souplesse dans la mise en œuvre de la formation « *Alors c'est vrai qu'avec l'expérimentation peut-être que cette autonomie se perd un peu, mais mais sinon, chaque institut a un peu son fil conducteur et sa son, son sa, sa philosophie de formation* » (IDE1). Elle n'avait pas encore été identifiée comme facteur favorisant la formation à l'interprofessionnalité contrairement à l'ambition portée par les politiques publiques.

#### Des occasions de formation à l'interprofessionnalité rares

La formation à l'interprofessionnalité n'arrivait pas spontanément dans la présentation du cursus de formation et des enseignements dispensés. Pourtant, on retrouvait dans l'entretien, une conviction affichée des deux membres de l'équipe pédagogique : « *enfin, c'est une évidence pour moi en fait, pour beaucoup l'interpro, on le voit bien aujourd'hui hein,... avec le maillage territorial avec, voilà les difficultés qu'on peut rencontrer avec le vieillissement enfin démographique. Je pense que ça prend là tout son sens.* » (IDE1). Cette dimension était justifiée par la personne interviewée en premier lieu par les problématiques liées à la transition épidémiologique et les difficultés en lien avec la démographie médicale actuelle.

La principale occasion de formation à l'interprofessionnalité identifiée était le service sanitaire : « *l'interpro, on l'a fait vivre en lien avec le service sanitaire* » (IDE2). Le choix de l'IFSI a été de réaliser le service sanitaire avec une dimension interprofessionnelle avec les étudiants en pharmacie de la filière industrie. Ce choix avait été acté comme un premier pas vers l'interprofessionnalité : « *pour commencer cette acculturation du métier de l'autre, et en fait, ça a vraiment pris forme l'année dernière ou en fait, on a vraiment travaillé un projet d'interpro* » (IDE2). 36 groupes d'étudiants avaient été constitués pour le service sanitaire dont 20 composés IDE et pharmaciens. Ils avaient suivi des enseignements en commun et mener un projet en lien avec la promotion de la santé. On pouvait donc supposer qu'il s'agissait, en partie, d'une acquisition de socle de connaissance commune en matière de prévention et promotion de la santé.

Les textes réglementaires imposent maintenant cette organisation, il ne s'agissait pas d'une initiative de l'IFSI. Toutefois le contexte de l'universitarisation les obligeaient à réorganiser ce service sanitaire pour le mettre en œuvre avec des étudiants en médecine : « *qui commençait à bien trouver son rythme de croisière et un petit peu chahuté avec l'expérimentation universitaire. Parce que là, pour le coup, on a cette injonction de travailler avec les étudiants de médecine* » (IDE2). L'imposition réglementaire semblait vécue comme une contrainte. Celle-ci peut s'expliquer par le fait qu'une organisation locale était déjà en place avec des retours positifs tant du côté enseignant, qu'étudiant.

Le stage comme environnement propice à la découverte des autres professionnels de santé

La formation au métier d'infirmier était présentée comme professionnalisante et permettant de s'intégrer dans n'importe quel environnement professionnel (libéral, hospitalier, foyer de vie ...). L'acquisition de connaissances et de compétences se faisait à l'occasion des enseignements en lien avec les stages : *« on était vraiment sur une volonté d'être sur quelque chose d'intégrantif [...] c'était en fait qu'est-ce que je mobilisais en cours ? Qu'est-ce que j'apprends en cours et comment je vais pouvoir en fait le décliner sur le stage ? Et faire tout le temps des allers-retours »* (IDE1). Avec cette même approche, les temps de stage étaient identifiés comme des occasions propices à la découverte de la pluriprofessionnalité. La durée, plutôt longue, des différents stages à réaliser au cours de la formation était justifiée par un objectif d'acquisition de chacune des 10 compétences mais aussi de pouvoir s'intégrer dans une équipe : *« 10 semaines, c'était parce que [...] l'étudiant en fait, comme il devait balayer les 10 compétences sur le stage. Ben ce n'était pas que être dans l'activité technique et prendre en soin un patient c'était aussi [...] la pluriprofessionnalité, comment évoluer dans une équipe c'est qu'il puisse acquérir confiance en lui pour vraiment développer cette posture, en fait, de professionnel »* (IDE1). Il serait intéressant d'aller observer l'évolution des étudiants infirmiers sur leur lieu de stage pour questionner l'impact de cette intégration au sein d'une équipe, notamment concernant la capacité à s'exprimer et à discuter les prises en charges.

On retrouvait aussi dans le discours, l'objectif de comprendre qui intervient dans le parcours du patient *« la pluridisciplinarité, elle s'inscrivait dans ce schéma-là, c'est à dire comprendre qui interagit auprès d'un patient. Chacun est un maillon qui est au service du patient, de l'usager de soins et donc c'est la durée qui permet d'identifier le fonctionnement d'une organisation de qui gravite autour de l'usager de soins »* (IDE2). Toutefois, aucune disposition particulière n'était prévue pour favoriser cette découverte du métier et du rôle des autres professionnels. Il s'agissait d'un objectif implicite du stage, sans dispositif particulier prévue ou attendue : *« c'est toujours quelque chose qui est attendu après en termes d'objectifs, c'est pas toujours clairement balisé » « c'est vraiment lié aux établissements. C'est propre aux organisations de chacun »* (IDE2)

L'exemple d'un stage au sein d'un cabinet libéral était cité pour illustrer les possibilités de formation à l'interprofessionnalité sur le terrain : *« il y a un cabinet libéral avec qui on travaille et qui fait en termes d'interprofessionnalité, alors ça je trouve ça super intéressant. Il travaille avec sur mon étroite collaboration avec SOS Médecins, ils envoient systématiquement un étudiant. Une journée avec le responsable de SOS Médecins pour qui... et ça je trouve ça, alors ça, je trouve ça intéressant, ça c'est chouette »* (IDE2). Cette initiative laissait à penser que l'étudiant était mis dans une posture d'observation.

Le manque d'uniformisation des objectifs de formation à l'interprofessionnalité en stage était identifié comme un facteur de disparité dans la formation des étudiants : *« ça dépend de la volonté de de de chacun... [...] donc on voit bien que [...] comment va se former l'étudiant, ça va être en fonction de ce qu'il aura vécu en stage »*. Le rôle de l'institut de formation était remis en cause au cours de l'entretien et pouvait être de donner des instructions précises pour créer des activités ou des occasions propices à l'acquisition de compétence dans le domaine de l'interprofessionnalité. Les objectifs de stage sont définis en amont mais les activités au cours du stage étaient laissées à la maison de l'encadrant : *« les instituts ont un rôle à jouer, c'est à dire qu'on doit impulser ça et c'est et c'est dans les échanges, dans le partenariat concret avec le terrain où on doit impulser ça et peut-être même l'étudiant quand il y a ces objectifs de stage personnel pour aller en stage »* (responsable des stages de la filière IDE).

En stage comme dans les enseignements, il ressortait que la mise en place de formation à l'interprofessionnalité était dépendante d'une volonté locale et d'une philosophie particulière de l'équipe pédagogique. Ainsi, il n'apparaît pas dans les discours qu'une priorité soit donnée à la formation à l'interprofessionnalité. Deux raisons pouvaient l'expliquer ; tout d'abord un encadrement réglementaire strict sur le contenu de la formation en trois ans, ensuite des contraintes administratives et calendaires importantes avec notamment l'exemple de la mise en place du service sanitaire identifié comme un travail conséquent : *« ça a été vraiment un gros gros travail (IDE2)*. Les contraintes réglementaires et évaluatives de chaque filière étaient identifiées comme frein au développement de cette interprofessionnalité dans la formation : *« c'est vraiment propre, à chaque formation et à chaque pôle que de réussir à créer de l'interfilère, de l'interdisciplinarité, [...] après c'est comment on arrive à faire cohabiter les attendus de chacun en lien avec sa propre formation, ça c'est très difficile à faire vivre »* (IDE1).

Ainsi, on constate que le diplôme doit préparer le futur IDE à exercer au sein d'une équipe de soins. La communication est un élément important des compétences à acquérir, ainsi que la capacité à discuter et argumenter la prise en charge. On retrouve certains indicateurs de l'EIPEN qui décrivent les compétences de collaboration, de planification et d'aiguillage. Cependant, on ne retrouve pas de cadre de collaboration commun ou de formation permettant d'aborder gestion des problèmes et tirer profit de l'interprofessionnalité à partir d'une évaluation critique. L'enseignement de l'interprofessionnalité restait assez limité dans l'institut interrogé. Ces formations sont dépendantes de la volonté locale et reflète l'hétérogénéité est retrouvée dans les différents instituts de formation en France (Jovic et al., 2014).

A travers son histoire et la construction du groupe professionnel, l'activité des IDE est souvent décrite comme dépendante des prescriptions médicales (Dubois Fresney & Perrin, 2017). Malgré un référentiel métier et de formation qui laisse transcrire la volonté d'autonomisation et reconnaissance des sciences infirmières, en pratique la hiérarchie médicale semble encore présente et source de contrainte car la formation à l'interprofessionnalité reposait majoritairement sur les expériences rencontrées en stage. Or les stages, principalement en milieu hospitalier ou établissement médico-sociaux, sont marqués par la hiérarchie médicale.

# Masso-kinésithérapeute

## Encadrement réglementaire

### Définition du métier

La définition réglementaire du métier de masseur-kinésithérapeute<sup>5</sup> n'intègre pas explicitement la notion d'exercice pluri- ou interprofessionnel. Toutefois dans le référentiel d'activité, il fait mention que « *la masso-kinésithérapie propose, en toute autonomie et en pleine responsabilité, en lien avec les autres professions de santé, un ensemble d'actions auprès des personnes pour préserver, développer, retrouver et suppléer les capacités fonctionnelles et le mouvement à tous les âges de la vie, lorsqu'ils sont perturbés par les traumatismes, la maladie et le vieillissement, l'ignorance ou la négligence.* »

Le contexte de tension pour la démographie médicale a amené des débats concernant le périmètre d'activité de la kinésithérapie. Depuis 2009, ils ont acquis de nouvelles compétences en lien avec la prévention et promotion de la santé (prescription de substitutif nicotinique) et davantage d'autonomie (renouvellement libres des séances). L'accès direct au kinésithérapeute qui est expérimenté depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016 pourrait être le début d'une importante évolution de l'exercice la profession<sup>6</sup> mais elle reste attachée à un diagnostic médical exigé (Remondière & Durafourg, 2018)

### Référentiel d'activité

Le masso-kinésithérapeute doit être à même de recueillir des informations auprès d'autres professionnels de santé pour réaliser un bilan et une évaluation clinique. Il doit juger de la pertinence de son intervention ou de la nécessité d'une réorientation vers un autre professionnel de santé. Dans la conception d'un projet thérapeutique, le masso-kinésithérapeute décrira les modalités de prise en charge avec une présentation du rôle des acteurs de soins qui interviendront. Il doit aussi savoir programmer des interventions en lien avec le patient et les autres professionnels de santé avec qui il est amené à échanger. L'organisation et la coopération avec les différents acteurs nécessite d'identifier les acteurs de soins pour transmettre les informations pertinentes ; d'identifier les moyens de communication adaptés ; de contribuer à mettre en place une coopération interprofessionnelle ; d'expliquer les rôles de chacun ; échanger des informations ; informer les professionnels des compétences du masseur-kinésithérapeute. Il est aussi prévu que le masso-kinésithérapeute puisse animer des réunions de synthèse interprofessionnelles et qu'il développe des activités et des projets au sein d'un réseau.

---

<sup>5</sup> Article R.4321-1 du Code de la Santé Publique

<sup>6</sup> Rapport IGAS – Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie – février 2022

Enfin, les activités de recherche et d'étude en masso-kinésithérapie prévoit également le développement de collaboration pluridisciplinaires au service des connaissances en masso-kinésithérapie. Dans le profil d'exercice dressé par le référentiel d'activité, on retrouve un rôle de coordination assez marqué pour le professionnel. Celui-ci est amené à connaître et savoir mobiliser le champ de compétences des autres professionnels qui interviendraient mais aussi à mettre en place une coordination entre professionnels de santé.

### Référentiel de compétence

Les onze compétences se distinguent en compétences « cœur de métier » et en compétence « réflexives sur l'exercice professionnel » qui peuvent considérer comme transversales aux 5 premières.

La compétence « concevoir et conduire un projet thérapeutique » amène le masso-kinésithérapeute à savoir identifier les professionnels concernés et à utiliser des outils de transmission de l'information entre les acteurs impliqués. Les critères d'évaluation permettant de savoir si cette compétence est maîtrisée évaluent si la prise en charge est coordonnée avec d'autres acteurs de santé, si des outils de communication sont formalisés et si les indications et modalités de recours à d'autres professionnels sont identifiées et explicitées.

Dans la compétence « conception et conduction d'une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique et de prévention et de dépistage », l'étudiant devra savoir intégrer et coordonner ses actions éducation dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé. Les protocoles de kinésithérapie conçus dans le cadre des pathologies chroniques et/ou complexes devront s'intégrer dans une prise en charge pluriprofessionnelles et coordonnée. Pour évaluer la maîtrise de cette compétence, il sera demandé notamment de réaliser un diagnostic éducatif, une démarche de conseil ou de prévention en partenariat avec d'autres professionnels de santé. La prise en charge éducative proposée devra être coordonnée avec ces autres professionnels. Elle doit être étayée d'échanges argumentés et proposer un suivi thérapeutique cohérent. Les limites de compétences doivent être identifiées dans le cadre de référence des autres acteurs.

Le masso-kinésithérapeute a un rôle de conseil et d'expertise où il doit savoir présenter, expliciter et argumenter auprès d'autres professionnels les recommandations dans son domaine de compétence. Pour l'évaluation de cette compétence, la pertinence des informations délivrées en fonction des besoins sera étudiée ainsi que le rôle du masso-kinésithérapeute et de son intervention. L'étudiant doit également apprendre à analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle. Il devra, entre autres, savoir confronter sa pratique à celle d'autres professionnels. L'évaluation de cette compétence repose sur travail du groupe d'analyse de pratique entre pair est recherchée.



L'acquisition de la compétence « organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe » amène l'étudiant à savoir organiser et planifier les interventions en tenant compte des limites de son champs professionnel et des interventions simultanées des autres professionnels. Il doit savoir identifier les missions des différents acteurs de santé, établir des relations professionnelles basées sur le respect mutuel, la communication et la concertation et coordonner les actions et les soins avec les autres professionnels. Pour se faire, il devra savoir choisir et utiliser des outils de transmission adaptés. Les évaluations de la compétence doit vérifier que la nature des informations à transmettre est identifiée, que les documents transmis (note de synthèse, ...) sont adaptés et que les échanges au cours des rencontres sont réinvestis dans le travail avec le patient. Il sera également nécessaire de vérifier que les compétences de chaque acteur sont prises en compte par l'étudiant ainsi que les modes d'organisation des professionnels. La complémentarité des champs de compétence devra être expliquée. Enfin, le masso-kinésithérapeute doit savoir transmettre des connaissances et des savoir-faire à d'autres professionnels et communiquer sur sa profession. L'évaluation reposera sur la pertinence de la démarche d'intervention et des informations délivrées.

### La formation des masso-kinésithérapeutes

Comme pour le diplôme d'État d'infirmier, l'universitarisation de la formation des masso-kinésithérapeutes a un enjeu identitaire et de reconnaissance de la profession (Gonçalves et al., 2021). La formation repose sur une alternance d'acquisition de connaissances, de savoir-faire en lien avec des situations professionnelles et la mobilisation de ces derniers en situation professionnelle. Les connaissances et compétences à acquérir sont réparties dans différentes unités d'enseignements (UE). Il existe les UE de savoir contributif aux savoirs du domaine de la masso-kinésithérapie, les UE de savoir constitutifs des compétences, les unités d'intégration des différents savoirs (qui permettent de mobiliser les connaissances et compétences dans les situations d'intervention en kinésithérapie) et des unités de méthodologie et de savoirs transversaux.

Les UE en lien avec l'interprofessionnalité :

Nom de l'UE	Parmi les objectifs	Contenu
UE 1 – Santé Publique	Connaître la place et les rôles des professionnels de santé et de rééducation	Présentation du système de santé et du cadre réglementaire et déontologique de la profession Modèles et démarches pluridisciplinaires et interprofessionnelles. Étude de la place et rôles des professions de la rééducation et des coopérations interprofessionnelles, de l'histoire et culture des professions de rééducation et réadaptation Rôles des MK et des autres professionnels de santé
UE 2 – Sciences humaines et sciences sociales	Connaître et maîtriser les théories et modèles permettant de comprendre les relations et les pratiques de soins	Histoire et sociologie des professions de santé Évolution des modes de collaboration interprofessionnelle et de coopération des professionnels de santé Socle interdisciplinaire utile pour le développement des compétences relationnelles et sociales.
UE 6 – Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie	Connaître la démarche du raisonnement clinique et adapter sa relation professionnelle au patient et son entourage en collaboration avec les autres professionnels qui interviennent	Cadres théoriques et modèles de la communication professionnelle en santé Traçabilité des données, communication interprofessionnelle et retour d'information au prescripteur Modèle de décision partagée, communication interprofessionnelle et relations de coopération au sein de l'équipe de soin Travaux de construction d'outils d'analyse en groupe pour développer des capacités d'apprentissage collaboratif
UE 14 – Droit, législation et gestion d'une structure	Connaître les divers types d'exercice et la gestion en exercice libéral	Les différents modes d'exercice, les établissements, l'entreprise individuelle ... L'encadrement de stagiaire en formation initiale
UI 10 – démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive.	Observer et questionner le fonctionnement d'un service et d'une structure (compétence 9) - Savoir coopérer dans des activités de formation et dans l'apprentissage (compétence 10)	Travail sur les situations professionnelles à partir des situations cliniques rencontrées lors du stage semestriel et/ou de situations proposées par le formateur.  Séance en sous-groupe

<p>UI 29 – analyse et amélioration de la pratique professionnelle.</p>	<p>Acquérir un recul réflexif sur la pratique professionnelle de la kinésithérapie, favorisant l’ajustement de son exercice à la singularité des situations des personnes et des structures de soins, à la complexité des situations, des relations entre les différents acteurs du système de santé et à l’évaluation des effets des traitements.</p> <p>Analyser et faire évoluer sa pratique professionnelle (compétence 7)</p> <p>Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs (compétence 10)</p>	<p>Travail sur les situations professionnelles à partir des situations cliniques rencontrées lors du stage semestriel et/ou de situations proposées par le formateur.</p> <p>Séance en sous-groupe</p>
--	---	--

On constate donc que les étudiants suivent des enseignements qui doivent leur apprendre à comprendre l’organisation du système de santé et à connaître les compétences des professionnels qui interviendront avec eux. Par ailleurs, il est intéressant de noter que les unités d’intégration les amènent à avoir une attitude réflexive vis-à-vis de leur pratique professionnelle et de la coopération avec les différents acteurs. Le travail de groupe en situation authentique est propice au développement de compétence professionnelle, il serait intéressant d’assister aux séances en sous-groupe pour étudier les thématiques abordées et les interactions entre étudiants. Par ailleurs, on peut penser que les deux unités d’intégration citées précédemment peuvent contribuer à répondre à l’un des critères portés par l’EIPEN : « Identifier et utiliser les opportunités et leviers pour implémenter, développer et mettre en œuvre et disséminer les pratiques collaboratives ».

## Stages

Le premier stage permet à l’étudiant de découvrir l’environnement professionnel et dure 2 à 3 semaines, il observe les relations interprofessionnelles. Le deuxième permet de s’initier au parcours du patient et dure 3 à 4 semaines. Ils visent ainsi à permettre à l’étudiant de découvrir le système de santé, la profession et le parcours du patient et de s’initier à la pratique clinique.

Le troisième et quatrième stage durent 6 semaines et proposent d’acquérir l’approche bio-psycho-sociale des patients en lien avec les champs cliniques et méthodologiques et de se former à la pratique clinique. Les cinquième et sixième stage durent 6 semaines et visent à l’acquisition des compétences cœur de métier en lien avec les champs cliniques, formation à la pratique clinique ou hors clinique. Enfin le dernier stage dure douze semaines et est identifié comme un stage dit « professionnalisant ».

Les recommandations pédagogiques du référentiel de formation en stage proposent d'animer des séances d'information et de réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès des acteurs de santé.

## La formation des masseurs kinésithérapeutes au sein d'un institut pluriprofessionnel

A Rennes, l'institut de formation de kinésithérapie se trouvait sur le même site que les instituts de formation de podologie et d'ergothérapie. Ils se regroupaient au sein d'une association privée à but non lucratif (loi 1901). Les promotions d'étudiant en masso-kinésithérapie étaient composées de 90 étudiants. Un entretien avec un membre de l'équipe pédagogique a été réalisé pour obtenir des informations sur les spécificités locales.

### Un institut de formation tourné vers l'interprofessionnalité

L'interdisciplinarité faisait partie des valeurs affichées par l'école sur leur site de présentation comme un atout de taille : « *L'interdisciplinarité [...] une vision déjà intégrée dans nos programmes par la rencontre entre filières de nos étudiants* »<sup>7</sup>. Dans le projet pédagogique de l'IFPEK, l'interprofessionnalité dans la formation proposée était aussi mise en avant comme « *des valeurs et notions essentielles à encourager, en rapport avec l'évolution des professions et les besoins de la population* » qui favorisent « *l'autonomie de l'étudiant à travers le sens des responsabilités et l'esprit d'ouverture à l'autre* »<sup>8</sup>. Ces valeurs étaient inculquées, notamment grâce à une mutualisation pédagogique qui permettrait d'apprendre à travailler en concertation et d'acquérir un socle de connaissances communes et une interconnaissance dès la formation initiale.

Cette organisation locale était mise en avant rapidement dans l'entretien réalisé lors des interrogations sur les modalités de formation à l'interprofessionnalité : « *Alors à l'IFPEK, on a la chance d'avoir 3 formations différentes, podo, ergo et kiné* » (MK).

L'organisation et la coordination de la formation à l'interprofessionnalité ne semblait pas toujours simple et nécessitait une énergie particulière pour faire la faire vivre : « *c'est pas si facile que ça, effectivement, il a fallu qu'on s'harmonise sur les stages, sur les périodes de stage* » et du temps pédagogique dédié « *on a plein de plein d'envie hein sur l'interpro, développer plein de choses, c'est pas l'envie qui manque [...] On est un petit peu en sous-effectif* » (MK). Toutefois, les différents dispositifs pédagogiques mis en place semblaient convenir pour une formation suffisante des étudiants

---

<sup>7</sup> [Site internet de l'IFPEK](#)

<sup>8</sup> [Projet pédagogique 2019-2020 de l'IFPEK -](#)

au travail en collaboration : « *Ben je pense pas qu'on ait plus de difficultés là-dessus après, à voir comment ils en gardent quelque chose en sortant en étant diplômé* » (MK).

### Des enseignements théoriques à l'interprofessionnalité

L'institut de formation proposait aux étudiants de kinésithérapie différentes modalités d'enseignement pour répondre au cadre réglementaire et au fait d'inscrire l'interprofessionnalité comme valeur cadre. Tout d'abord, l'une des premières réponses a été de mettre en avant la mutualisation des enseignements comme une évidence du fonctionnement de l'école : « *Donc, dès la première année, ils ont des cours en commun [...], ils ont les enseignements communs aussi, surtout enfin donc liés aux recherches et autres enseignements communs aussi sur tout ce qui est service sanitaire, éducation thérapeutique. Donc ils travaillent, ils travaillent ensemble. Après dans certaines, donc on fait un petit renforcement dans certaines* » (MK). La participation à ce type d'enseignement pouvait permettre l'acquisition d'un socle de connaissance et d'un vocabulaire commun. Toutefois, les enseignements communs semblaient limités à des thématiques particulières et ne pas concerner l'ensemble de la formation ou des bases communes aux 3 métiers représentés.

Ces enseignements étaient renforcés par des temps de présentation par différents professionnels des spécificités des métiers de l'un ou de l'autre : « *on fait un petit renforcement dans certaines UE, qui sont plus justement sur la collaboration, sur les compétences. Un petit peu des uns des autres pour voir à partir de quand on oriente les enfin le patient vers un autre professionnel [...] ce sont des professionnels qui viennent directement* » (MK), avec cette année un travail sur l'adressage et la prescription qui n'avait pas été détaillé dans l'entretien car la personne interviewée n'était pas en charge de l'enseignement.

Dans la même intention, un enseignement proposait de rédiger un courrier d'adressage. Il intervenait en dernière année de formation : « *en 4e année, ils ont aussi tout ce qui est écriture d'un courrier à un médecin ou des professionnels. Il y a aussi tout ce qui est, ils ont des enseignements sur la E-santé et dossiers médicaux du coup partagés* » (MK). Cet enseignement était organisé uniquement avec les kinésithérapeutes et encadré et évalué par un membre de l'équipe pédagogique kinésithérapeute.

Ensuite, les enseignements en simulation étaient l'un des dispositifs pédagogiques innovant mis en avant par l'institut de formation : « *on a la simulation qui est faite ensemble aussi avec les étudiants, on a plusieurs enseignants du coup [...] les séances sont en interpro aussi. Et ça leur permet, ben de pouvoir évoquer aussi les particularités et les professions des fois. De comment, de quels outils ils ont éventuellement aussi et...* » (MK). La simulation interprofessionnelle a démontré son efficacité pour l'acquisition de compétence en matière d'interprofessionnalité. Elle permet une exposition et une

mise en situation. Aussi, le recul réflexif permis par le temps de débriefing peut créer une proximité et la création d'une relation de confiance entre les professionnels (Policard, 2014).

### Peu de mise en pratique de l'exercice en collaboration

Malgré cette volonté d'enseigner le travail en collaboration, il ressortait un manque de mise en pratique : « *Ils sont mis en situation avec le service sanitaire en fait. Et après ce courrier qui est en 4e année. Mais sinon, on a pas plus que ça sur la collaboration* » (MK)

Pourtant, le projet pédagogique de l'établissement 2019-2020 détaillait les dispositions mises en place pour l'acquisition de la compétence 10 : « organiser et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe » avec différents temps de mise en pratique :

- Participation au séminaire interprofessionnel « comment travailler ensemble » avec les étudiants de médecine générale, de pharmacie, de maïeutique, de soins infirmiers, de diététique, d'électroradiologie médicale, de pédicurie-podologie et d'ergothérapie,
- Séminaire de trois fois deux jours organisé par l'AFDET (association française de développement de l'éducation thérapeutique) avec un travail autour des représentations métier, de la maladie et des patients, et de l'organisation des réseaux de soins,
- Organisation de journées qui ont pour objet de faire travailler ensemble les étudiants de l'IFPEK sur des thématiques (avec à l'issue un certificat d'éducation thérapeutique du patient validé par l'ARS)
- en réponse à une note ministérielle la mise en place d'un enseignement interdisciplinaire relatif aux soins palliatifs pour les étudiants des différentes filières de formation en santé.

Plusieurs de ces initiatives n'ont pas été reconduites. Le projet pédagogique de l'établissement étant en cours de réactualisation, il n'a pas été possible d'obtenir une version plus récente.

Les étudiants kinésithérapeute ne participent plus au séminaire interprofessionnel car il a été choisi de consacrer ce temps au service sanitaire, lui-même en interprofessionnalité. Pourtant les étudiants qui y participaient soulignaient qu'il leur permettait de rencontrer des étudiants d'autres filières que celle de l'IFPEK (Fiquet et al., 2015). Le service sanitaire reste organisé à l'échelle de l'IFPEK, donc principalement avec des métiers de la rééducation et s'intéresse à la mise en place d'un projet de prévention et promotion de la santé.

La formation en soins palliatifs imposée par une directive réglementaire<sup>9</sup> était plébiscitée par les étudiants et semblait appréciée par l'équipe pédagogique. Cette formation vient répondre à la mesure n°9 de la Grande Conférence Santé en 2016 et avait pour objectif de « faire travailler ensemble au cours de leur formations initiales tous les étudiants des formations en santé, afin de développer la culture de l'interprofessionnalité et du travail en équipe en déployant un socle commun de formation ». Elle réunissait des étudiants infirmiers, médecins et kinésithérapeutes autour de situations complexes et avec une mise en situation en simulation : « *On les faisait réfléchir autour d'une situation clinique de soins palliatifs et donc ils réfléchissaient ensemble. Voir un petit peu comment quelle décision ils pourraient prendre. On leur faisait vivre un petit peu en fait un staff de soins palliatifs comme on peut retrouver dans des services* » (MK). Si l'équipe pédagogique avait pointé du doigt le caractère chronophage de la mise en place de type d'enseignement, l'interconnaissance des équipes pédagogiques était identifiée ici comme un facteur favorisant sa mise en place : « *C'est vrai que quand on faisait un séminaire sur les soins palliatifs, Ben on se connaissait tous au niveau des équipes. Et après, c'était sur une demi-journée, donc c'était calé. C'était facile à faire.* » (MK). La crise COVID a mis fin à l'organisation de cet enseignement et les différentes réformes (expérimentation universitaire pour les IDE, réforme du deuxième cycle pour les médecins) qui ont modifié la structuration des formations ont freiné son retour après la crise.

### Le stage, lieu informel de mise en pratique

Les stages étaient identifiés comme des lieux de mise en pratique du travail en collaboration. L'objectif donné en première était d'aller connaître et comprendre le métier des différents professionnels qui gravitaient autour des patients qui seront pris en charge par les kinésithérapeutes. Toutefois dans le discours, on constatait que l'incitation se limitait à de l'observation : « *Après des rencontres sur les terrains de stage, c'est un objectif de stage qu'on donne en général en première année, d'aller voir un petit peu, d'aller comprendre comment, comment s'articule toute cette collaboration interprofessionnelle.* » (MK). L'objectif restait assez vague. La responsabilité était laissée à l'équipe encadrante en stage de mettre l'étudiant en situation : « *En stage bah là c'est enfin, c'est pas nous qui décidons, ce sont les structures qui voient comment...* » (MK). L'objectif d'aller participer à des temps d'exercice en interprofessionnalité semblait être donner de façon informelle et restait donc dépendant de l'activité du lieu de stage : « *mais les étudiants, on les encourage vivement à les participer au staff, à les participer aux visites, aller participer et en général c'est ce qui est mis en place* » (MK).

---

<sup>9</sup> Instruction interministérielle DGOS/DGESIP relative à la mise en œuvre des actions 4-1 et 4-2 de l'axe II du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie prévoyant l'organisation : d'un enseignement interdisciplinaire relatifs aux soins palliatifs pour les étudiants des différentes filières de formation en santé et d'au moins un stage dans un dispositif spécialisé en soins palliatifs pour chaque étudiant, en filière médicale et paramédicale

## La mobilité internationale comme occasion d'interconnaissance

Il était donné aux étudiants la possibilité de réaliser un stage à l'étranger. Cette organisation était pensée une fois de plus à l'échelle de l'école. Elle était donc identifiée comme une occasion d'interconnaissance avec d'autres étudiants, aussi car ils réalisaient un stage au même endroit « *la mobilité internationale, normalement ce sera la première fois ou au mois d'août novembre. Il y aura 3 étudiantes, 2 étudiantes ergo. Et un étudiant kiné qui seront sur la même structure* » (MK). Toutefois, il n'existait pas d'objectif formalisé concernant l'interprofessionnalité au cours de ce stage. L'équipe pédagogique faisait l'hypothèse d'une montée en compétence sur la collaboration grâce à la mutualisation de l'expérience et du lieu de stage.

Fort de l'analyse documentaire, les textes réglementaires encadraient de façon précise la formation. Ce constat était partagé par les équipes pédagogiques « *on colle au référentiel il y a pas de après, il y a des latitudes sur les sur les unités d'enseignement optionnel* » (MK) et par l'IGAS<sup>10</sup> dans son rapport sur la formation des infirmiers qui qualifiait le référentiel « d'extrêmement détaillé et prescriptif ». Si l'interprofessionnalité trouve une place dans certains items, on pourrait imaginer que davantage de souplesse pourrait permettre de laisser place à des enseignements à l'interprofessionnalité en fonction des partenariats et des dynamiques locales.

---

10 ibid 3



Ainsi dans l'analyse documentaire et les entretiens réalisés, on retrouve des éléments qui répondent aux indicateurs de l'EIPEN concernant l'interconnaissance des professions, la communication et la transmission d'information. L'institut de formation pluriprofessionnel peut aussi être considéré comme un cadre de collaboration commune. Les séances de simulations peuvent permettre de d'aborder les compétences nécessaires à la gestion de problème et l'identification des opportunités de l'exercice interprofessionnel. Toutefois, on constate que l'abord de l'exercice pluri- ou interprofessionnel se limitait le plus souvent aux filières représentées dans l'école, or la profession de masseur-kinésithérapeute reste encore dépendante des prescriptions médicales. Au vu des formations déjà en place et de la satisfaction des étudiants rapportée, il serait intéressant d'étendre les formations l'interprofessionnalité au-delà des métiers de la rééducation de l'IFPEK.

# Des formations médicales et pharmaceutiques en pleine réforme, une place pour davantage d'interprofessionnalité ?

## Pharmacien d'officine

### Encadrement réglementaire

#### Définition du métier de pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine dispose du monopole de la dispensation de médicament. Le code de la santé publique décrit ce monopole d'activité qui concerne la préparation, dispensation et la vente (en gros ou au détail) de médicament, dispositif médicaux, huiles essentielles ...

Dans le contexte du renforcement des soins primaires et à l'instar des autres professions étudiées, son profil d'activité a évolué. Il dispose aujourd'hui de nouvelles missions qui peuvent s'inclure, ou non, dans des protocoles de coopération (vaccination, réalisation de test de diagnostic rapide ...)(Megerlin, 2020) .

#### Formation des pharmaciens d'officine

La formation des pharmaciens d'officine dure 6 ans qui se découpent en trois cycles. Au cours de la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année, ou du diplôme de formation générale aux sciences pharmaceutique (DFGSP), les étudiants sont formés à un tronc commun qui correspond à ce que tout pharmacien doit avoir appris, quelle que soit sa spécialité future. Il correspond aux bases scientifiques pluridisciplinaires nécessaires à la compréhension et à l'intégration de l'exercice pharmaceutique ainsi que les bases des disciplines pharmaceutiques. En dehors d'une UE abordant la communication en 2<sup>e</sup> et en 3<sup>e</sup> année et une UE abordant la santé publique, les intitulés des UE abordées au cours du tronc commun se rapportent principalement à des sciences fondamentales. A la différence de la formation des IDE et des MK, le contenu des UE et les modalités d'évaluation n'apparaissent pas dans les textes réglementaires.

Ensuite, pour la 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année, le diplôme de formation approfondie aux sciences pharmaceutiques (DFASP) prépare l'étudiant à se spécialiser dans les disciplines de son choix (officine, industrie ou recherche). La formation suit une approche par compétence. Au cours de la deuxième année du DFASP, l'année dite hospitalo-universitaire, des enseignements spécifiques permettent une spécialisation correspondant à l'orientation professionnelle choisie parmi les trois parcours suivants : « officine » ; «

pharmacie hospitalière - biologie médicale - recherche » et « industrie - recherche ». Au cours du DFASP, les étudiants aborderont entre autres : « *l'apprentissage du travail en équipe et l'acquisition des techniques de communication, indispensables à l'exercice professionnel* », « *communiquer avec le patient et les autres professionnels de santé* » et « *le développement de la capacité à s'auto-évaluer et à se poser les bonnes questions en situation* ».

En annexe du texte réglementaire, les objectifs pédagogiques des UE sont détaillés pour le DFASP. Au 1<sup>er</sup> semestre on ne retrouve pas d'UE abordant explicitement la question de l'interprofessionnalité. Au deuxième semestre, l'UE « *Santé publique et politique de santé – Ethique* » aborde « *l'intégration d'actes coordonnés avec les autres professionnels de santé (dépistage, etc.)*. »

Les étudiants sont amenés à suivre des UE en fonction de l'orientation choisie. Pour ceux s'orientant dans la filière officine, on retrouve dans les objectifs : « *- contribuer à l'orientation du patient dans le système de soins et à son éducation pour la santé ; coopérer avec les autres professionnels de santé afin d'optimiser les différentes compétences dans un souci d'efficacité pharmaco-thérapeutique et pour le bien-être des patients* »

Le troisième cycle pour la filière officine est défini comme un cycle court, il dure 1 an et l'étudiant partage son temps entre la formation à la faculté et un stage en officine. Il doit lui permettre d'approfondir les connaissances et les compétences afférentes à l'orientation professionnelle et de préparer sa thèse en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.

Les étudiants qui choisissent la filière officine sont amenés à suivre une UE libre qui leur permettra de maîtriser les connaissances et compétences nécessaires à la prise en charge globale pharmaceutique du patient. Parmi les missions du pharmacien d'officine à acquérir, on retrouve : « *assurer des activités concourant à la réalisation d'objectifs de santé publique et de sécurité sanitaire ; contribuer aux soins de premier recours notamment dans les actions de dispensation et administration des médicaments, prévention, dépistage, promotion, conseils afférents au traitement et suivi pharmaceutique des patients ; - contribuer à l'orientation du patient dans le système de soins et à son éducation pour la santé ; - coopérer avec les autres professionnels de santé afin d'optimiser les différentes compétences dans un souci d'efficacité pharmaco-thérapeutique et pour le bien-être des patients; ...* »

## Stages

Plusieurs stages sont organisés au cours des six années. Ils sont réalisés dans des lieux différents et avec des objectifs différents.

- un stage optionnel de découverte du monde du travail dans le domaine de la santé (hors officine et pharmacie à usage intérieur) d'une durée d'un mois avant le début du troisième semestre ;
- un stage officinal d'initiation obligatoire, d'une durée de six semaines, à temps complet, en une ou deux périodes, avant le début du cinquième semestre, dans une même officine ouverte au public, ou dans une même pharmacie mutualiste, ou une même pharmacie d'une société de secours minière.
- un stage dit d'application en officine d'une durée d'une à deux semaines au cours du premier semestre du DFASP, ayant pour objectif la mise en pratique d'enseignements thématiques
- un stage hospitalier de 12 mois à mi-temps, au cours des deux derniers semestres de formation du DFASP, dont la finalité et l'organisation sont adaptées au cursus de l'étudiant. En fonction de l'orientation professionnelle choisie, les étudiants peuvent accomplir ce stage pendant une durée équivalente à six mois temps plein.
- un stage de pratique professionnelle de six mois au cours de la dernière année. Il sera réalisé dans un lieu spécifique, en fonction de l'orientation professionnelle choisie.

Le Collège des Maîtres de Stage en pharmacie a rédigé un carnet de stage. Comme mentionné dans les textes réglementaire, ce carnet identifie les objectifs de chaque stage. Il permet le suivi de la progression et l'évaluation de l'étudiant. Au cours du stage hospitalier, on ne retrouve pas d'objectif explicite en lien avec l'interprofessionnalité. Le guide du stage officinal propose d'acquérir des compétences permettant de : « *comprendre le rôle du pharmacien dans le parcours de soins du patient - identifier les situations de collaboration avec les autres professionnels de santé.* » Il propose également un document d'autoévaluation, à titre indicatif, non sanctionnant, qui n'aborde pas l'interprofessionnalité.

Il propose le même guide pour le stage professionnalisant qui a pour objectif de pouvoir vérifier l'acquisition des compétences nécessaires à la validation de ce stage de pratique professionnelle en officine effectué au cours du troisième cycle court des études pharmaceutiques. Dans le prologue de ce guide, l'interprofessionnalité est abordée plusieurs fois. L'étudiant sera amené à « *participer(ez), en coordination avec les autres professionnels de santé à limiter les risques iatrogènes et la surconsommation médicamenteuse (...) découvrir de nouveaux modes d'exercice par le biais des réseaux de santé qui assurent une coordination entre plusieurs professionnels de santé.* »

Il est conseillé au maître de stage et à l'étudiant de réaliser au moins trois rendez-vous au début du stage, au milieu du stage et à la fin du stage. Ces rendez-vous permettront qu'ils voient ensemble l'acquisition des 10 compétences identifiées et notamment : « *Mettre en pratique la collaboration*

*avec les autres professionnels de santé ».* Celle-ci sera validée si l'étudiant sait : « assurer des échanges avec les prescripteurs pour les compléments d'informations, assurer des échanges avec les autres professionnels de santé, participer en collaboration avec d'autres professionnels à la prise en charge du patient à son domicile, participer à l'activité d'un réseau ou programme ETP, participer à la prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération : pharmacien correspondant, participer à l'activité de pharmacien référent au sein d'un EHPAD, dialoguer en ayant l'esprit critique avec les visiteurs médicaux et pharmaceutiques. »

## La formation des pharmaciens d'officine peu axée autour de l'interprofessionnalité

### Peu de formation théorique à l'interprofessionnalité

Contrairement aux étudiants d'infirmier ou de kinésithérapie, les textes réglementaires de pharmacie prescrivent assez peu d'enseignement à l'interprofessionnalité. Cette absence de formation était confirmée par un membre de l'équipe pédagogique de la filière officine rencontré : « *on les prépare pas du tout* » (PH). Pourtant, à l'instar des autres équipes pédagogiques rencontrées, il existait une volonté forte de préparer les étudiants à ce mode d'exercice : « *c'est ce qu'on se dit aussi, que c'est apprendre à travailler avec les autres est ce que c'est optionnel. ... ben non, nous on trouve que non !* » (PH).

Pour répondre à cette volonté, une présentation était proposée « *moi je leur présente juste le thème mais qui est plus sur ... Avoir une ouverture d'esprit, être curieux du métier de l'autre* ». Les stages étaient davantage identifiés comme occasion de formation à l'interprofessionnalité. La conception de l'interprofessionnalité intégrait le principe d'interaction et allait au-delà de la pluriprofessionnalité « *parce que beaucoup pensent faire de l'interpro voilà, même si c'est déjà pas mal hein, de de bien communiquer par téléphone ou d'un souci* » (PH)

### Des mises en pratiques rares avec moins de temps en stage que d'autres filières

Contrairement aux autres filières étudiées, il était rapporté que la filière officine proposait peu de stage : « *ils sont pas beaucoup de temps en milieu professionnel hein finalement si on fait si on le bilan* » (PH) ne permettant notamment pas de proposer beaucoup d'occasion de travail en interprofessionnalité.

Les objectifs de stage étaient nombreux, notamment en lien avec leur cœur de métier. On ressentait dans l'entretien qu'il restait peu de place et de temps pour traiter d'autres thématiques qui n'apparaîtraient pas dans les objectifs réglementaires, notamment l'interprofessionnalité.

Toutefois, une formation était proposée aux étudiants pour mettre à profit les situations rencontrées et favoriser l'interconnaissance et la communication avec d'autres professionnels de santé. A l'occasion du stage en 6<sup>e</sup> année, qui correspond au stage long de professionnalisation, chaque étudiant était incité à aller chez un médecin généraliste. Ils devaient ensuite rédiger un rapport d'étonnement et participer à une demi-journée de débriefing sur cette situation.

Ce temps était aussi utilisé pour faire une présentation de l'exercice coordonné au moyen d'un partage d'expérience par des intervenants pharmaciens et médecins généralistes : *« l'échange interpro et plus particulièrement le binôme médecin généraliste et pharmacien donc moi je fais intervenir aussi 2 maîtres de stage qui parlent de leur expérience, de ce qu'ils font dans le cadre de leur exercice coordonné.[...] une médecin généraliste fait une petite intervention pour dire un peu le l'objectif de l'interpro, c'est quoi ? L'interpro ? Qu'est-ce qui ? Quel est le parcours qui reste à faire ? [...]il a parlé un petit peu de d'une RCP [Réunion de concertation pluriprofessionnelle] qui s'était passé par suite à une période par rapport à une patiente que lui avait détecté une officine »* (PH).

Ce temps de formation était rendu obligatoire pour favoriser l'adhésion de tous les étudiants : *« je les oblige puisque je leur demande à ce que ce soit dans le rapport de stage qui est noté. D'accord donc c'est un peu comme une obligation »* (PH). Le caractère optionnel était d'ailleurs identifié comme favorisant la moindre participation des étudiants en médecine générale. Cette demi-journée permettait donc aux étudiants un exercice de réflexivité sur une journée avec un autre professionnel et sur l'exercice coordonné. Toutefois, les étudiants ne semblaient pas être mis en situation au contact d'autres professionnels. On constatait qu'elle permettait aux pharmaciens et aux médecins généralistes d'apprendre à se connaître et, peut-être, d'échanger sur les spécificités du métier de l'un et de l'autre mais qu'elle reste principalement sur de l'observation et de l'échange. Les retours des étudiants revenaient très positifs et permettaient de susciter leur curiosité vis-à-vis de l'exercice coordonné.

Le séminaire interprofessionnel plébiscité par les étudiants en pharmacie

Les étudiants en pharmacie participaient au séminaire interprofessionnel. Cette formation commune a plusieurs professions de santé a été créé en 2009 et s'étalait sur six journées.

Organisé sur plusieurs journées, il consistait à faire travailler des futurs professionnels de santé pour favoriser l'interconnaissance et identifier les leviers et les freins à la collaboration dans leur exercice professionnel : *« Une première session, en fait, c'est apprendre à se connaître, se reconnaître et se respecter. Donc là, on les fait travailler sur les clichés et les représentations, donc là on fait des fiches*

*métier [...] chacun retravaille un petit peu sur ces représentations. Donc là y a un petit speech après sur les représentations [...] identifier qu'est-ce qui serait des freins pour travailler ensemble » (PH). Ensuite une autre journée intégrait les patients partenaires et amenait les étudiants à réfléchir à ce que le patient pouvait attendre d'eux et d'un exercice coordonné mais aussi à travailler sur leurs représentations de la pathologie : « La 2e journée, donc, quelle que soit la session, il y a les patients partenaires qui sont là aussi et qui sont dans les groupes et la 2e session, on est beaucoup plus tourné vers le patient justement, c'est un peu plus centré sur le patient, la maladie [...] apprendre à se connaître, qu'est-ce que qu'est-ce que le patient, qu'est-ce qu'il attend, comment il peut ressentir sa maladie ? » (PH). Enfin une dernière session du séminaire était prévue pour les amener à « construire on va dire un projet de santé à partir d'une analyse de territoire que l'ARS fournit. Et des cas patients et ils doivent réfléchir à qu'est-ce qui pourrait mettre en place sur le territoire. » (PH).*

Comme pour le rapport d'étonnement, un changement avait dû être fait pour favoriser l'adhésion des étudiants : « Alors nous, que c'était au volontariat. On avait du mal à motiver...[...] alors on l'a passé en UE libre alors forcément, comme on répartit nos étudiants entre UE libres, si elle est pas suffisamment prisée entre guillemets, on essaye de répartir avec accord de l'étudiant. » Toutefois ce séminaire ne concernait qu'environ 12 étudiants en pharmacie par session.

Avec ces deux exemples, on constatait que la formation à l'interprofessionnalité dépendait de la volonté et de l'organisation locale. Ces enseignements, qui étaient des spécificités locales, ne sont pas spontanément plébiscités par les étudiants et l'ajout de contraintes évaluatives était parfois nécessaire pour l'imposer à tous les étudiants. Pourtant les retours étaient positifs et l'équipe pédagogique rapportaient beaucoup d'attente de la part des étudiants : « en UE libre on en avait peut-être 5 ou 6 et là maintenant on remplit. Peut-être aussi du bouche-à-oreille et après par contre ils sont hyper demandeurs » (PH).

On a donc constaté donc que l'interprofessionnalité n'est pas aussi présente dans la formation que les nouvelles missions du pharmacien l'imposeraient. La formations des pharmaciens n'a pas encore été revue depuis l'élargissement des missions du pharmacien d'officine. Ainsi on a pu constater dans l'analyse des textes qui encadrent la formation qu'on ne retrouve que quelques indications concernant l'aptitude à communiquer et à orienter le patient. Le stage permet toutefois, en théorie, une découverte et une confrontation de l'étudiant au situation interprofessionnel. Pourtant l'application concrète ne semble pas beaucoup encadrée et dépend donc de l'implication locale des maitres de stage et de l'équipe pédagogique.

# Sage-Femme

## Encadrement réglementaire

### Définition métier

Les sages-femmes sont identifiées comme professionnels médicaux de premier recours. La définition du code de la santé publique du métier de sage-femme ne mentionne pas l'exercice interprofessionnel : *« l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant »*. Le métier de sage-femme présente une expansion démographique avec une augmentation du choix de l'exercice libéral. Elles s'accompagnent d'un élargissement progressif de leur champ de compétence depuis le début des années 2000 (suivi en autonomie de grossesse, droit de prescription de contraceptifs, d'arrêt de travail, réalisation d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ...).

### Référentiel de compétence

La loi de modernisation du système de santé a renforcé le rôle des Conseils nationaux professionnels des professions de santé. Le Conseil National Professionnels de Maïeutique a été créé suite à cette loi et a proposé en 2022 une révision du référentiel de compétence publié en 2010 pour coller à l'évolution du métier de sage-femme. Il décrit dix situations types qui doivent être maîtrisées et des savoirs, savoirs-être et savoir-faire.

Chaque situation-type est déclinée en trois étapes : poser un diagnostic, établir et mettre en œuvre une stratégie de prise en charge et assurer la continuité de la prise en charge. L'exercice pluriprofessionnel est abordé dans chacune des situations uniquement dans la stratégie et la continuité de prise en charge.



Situations	Établir et mettre en œuvre une stratégie de prise en charge	Assurer la continuité de prise en charge
Consultation pré-natale	Orienter vers la structure ou les professionnels appropriés pour un travail avec les réseaux	Tracer et transmettre les données nécessaires. Réévaluer et adapter la stratégie mise en place
Les entretiens pré-natal et post-natal précoces	Identifier le référent du parcours de soins de la femme, du couple. Favoriser l'adhésion de la femme/du couple pour un étayage pluridisciplinaire et éventuellement pour un parcours médico-psycho-social	
Séances de préparation à la naissance, à la parentalité	Favoriser la coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte, de l'anténatal au postnatal	
Suivi mère-enfant		Organiser la continuité des soins dans ses dimensions médico-psycho-sociale Assurer cette continuité à domicile avec les transmissions et la coordination du suivi post-natal. Orienter vers le professionnel approprié dans un travail avec les réseaux notamment pour les modalités de suivi de l'enfant ou en cas d'urgence
Consultation d'urgence en obstétrique et en gynécologie	Coordonner une prise en charge pluridisciplinaire et opérationnelle	Tracer, horodater et transmettre les données nécessaires. Organiser le transfert si nécessaire
L'accouchement et le post-partum immédiat	Mobiliser les ressources nécessaires et coopérer avec les autres professionnels	Tracer et transmettre les données nécessaires y compris la constatation de naissance pour la déclaration.
L'hémorragie du post-partum	Mobiliser les ressources nécessaires dont l'équipe d'anesthésie-réanimation. Contribuer à une prise en charge pluridisciplinaire et opérationnelle	Assurer la coordination de la prise en charge ainsi que la sécurité du nouveau-né. Transmettre les données. Participer en équipe pluridisciplinaire au débriefing de la situation à risque
La réanimation néo-natale	Alerter et mobiliser les ressources nécessaires. Coopérer avec d'autres professionnels de santé	Tracer et transmettre les données nécessaires
La consultation gynécologique	Orienter vers la structure ou les professionnels appropriés dans un travail avec les réseaux	Tracer et transmettre les données nécessaires
Interruption Volontaire de grossesse		Orienter vers les structures ou professionnels notamment en cas d'urgence, d'échec ou toutes situations pathologiques. Tracer et transmettre les données nécessaires

Le référentiel se décline aussi au travers des situations-types. Les compétences nécessaires à acquérir pour l'exercice de l'art de la maïeutique sont divisées dans différents domaines : soins en maïeutique, prévention et éducation à la santé, coordination et travail en interdisciplinarité, enseignement, recherche et amélioration des pratiques, éthique et déontologie. Dans chaque domaine, on retrouve des savoir, savoir-faire ou savoir-être en lien avec l'exercice pluriprofessionnel.

Compétence	Savoir	Savoir-faire	Savoir-être
Soins en maïeutique	Principes et outils de la démarche qualité des soins	Adapter ses pratiques aux évolutions des politiques de santé et des recommandations pour la pratique clinique Évaluer ses pratiques dans un but de l'amélioration de la qualité des soins	Partager ses connaissances avec les différents acteurs de santé
Prévention et éducation à la santé		Participer au fonctionnement des réseaux S'appuyer sur les ressources locales et territoriales Fournir des informations pertinentes, précises, adaptées et des ressources éducatives	S'inscrire dans le programme territorial de santé
Enseignement			Collaborer avec les différentes structures de formation
Recherche et amélioration des pratiques	Méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles	Créer et/ou consolider des groupes de recherche interprofessionnels	
Éthique et déontologie	Différents modes d'exercice professionnel	Travailler en partenariat avec les autres professionnels de santé à l'évolution de l'organisation de l'offre de soins  Contribuer aux activités des organisation professionnelles	

Plus spécifiquement, concernant la compétence « coordination et travail en interdisciplinarité », elle nécessite des savoirs en lien avec la connaissance du système de santé, l'organisation des réseaux de santé, des instances pluridisciplinaires. Il est aussi fait mention d'une connaissance des professionnels de santé et du domaine psycho-social.

Par ailleurs, les savoir-faire en lien avec cette compétence nécessitent une connaissance de son environnement professionnel et du champ de compétences des autres professionnels : « coordonner les parcours de soins autour de la femme, l'enfant et l'entourage »,

- « *organiser et gérer dans son environnement professionnel, les ressources humaines, logistiques, financières et administratives* »,
- « *organiser les ressources humaines en fonction des compétences de chaque métier* ».

Ils sont également en lien avec la communication :

- « *mettre en œuvre les techniques de communication orale et écrite adaptée* »,
- « *créer des outils de liaison* ».
- « *participer aux réunions pluridisciplinaires* »

Enfin, on retrouve des savoir-être qui font écho aux savoir-faire, notamment sur la connaissance des champs de compétence des autres professionnels : « *collaborer activement avec les professionnels en respectant les compétences de chacun et en préservant leur indépendance professionnelle* » ; ou encore sur la communication « *maîtriser sa communication orale et écrite* ».

L'acquisition de la compétence « *coordination et travail en interdisciplinarité* » repose donc sur une connaissance du champ de compétences des professionnels avec qui les sage-femme sont amenés à interagir au cours de leur prise en charge ainsi que sur leur capacité à orienter et communiquer. On peut noter que l'adoption d'un comportement réflexif sur sa pratique professionnelle fait aussi partie des savoir-être.

## Formation

Le référentiel de formation des études de maïeutique a été construit à partir du référentiel métier et compétences des sages-femmes publié en 2010. Il a été publié à l'issue de la mission « *Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé* » et a été construit sur une méthodologie semblable au référentiel de formation à la médecine générale et à la gynécologie obstétrique. Il s'appuie sur des situations types rencontrées au cours de l'exercice et des savoirs et savoir-faires techniques. Une réforme des études de maïeutique est en cours, le référentiel de compétence mis à jour en 2022 (décrit précédemment) a vocation à être utilisé par les instances pour construire la nouvelle maquette de formation.

La formation au DFGSMa s'appuie sur quatre principes directeurs qui régissent l'acquisition des connaissances : la non-exhaustivité, la participation exhaustive des étudiants, l'interdisciplinarité et l'ouverture. L'interdisciplinarité justifie d'une place importante car les professionnels exerceront dans de nombreux champs disciplinaires et en collaboration entre futurs professionnels de la santé. On note aussi au sein des textes réglementaires encadrant la formation, que la mutualisation des

enseignements entre filières de santé est préconisée. On ne retrouve cependant pas de détail sur l'application concrète de cette mutualisation.

Ensuite, elle s'organise autour de trois axes regroupés en thématiques pluridisciplinaires permettant l'acquisition des compétences professionnelles :

- Le développement de l'expertise professionnelle des sages-femmes concernant les actions de soutien, de maintien et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum et de la santé génésique des femmes. L'étudiant devra, entre autres savoir : *« développer une réflexion avec ses pairs sur les spécificités de son champ professionnel pour dispenser des soins de qualité, ainsi qu'avec les autres professionnels de santé, en particulier les médecins, lors de prises en charge conjointes ou transférées, en particulier dans le cadre pathologique »*
- L'acquisition de compétences en communication, en économie, en gestion et en management. L'étudiant devra acquérir les compétences de *« promotion de la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec les autres acteurs de santé ; développement des actions en partenariat avec d'autres professionnels de santé et acteurs sociaux ; développement d'un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs »*
- Le développement professionnel.

Au cours de la formation, un tronc commun prépare les étudiants à l'acquisition de connaissances et compétences notamment pour *« communiquer, dépister et prévenir, concevoir une proposition thérapeutique, réaliser et coordonner les soins adaptés, appréhender les objectifs de santé publique et travailler en équipe autour de la patiente »*. Parmi les objectifs de la formation du DFASMa on retrouve : *« Apprentissage du travail en équipe pluriprofessionnelle et acquisition de techniques de communication indispensable à l'exercice professionnel »*.

Les textes réglementaires détaillent les compétences et connaissances à acquérir. Parmi elles, la formation doit notamment préparer les étudiants à : *« Analyser, de façon pluriprofessionnelle, les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables »* et à *« Communiquer efficacement dans un contexte pluriprofessionnel »*.

Enfin, les textes réglementaires présentent les UE qui doivent être présentées avec leurs objectifs. Le contenu n'est pas détaillé. Parmi les UE du tronc commun enseigné au cours du DFASMa, on ne retrouve pas explicitement un contenu en lien avec l'exercice pluriprofessionnel. Concernant les UE

en DFASMa, on l'UE Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère forme les étudiants a pour objectif de « *connaître les dimensions organisationnelles des professions, l'organisation du travail, les collaborations interprofessionnelles, la gestion et l'administration* » et « *d'acquérir des connaissances sur l'organisation territoriale du système de santé et des soins (coopérations, contractualisations, etc.)* »

## Stages

Les étudiants devront réaliser des stages pour se former au suivi pré, per, post natal et à la planification et la surveillance gynécologique. Ils pourront se dérouler en établissement hospitalier, en libéral ou en ambulatoire. Les textes qui encadrent la formation incitent à « favoriser la mise en commun des travaux sur les lieux de stage entre les étudiants des différentes filières médicales et paramédicales. » Un carnet de stage identifie les objectifs pédagogiques transversaux et spécifiques de chaque stage.

## La formation sage-femme en pleine reconstruction, au profit de davantage d'interprofessionnalité ?

L'école de sage-femme de Rennes se trouvait au sein du PFPS et accueillait environ 25 étudiants chaque année. La formation des sages-femmes était en pleine réforme et la direction de l'école de Rennes avait changé récemment. L'entretien conduit pour ce travail n'avait pas pu être réalisé avec la personne en charge des formations à l'interprofessionnalité. Ainsi, toutes les informations souhaitées n'avaient pas pu être recueillies.

La formation à l'interprofessionnalité n'était pas citée spontanément au cours de l'entretien sur l'organisation des enseignements et des stages. Lorsque l'on abordait la question, l'interprofessionnalité n'était pas très présente au sein de la formation « *je pense qu'on n'est pas forcément ceux qui sommes le plus en interpro* » (SF).

Plusieurs explications étaient données ; la charge d'enseignement à dispenser dans les textes réglementaires et le volume horaire de stage conséquent. La réflexion concernant l'évolution de l'identité professionnelle des sages-femmes était aussi avancée : « *je pense que pendant longtemps on a été une profession très fermée sur elle-même [...] Je sais pas jusqu'où ça peut jouer, mais, il y a quelque chose qui est pas clair dans l'identité professionnelle des sages-femmes et on le sent de plus en plus parce que on est toujours sur cet entre-deux, c'est-à-dire qu'on est médical. Mais dans les faits, dans plein de trucs, on nous met avec les paramédicaux, la façon même dont c'est organisé, on sent qu'on est un peu entre 2.(...) Ça crée comme je dis, une difficulté dans l'identité professionnelle. Qui peut être comme dans d'autres domaines, à créer un petit repli* » (SF). Cette réflexion pouvait aussi s'expliquer par l'étude de l'évolution du métier de sage-femme et l'explication d'une interdépendance

avec les médecins, notamment dans la pratique des accouchements. L'exercice libéral, bien que marqué des actes en autonomie, a aussi été dépendant des prescriptions médicales en lien avec des contraintes économiques et pour répondre à un impératif sécuritaire (Schweyer, 1996). La réforme en cours a été sollicitée par les étudiants, le corps enseignants et les syndicats professionnels pour faire évoluer la formation au regard des nouvelles missions conférées aux sage-femme, mais aussi dans le but d'une meilleure reconnaissance de leurs champs de compétence et du corps de métier<sup>11</sup>. Or dans le nouveau référentiel de compétence, on retrouve une compétence explicitement tournée vers la collaboration et le travail en interprofessionnalité.

La réforme n'étant pas encore en cours, les enseignements actuels restaient encore rares concernant l'interprofessionnalité.

### Mutualisation des cours au dépend des étudiants sage-femme

Dans les textes réglementaires, la mutualisation est explicitement encouragée, pourtant l'équipe pédagogique et les représentants des étudiants n'étaient pas forcément favorable à la mutualisation des enseignements comme elle se déroulait actuellement. En effet, au vu de la différence d'effectif entre les étudiants sage-femme et les étudiants en médecine, il était simplement proposé de rajouter des étudiants sage-femme au enseignements dispensés en médecine, sans revoir le conducteur pédagogique ou même les objectifs : *« Moi avec mes 25 étudiants...Ils sont 300 dans leur amphi. Concrètement, on me dit, écoutez, voilà, c'est ça le programme des cours, c'était l'enseignement. Et puis vous, étudiants, ils s'assoient au fond de l'amphi, ils font, ils font pas de bruit, je caricature à peine. Et encore une fois, c'est sans jugement de ... , je comprends l'enseignant qui fait son cours depuis 10 ans en médecine, on lui dit, t'as 30 étudiants sage-femme qui s'en soit au fond, très bien, bienvenue, ça veut dire c'est pas une mauvaise volonté mais il va pas refaire son cours en fonction de nous »*. Avec ce fonctionnement, la mutualisation des enseignements n'était pas considérée comme une occasion de formation à l'interprofessionnalité. En effet, l'enseignement étant dispensé sans s'adapter aux attendus de formation et d'exercice des deux professions, il ne s'adaptait pas à une formation au travail en collaboration et se limitait à proposer une partie de connaissances communes : *« parce que finalement, ce qu'on avait appelé Interpro, c'était juste encore une fois, ce faire s'asseoir des étudiants au fond de la salle et qu'on avait pas revu les programmes réadaptés et encore une fois, je dis, ça sent son jugement, mais juste que de fait, du coup ça marche pas. »*

Malgré ces contraintes logistiques, la mutualisation des enseignements n'étaient toujours pas identifiée comme une occasion de formation à l'interprofessionnalité car laissait l'étudiant dans une

---

<sup>11</sup> [CNOSF - Informations générales – Réforme de la formation initiale : adoption définitive de la proposition de loi.](#)

attitude passive de réception d'information : « *je suis pas certaine que c'est un cours magistral qui favorise le plus l'inter professionnalisé, je suis pas sûre que c'est ce qui développe le plus [...] on a entendu le même cours, on a entendu la question d'autre, mais en pratique bien même la façon dont ils s'assoient dans la salle. Enfin, On s'assoit à côté du copain de la copine qu'on connaît enfin et là encore, il y a aucun jugement dans ce que je dis, c'est juste c'est une réalité* » (SF).

Les étudiants ne se montraient pas favorable non plus à la mutualisation des enseignements car trop souvent orientés vers un champ de compétences différent du leur<sup>12</sup>.

### De la simulation comme vecteur de travail en collaboration

A l'école de sage-femme aussi étaient dispensés des enseignements en simulation avec les étudiants de médecine en gynécologie et les anesthésistes. Souvent centrés sur la prise en charge d'une pathologie particulière ou d'une situation d'urgence, elles pouvaient être une occasion de développer des compétences utiles dans le cadre du travail en interprofessionnalité. Les séances de simulation étaient suivies d'un temps de débriefing permettant un recul réflexif sur les situations rencontrées. Ces enseignements étaient organisés en interprofessionnalité pour coller au plus près des situations qui seront rencontrés par les futurs professionnels dans leur exercice : « *on a donc quelques séances de simulation, de simulation Haute-fidélité qui sont réalisées en interprofessionnalité parce qu'encore une fois, la réalité de la prise en charge sur le terrain sera en interprofessionnalité* » (SF).

La simulation est un dispositif pédagogique qui est intéressant à mettre en place pour développer des savoirs-être et notamment la dimension collaborative dans l'exercice du soin. Le contexte est d'autant plus intéressant à traiter en simulation pour répondre à l'objectif d'efficacité collective sur un temps court (Policard, 2014). Notamment car la simulation a une influence positive sur la confiance et la communication interprofessionnelle (Lalonde et al., 2017).

### Les stages

Les stages étaient réalisés dans différents milieux (hospitaliers, libéraux, ...) mais toujours en respectant les horaires des professionnels, ce choix serait favorisant pour former les étudiants au travail en interprofessionnalité : « *ils seront en immersion complète pendant plusieurs semaines. La réalité du terrain font qu'ils observent la pratique en interprofessionnalité, ils vont pas être en contact que, avec que avec les sages-femmes donc ça je pense c'est une première chose* » (SF). Toutefois, on ne retrouvait pas d'objectif explicitement définis en lien avec l'interprofessionnalité.

---

<sup>12</sup> [Contribution ANESF – Réforme de la formation de sages-femmes – Juin 2021](#)

## Le service sanitaire, moment privilégié d'interprofessionnalité dans la formation

Dans les études de maïeutique aussi, le service sanitaire était identifié comme une formation à l'interprofessionnalité : « *Quand même pour moi, un moment d'interprofessionnalité, c'est le service sanitaire [...] mais ça c'est vrai que c'est quelque chose qu'on peut en interpro depuis plusieurs années et du coup c'est pas seulement la semaine d'intervention qui est faite en interpro, c'est l'ensemble des cours avant et les groupes sont des groupes forcément minimum deux formation donc là je pense que c'est un vrai moment où il y a un vrai échange* ». Comme dans les autres entretiens réalisés auprès des différentes filières, le service sanitaire était peu développé car encadré de façon précise au niveau réglementaire.

## Participation libre au séminaire interprofessionnel

Les étudiants sage-femme participaient aussi au séminaire interprofessionnel. A l'instar des pharmaciens, le séminaire faisait partie d'une UE libre. Elle n'était pas dispensée à tous les étudiants et n'était donc pas obligatoire. Un tiers des étudiants pouvait participer à cet UE. Le reste de l'UE n'a pas pu être étudié car les deux personnes en charge de l'UE n'étaient pas disponibles au moment de l'entretien.

## Le travail de recherche de fin d'étude pourvoyeur de réflexion en interprofessionnalité

En fin de formation, les étudiants devaient réaliser un travail de recherche qui est soutenu sous la forme d'un mémoire. Ce travail était identifié comme : « *une occasion d'Inter professionnalité parce que c'est eux qui choisissent leur sujet, donc c'est un lien* » (SF). Par ailleurs, l'encadrement du travail pouvait se faire par un autre professionnel qu'une sage-femme. Toutefois, il n'existait pas d'objectif explicite concernant l'interprofessionnalité pour ce travail. Avec la réforme de l'entrée dans les études de santé, le panachage des profils d'étudiants pourrait être pourvoyeur d'interprofessionnalité dans les sujets de mémoire traités selon la personne rencontrée.



Ainsi, l'exercice en équipe et les aptitudes à l'exercice interprofessionnels tiennent une place non négligeable dans les différents textes qui encadrent l'exercice de sage-femme. En théorie, les futurs sages-femmes doivent être formées à une connaissance des dispositifs en place pour l'exercice pluriprofessionnel et au champs de connaissances des autres professionnels. Elles doivent avoir acquis des compétences de communication qui leur permettront d'orienter et d'échanger avec les autres professionnels. Ces aptitudes semblent indispensables pour un exercice hospitalier ou un exercice libéral. Toutefois la place de l'interprofessionnalité semble rester majoritairement prescriptive. On retrouve assez peu de mise en pratique en dehors des lieux de stage. Les indicateurs proposés par l'EIPEN sont peu présents dans l'analyse de la formation des sages-femmes en dehors de certains qui concernent l'interconnaissance et la communication. La gestion des problèmes et des opportunités et l'analyse et l'évaluation sont très peu présentes dans le cadre réglementaire mais la simulation peut permettre aux étudiants de se confronter à ces deux compétences. Les exercices de simulation étant réalisés dans un milieu hospitalier, elles initieront surtout les sages-femmes à cet exercice et peu aux contraintes rencontrées en libéral.

# Médecin généraliste

## Encadrement réglementaire

### Définition du métier

Le médecin généraliste est défini dans les textes réglementaires comme un professionnel de premier recours. Il a notamment pour mission de contribuer à l'offre de soins ambulatoires, orienter le patient dans le système de soins, coordonner les soins<sup>13</sup>. La WONCA Europe, société universitaire et scientifique de médecine générale en Europe, considère la médecine générale comme l'exercice de soins primaires : « *elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.* ».

En France, l'organisation de la médecine générale et celle des soins ambulatoires s'entrecroisent souvent et elle est régie par les principes de l'exercice libéral : liberté de prescription, liberté d'installation, paiement à l'acte (Bloy & Schweyer, 2010). Longtemps considérée comme une spécialité par défaut, la médecine générale s'impose depuis comme spécialité reconnue avec un champ de compétence défini (Bloy, 2010). Les réformes de transformation du système de santé visent à renforcer la place du généraliste dans l'organisation des soins primaires comme un pivot, avec notamment un rôle de coordination des soins.

### Référentiel de compétence

Le premier référentiel métier et référentiel de compétence a été rédigé en 2006 à partir des compétences reconnus par la WONCA Europe. Il a ensuite été revu à l'occasion de la mission Maignon au cours de laquelle, les référentiels métiers des médecins généralistes, des sages-femmes et des gynécologues ont été élaborés avec une approche méthodologique similaire. Seize situations types ont été retenues pour représenter l'ensemble de l'exercice d'un médecin généraliste.

A l'instar du référentiel des sages-femmes, les situations types sont construites en plusieurs étapes : poser un diagnostic global de la situation, élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient, mettre en œuvre le projet thérapeutique, effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge et effectuer un suivi différé.

On ne retrouve pas de mention pluriprofessionnelle ou de mission de coordination dans chacune des situations. Elles sont mentionnées principalement dans la mise en œuvre du projet thérapeutique et le suivi

---

<sup>13</sup> [Article L4130-1 du code de la santé publique](#)

	<b>Mettre en œuvre le projet thérapeutique</b>	<b>Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge</b>	<b>Effectuer un suivi différé</b>
<b>Patient asthénique</b>	Proposer un suivi afin de réévaluer la situation - dans l'optique de l'assumer soi-même, si le médecin s'estime suffisamment formé et/ou en capacité de l'assumer - en sollicitant d'autres intervenants et soutiens possibles : médicaux, psychologiques, familiaux, médecin du travail, assistante sociale... en assurant la coordination des soins	Renseigner le dossier médical : en assurant la synthèse au fur et à mesure des retours d'informations émanant de ses propres consultations, de consultations d'autres spécialistes ou autres intervenants et des examens complémentaires.	
<b>Douleurs abdominales chez un jeune adulte signalées par un appel téléphonique</b>	Informar les différents intervenants des données médicales et socio environnementales de l'intervention		
<b>Découverte et prise en charge d'un diabète de type II</b>	Planifier les examens complémentaires de suivi (...) en hiérarchisant si besoin avec les autres professionnels de santé concernés les interventions utiles et adaptées	Intégrer les préférences du patient lors des échanges avec les correspondants (consultants spécialistes ou paramédicaux), et coordonner les interventions de ceux qui en assurent le suivi	
<b>Homme de 65 ans obèse poly pathologique avec BPCO, HTA, épigastralgies et une indication de prothèse pour gonarthrose</b>	Coordonner le projet de soins		
<b>Homme de 50 ans, chaudronnier, souffrant d'une pathologie invalidante post accident du travail</b>	Améliorer les symptômes (...)en prescrivant la kinésithérapie et la rééducation fonctionnelle		

<p>Homme alcoolotabagique de 48 ans venant de perdre son travail</p>	<p>Planifier et expliquer les modalités de la prise en charge des différents intervenants - Professionnels de santé, et notamment pharmaciens, laboratoires et infirmiers - Travailleurs sociaux, notamment l'assistante sociale. - CCAS - Associations d'anciens buveurs et/ou associations caritatives</p> <p>Mobiliser les ressources adaptées à la situation et à l'état de gravité, tout en respectant les priorités du patient et sa demande ponctuelle : en s'assurant directement (par téléphone) de la collaboration des intervenants du réseau de proximité, et en établissant des relations suivies de partenariat avec ces professionnels dans la complémentarité et la synergie.</p>		
<p>Prise en charge à domicile d'un patient atteint d'une récurrence métastatique d'un cancer</p>	<p>Adapter les interventions en tenant compte des besoins exprimés ou non du patient ainsi que de la place et du rôle de l'entourage familial et social dans ce projet de soins</p>	<p>Adapter les traitements : en modifiant les objectifs de soins et les interventions médicales et paramédicales en cas d'évolution défavorable</p> <p>Favoriser la collaboration interprofessionnelle et assurer la coordination des soins : en s'assurant de la disponibilité et des capacités du réseau local d'intervenants (assistante sociale, SSIAD, HAD, aides ménagères et auxiliaires de vie, infirmières libérales, ambulances et taxis, portage de repas, portage des médicaments, etc.) en facilitant les contacts entre les différents intervenants (prise de RDV, transmissions, d'information, etc.) en échangeant et en partageant les informations indispensables à une prise en charge de qualité à travers des outils dédiés à cette fonction en renforçant positivement en cas de besoin les différents intervenants.</p>	
<p>Couple octogénaire sans plainte / femme avec troubles mnésiques / homme hypertendu insuffisant cardiaque</p>			<p>Identifier dans l'évolution des troubles et du contexte, les indicateurs ou alarmes imposant de nouvelles aides, interventions et intervenants (IDE, kinésithérapeute, travailleurs sociaux, mesure de protection juridique des personnes) en vérifiant et faisant modifier dans le lieu de vie des éléments de l'environnement pouvant constituer des risques graves (gaz, chutes, éclairages, tapis, etc.) en favorisant la communication et la circulation des informations utiles pour une synergie des actions des acteurs impliqués (en soins primaires, secondaires et tertiaires) quel que soit leur statut et leur cadre d'exercice professionnel (de l'aide ménagère à la consultation mémoire hospitalière)</p>

<p>Plaintes somatiques dans le contexte de conflit conjugal</p>	<p>Prescrire les thérapeutiques efficaces et/ou nécessaires dans les différents registres, y compris somatiques, en fonction de la plainte initiale en refusant de juger ou de conseiller ce qu'il serait bon de faire, mais en assumant la relation d'aide dans la durée, si le médecin s'estime suffisamment formé et/ou en capacité de l'assumer en l'adressant à un autre professionnel si besoin</p>		
---	---	--	--

Les mentions à l'exercice pluriprofessionnel font le plus souvent référence au rôle de coordination du médecin généraliste et à son rôle décisionnel.

Six compétences ont été identifiées pour définir l'exercice de la médecine générale. On retrouve explicitement l'exercice pluriprofessionnel et la mission de coordination dans plusieurs d'entre elles. D'abord concernant la **relation, communication, approche centrée patient**, elle est définie comme la construction « *d'une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.* ». La compétence **continuité, suivi, coordination des soins autour du patient** correspond à la « *capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.* ».

La formation du DES de Médecine Générale prévoit l'acquisition des six compétences avec trois niveaux d'acquisition. Le niveau novice, minimum attendu en fin de 1<sup>e</sup> année, le niveau intermédiaire et le niveau compétent. De façon générale, au niveau intermédiaire, l'étudiant doit être capable de « *de travailler avec d'autres intervenants* » et au niveau compétent, il doit savoir « *collaborer avec d'autres intervenants* ».

Si on analyse le détail des acquisitions de chacune des compétences, l'acquisition du niveau intermédiaire de la compétence « **continuité, suivi, coordination des soins autour du patient** » nécessite de « *Mettre en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique* ». Au niveau compétent, il sera capable « *d'analyser les avis des différents intervenants, les synthétiser pour prendre une décision centrée patient* »

Concernant la compétence « **approche centrée patient** », le niveau novice prévoit que l'étudiant sache « *communiquer avec différents intervenants en utilisant différents médias* », au niveau intermédiaire « *met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et*

*médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique ». Enfin la compétence professionnalisme au niveau compétent enjoint l'étudiant à savoir « collaborer avec les autres soignants ».*

Le référentiel de compétence, considéré comme « un balisage serré » de ce que doit être la formation à l'exercice d'un médecin généraliste (Bloy, 2014), et les situations-types sont très détaillées. Ils n'abordent l'interprofessionnalité que superficiellement. Toutefois ils supposent un contenu de formation fourni qui doit s'harmoniser avec un temps de stage conséquent. La mission de coordination apparaît davantage dans les « descripteurs » des différentes compétences du médecin généraliste. Si la notion de communication est citée quelque fois, elle semble moins présente que dans d'autres référentiel. Par ailleurs, à l'étude des compétences à acquérir, on perçoit que le rôle de synthèse et décision dont dispose le médecin et certaines descriptions peuvent laisser à penser que l'intervention d'autres professionnels sert à la décision finale prise par le médecin.

## Formation

Le DES de Médecine Générale a été créé en 2004 et durait trois ans. A partir de la promotion d'interne qui débutera en novembre 2023, le DES de médecine générale durera 4 ans<sup>14</sup>. L'accès au DES de Médecine Générale se fait à l'issue des Épreuves Classantes Nationales qui sont organisées en fin de sixième année. Au cours des six premières années, la formation reste très hospitalo-centrée avec peu de place laissée à l'enseignement des soins primaires (Bloy, 2014).

Les études de médecine sont organisées en trois cycles. Le premier cycle dure trois années, le deuxième cycle dure trois années également et ensuite les étudiants s'orientent vers un diplôme d'étude spécialisée où ils choisissent, selon un classement, la spécialité qu'ils souhaitent exercer à laquelle ils se formeront durant le troisième cycle. Une réforme du deuxième cycle a eu lieu depuis septembre 2021. Le classement qui permet le choix de la spécialité n'est plus seulement issu des notes obtenues à l'examen classant national mais à un ensemble de notes l'étudiant (des épreuves nationales, des examens cliniques objectifs structurés) et d'éléments du parcours universitaires.

---

<sup>14</sup> [Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale](#)

Une réforme du DES de médecine générale a été publiée en 2023<sup>15</sup> avec l'ajout d'une quatrième année. Le contenu de la formation n'étant pas encore connu, nous développerons ici le DES de médecine générale en trois ans.

Il se compose de deux phases : une phase socle où l'étudiant « *acquiert des connaissances de base spécifiques à la spécialité suivie et construit un premier niveau socle des compétences nécessaires à l'exercice de la profession* » et une phase d'approfondissement où l'étudiant « *approfondit les connaissances et les compétences acquises lors de la phase socle nécessaires à l'exercice de la spécialité* »<sup>16</sup>. Le DES de médecine générale en quatre ans vient ajouter une phase dite de consolidation.

Le texte réglementaire qui encadre le DES de médecine générale prévoit qu'à l'issue de la phase d'approfondissement, l'étudiant doit avoir acquis les connaissances et compétences, notamment pour assurer « *la coordination des soins des patients [...] définir le rôle et les compétences des autres intervenants médicaux, paramédicaux, et psychosociaux* ». On ne trouve pas d'autres mentions faisant référence à l'exercice pluriprofessionnel, en pratique, les modalités de collaboration avec les d'autres intervenants en ambulatoire ne font « *pas l'objet d'une attention particulière* » dans la formation des généralistes (Bloy, 2014).

Les étudiants passent la plupart de leur temps en stage et disposent de demi-journées par semaine pour leur formation « théorique ». Les enseignements dispensés au cours de la formation en dehors des stages seront : des travaux d'écriture clinique, des groupes d'échanges de pratique (GEP), des méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP), des groupes de formation à la relation thérapeutique, des groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité et ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation.

## Stage

Au cours du DES de Médecine Générale, l'étudiant effectue 6 stages qui durent chacun six mois. Au cours de la première année, en phase socle, il devra réaliser un stage en médecine d'urgence et un stage chez un médecin généraliste. Lors de la phase d'approfondissement, l'étudiant sera amené à aller en stage de santé de la femme et de santé de l'enfant (en milieu hospitalier ou ambulatoire), en

---

<sup>15</sup> [Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale](#)

<sup>16</sup> [Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine](#)

stage de médecine polyvalente (hospitalier), et en stage en autonomie supervisée chez un médecin généraliste.

Au cours du stage chez un médecin généraliste, l'étudiant est incité à faire un stage « hors-cabinet » pour découvrir les autres intervenants en exercice ambulatoire. Dans la grille d'évaluation proposée par le Département de Médecine Générale de Rennes, pour l'évaluation de la compétence « premier recours, urgence » on retrouve un item « *mobilisation des ressources : adresse le patient en fonction des compétences de chacun* ». Pour la compétence « continuité, suivi et coordination des soins », l'étudiant doit savoir : « *Rédige un courrier à destination des intervenants* », « *Tient compte de l'avis des autres intervenants de santé dans les décisions de soins* ».

## Une formation des médecins généralistes à l'interprofessionnalité dépendante des réalités locales

Le Département de Médecine Générale (DMG) organisait et certifiait la formation des futurs médecins généralistes de la subdivision de Rennes. Composée d'une vingtaine de médecin généraliste, ils accompagnaient environ 420 futurs médecins généralistes. Le DES de Médecine Générale restait la spécialité qui dispose du ratio étudiant/enseignant le plus faible<sup>17</sup>.

Le DES de médecine générale dure trois années au cours desquelles les étudiants sont majoritairement en stage. Une journée de formation par semaine est prévue par les textes réglementaires avec une demi-journée sous responsabilité du coordonnateur de la formation et une demi-journée en autonomie.

Le formations à l'interprofessionnalité était peu présente dans le cursus de formation proposée à Rennes : « *je trouve que c'est très peu développé* » (MG2) malgré une volonté affichée et comparable aux autres filières étudiées.

### Un manque de moyen humain limitant

Plusieurs explications étaient identifiées dans les entretiens. D'abord le manque de moyen humain ; le DMG de Rennes avait fait le choix d'organiser un parcours de formation hors-stage de façon à garantir une formation similaire à tous les internes diplômés de la subdivision. Auparavant, différents cours étaient proposés mais les internes pouvaient choisir librement les enseignements qu'ils souhaitaient valider. L'équipe du DMG vérifiait principalement le volume horaire d'enseignement. Les

---

<sup>17</sup> [Communiqué de presse SNEMG - Le ratio enseignant/étudiant en médecine générale en petite amélioration La filière universitaire de médecine générale doit être une priorité par les tutelles – novembre 2019](#)



enseignements dits du « tronc commun » formaient tous les internes à ce qui semblait indispensable, ils étaient en lien avec les compétences à acquérir et avec les stages réalisés : « *vraiment une formation commune à tous les internes pour qu'il y ait égalité en fait que un interne qui sort d'un DES de médecine générale à Rennes avec nous, on puisse certifier que, oui il a été formé (...) parce que c'est le rôle du coût de la faculté de certifier les compétences d'un étudiant on va, on. On sache qu'il a fait comme parcours d'enseignement ce qui était pas le cas avant* » (MG2). Le manque de moyen humain était l'un des facteurs limitants à la mise en place de formation à l'interprofessionnalité car les efforts étaient mobilisés sur ce tronc commun. Un parcours libre était également proposé mais les places restaient limitées et tous les internes ne pouvaient pas participer à tous les enseignements. Au cours des entretiens, aucun enseignement n'était explicitement identifié comme formation à l'interprofessionnalité dans le tronc commun.

### La territorialisation des enseignements pour favoriser l'implantation

Les internes pouvaient aller en stage dans les trois départements dépendants de la subdivision de Rennes (Morbihan, Ille et Vilaine et Côtes d'Armor) et on retrouvait des intervenants d'autres professions (des sages-femmes ou gynécologues pour les enseignements sur la santé de la femme par exemple). La délocalisation des enseignements s'est développée dans le but de favoriser l'interconnaissances avec les autres professionnels du territoire pour les étudiants qui réalisent leur internat dans le même département : « *les internes de plus en plus essayent de faire les stages au même endroit (...) donc bah de rencontrer par exemple des Gynécos de Lorient quand tu sais que tu vas rester dans le secteur c'est quand même plus pertinent* » (MG2). Cette dynamique était intéressante car les stages réalisés au cours de l'internat influencent l'installation des médecins généralistes, on peut penser que le développement d'un réseau d'interlocuteur est aussi important et peut être un levier pour le développement d'un exercice pluriprofessionnel.

### Des enseignements interprofessionnels dépendants de la politique pédagogique locale

L'une des formations spontanément citées était une formation à la communication en simulation avec des élèves infirmiers. Elle était organisée par le département de simulation du CHU de Rennes. Les étudiants médecin généralistes et infirmiers devaient jouer le rôle de leur profession. Cet exercice permettait de faire ressortir les freins à la communication qui existent dans l'exercice : « *t'as pas noté, j'ai pas compris j'ai pas osé de te rappeler* » (MG2). Le temps de débriefing permettait de travailler sur les représentations de chacun et favoriser l'interconnaissance des étudiants.

Cette formation n'a pas été reconduite suite à des priorisations différentes lors d'un changement d'équipe de direction : « *c'était super. Et puis, par refonte de l'organisation du CHU sur la simulation,*

*le département de simu est passé à un autre PUPH je ne sais plus lequel et du coup tout a été refait » (MG2). Par ailleurs, le manque de moyen humain cité précédemment n'a pas permis à l'équipe du DMG de reconduire l'expérience : « question plus comptable ou et du coup on était 2 voire 3 enseignants du DMG pour une dizaine, même pas une quinzaine d'interne (...) implique autant d'enseignants pour si peu d'étudiants d'un point de vue comptable c'était pas » (MG2).*

Le stage était aussi identifié comme lieu où l'étudiant est mis en situation d'interprofessionnalité : *« C'est vraiment sur le terrain où petit à petit, on aura la possibilité de les immerger dedans et qui s'imprègnent vraiment de ce que c'est en réalité » (MG1). Toutefois, il était dépendant de l'exercice des médecins qui accueillent les internes en stages. L'équipe pédagogique n'avait pas pour objectif de favoriser les lieux de stage en exercice coordonné ou de pouvoir identifier les lieux de stage qui propose une confrontation à cet exercice : « les étudiants peuvent plutôt connaître l'interprofessionnalité et les autres professionnels, mais ça va être du cas par cas (...) pour rencontrer que ce soit bien sûr les pharmaciens, la sage-femme, le podologue » (MG2). Par ailleurs, le stage en structure d'exercice coordonnée pouvait aussi être un lieu d'acculturation à la recherche en soins primaires qui pouvait aussi avoir une dimension pluriprofessionnelle : « de se rendre compte de la recherche en soins primaires de manière générale n'est pas qu'une médecine générale, mais en fait comment elles infirmiers comment ? Les kinés réfléchissent et font de la recherche aussi une discipline. » (MG2). Ensuite les étudiants étaient incités à réaliser des journées hors-cabinet, c'est-à-dire d'aller passer quelques jours avec d'autres professionnels. Ils devaient arriver chez un autre professionnel avec une problématique particulière. Ces temps de stage semblaient axés principalement sur de l'observation et n'avait pas d'encadrement pédagogique particulier.*

Au cours de leur formation, les étudiants doivent rédiger des mémoires de stage pour les stages ambulatoires. Ces exercices réflexifs ne semblaient pas être le lieu de réflexion sur l'exercice interprofessionnel : *« On a grossièrement ce qu'ils en ont retiré, mais pas ça va pas très loin » (MG1).*

On constate donc que l'interprofessionnalité apparaît assez peu dans le référentiel et l'encadrement de la formation des médecins généralistes. Contrairement aux autres professions on retrouve assez peu d'éléments en lien avec la communication, on identifie plus des missions en lien avec la synthèse des informations des autres professionnels, au profit d'un rôle décisionnel. Les compétences analysées mettent aussi en avant le rôle de coordination du médecin pivot présent dans les textes réglementaires. Enfin, les formations à l'interprofessionnalité au cours du 3<sup>e</sup> cycle sont encore assez rares et dépendantes des volontés et des moyen locaux. Le stage tient lieu d'immersion dans des contexte d'interprofessionnalité. Ainsi, on retrouve assez peu d'éléments formalisés de la grille de l'EIPEN.

# Des perspectives à étudier pour favoriser l'enseignement de l'interprofessionnalité dans les formations

Dans les différentes formations, les entretiens ont montré que l'interprofessionnalité ne tenait pas une place centrale au sein des cursus de formation malgré les volontés politiques<sup>18</sup>. Les formations étaient marquées par le poids des normes professionnels et des enjeux identitaires propres. Elles présentaient aussi chacune des contraintes réglementaires et des contenus différents. La formation à l'interprofessionnalité était le plus souvent un élément surajouté au reste du cursus mais pas une ligne directrice.

## Des freins et contraintes logistiques dépendantes des politiques des établissements

La volonté de développer la formation à l'interprofessionnalité a été exprimée au cours de chacun des entretiens. Pourtant, de nombreux freins étaient exprimés : *au niveau, on va dire réflexion pédagogique, on a toujours plein d'idées, on a toujours plein de formations qui sortent. Et puis en fait en en pratique, on n'y arrive pas parce que parce que ça bloque au niveau de des plannings, des agendas ...* » (MG2). Le cloisonnement des filières de formation a été évoqué dans plusieurs entretiens, notamment par leurs organisations internes et calendaires très différentes : *« Le souci, quelque part, c'est qu'on n'a pas forcément tout à fait les mêmes temporalités pour autant »* (MK). L'organisation d'un service sanitaire interfilière était également concerné par ces freins : *« cette année voudrait essayer 3 filières après c'est pareil, y a la réalité des agendas de l'autre »* (SF).

Ensuite, il existait aussi des freins organisationnels comme le nombre d'étudiant dans chaque promotion : *« on a pas forcément le même mode d'organisation. Et puis, ça veut dire déplacer parce que eux [au PFPS] comme nous, eux, ils sont avec 150 étudiants »* (MK) ou la taille de l'institut de formation *« c'est plus facile pour moi à mettre en place quand on est en institut que quand on est un petit institut. »* (IDE2). Le manque d'encadrant dans l'équipe pédagogique était aussi évoqué.

Le regroupement géographique de certaines filières de formation était identifié comme facilitant pour la mise en place de formation interprofessionnelle : *« qu'on est dans les mêmes locaux et que du coup*

---

<sup>18</sup> [Ma Santé 2022 - Rapport final Adapter les formations aux enjeux du système de santé – A. TESNIERE, S. RIST, I. RIOM](#)

*c'est facile de communiquer entre nous quoi* » (MK). Toutefois, on imagine qu'elle devrait s'accompagner d'autres initiatives car au sein du PFPS, cette proximité géographique n'était pas identifiée comme facteur favorisant le rapprochement des filières entre elles.

A l'image de l'exercice de soin interprofessionnel, la mise en place de formation interprofessionnelle nécessitait une interconnaissance des équipes pédagogiques. Ainsi la volonté politique des directions des instituts de formation jouait un rôle important dans la place octroyée à ces formations : *« Il y a probablement aussi des volontés un peu locales. Je vous dis, sans jugement, en comparaison en fait, j'ai l'impression qu'effectivement ça se faisait un peu plus là où j'étais avant »* (SF). Par ailleurs, dans chacune des formations, l'organisation et la coordination des formations à l'interprofessionnalité reposait sur un ou plusieurs membres spécifiques de l'équipe pédagogique. La mise en place était alors dépendante de la présence et de la volonté de l'équipe : *« c'est vrai que c'est difficile en fait de faire de réussir à se retrouver à un même moment donné en fonction de nos déroulées de scolarité hein, ça c'est compliqué, c'est vraiment sur la volonté de chacun de travailler avec l'autre »* (IDE2). On a aussi pu voir dans certains entretiens que le départ de certaines personnes avait pu être un élément clé qui a mis fin à certaines initiatives.

Dans la littérature, le cloisonnement des formations des futurs professionnels de santé était souvent vécu un comme frein au travail en collaboration (Fiquet et al., 2015). Issu des freins décrits précédemment, il participait au manque d'interconnaissance des futurs professionnels et des équipes pédagogiques. On constatait, au-delà des freins logistiques, que la mise en place de formation était dépendante d'une volonté de l'équipe pédagogique. Toutefois, on a pu voir dans certaines situations et à travers différentes initiatives que ces freins pouvaient être surmontés. Les formations à l'interprofessionnalité pouvaient avoir lieu sous forme de petits groupes à des moments différents par exemple. Le service sanitaire en interprofessionnalité, rendu obligatoire par voie réglementaire, a amené les équipes à trouver des solutions pour surmonter les contraintes calendaires et logistiques propre à chaque formation. Il faudra attendre d'avoir plus de recul pour identifier les leviers de sa mise en place et s'appuyer sur le travail réalisé pour proposer d'autres formations à l'interprofessionnalité.

## Le service sanitaire comme mise en situation, au dépend d'autres initiatives

La mise en place du service sanitaire et sa dimension réglementaire en interprofessionnalité était identifié par toutes les filières comme une occasion de formation en interprofessionnalité et une mise en situation : *« Ils sont mis en situation avec le service sanitaire en fait »* (MK). Il ressortait des entretiens que le caractère interprofessionnel est principalement issu de l'injonction réglementaire :

« Alors en fait au départ c'était effectivement plutôt mono filière on va dire, très rapidement on nous a demandé, il y a eu une prescription, ça a été dans les textes en fait de travailler sur l'interpro » et « Parce que là, pour le coup, on a cette injonction de travailler avec les étudiants de médecine dans le cadre de l'expérimentation universitaire » (IDE). Les difficultés de mise en place d'un service sanitaire interprofessionnel étaient les mêmes que celles identifiées pour les formations interprofessionnelles. Une vision locale partagée et une adaptation des calendriers de formation de chacun semblent être nécessaires pour permettre l'organisation des temps de formation et d'intervention communs (Chapron et al., 2021).

A Rennes, certaines équipes pédagogiques s'appuyaient sur la dimension interprofessionnelle du service sanitaire, imposée par voie réglementaire, pour justifier qu'il remplaçait progressivement le séminaire interprofessionnel comme occasion de mise en situation des étudiants : « L'avantage du service sanitaire c'est que ça touche tous les étudiants alors que le séminaire interpro c'était à peine 9 étudiants quoi » (IDE). Ce choix fait par les équipes était expliqué le plus souvent par un manque de temps et/ou un manque de moyen pour former les étudiants au contenu réglementaire « minimal ». Ce retour illustre que l'organisation d'un service sanitaire en interprofessionnalité nécessite des renoncements pour chacune des filières impliquées (Chapron et al., 2021).

Au fil des années, et de façon plus importante avec l'arrivée du service sanitaire, le séminaire interprofessionnel a vu sa fréquentation diminuer : « le séminaire interpro est voué à disparaître hein ! Très clairement, puisqu'il y a de moins en moins de filières » (PH). Pourtant, il était apprécié par les étudiants des différentes filières qui demandaient une organisation plus précoce dans le cursus et davantage de filières professionnelles représentées : « donc leur retour c'est ça devrait être fait plus tôt et il devrait y avoir plus de professionnels » (PH). Il favorisait l'interconnaissance des étudiants et des compétences de chacun, aussi il facilitait la projection concrète du travail collaboratif pour leur exercice futur (Fiquet et al., 2015).

Pourtant les objectifs de formation du service sanitaire et du séminaire interprofessionnel n'étaient pas les mêmes. Le séminaire interprofessionnel proposait un abord de la formation à l'interprofessionnalité en partie avec le prisme du mode d'exercice libéral, on retrouvait ce format dans la formation des sages-femmes. Aborder la formation à l'interprofessionnalité par le mode d'exercice est une piste d'amélioration retrouvée dans les études sur le sujet (Tyrant et al., 2021). Les structures d'exercice coordonnés pourraient être le support de mise en situation pour l'exercice libéral. Si le service sanitaire a été pensé, entre autres, dans l'objectif de favoriser l'interprofessionnalité dans les formations des professionnels de santé, il permettait aussi une mise en

situation. Les enseignements dispensés au préalable s'intéressaient surtout au développement de compétence en lien avec la prévention et la promotion de la santé. Une démarche de formation interprofessionnelle prévoit un premier temps de connaissance de l'autre avec l'acquisition des concepts de base, ensuite un temps de travail en commun sur des situations théoriques et enfin une mise en pratiques. On retrouve cette démarche dans le déroulé du séminaire interprofessionnel mais pas dans l'organisation du service sanitaire (Milot et al., 2015). Mais, le service sanitaire restait identifié comme occasion d'acquisition de compétence utiles pour le futur exercice des professionnels en formation et les étudiants considéraient aussi qu'il permet un apport important en matière d'interprofessionnalité (Busi et al., 2020).

Si la mise en place du service sanitaire a déstabilisé les instituts de formation, l'existence de formations interprofessionnelles antérieures peut aussi être un élément facilitant avec une interconnaissances des équipes pédagogiques (Perez-Roux, 2021). On a surtout pu voir que la prescription réglementaire a amené les équipes à devoir surmonter les freins organisationnels rencontrés auparavant dans la mise en place de formation interprofessionnelle mais au prix de renoncement pour d'autres temps de formation.

## Des formations médicales et paramédicales en cours de réforme au profit de plus d'interprofessionnalité

Chacune des filières étudiées était en cours de réforme et ces changements nécessitaient des adaptations pour les équipes pédagogiques et des refontes des enseignements dispensés.

### Réforme de l'entrée dans les études de santé

La réforme de l'entrée dans les études de santé a été annoncé en 2018 pour diversifier les voies d'entrée dans les formations et les profils des étudiants sélectionnés. Elle a aussi pour objectif de proposer un temps de formation commun pour susciter une culture et une identité commune aux futurs professionnels de santé<sup>19</sup>. Cet objectif suscitait des attentes en matière d'interprofessionnalité au sein des équipes pédagogiques rencontrées, toutefois, les effets ne se faisaient pas encore ressentir deux ans après la mise en place de la réforme : « *ça change en fait le profil des étudiants, donc là on parle vraiment dans l'interdisciplinarité* » (IDE1) et « *on manque encore un petit peu de recul [...] j'ai un peu du mal à.... dire la diversité de profils, je la sens pas encore des masses, ça va venir là sur la nouvelle liste* » (SF)

---

<sup>19</sup> [Accès aux études de santé – comprendre la réforme. Université de Rennes](#)

Cette première année était consacrée quasi uniquement à des enseignements magistraux. Les étudiants concernés n'avaient pas été mis en situation et ne se projetaient pas de façon concrète dans la profession qu'ils choisiront. Une réflexion a été abordée au cours des entretiens concernant la maturité des étudiants. Dans les différentes initiatives proposées dans les filières étudiées, les étudiants participaient à ces formations à des moments très différents de leur formation. La réforme de l'entrée dans les études de santé n'était pas identifiée par tout le monde comme propice à l'acquisition de compétence en matière d'interprofessionnalité car les étudiants n'étaient pas encore conscients des besoins qu'ils auront pour leur futur exercice professionnel : « *par exemple la formation durant la première année ou commune, je pense que ça sert à rien parce que personne ne connaît réellement ce que ce que va être son travail. Il appréhendera pas ce que sera le travail de l'autre* » (MG1). Par ailleurs, elle ne permettait pas de mettre les étudiants en situation d'interactions suffisante pour la considérer comme une formation interprofessionnelle.

## Universitarisation des professions paramédicales

L'universitarisation des formations paramédicales pourrait permettre d'améliorer la reconnaissance des groupes professionnels concernés. L'universitarisation de la formation à la médecine générale avec la création du DES a illustré les difficultés rencontrées mais aussi la progressivité nécessaire (Schweyer, 2008). L'un des objectifs affichés dans le rapport de la mission de Stéphane BOULER en 2017 était de rapprocher les cursus paramédicaux et universitaires pour « consolider l'articulation entre les cursus de formation paramédicaux et les cursus universitaires, de façon à faciliter une meilleure reconnaissance des parcours et les poursuites d'études »<sup>20</sup>. En pratique, l'expérimentation universitaire, qui propose d'intégrer pleinement les instituts de formation à l'Université, était perçue comme un facteur contraignant pour l'évolution des cursus. Pourtant, on peut penser qu'elle permettrait de répondre à de nombreux freins : décloisonnement des formations, favorisant l'interconnaissance des équipes pédagogiques, alignement des contraintes calendaires, ... Mais il sera nécessaire pour les équipes pédagogiques de faire un pas de côté pour prendre du recul sur leur formation et s'intégrer dans une réflexion plus grande. Dans les réflexions menées autour de l'exercice interprofessionnalité, l'amélioration du respect mutuel entre professionnel de santé et de la reconnaissance du champ de compétence de chacune que peut promettre l'universitarisation des formations médicales (notamment les sages-femmes) et paramédicales seront particulièrement attendues.

Par ailleurs, pour y parvenir des partenariats doivent être mis en place et « la multi-disciplinarité concertée » avec une réflexion commune aux formations doit naître de l'universitarisation (Galant,

---

<sup>20</sup> [Dossier de presse – L'Universitarisation des formations en santé – mars 2018](#)



2008). Il s'agit alors de passer de formations en parallèle, pluriprofessionnelle, à une formation qui se nourrit des interactions et qui dispose alors d'une dimension interprofessionnelle.

### Évolution au sein d'un UFR Santé et vers un cursus interfilière

La construction d'un UFR Santé regrouperait l'ensemble des formations des professionnels de santé. Cette perspective était envisagée comme une des solutions à apporter à la question de l'identité professionnelle. Notamment concernant les sages-femmes, l'inscription au sein d'un UFR Santé pourrait assoir le caractère médical de leur profession et participer à un renforcement identitaire<sup>21</sup> : *« vous en avez entendu parler le projet de l'UFR santé et du coup j'aurais tendance à imaginer que quelque part, cette chose un peu compliquée que je vous disais, on a un pied aux 2 endroits, du coup, on est un petit peu nulle part, on est un peu partout un peu nulle part, c'est jamais très agréable. Je me dis que quelque part, quand on aura vraiment tranché, peut-être... »* (SF). L'interconnaissance des équipes pédagogiques pourrait être favorisée et une réflexion commune aux formations à l'interprofessionnalité pourrait être favorisée. Il serait intéressant d'aller interroger cette hypothèse au sein des UFR Santé déjà en place comme à Caen, à Dijon ou à Angers.

La perspective d'un cursus interfilière était aussi évoquée lors de l'entretien pour la filière pharmacie d'officine : *« le groupe de travail qui j'espère va se mettre en place à la rentrée. C'est plutôt de travailler sur un cursus interpro interfilière »* (PH). Pour l'instant, il semblait rester à l'étape de la réflexion mais on peut imaginer qu'il permettrait aux étudiants d'évoluer ensemble, ce qui permettrait de proposer une culture et une identité commune aux étudiants : *« c'est que nos étudiants grandissent ensemble »* (PH). Cette idée, partagée par l'un des médecins généralistes, s'appuyait sur le principe de progressivité dans les apprentissages et les acquisitions et s'éloignait du modèle actuel qui propose des formations qui restent ponctuelles *« Mais idéalement, ce que je verrai, ce serait quelque chose de progressif sur les 3 ans et que ce soit toutes les filières légèrement parallèles »* (MG2).

Toutefois, un point de vigilance est soulevé sur la conception de l'interprofessionnalité : *« faudrait qu'on soit d'accord sur justement ce qu'on appelle l'interpro et peut être avoir les mêmes approches je pense pédagogique »* (PH). En effet, on a pu voir au fil des entretiens que les différentes filières de formation ne concevaient pas l'interprofessionnalité de la même façon et que la pluriprofessionnalité, pluridisciplinarité et interprofessionnalité était parfois confondues. Le contenu et l'organisation n'était pas encore réfléchi mais la démarche du séminaire interprofessionnel pourrait servir de canevas.

---

<sup>21</sup> [CNOSF – Communiqué de presse Formation des sages-femmes à l'Université, le Gouvernement s'engage, la profession prend acte – 21/03/2018](#)

# Conclusion

La formation à l'interprofessionnalité des professionnels de santé fait l'objet de grandes attentes des pouvoirs publics et s'inscrit dans les politiques publiques comme un idéal à atteindre. Toutefois, la fragmentation de l'offre de soins et des formations des professionnels de santé laissait assez peu de place à cette formation à l'interprofessionnalité. Dans les textes qui encadrent les formations, on retrouve des compétences et des aptitudes en lien avec l'interprofessionnalité, principalement autour de la communication, le transfert d'information et la coordination des soins. Peu d'éléments abordent la gestion de problème, l'évaluation et l'analyse critique des pratiques en équipes.

Malgré ces prescriptions réglementaires, les formations à l'interprofessionnalité restaient rares et l'acquisition d'aptitude et de compétence semblaient se faire au moyen d'enseignements qui restaient faites au sein des cursus. Si des formations à l'interprofessionnalité, dans leur définition de réunir au moins deux professions, étaient organisées, elles l'étaient en sus d'un cursus principalement centré autour des compétences et des normes du métier.

L'interprofessionnalité était présentée en majeure partie sur les lieux de stages. Toutefois il n'existait que peu d'éléments encadrant l'acquisition de compétence en lien avec l'interprofessionnalité en stage. Les équipes pédagogiques étaient dépendant de l'encadrement sur le terrain et influaient peu sur les occasions d'acquisition en stage. Par ailleurs, on sait que l'exercice interprofessionnel n'est pas encore majoritaire sur le terrain. Le milieu hospitalier reste dépendant de la hiérarchie au sein des professions de santé et on retrouve une grande hétérogénéité dans l'exercice interprofessionnel en ambulatoire. Ainsi, l'acculturation à l'interprofessionnalité par les lieux de stage forment probablement de façon très aléatoire à cet exercice. Il est actuellement trop tôt pour le considérer comme occasion principale d'acquisition de compétence en interprofessionnalité. Il serait alors intéressant d'aller observer et interroger les étudiants qui réalisent des stages au sein de structure d'exercice coordonné ou même d'aller plus loin en s'appuyant sur l'exercice pluriprofessionnel au sein des structures pour proposer au sein de la structure une formation à l'interprofessionnalité.

La différence entre les textes réglementaires et la réalité de terrain pourrait s'expliquer par l'absence de disposition explicite prévue dans les textes. L'interprofessionnalité est, le plus souvent, prescrite comme descripteurs au sein de compétence à acquérir au sein même de la formation, jamais comme un cadre de collaboration commun. On a pu voir avec l'exemple du service sanitaire ou de la formation aux soins palliatifs que la prescription réglementaire enjoignait les équipes à surmonter les freins organisationnels.

L'opportunité des différentes réformes qui étaient en cours au sein des études de santé pourrait être l'occasion de repenser la place de l'interprofessionnalité et d'ajouter un cadre réglementaire. Par exemple, on a pu voir qu'une nouvelle compétence explicitement tournée vers l'interprofessionnalité avait été ajoutée au référentiel de formation des études de maïeutique. L'année supplémentaire ajoutée au DES de médecine générale pourrait être mise à profit pour développer davantage de mise en situation en interprofessionnalité. La réforme évoquée dans les études de pharmacien d'officine pourrait aussi permettre d'augmenter le temps de stage, notamment en dernière année.

Toutefois, tant que les formations seront pensées de façon tubulaire et monoprofessionnelle, les formations à l'interprofessionnalité resteront compliquées.

Par ailleurs, on a pu voir que les formations initiales ne permettaient quasiment pas d'acquérir de compétence en lien avec la résolution de problème d'équipe et d'analyse des pratiques d'équipe. On peut interroger la place de la formation initiale pour l'acquisition de ces compétences. En effet, ces compétences pourraient aussi se concevoir comme des compétences collectives à acquérir en équipe. Si l'immersion en stage permet de se confronter notamment à la gestion des problèmes ou à des analyses de pratiques en équipe et adaptation des équipes, les durées de stages restent assez courtes. Ces compétences semblaient liées aux autres professionnels présents et l'adaptation de l'équipe nécessiterait du temps, il serait alors pertinent d'aller interroger l'acquisition de ces compétences au sein d'équipe déjà formée sur le terrain ou au cours de formation continue.

# Bibliographie

## Ouvrages

Bloy, G., & Schweyer, F.-X. (Éds.). (2010). *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., & Schweyer, F.-X. (2021). *Les soins primaires en question(s)* (Presses de l'EHESP)

Veziat, N. (2019). *Vers une médecine collaborative*. Presses Universitaires de France.

## Chapitres d'ouvrages

Bloy, G. (2010). 1. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In *Singuliers généralistes* (p. 21-40). Presses de l'EHESP. 1

Dubois Fresney, C., & Perrin, G. (2017). *Chapitre II. Construction de la profession et identité professionnelle: Vol. 7e éd.* (p. 65-100). Presses Universitaires de France.

## Articles de revue

Acker, F. (2008). Formation universitaire et recherche infirmière : Un chantier pour la profession, la santé et la société ? *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 122-124.

Aiguier, G., Poirette, S., & Péliissier, M.-F. (2016). Chapitre 5. Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : Une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1-2), 91-112.

Amour, D. d', Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94.

Baudier, F., Bourgueil, Y., Evrard, I., Gautier, A., Fur, P. L., & Mousquès, J. (2010). *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009*. 6.

Bedard, D., Frenay, M., Turgeon, J., & Paquay, L. (2000). *Les fondements des dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances : Les perspectives de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques*.

Bloy, G. (2014). À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Revue française des affaires sociales*, 1-2, 169-191.

Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousquès, J. (2009). La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : État des lieux et perspectives dans le contexte français. *Sante Publique*, Vol. 21(hs1), 27-38.

.

Busi, A., Boussat, B., Rigaud, M., Guyomard, A., Seigneurin, A., & François, P. (2020). Bilan du service sanitaire 2018-2019 de l'Université Grenoble Alpes, inter-filière médecine, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie. *Santé Publique*, 32(2-3), 149-159.

Chapron, A., Metten, M.-A., Maury, A., Prestel, T., Bajoux, E., Andres, É., de Bournonville, C., Fiquet, L., Mathieu, R., Degeilh, B., Besnier, M., Bastian, B., Hurel, C., Hauser, H., Garlantezec, R., & Bellissant, É. (2021). Service sanitaire des étudiants en santé : Ancrer l'éducation pour la santé dans le cursus des étudiants. *Santé Publique*, 33(3), 407-413. h

Chaput, H., & Vergier, N. (2017). Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ? *Les dossiers de la DREES*.

Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. (2011). *Pédagogie Médicale*, 12(1), Article 1

Domin, J.-P. (2008). La réforme du médecin traitant : L'émergence d'une régulation par la demande. *Journal d'économie médicale*, 26(6-7), 303-315.

Fiquet, L., Huge, S., Annezio, F., Chapron, A., Allory, E., & Renaut, P. (2015). Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*, 16(2), 105-117.

Fournier, C. (2019). Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : Un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, N° 1(1), 72-91

Fournier, C., Frattini, M.-O., & Naiditch, M. (2014). Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Questions d'économie de la santé*, 200, 8.

Freidson, J.-M. (1985). La profession médicale. *Revue française de sociologie*, 26(4), 720-722.

Galant, M.-O. (2008). L'universitarisation de la formation en soins infirmiers en France : Une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique ? *Recherche en soins infirmiers*, 93(2),

Gonçalves, P., Forner, C., & Colson, S. (2021). L'impact de l'universitarisation de la formation en masso-kinésithérapie. La professionnalisation comme une stratégie de négociation identitaire des formateurs entre université et IFMK. *Kinésithérapie, la Revue*, 21(231), 12-21.

Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 11-31.

Jovic, L. (2008). Les conditions d'émergence d'une discipline scientifique et professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 68-71

Jovic, L., Lecordier, D., Poisson, M., Vigil-Ripoche, M.-A., Delon, B., Mottaz, A.-M., Bourkia, D., Joutard, T., & Tenza, M. (2014). L'enseignement des sciences infirmières en France : Contenus et stratégies. *Recherche en soins infirmiers*, N° 119(4), 8-40.

Lalonde, M., Malouin-Benoit, M.-C., Gagnon, E., Michon, A., Maisonneuve, M., & Desroches, J. (2017). Une simulation interprofessionnelle : Une exploration des expériences des étudiantes en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 131(4), 71-84.

Lombrail, P. (2014). Les maisons de santé pluri-professionnelles : Penser localement, agir globalement ? *Sciences sociales et santé*, 32(2), 97-108.

Megerlin, F. (2020). Réforme des soins primaires : Évolution ou transformation de la pharmacie ? *Revue française des affaires sociales*, 1, 299-302.

Milot, É., Dumont, S., Aubin, M., Bourdeau, G., Azizah, G. M., Picard, L., & St-Germain, D. (2015). Building an interfaculty interprofessional education curriculum : What can we learn from the Université Laval experience? *Education for Health (Abingdon, England)*, 28(1), 58-63.

Mousquès, J. (2022). Substitution, complémentarité et travail en équipe généralistes/infirmières : Impacts potentiels du « mix des compétences ». *Les Tribunes de la santé*, 73(3), 47-53.

Osty, F. (2012). Chapitre 4—Sociologie des professions et des métiers. In *Sociologie du monde du travail* (p. 63-82). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.alter.2012.01.0063>

Perez-Roux, T. (2021). Étude d'un dispositif en interfiliarité dans le cadre du Service sanitaire des étudiants en santé : Conception, mise en œuvre et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*, 145(2), 65-78.

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*, N° 117(2), 33-49.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education : Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD002213.

Remondière, R., & Durafourg, M.-P. (2018). Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Santé Publique*, 30(6), 869-876. <https://doi.org/10.3917/spub.187.0869>

Robelet, M., Serré, M., & Bourgueil, Y. (2005). La coordination dans les réseaux de santé : Entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 1, 231-260. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0231>

San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 132-147.

Schweyer, F.-X. (1996). La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sciences Sociales et Santé*, 14(3), 67-102.

Schweyer, F.-X. (2008). L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : Les promesses et leurs ombres. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 120-121.

Tyrant, J., Girard, P., Nicolotto, C., & Gaboreau, Y. (2021). Éducation interprofessionnelle des étudiants en santé. Étude observationnelle en France en 2017. *Exercer*, 171, 136-137.

Wacheux, F., & Kosremelli Asmar, M. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : Cas d'un hôpital universitaire*.  
<https://basepub.dauphine.psl.eu/handle/123456789/2614>

### Thèses

De Bremond d'Ars, P. (2020). *La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3e cycle : Un état des lieux en France* [Thèse d'exercice en vue du DES Médecine Générale]. Université de Créteil

Fournier, C. B. (2015). *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes* [Theses, Université Paris Sud - Paris XI].

Moyal, A. (2021). *Une liberté sous contraintes ? : Rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maisons de santé pluriprofessionnelles en France* [Theses, Institut d'études politiques de paris - Sciences Po].

### Rapports

Juilhard, J.-M. (2007). *Offre de soins : Comment réduire la fracture territoriale ?* (14). Sénat - Commission des Affaires Sociales.

Legendre, B. (2021). Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. *DREES*.

# Annexes

## Liste des annexes

Annexe 1 – Grille de compétence de l’EIPEN

Annexe 2 – Exemple d’une grille d’entretien

Annexe 3 – Entretiens réalisés

Annexe 4 – Fiches synthèses des formations étudiées



# Annexe 1 – Grille de compétences de l'EIPEN

**EIPEN**

## Grille d'évaluation

Indicateurs de comportements interprofessionnels  
Partie 1



**FRA**

		Absent ou non acquis	Partiellement présent ou acquis	Présent ou suffisamment acquis	Clairement présent ou largement acquis	Totalement acquis et présent
<b>CONSULTER &amp; COLLABORER</b>	1	Initier et utiliser un langage et des <b>concepts communs</b> comme base des processus collaboratifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2	Développer, mettre en œuvre et ajuster un socle de <b>connaissances communes</b> et un cadre de collaboration commun, là où ils sont inadéquats ou inexistants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3	Agir de manière solidaire et <b>partenariale</b> avec les autres professionnels afin d'établir des relations de travail constructives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4	<b>Partager sa propre expertise</b> (rôles et responsabilités) lorsque cela est souhaité ou requis, et l'ajuster en fonction du client, du contexte et des autres expertises disponibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5	Reconnaître, tenir compte, respecter et <b>utiliser les compétences</b> et les analyses d'autres professions, en clarifiant les rôles et les responsabilités lors de pratiques collaboratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	6	Encourager <b>l'utilisation pertinente des expertises</b> des (autres) professionnels, et faciliter cette utilisation lorsque cela s'avère nécessaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	7	<b>Identifier les informations importantes</b> et les besoins non satisfaits des clients selon une large perspective interprofessionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	8	Sélectionner et <b>utiliser des outils et des techniques</b> adéquats pour soutenir le processus de prise de décision et de collaboration interprofessionnelles, et pour améliorer le fonctionnement de l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PLANIFIER &amp; MANAGER</b>	9	<b>Transmettre proactivement et clairement les informations pertinentes</b> au client et aux autres professionnels, afin de promouvoir le processus de prise de décision partagée (et discutée)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	10	Formuler, avec le client et les autres professionnels, des <b>objectifs interprofessionnels</b> pour la santé et le bien-être des personnes, et pour les interventions de soins et les prestations de santé au sens large	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	11	Participer activement au processus de <b>prise de décision partagée</b> , en veillant à ce que les professionnels et les clients (et les personnes clés du réseau concerné) comprennent et adhèrent aux décisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	12	<b>Solliciter l'expertise d'autres professionnels</b> spécifiques, par exemple, pour l'élaboration et l'ajustement d'un plan de soins partagé et pour des interventions de santé au sens large	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	13	Identifier et <b>rechercher les informations manquantes et l'expertise requise</b> , le cas échéant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	14	<b>Collaborer efficacement</b> avec les clients et les membres de leur réseau pour l'élaboration et l'ajustement du plan de soins, pour la mise en œuvre des interventions et des activités du sens large	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	15	<b>Placer l'intérêt des clients au centre</b> de la planification des soins et des activités relatives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	16	Sélectionner et <b>utiliser des outils et des techniques</b> à même de soutenir et faciliter la planification interprofessionnelle des soins et les prestations de santé au sens large	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EIPEN key competences for interprofessional practice in health and social care – version 2.1 – print April 2022 – © EIPEN.eu

## Indicateurs de comportements interprofessionnels Partie 2

		Absent ou non acquis	Partiellement présent ou acquis	Présent ou suffisamment acquis	Clairement présent ou largement acquis	Totalement acquis et présent	
RÉFÉRER & TRANSMETTRE	17	Transmettre les informations pertinentes et nécessaires lors des transfert, transitions de soins et des demandes de consultation, tant du point de vue individuel que celui de l'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	18	Utiliser des outils appropriés pour partager des informations avec d'autres équipes ou services, dans le respect de la vie privée du client	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	19	Orienter les clients vers des professionnels de la santé et des prestataires de services en fonction des objectifs fixés, de l'expertise des professionnels et des besoins (non satisfaits) des clients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	20	Utiliser un vocabulaire compréhensible pour les clients, les personnes clés de leurs réseaux et autres professionnels lors de demandes de consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	21	Favoriser une utilisation efficace de l'expertise disponible (services de santé et professionnels) en renforçant les capacités des clients à les utiliser efficacement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	22	Adapter l'équipe interprofessionnelle, les méthodes, les outils et les actions de l'équipe à l'évolution des besoins et des objectifs des clients, tout au long de son parcours de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRAITER PROBLÈMES & OPPORTUNITÉS	23	Identifier et articuler les enjeux liés aux structures et aux processus des pratiques collaboratives (ex : défis, menaces, obstacles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	24	Identifier et articuler les conflits et divergences d'opinion dans le développement et la pratique collaborative, dans les activités cliniques et dans les prestations de santé au sens large	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	25	Discuter ouvertement et améliorer les processus décisionnels basés sur les valeurs et les situations pouvant engendrer de la souffrance morale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	26	Identifier et utiliser les opportunités et leviers pour implémenter, développer et mettre en œuvre et disséminer les pratiques collaboratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANALYSER & ÉVALUER	27	Évaluer les conditions et les processus des prestations interprofessionnelles, de la planification au suivi des objectifs, en collaboration avec le client et ses personnes clés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	28	Évaluer et porter un regard critique sur la communication interprofessionnelle sur la base d'outils et de critères pertinents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	29	Évaluer et porter un regard critique sur l'efficacité et l'efficience de la collaboration interprofessionnelle fondées sur les résultats sur la base de critères pertinents et des objectifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	30	En fonction des évaluations menées, ajuster et améliorer certains aspects de la collaboration interprofessionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Annexe 2 – Exemple d'un guide d'entretien pour la formation des infirmiers

### **Présentation**

#### **Présentation de l'interlocuteur**

Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours et votre rôle dans la formation ?

#### **Cursus de formation**

Comment est organisée la formation des étudiants infirmiers ?  
(Projets pédagogiques, enseignements théoriques, stages) ?

#### **Stage**

Pouvez-vous m'expliquer l'organisation et le déroulement des différents stages des étudiants ?

#### **Formation à l'interprofessionnalité**

Comment vos étudiants sont préparés à travailler avec d'autres professionnels de santé ?

Et en pratique, qu'attendez-vous des étudiants vis-à-vis du travail avec les autres professions de santé ?

Racontez-moi plus en détails une situation de travail interprofessionnel au cours de la formation

#### **Lien avec l'analyse documentaire**

Pouvez-vous me parler plus en détail de  
l'UE - Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité ?

Concernant la compétence « organiser et coordonner des interventions soignantes », comment elle est abordée auprès des étudiants ? Quelles sont les attentes en termes d'acquisition ?

#### **Ouverture**

Concernant l'interprofessionnalité dans votre formation, est ce que des points importants n'ont pas été abordé selon vous ?

### Annexe 3 – Liste des entretiens réalisés

Filière	Fonction de(s) la personne(s) rencontrée(s)	Sexe	Durée de l'entretien
IDE	coResponsable de la filière IDE au PFPS de Rennes	F	1h05
	Coordinatrice des stages de la filière IDE au PFPS de Rennes	F	
MK	coResponsable pédagogie de la filière kiné à l'IFPEK	F	1h
PH	Responsable de la filière officine de l'UFR de pharmacie Rennes	F	1h03
SF	Directrice de l'école de sage-femme de Rennes	F	1h20
MG	Coordonnateur du DES de Médecine Générale de Rennes	M	35 min
	Membre de l'équipe pédagogique du DMG de Rennes	F	33 min

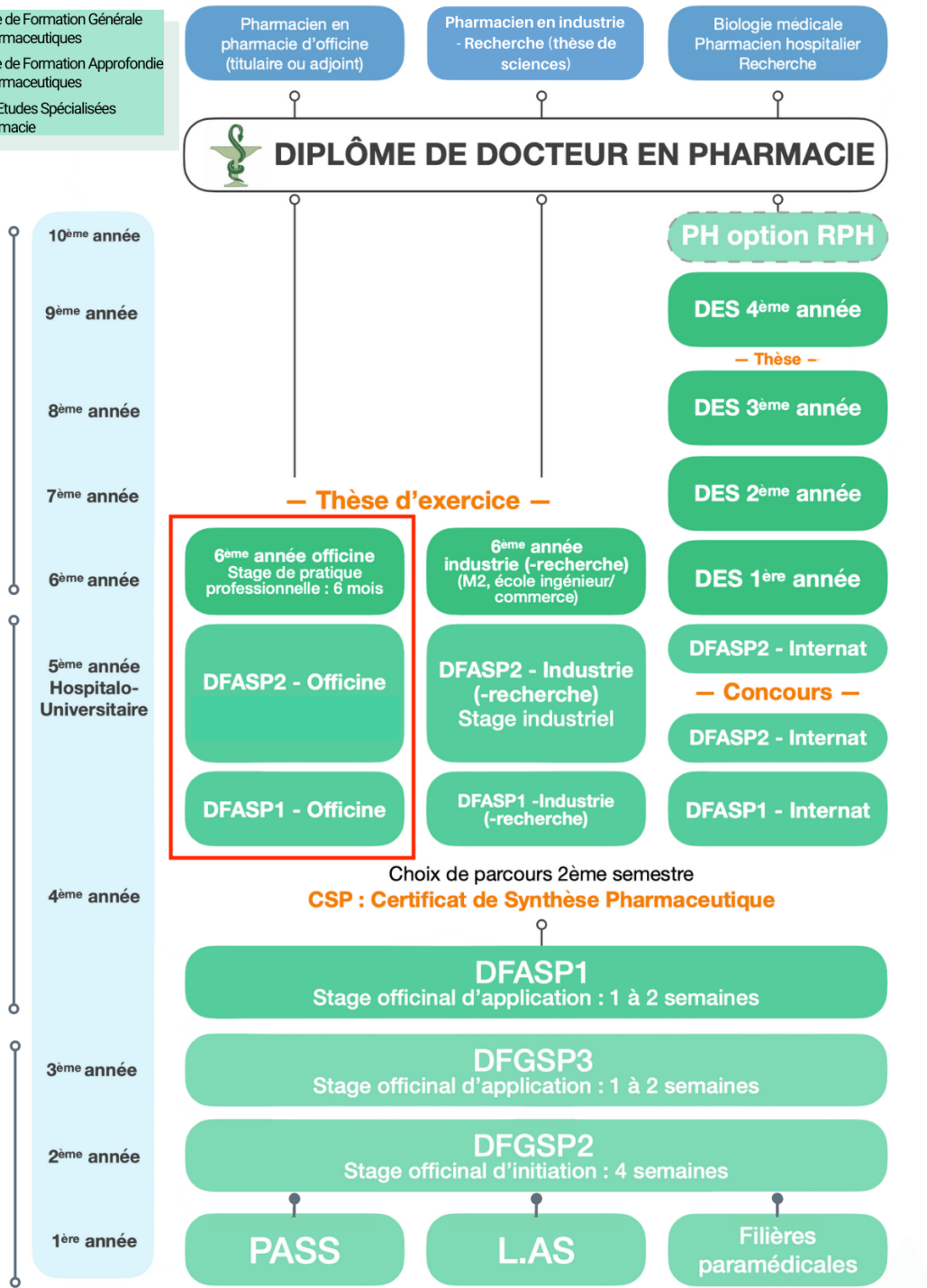
## Annexe 4 – Fiches synthèse

Infirmier diplômé d'État																																																																																											
Encadrement réglementaire	Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier																																																																																										
Durée	3 ans																																																																																										
Référentiel d'activité	<p>Observation et recueil de données cliniques</p> <p>Soins de confort et de bien-être</p> <p>Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes</p> <p>Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes</p> <p>Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique</p> <p>Coordination et organisation des activités et des soins</p> <p>Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits</p> <p>Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires</p> <p>Veille professionnelle et recherche</p>																																																																																										
Référentiel de compétence	<p>1 - Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier</p> <p>2 - Concevoir et conduire un projet de soins infirmier</p> <p>3 - Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</p> <p>4 - Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique</p> <p>5 - Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs</p> <p>6 - Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins</p> <p>7 - Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle</p> <p>8 - Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques</p> <p>9 - Organiser et coordonner des interventions soignantes</p> <p>10- Informer et former des professionnels et des personnes en formation</p>																																																																																										
Formation	<p><b>Théorique</b> : 2100h réparties en 750h de cours magistraux, 1050h de travaux dirigés et 300h travaux pratiques</p> <p><b>Pratique</b> : 2100h répartis sur les six stages</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">S1 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits</th> <th colspan="3">S2 février à fin août 30 semaines de formation 30 crédits</th> <th colspan="3">S3 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits</th> <th colspan="3">S4 février à fin août 30 semaines de formation 30 crédits</th> <th colspan="3">S5 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits</th> <th colspan="3">S6 février à juillet 22 semaines de formation 30 crédits</th> </tr> <tr> <th>S</th><th>I</th><th>V</th> <th>S</th><th>I</th><th>V</th> <th>S</th><th>I</th><th>V</th> <th>S</th><th>I</th><th>V</th> <th>S</th><th>I</th><th>V</th> <th>S</th><th>I</th><th>V</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 s</td><td>15 s</td><td>2 s</td> <td>10 s</td><td>10 s</td><td>10 s</td> <td>10 s</td><td>10 s</td><td>2 s</td> <td>10 s</td><td>10 s</td><td>10 s</td> <td>10 s</td><td>10 s</td><td>2 s</td> <td>15 s</td><td>5 s</td><td>2 s</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Année 1</td> <td colspan="6">Année 2</td> <td colspan="6">Année 3</td> </tr> <tr> <td colspan="6">I = Institut : 60 semaines.</td> <td colspan="6">S = Stages : 60 semaines.</td> <td colspan="6">V = Vacances : 28 semaines.</td> </tr> </tbody> </table>	S1 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits			S2 février à fin août 30 semaines de formation 30 crédits			S3 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits			S4 février à fin août 30 semaines de formation 30 crédits			S5 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits			S6 février à juillet 22 semaines de formation 30 crédits			S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V	5 s	15 s	2 s	10 s	10 s	10 s	10 s	10 s	2 s	10 s	10 s	10 s	10 s	10 s	2 s	15 s	5 s	2 s	Année 1						Année 2						Année 3						I = Institut : 60 semaines.						S = Stages : 60 semaines.						V = Vacances : 28 semaines.					
S1 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits			S2 février à fin août 30 semaines de formation 30 crédits			S3 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits			S4 février à fin août 30 semaines de formation 30 crédits			S5 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits			S6 février à juillet 22 semaines de formation 30 crédits																																																																												
S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V																																																																										
5 s	15 s	2 s	10 s	10 s	10 s	10 s	10 s	2 s	10 s	10 s	10 s	10 s	10 s	2 s	15 s	5 s	2 s																																																																										
Année 1						Année 2						Année 3																																																																															
I = Institut : 60 semaines.						S = Stages : 60 semaines.						V = Vacances : 28 semaines.																																																																															
Stages	<p>Répartis entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des services de soins de courte durée ;</li> <li>- des services de soins en santé mentale et psychiatrie ;</li> <li>- des services soins de longue durée et soins de suite et réadaptation</li> <li>- des lieux de soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie (cabinet libéral, EHPAD, ...)</li> </ul> <p><b>Durée des stages :</b></p> <p>S1 : 5 semaines S2 à S5 : 10 semaines S6 : 15 semaines</p> <p><b>Encadrement :</b></p> <p>Maitre de stage : le + souvent le cadre → fonction de management et garant de la qualité de l'encadrement. Assure le suivi entre l'IFSI et sa zone d'exercice</p> <p>Tuteur : fonction pédagogique → assure un suivi et une évaluation de la progression de l'étudiant</p> <p>Professionnel de proximité : fonction d'encadrement pédagogique au quotidien et reste présent avec l'étudiant lors des sessions de travail</p>																																																																																										
Outils pédagogiques	Portfolio																																																																																										

Masseur Kinésithérapeute diplômé d'État	
Encadrement réglementaire	Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de Masseur kinésithérapeute
Durée	5 ans
Référentiel d'activité	Réalisation du bilan et de l'évaluation clinique en masso-kinésithérapie, Élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie, Conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique, Prise en charge individuelle ou collective en masso-kinésithérapie dans différents contextes, Prévention et dépistage, conseil, expertise, éducation thérapeutique et santé publique, Organisation et coordination des activités de santé, Gestion des ressources et management, Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles, Recherche et les études en masso-kinésithérapie Formation et l'information des professionnels et des futurs professionnels.
Référentiel de compétence	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique ;</li> <li>2. Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation.</li> <li>3. Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage ;</li> <li>4. Conseiller, informer ou former à la prévention en masso-kinésithérapie les professionnels et les autres partenaires en fonction de leurs responsabilités ;</li> <li>5. Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie ;</li> <li>6. Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie ;</li> <li>7. Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie ;</li> <li>8. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle ;</li> <li>9. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques</li> <li>10. Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources</li> <li>11. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs et enfin informer et former les professionnels et les personnes en formation :</li> </ol>
Formation	Théorique : 1980 heures réparties en 895 heures de cours magistraux et 1085 heures de travaux dirigés. Pratique : 1 470 heures.
Stages	<p>3 champs disciplinaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- neuromusculaire</li> <li>- musculosquelettique</li> <li>- respiratoire, cardiovasculaire, interne et tégumentaire</li> </ul> <p><u>Durée des stages</u> K1 → S1: 2 semaines + S2 : 4 semaines K2 → S3 : 6 semaines + S4 : 6 semaines K3 → S5 : 6 semaines + S6 : 6 semaines K4 → S8 = clinicat- 12 semaines</p> <p><u>Encadrement :</u> Tuteur : accueille, intègre, organise le stage, assure le suivi, accompagne et évalue l'étudiant Maitre de stage : chargé de l'élaboration du projet de formation. Interlocuteur privilégié avec l'IFMK</p>
Outils pédagogiques	Formateur de l'institut de formation, référent du suivi pédagogique Portfolio : suivre l'acquisition des compétences de l'étudiant Autoévaluation en stage : annexe de l'arrêté

Pharmacien	
Encadrement réglementaire	<p>Organisation générale : Articles L633-1 à L633-6 du code de l'éducation. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie</p> <p><u>DGFSP</u> : Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques <u>DFASP</u> : Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie et Arrêté du 26 novembre 2018 modifiant l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de docteur en pharmacie</p>
Durée	<p>1e cycle : PASS/LASS + DFGSP2 + DFGSP3 2e cycle : DFGSSAP1 + DFGSAP2 3e cycle : 3 année officine</p>
Référentiel d'activité	<p>Contribuer aux soins de premier recours Participer à la coopération entre professionnels de santé Participer à la mission de service public de la permanence des soins Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé Participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients Assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement Être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient : à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.</p>
Référentiel de compétence	<p><u>DFASP</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Communiquer avec le patient et les autres professionnels de santé, en favorisant une approche interprofessionnelle.</li> <li>2 - Comprendre les pathologies et les investigations cliniques, biologiques ainsi que les thérapeutiques afférentes.</li> <li>3 - Étudier les médicaments et les autres produits de santé sous les aspects de la conception, de la synthèse, du mécanisme d'action, de la toxicologie et du bon usage.</li> <li>4 - Participer à l'éducation thérapeutique du patient.</li> <li>5 - Assurer les gestes de première urgence.</li> <li>6 - Appréhender les objectifs de la santé publique.</li> <li>7 - Appliquer les règles juridiques, déontologiques et éthiques.</li> </ol>
Stages	<p><u>Durée</u> :</p> <p>DFGSP2 : S4 : 4 semaines en officine (initiation) - S5 : 1 semaine en Officine ou à l'hôpital (application) DFASP1 : S6 : 2 semaines en officine ou à l'hôpital (application) - S7/S8 : 1/2 semaine en officine ou hôpital (application) 3e cycle : 6 mois en officine (professionnalisant)</p> <p><u>Encadrement</u> :</p> <p>Maitre de stage agréé par le directeur de l'UFR</p>
Outils pédagogiques	<p>Guide de stage</p> <p>Portfolio : suivi de l'acquisition des connaissances et des compétences correspondant aux objectifs pédagogiques des stages</p>

**DFGSP** : Diplôme de Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques  
**DFASP** : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Pharmaceutiques  
**DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées  
**RPH** : RadioPharmacie



Source : ANEPF



Sage-Femme	
Encadrement réglementaire	DFGSMa : Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques – annexe : UE du tronc commun DFASMa : Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme
Durée	5 ans – Grade licence : PASS/LAS + DFGSMa1/DFGSMa2 -- Grade master : DFASMa1/DFASMa2
Référentiel métiers et compétence	<p><u>8 situations types</u> : développement de compétences dans un continuum de la prise en charge. Conduire une consultation prénatale, organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité, assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3<sup>e</sup> trimestre, diagnostiquer et suivre le travail, réaliser un accouchement et surveiller ses suites, diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance, assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale, réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention, réaliser une réanimation néonatale</p> <p><u>Compétences transversales</u> :</p> <p><u>Expertise professionnelle</u> : développer son expertise pro sur les spécificités de son champs professionnel  <u>Communication</u> : en s'impliquant dans les réseaux de santé avec tous les acteurs de la périnatalité  <u>Collaboration</u> : développement d'un esprit de concertation avec les différents professionnels et ses pairs, en participant aux activités interdisciplinaires d'une équipe ou d'un réseau, en collaborant efficacement pour la sécurité des soins de la femme et de l'enfant  <u>Professionalisme</u> : comportement respectueux, respect des droits, des besoins et des attentes, gestion et organisation s'impliquer dans la gestion de l'équipe et de ses projets, évaluant ses besoins, ses limites et la coopération nécessaire avec ses pairs ou les autres professionnels requis  <u>Érudition</u> : En s'exerçant aux stratégies de partage des connaissances avec ses pairs et les autres professionnels dans le domaine de la périnatalité  <u>Responsabilité</u> : utilisant à bon escient tous les supports de communication à sa disposition par une transmission efficace  - En s'engageant dans une démarche d'évaluation de ses pratiques</p> <p><u>Savoir scientifique et techniques</u></p>
Référentiel de formation	<p>La formation permet l'acquisition de compétences et de connaissances pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Décider des actions adaptées au soutien, au maintien, et/ou à la restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum ;</li> <li>2. Accompagner la femme, le couple et la famille dans le vécu d'une situation ou d'un événement en cours ;</li> <li>3. Ajuster ses actions dans une démarche éthique et dans le respect des règles juridiques et déontologiques en rapport avec le futur exercice professionnel ;</li> <li>4. Réguler le rapport au temps et répondre à l'urgence et à ses exigences de délais, d'organisation et de priorités d'actions ;</li> <li>5. Composer avec l'incertitude et l'inéluctable inhérents à son champ d'activités ;</li> <li>6. Analyser, de façon pluriprofessionnelle, les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables ;</li> <li>7. S'engager dans la promotion et la prévention de la santé des femmes, des nouveau-nés et des familles ;</li> <li>8. Organiser et gérer dans son environnement professionnel les ressources humaines, logistiques, financières et administratives mises à disposition ;</li> <li>9. Communiquer efficacement dans un contexte pluriprofessionnel ;</li> <li>10. S'engager dans une démarche de développement professionnel continu, comprenant la transmission de son art.</li> </ol> <p>Approche par compétence et pratique réflexive (étude de cas, analyse de pratique, ateliers réflexifs, ...)</p> <p>Formation théorique en 3 axes organisées regroupement thématiques pluridisciplinaires permettant l'acquisition des compétences professionnelles.</p>
Stages	<p>1 ECTS de stage = 30h de stage = environ une semaine de stage</p> <p><u>Suivi pré-natal</u> = 12 à 16 ECTS → consultations prénatales, surveillance de grossesses à haut risque, préparation à la naissance et à la parentalité  <u>Suivi per-natal</u> = 20 à 24 ECTS → pratique d'un accouchement eutocique, accueil d'un nouveau-né eutrophique, suivi d'un accouchement à risque ou pathologiques et ses suites immédiates, accueil d'un nouveau-né malade  <u>Suivi post-natal</u> = 8 à 14 ECTS → suites de couches physiologiques, nouveau-né, nourrissons, suite de couche pathologiques, nouveau-né malade  <u>Planification, surveillance gynécologique</u> = 8 à 14 ECTS : consultation de contraception, prévention des IST, IVG, suivi gynécologiques de prévention</p>

<b>Médecin Généraliste</b>	
Encadrement réglementaire	<p><u>DFGSM</u> : Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales</p> <p><u>DFASM</u> : Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales</p> <p><u>DES de Médecine Générale</u> : Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine</p>
Durée	10 ans – PASS/LAS + DFGSM1/DFGSM2 + DFASM1/DFASM2/DFASM3 + DES (4ans)
Référentiel métiers et compétence	<p><u>16 situations types</u></p> <p><u>Savoir et savoir faire</u></p> <p><u>Référentiel de compétence du Collège National des Généralistes Enseignants :</u></p> <p><b>Approche globale, complexité</b> : mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient sur modèle globale de la santé EBM</p> <p><b>Education en santé, prévention individuelle et communautaire</b> : accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé ...</p> <p><b>Premier recours, urgence</b> : capacité à gérer avec la personne des problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, ...</p> <p><b>Continuité, suivi, coordination des soins</b> : capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.</p> <p><b>Relation, communication, approche centré patient</b> : capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels en utilisant les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates dans l'intérêt des patients.</p> <p><b>Professionalisme</b> : capacité à assurer l'engagement auprès de la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité pro en privilégiant le bien-être des personnes dans une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre EBM</p>
Formation	<p>Le troisième cycle a pour objectif l'acquisition de connaissances et de compétences à la fois transversales à toutes les spécialités et spécifiques à la spécialité suivie en mobilisant les savoirs et savoir-faire préalablement acquis au cours du deuxième cycle des études de médecine</p> <p><u>Phase socle</u> : acquisition de connaissances de base spécifiques à la spécialité suivie et construction d'un premier niveau socle des compétences nécessaires à l'exercice de la profession. En médecine générale, notamment savoir mettre en œuvre une démarche décisionnelle du premier recours ambulatoire (fondée sur la prévalence, la clinique et la notion d'incertitude), développer l'approche centrée patient, développer l'approche globale dans le modèle bio psycho social. Acquisition d'un niveau de base sur les 6 compétences</p> <p><u>Phase d'approfondissement</u> : approfondissement des connaissances et les compétences acquises lors de la phase socle nécessaires à l'exercice de la spécialité et acquisition d'un niveau avancé sur les 6 compétences</p> <p>Enseignements hors-stages : 1 demi-journée par semaine sous la responsabilité du coordonnateur (cours, ...) + 1 demi-journée par semaine de travail en autonomie.</p>
Stages	<p>Durée : 6 mois</p> <p>Phase socle : Stage de médecine générale : praticien niveau 1 + Stage de médecine d'urgence</p> <p>Phase d'approfondissement : stage de médecine polyvalente, stage en santé de la femme, stage en santé de l'enfant, stage en soins premiers en autonomie supervisée</p>
Outils pédagogiques	Travaux d'écriture clinique, groupes d'échanges de pratique (GEP), méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP), groupes de formation à la relation thérapeutique, groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité, ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

CINOT	Marianne	12/09/23
<p align="center"><b>Pilotage des politiques et action en santé publique</b> Promotion 2022/2023</p>		
<p align="center"><b>Formation des professionnels de santé : quelle place pour la formation à l'interprofessionnalité ?</b></p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes</p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La collaboration interprofessionnelle permet une meilleure efficacité des systèmes de soins. L'interconnaissance des professionnels et de leurs champs de compétence en constituent le socle fondamental. Pourtant les études montrent que l'organisation cloisonnée des formations initiales des étudiants en santé - principalement monoprofessionnelles - ne permet pas le développement de cette collaboration et l'acculturation au travail pluriprofessionnel. Son apprentissage passe ainsi par une exposition et une formation en interprofessionnalité via des dispositifs pédagogiques spécifiques et devrait comprendre une sensibilisation à la qualité des soins. En France, la littérature montre que ces formations restent encore rares dans les études médicales mais les données manquent concernant les autres filières. Ce travail propose d'explorer les occasions d'acquisition de compétences à l'interprofessionnalité dans les cursus de formation des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des sages-femmes, des pharmaciens (filière officine) et des médecins généralistes dans une subdivision universitaire.</p> <p>Pour y répondre une analyse qualitative du contenu des référentiels de formation, des référentiels métiers et des projets pédagogiques des instituts de formation. Des entretiens semi-directifs auprès des référents pédagogiques des cursus de formation concernés ont ensuite été menés pour compléter les données. Analyse des données est réalisée en référence au référentiel de formation à l'interprofessionnalité proposée par l'EIPEN</p> <p>Il en résulte que la place de l'acculturation à la collaboration interprofessionnelle n'est pas centrale dans les cursus de formation initiale des professionnels de santé étudiés. Ils proposent des occasions d'acquisition des compétences pluriprofessionnelles très hétérogènes le plus souvent dans une logique monoprofessionnelle. En pratique, pour les étudiants ces occasions se limitent le plus souvent à une observation des pratiques d'autres professionnels</p> <p>Ce travail, fort d'un retour d'expérience authentique et systématique, permet de mieux comprendre un des freins au développement de la collaboration interprofessionnelle. La construction de stages dédiés ou de formations spécifiques serait à poursuivre pour préparer les futurs professionnels de santé à des pratiques collaboratives en particulier en soins primaires.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Collaboration interprofessionnelle ; interprofessionnalité ; formation initiale ; compétence ; service sanitaire des étudiants en santé ; soins primaires</p>		
<p align="center"><b><i>L'École des Hautes Études 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.</i></b></p>		

