



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**EVALUATION D'UN SEMINAIRE INTERPROFESSIONNEL A LILLE
EN 2017**

Présentée et soutenue publiquement le 21 décembre 2017 à 14h

Au Pôle Formation

Par Marie CASTELAIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Damien CUNY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE.

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

SEP : Sclérose En Plaque

AFDET : Association Française pour le Développement de l'Enseignement et de la formation Technique

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

AFISS : Agrément de la Formation Interprofessionnelle en Sciences de la Santé

FIP : Formation Interprofessionnelle

Table des matières

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	2
1) Promouvoir l'inter-professionnalité, en soins primaires, pourquoi ?	3
a) Promotion de la santé et soins primaires.....	3
b) Pluri-professionnalité versus inter-professionnalité : l'émergence du concept de travail collaboratif.....	4
c) La notion de médecine de parcours.....	6
d) Point de vue sociologique.....	8
e) Un projet pédagogique innovant.....	10
2) Déroulé du séminaire	12
a) Session 1 : se rencontrer, se connaître.....	13
b) Session 2 : réfléchir ensemble.....	14
c) Session 3 : construire ensemble.....	16
3) Objectifs de l'étude	17
a) Objectif principal.....	17
b) Objectifs secondaires.....	17
MATERIEL ET METHODES	18
1) Population incluse et durée de l'étude	19
2) Les questionnaires d'évaluation	19
3) Outil utilisé	19
RÉSULTATS	20
1) Session 1 : se rencontrer, se connaître	21
a) Questionnaire de satisfaction.....	21
b) Contenu.....	23
c) Que changeriez-vous ?.....	23
2) Session 2 : Réfléchir ensemble	24
a) Questionnaire de satisfaction.....	24
b) Contenu.....	26
c) Que changeriez-vous ?.....	26
3) Session 3 : construire ensemble	27
a) Questionnaire de satisfaction.....	27
b) Que changeriez-vous ?.....	27
4) Au total	28
a) Session 1.....	28
b) Session 2.....	28
c) Session 3.....	29
DISCUSSION	30
1) Une version novatrice des séminaires précédents	31
2) Perspectives d'amélioration du séminaire	32
3) Limites de l'étude	33
4) Le concept de leadership : facteur d'innovation et de changement	34
5) Des objectifs d'apprentissage reconnus à l'international	36
6) Au Canada : exemple d'une formation interprofessionnelle intégrée dans les normes d'agrément de six professions de la santé	37
CONCLUSION	40
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42
ANNEXES	46

RÉSUMÉ

Contexte : Le système de santé français évolue vers une médecine de parcours axée sur les soins primaires. La coordination des soins apparaît comme un enjeu de santé publique. La qualité et la sécurité des soins dépend d'un travail collaboratif efficace au sein d'équipes pluri-professionnelles. Ainsi, la formation interprofessionnelle s'impose dans les études de santé en France. La création d'un séminaire interprofessionnel à Lille en 2017 s'inscrit dans cette logique. Cet enseignement permet de lutter contre le cloisonnement des études du système sanitaire et favorise le travail en équipe interprofessionnelle. L'objectif de cette thèse est d'évaluer le séminaire proposé aux étudiants lillois de différentes filières médicales et paramédicales, afin d'en apprécier la satisfaction et de l'améliorer.

Méthode : Une étude rétrospective incluant l'ensemble des étudiants participants au séminaire a été réalisée. Les réponses aux questionnaires ont été recueillies de façon anonyme et analysées par une application open source.

Résultats : Au total, parmi les étudiants ayant répondu [étendue 81%-95%], 100% sont réceptifs à l'ouverture de leur formation aux autres formations des professionnels de santé. Les évaluations faites à l'issue de chaque session sont plutôt homogènes, tant du point de vue de la satisfaction, que sur les apprentissages induits. L'organisation globale du séminaire plaît et c'est sur l'ordre des ateliers et interventions qu'ils souhaiteraient voir des changements. La présence des enseignants favorise les échanges et l'alternance théorie / travaux en groupe est appréciée.

Conclusion : Cette étude souligne l'intérêt des étudiants envers une formation interprofessionnelle (FIP). Comparativement à la FIP développée à l'international, de nombreuses pistes restent à exploiter pour appuyer son intégration aux formations des professionnels de santé en France. Les concepts de leadership, de management en équipe et la formation par la simulation pourraient être développés. Au vu de l'impact de la qualité du travail collaboratif sur la qualité des soins, et de l'évolution vers une médecine de parcours, il paraît utile de donner plus de place à la FIP et de l'ouvrir à d'autres métiers du système sanitaire et social.

INTRODUCTION

« Tout l'enjeu est de réussir à surmonter des oppositions culturelles, des segmentations de financement, des défauts d'interopérabilité des bases de données et des rivalités de positionnements institutionnels qui prennent souvent le pas sur l'intérêt du patient. »

La cour des comptes dans son rapport public annuel 2013, p.21

La stratégie nationale de santé recherche le déploiement et l'intégration de bonnes compétences au bon moment sur un territoire donné pour que chaque personne malade puisse trouver sur une aire géographique accessible une complémentarité d'offres de soins et d'accompagnement compétents.

Elle se fixe pour cela une priorité, le décloisonnement : « *la suppression des points de rupture dans la prise en charge provoqués par les multiples cloisonnements qui existent aujourd'hui.* » (1)

1) Promouvoir l'inter-professionnalité, en soins primaires, pourquoi ?

a) Promotion de la santé et soins primaires.

La charte d'Ottawa (2) a pris comme point de départ la déclaration d'Alma-Ata (3), rédigée à la suite de la première conférence de l'OMS, en 1978, sur les soins de santé primaires et l'accès de tous à un niveau de santé acceptable.

Adoptée le 21 novembre 1986, lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, elle exige « *l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations bénévoles, autorités locales, industries et médias...les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé* »

La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne.

Le travail collaboratif était déjà mis en exergue.

Cette charte introduit le droit et le devoir des hommes de participer collectivement aux mesures de protection sanitaire et définit ainsi les soins primaires :

- Fondés sur une réorganisation des services médico-sanitaires,
- Aidés par l'ensemble des intervenants médecins, paramédicaux, auxiliaires, praticiens traditionnels,
- Exigeant la participation de la collectivité et des individus au fonctionnement et au contrôle,

- Faisant intervenir tous les secteurs,
- Comportant la promotion et l'éducation pour la santé, la prévention,
- Visant à résoudre les principaux problèmes de santé,
- Fondés sur la recherche.

Ainsi, les soins primaires s'appuient sur cinq notions clés (4) : le premier recours, la proximité, la permanence, la délivrance de soins curatifs et préventifs.

Une des évolutions marquantes des vingt dernières années est la transformation de l'organisation et des conditions de délivrance des soins primaires, vers une pratique plus collective, plus interprofessionnelle, et de plus en plus organisée en groupes, en équipes, en réseaux structurés. (4)

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance, publié en 2007 (5) que: « *Le regroupement de professionnels libéraux et un exercice plus collectif permettraient (...) de procéder à de nouveaux partages de compétences entre professionnels tout en rendant plus attractive ou plus facile la présence d'une offre de santé dans certaines zones* ».

La médecine générale est une spécialité clinique répondant aux principes des soins primaires. Parmi ses objectifs, il y a la nécessité de répondre aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, à travers un travail interdisciplinaire.

b) Pluri-professionnalité versus inter-professionnalité : l'émergence du concept de travail collaboratif.

La pluri-professionnalité se définit comme une juxtaposition de disciplines diverses sur la base de savoirs socialement reconnus, et de qualifications spécifiques, qui délimitent leurs champs professionnels. (6)

Il s'agit d'une cohabitation sans cohésion.

Chacun travaille de manière parallèle, de façon indépendante, vers un but commun.

L'inter-professionnalité évoque un espace commun, en acceptant de sortir de sa discipline, pour explorer un domaine dont nous ne sommes pas le propriétaire unique, et aller chercher de nouvelles connaissances et habiletés. (6).

Le préfixe –inter se réfère à un partenariat où les membres des différents domaines travaillent en synergie. Cette logique se base sur des valeurs humanistes (ouverture à autrui et reconnaissance de ses limites) partagées autour d'un projet commun : la prise en charge du patient.

L'inter-professionnalité est ainsi reliée à la globalité de l'approche du patient, dans sa dimension bio-psycho-sociale.

Ces deux formes d'interactions nécessitent un travail collaboratif ; Le terme « collaboration » venant du latin *cum laborare* signifiant « travailler avec ».

C'est la mise en œuvre dans le travail clinique de l'interaction professionnelle.

Le CIHC, référentiel national Canadien de compétences en matière d'inter-professionnalisme, présente cette interaction comme une pratique où les prestataires de santé oeuvrent de concert avec d'autres professionnels (du même ou d'un autre corps de métier), ainsi que leurs patients et leur famille. Ils poursuivent un but commun, à travers une action centrée sur le patient.

Le concept de collaboration interprofessionnelle émerge en sciences de gestion de la santé et de la protection sociale, depuis une dizaine d'années et des facteurs influençant cette pratique sont identifiés (7) (8) (6) :

- Les facteurs interactionnels (micro structurels) : la volonté, la confiance mutuelle, la communication, le respect (qui exige que les membres reconnaissent et comprennent la complémentarité de chaque expertise),
- Les facteurs organisationnels (méso structurels, qui dépendent du milieu de travail) : la structure plate et décentralisée favorisant la communication (par opposition à une structure hiérarchique), la philosophie de l'organisation favorisant équité/liberté d'expression/interdépendance, le support administratif (essentiel pour la mise en œuvre de la collaboration), la présence de leaders (capables de créer un environnement propice), le temps suffisant, la proximité physique, la présence de standards/protocoles/réunions formelles,
- Les facteurs externes (macro structurels) : le système social, culturel, professionnel, éducatif.

Le système éducatif est cité dans la littérature comme déterminant principal de la collaboration interprofessionnelle car il véhicule des valeurs aux futurs professionnels.

c) La notion de médecine de parcours

D'après le rapport Cordier 2013 « *c'est au travers de la formation que l'on peut espérer maintenir et développer la qualité des pratiques, développer un nouveau système de relations interprofessionnelles et induire le plus rapidement les changements d'attitudes et d'organisations qui vont de pair avec le développement du concept de parcours de soins.* » (1) p78

Ainsi, la réforme du médecin traitant en France, fait tendre le modèle de professionnel de contact (4) vers le modèle de professionnel de coordination.

La coordination des soins apparaît comme un enjeu de santé publique (9) face à :

- L'essor des pathologies chroniques,
- Les exigences en matière de qualité des soins et de sécurité des patients,
- Le vieillissement de la population,
- La pénurie en professionnels de santé.

La médecine de parcours s'inscrit dans une volonté de limiter le nomadisme médical, afin que les soins appropriés soient prodigués au bon endroit, au bon moment et par le personnel adéquat. (10)

L'organisation en réseau facilite les décroisements au sein du système sanitaire ; Ces réseaux se développent d'autant plus depuis la promotion du « virage ambulatoire » (9) par les politiciens, qui souhaitent « sortir les patients de l'hôpital » et favoriser l'exercice ambulatoire.

Une pratique individuelle semble alors inadaptée et le travail collaboratif s'impose.

La HAS, Haute autorité de Santé, (11) précise que, pour améliorer la qualité des soins et rendre les professions de santé attractives, de nouvelles formes de coopération sont nécessaires ; elles concernent les professionnels de santé entre eux mais aussi avec les professions du domaine sanitaire (aides-soignants,

secrétaires médicales), les travailleurs sociaux et les patients que l'on souhaite rendre acteurs de leur prise en charge.

Cette recommandation met l'accent sur le développement de certaines activités comme :

- Les programmes de prévention,
- Les programmes d'éducation thérapeutique,
- Le suivi des maladies chroniques.

Ces activités faisant partie du cahier des charges des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (12).

L'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, dans son rapport de 2010 « Framework for Action on Inter Professional Education & Collaborative Practice » (13), affirme que la formation interprofessionnelle permet une pratique en collaboration efficace, qui renforce le système sanitaire et améliore les résultats en matière de soins.

Ainsi, la pratique en collaboration (13) ou pratique de groupe (4) améliore :

- L'accès et la coordination des services de santé,
- La coopération des professionnels de santé,
- L'utilisation appropriée des ressources des spécialistes,
- La cohérence du parcours,
- La prise en charge des maladies chroniques,
- La qualité et la sécurité de l'acte.

Elle diminue :

- Les complications liées aux soins,
- Le nombre d'admissions et la durée de séjour à l'hôpital,
- Les conflits/tensions entre soignants,
- Les erreurs cliniques,
- Le taux de mortalité.

Dans le domaine de la santé mentale :

- Elle favorise l'observance du traitement,
- Elle réduit la durée du traitement ainsi que le coût des soins,
- Elle réduit l'incidence des suicides.

Le Consortium pancanadien pour l'inter-professionnalisme en santé (14) affirme que « aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre

de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe de besoins de nombreux usagers de services de santé, ni garantir des soins prenant en compte la totalité des besoins du patient. »

Le programme OBAMA care incite également l'ensemble des acteurs de santé nord-américains à mieux collaborer entre eux dans l'intérêt du patient. Il conduit les hôpitaux et les professionnels de ville à tirer ensemble le meilleur de la technologie *Cerner Millenium*, qui associe des données cliniques, administratives et financières au sein d'un même système d'information. Cette société exploite, via un logiciel, l'évolution du système vers la « médecine de parcours » qui impose l'usage d'un système d'information unifié et transversal. En effet, la pratique de groupe favorise l'usage de systèmes d'informations intégrés et partagés.

Sur le territoire Français, les SROS 3, Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire, introduisent une territorialisation avec, dans certaines régions, des démarches d'élaboration de projets médicaux de territoire qui associent les professionnels des secteurs ambulatoire et médico-social.

La nécessité de renforcer les transmissions d'informations entre professionnels de santé renvoie aux 19 recommandations du rapport Cordier 2013 « *l'acte médical comporte la nécessité d'informer tous les acteurs de la chaîne de prise en charge. C'est pourquoi les échanges d'informations doivent être facilités et plus systématisés entre les professionnels de santé, et faire l'objet d'intéressement sur objectifs de santé publique et de mise à disposition d'outils performants* »(1)

d) Point de vue sociologique

Les professionnels de santé voient leurs métiers évoluer dans un système de soins en réorganisation, et font face à différentes problématiques (15) (16) (17):

- Des conditions de formations initiales qui créent d'emblée une séparation marquée entre les médecins - dont la formation relève d'une filière universitaire longue (9 ans en moyenne) - et les professions paramédicales - dont la formation correspond à des filières courtes (3 ans en moyenne).
- La notion de « monopole médical », où seuls les médecins sont autorisés à porter atteinte à l'intégrité des personnes.

- Un système professionnalisant basé sur l'autorité, le pouvoir, alors que la collaboration interprofessionnelle dépend de la reconnaissance de l'interdépendance.
- Un cursus ancré dans une culture de compétition, alors qu'au sortir des études, il est demandé aux jeunes professionnels de partager des valeurs centrales liées à l'esprit d'équipe.
- Des études cloisonnées, entraînant un manque de connaissance des compétences de l'autre.
- Des identités professionnelles marquées avec une représentation des autres professions stéréotypée.
- Des rivalités inter et intra professionnelles historiques.
- La crainte d'une perte de statut, la perte de cette identité professionnelle et une dilution des rôles en cas d'exercice d'interprofessionnel.
- Des contradictions dans la socialisation à la profession (ex : est demandé aux médecins d'avoir une neutralité affective, alors que d'autres professions comme les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) parlent de « travail émotionnel » ; l'investissement émotionnel des médecins semble considéré comme une « faute » professionnelle, quand il est une qualité pour d'autres professions).
- Au sein d'une même profession, un rapport au patient variable en fonction du mode d'exercice (l'hôpital revendique le lien patient/paramédicaux, la ville revendique le lien patient/médecin traitant, ailleurs, la logique de patientèle partagée se développe).
- Une évaluation centrée sur la restitution de connaissance sans quasi aucune attention portée aux compétences sociales et humaines des étudiants, notamment en médecine.
- Un programme de cours et un calendrier de stages déjà complet pour chaque profession.
- Un manque de disponibilités d'universitaires qualifiés.
- Des capacités et intérêts différents au sein des différents étudiants/professionnels.
- Une segmentation des soins lors des études, conduisant à une hyperspécialisation et un hôpitalo-centrisme inapproprié, sans aucune formation sur ce qu'est la médecine de parcours.

- Un manque d'information sur les modalités d'un exercice libéral, entraînant en fin de cursus, un isolement de chaque professionnel.
- Un manque de temps certain, limitant la coopération, face à une intensification et une complexification des besoins de santé et des réponses à apporter.
- Une tarification à l'acte peu propice au développement de nouvelles formes de coopération.

L'institut de Médecine nord américain recommandait en 2003 que « tous les professionnels de santé soient éduqués pour délivrer des soins centrés sur les patients en tant que membres d'une équipe interdisciplinaire » (18)

Comment exercer un métier de façon collaborative, si l'inter-professionnalité n'a pas été inculqué pendant l'enseignement ?

L'éducation interprofessionnelle doit faire partie de la formation, le séminaire présenté ci-dessous s'inscrit dans cette logique.

e) Un projet pédagogique innovant

Repenser la formation fait partie des 19 recommandations du Comité des « sages » (1), comité à l'origine du rapport Cordier 2013, pour la réorganisation du système de santé dans son ensemble :

« La formation doit garantir la compétence, et tout autant l'acquisition de valeurs humanistes, le regard critique et la capacité à travailler en équipe. Il convient d'assurer un corpus de base de connaissances identiques pour les futurs professionnels de santé, une culture partagée par tous. »

« Former à la coopération ne relève que de la volonté de projets pédagogiques innovants » p79

L'objectif est de délivrer une culture commune au sein des étudiants des filières sanitaires.

Ainsi, le travail d'équipe pluri-professionnel s'impose, avec pour chaque profession de santé, la volonté d'apprendre sur les autres professions, des autres professions, et avec les autres professions.

Ceci permettra de développer les compétences nécessaires au travail collaboratif, support de la médecine de parcours, et d'harmoniser les pratiques avec l'ensemble des professionnels de santé.

La formation interprofessionnelle (FIP) est définie par le *Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)* comme « *les occasions où deux professionnels ou plus apprennent les uns des autres pour améliorer la collaboration et la qualité des soins.* » (19)

Les référentiels de formation proposent des approches par domaines de compétences et restent très cloisonnés.

Former à la coopération relève de la volonté de créer des projets pédagogiques innovants, et c'est en ce sens, qu'un séminaire a été mis en place au sein de la faculté de Lille.

La construction de ce séminaire se base sur la collaboration entre des formateurs de chaque institution, qui ont pu prendre conscience de leurs propres représentations des autres professions, et apprendre à travailler ensemble.

2) Déroulé du séminaire

A l'initiative de quelques responsables de la faculté, a été organisé en janvier/février 2017 un séminaire pluri-professionnel. L'objectif était de permettre aux participants d'appréhender le travail en inter-professionnalité, dans leurs formations initiales respectives.

Un représentant de chaque profession était membre de l'équipe enseignante :

- Les Pr LEFEBVRE et Pr DELEPLANQUE, pour la médecine générale.
- Mme Léone DE OLIVEIRA, pour les infirmiers.
- Mr le Doyen et Pr CUNY, pour les pharmaciens.
- Mme Catherine MACIEJEWSKI, pour les masseurs-kinésithérapeutes.
- Mme Véronique LEHEMBRE, pour les sages-Femmes.

Les intervenants étaient :

- Mme Caroline DEPAUW, sociologue.
- Mme Marjorie LOMBARD, psychologue.
- Quelques membres de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de santé), de la FFMPs (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) et du Groupe Pasteur.

Ce séminaire était proposé à des étudiants en fin de cursus, entrant tous en même temps, l'année suivante, sur le marché du travail.

Étaient conviés les étudiants de :

- Masso-kinésithérapie,
- Sages-femmes,
- Infirmiers,
- Pharmaciens,
- Internes en médecine générale.

Le nombre de participants était de 8 à 10 apprenants par métiers.

Les travaux en groupes pluri professionnels étaient privilégiés, pour favoriser l'expression et la réflexion de chacun.

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
2 IMG	3 IMG	2 IMG	2 IMG	2 IMG
1 PHARMA	2 PHARMA	2 PHARMA	1 PHARMA	2 PHARMA
2 KINE	2 KINE	2 KINE	2 KINE	2 KINE
3 IDE	2 IDE	2 IDE	2 IDE	2 IDE
2 SF	1 SF	1 SF	2 SF	1 SF
9	10	9	9	9

Tableau 1 : Répartition des étudiants dans chaque groupe.

Il n'y avait pas de cours magistraux mais des interventions d'experts reconnus, pour éclairer la réflexion des apprenants.

Le séminaire s'organisait sur deux mois, en trois sessions de deux jours. Chaque journée était organisée en quatre parties (deux le matin / deux l'après-midi).

a) Session 1 : se rencontrer, se connaître.

- Déroulement : janvier 2017, dans les locaux de l'IFSI - Rue du Dr Schweitzer, 59000 Lille.

Première partie :

Recueil en 3 mots de la signification de l'interdisciplinarité pour chacun. Évaluation des attentes de chaque participant.

Travaux en groupe uni-professionnel, construire une carte d'identité de sa profession, puis de chacune des autres professions. Ces cartes d'identité professionnelle étaient reportées sur un poster, un pour chacune des 5 professions.

Deuxième partie :

« Speed-dating » : répartis en groupe pluri-professionnel, et 2 à 2 dans chaque groupe, un professionnel avait pour mission de convaincre l'autre de travailler ensemble, en insistant sur l'intérêt qu'apporterait une collaboration.

Objectif : identifier en quoi les autres métiers étaient complémentaires.

Des fiches concernant chaque profession étaient définies, objectivant les freins et leviers du travail interprofessionnel.

Troisième partie :

Affichage en amphithéâtre des cartes d'identité de chacun, chaque participant pouvait alors découvrir les stéréotypes de sa profession. Analyse de ce qui pouvait faciliter/faire obstacle à l'inter-professionnalité. Débat autour des représentations de chacun.

Quatrième partie :

Point de vue sociologique de l'interdisciplinarité grâce à l'intervention d'une sociologue membre de l'URPS, Caroline DEPAUW, suivi d'un débat.

Dans un deuxième temps, travaux en groupes, sur la problématique de « Comment faire pour travailler ensemble ? » « Quels moyens avons nous et que pourrions nous mettre en place ? »

- Objectifs de cette première session :

Objectiver les représentations des autres métiers côtoyés dans le système de santé,
Faire connaître son métier aux autres professionnels,
Connaître les champs de compétence de chacun,
Identifier les facteurs favorisant la coopération entre les différentes professions,
Envisager le « travailler ensemble ».

b) Session 2 : réfléchir ensemble.

- Déroulement : un mois plus tard, dans les locaux de la faculté de médecine - Université Lille 2, Avenue Eugène Avinée, 59120 Loos.

Première partie : En groupe.

Réflexion autour de la profession de chacun ; Discussion des motivations relatives au choix de sa profession.

Dans un deuxième temps, photo langage ; Choisir deux photos : une définissant la maladie/ une définissant la bonne santé. Au décours de ces choix, réflexion autour de la définition de la maladie et de la bonne santé.

Deuxième partie : en amphithéâtre.

Présentation du travail de chaque groupe autour des définitions maladie/bonne santé ; Réflexions autour des fiches et des photos choisies, soutenue par l'intervention de la psychologue Mme Marjorie LOMBARD.

Point sur l'épreuve de la maladie, son impact sur l'organisation psychique du patient. Introduction sur l'évolution des pratiques médicales et la notion de « patient expert » ;

Le message est clair : on passe d'une relation paternaliste (où le médecin, détenteur d'un savoir intelligible, travaille pour/sur le patient) à une relation d'échange (où le patient est acteur dans sa santé) ; Le patient peut intervenir en tant que personne ressource pour les autres, car détenteur d'un savoir intrinsèque, sur le vécu de la maladie.

Troisième partie : En groupe.

Témoignage d'un patient expert pour chaque groupe.

Discussion autour de la maladie, de leur vécu, sur le plan médical, psychologique et social. Réflexion autour de la prise en charge et l'importance de l'inter-professionnalité.

Quatrième partie : En amphithéâtre.

Présentation de chaque patient expert par le groupe concerné ; Quatre pathologies représentées : la névralgie pudendale, la Sclérose En Plaque, la myélopathie cervico-arthrosique, la dépression/l'isolement social. Discussion autour de ces problématiques.

- Objectifs de cette deuxième session :

Connaître ses motivations en tant que soignant,

Travailler ses représentations de la maladie/de la bonne santé,

Identifier les représentations des autres professions sur ces thèmes,

Découvrir les itinéraires de soins des patients chroniques,

Identifier les problèmes du « travailler ensemble » au service du patient porteur d'une maladie chronique.

Cette session permettait de réfléchir à la posture éducative dans la prise en charge du patient.

c) Session 3 : construire ensemble.

- Déroulement: Dix jours plus tard, à la faculté de pharmacie - 3 Rue du Professeur Laguesse, 59006 Lille.

Première partie :

Répartition en quatre groupes. Découverte des jeux de rôles dont l'objectif était de créer un projet commun autour d'une problématique de soin. Travailler en inter-professionnalité et non en pluri-professionnalité.

Deuxième partie :

Présentation des différents projets devant un jury composé de professionnels (FFMPS, URPS, Groupe Pasteur). Ce comité était là pour écouter les idées des étudiants et donner son point de vue sur leurs propositions.

- Objectif de cette troisième session :

Construire un projet commun de santé, en inter-professionnalité.

Comprendre de façon concrète que la collaboration nécessite des ressources humaines non négligeables (volonté, travail, énergie, estime de soi, gestion des conflits, créativité, prise de rôle) et du temps.

Un séminaire du même type intitulé « Apprendre à travailler ensemble en formation initiale », a été organisé au sein de la faculté de Lille en 2015, porté par l'Association Française pour le Développement de l'Enseignement et de la formation Technique (AFDET). Il rassemblait des étudiants de différentes filières des champs de la santé et du social, sur la base du volontariat. (15)

L'objectif était de se projeter dans un avenir professionnel, l'imaginer et le construire ensemble avec une organisation en 3 sessions de 2 jours, pour laisser un temps de réflexion entre chaque session.

Il n'y a malheureusement pas eu d'étude sur la satisfaction des étudiants. Or, celle-ci paraît nécessaire puisque l'éducation interprofessionnelle s'impose désormais dans les études de santé.

3) Objectifs de l'étude

a) Objectif principal

Apprécier le niveau de satisfaction des étudiants à l'égard de la structure du séminaire, afin d'en améliorer sa qualité.

b) Objectifs secondaires

Évaluer l'intérêt des étudiants à l'égard du contenu du séminaire.

Décrire l'intérêt professionnel du « travailler ensemble ».

Évaluer la capacité à concevoir et construire un projet en interdisciplinarité autour d'une problématique de soin.

Recueillir les attentes et remarques des étudiants sur le séminaire.

MATERIEL ET METHODES

« Le seul vrai problème en communication est l'illusion qu'elle a été établie. »

George Bernard Shaw [1856 – 1950] - critique et scénariste Irlandais.

1) Population incluse et durée de l'étude

Tous les étudiants participants au séminaire ont été inclus.

Pour évaluer la structure il était important que leurs souvenirs soient « frais », les questionnaires d'évaluation ont ainsi été envoyés le jour même de la survenue des différentes sessions. Pour rappel, celles ci ont eu lieu en janvier/février 2017.

2) Les questionnaires d'évaluation

Trois questionnaires, destinés à l'évaluation de chaque session du séminaire et créés spécifiquement, ont été envoyés à chaque participant. Les organisateurs demandaient qu'ils soient complétés individuellement et de façon anonyme.

Chaque questionnaire a été organisé en trois parties :

- La première, portant sur les outils pédagogiques et la structure du séminaire ; Les réponses aux questions étaient formulées pour chaque proposition à l'aide d'une échelle de Likert à cinq points : 0 (= totalement en désaccord) à 3 (= totalement en accord) avec un item neutre (= sans réponse).
- La seconde, portant sur le contenu et abordant les objectifs de chaque session ;
- La dernière, identique pour les trois sessions : « que changeriez vous », destinée à recueillir les propositions de chacun pour améliorer ce séminaire, tant sur le fond, que sur la forme.

3) Outil utilisé

L'analyse des données a été réalisée avec Lime Survey, une application Open Source d'élaboration et de passation de questionnaires en ligne, avec possibilité de faire des mailings d'invitation, des relances, et de gérer le suivi. À partir de cette application, les données étaient analysées et pouvaient être exportées dans des fichiers aux formats Word, Excel, CSV et SPSS.

81 % des étudiants ont répondu à chacun des tests en ligne (étendue [95% ; 81%])

C'est sur cet effectif que l'étude a été réalisée.

RÉSULTATS

« Pour progresser, il faut que les hommes collaborent [...] et au cours de cette collaboration, ils voient graduellement s'identifier les apports dont la diversité initiale était précisément ce qui rendait leur collaboration féconde et nécessaire. »

Claude Lévi-Strauss [1908-2009] – Anthropologue français.

Les étudiants sont répartis de façon homogène (cf. figure 2) avec 9 masseurs-kinésithérapeutes, 6 sages-femmes, 7 internes en Médecine Générale, 10 Infirmiers, 6 pharmaciens.

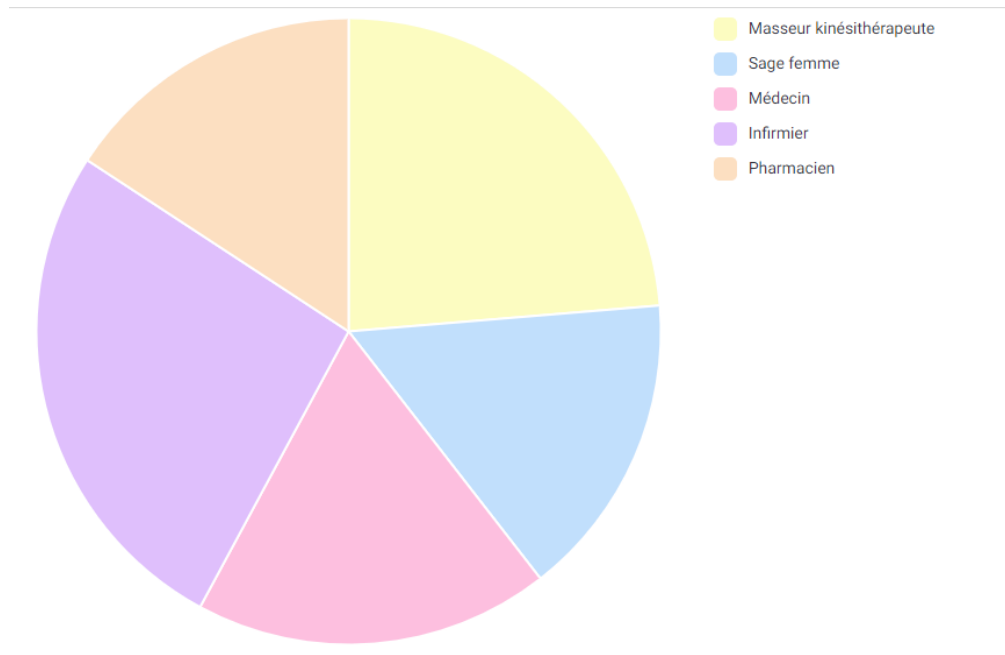


Figure 2 : Répartition des étudiants participants au séminaire.

1) Session 1 : se rencontrer, se connaître

Pour rappel, l'objectif de cette session est que chaque participant prenne conscience de ses préjugés, fasse connaître son métier aux autres professionnels et découvre l'intérêt du travail collaboratif.

Le taux de réponses est de 95% (40 réponses sur 42 questionnaires envoyés.)

a) Questionnaire de satisfaction

Sur les 40 étudiants ayant répondu,

- La majorité des participants (38 soit 95%) sont plutôt ou totalement en accord avec les techniques de formation.



[L'intervention de la sociologue était pertinente]			Décompte	Pourcentage
Totalement en désaccord (A1)	●	1	2.50%	
Plutôt en désaccord (A2)	●	5	12.50%	
Plutôt en accord (A3)	●	12	30.00%	
Totalement en accord (A4)	●	19	47.50%	
Sans réponse (A5)		3	7.50%	

Figure 3 : Réponses à « L'intervention de la sociologue était pertinente »

- 77,5% (n=31) sont plutôt ou totalement en accord avec la pertinence de l'intervention de la sociologue (cf. figure 3).
- 90% (n=36) jugent que l'animation a favorisé leur participation.
- 92,5% (n=37) jugent avoir repéré la singularité de chaque professionnel.
- 38 étudiants soit 95% disent mieux connaître la fonction de chaque profession.



[Ce séminaire a un intérêt pratique]			Décompte	Pourcentage
Totalement en désaccord (A1)	●	1	2.50%	
Plutôt en désaccord (A2)	●	1	2.50%	
Plutôt en accord (A3)	●	14	35.00%	
Totalement en accord (A4)	●	24	60.00%	
Sans réponse (A5)		0	0.00%	

Figure 4 : Réponses à « Ce séminaire a un intérêt pratique »

- 95% (n=38) reconnaissent l'intérêt pratique de ce séminaire (cf. figure 4).
- 90 % (n=36) trouvent la répartition dans le temps (en 4 demi journées) adaptée.
- 92,5% (n=37) ont pu grâce à ce séminaire rencontrer ces autres professionnels, sans sentiment de malaise selon 97,5% (n=39).

b) Contenu

A la question ouverte s'intéressant aux messages reçus, les réponses portent sur :

- L'importance de la communication interprofessionnelle (n = 32), gage de qualité concernant la prise en charge du patient.
- L'importance de mettre le patient au cœur du travail collaboratif (n= 12).
- L'intérêt de transmissions de qualité (n= 3), avec la nécessité d'en trouver les bons outils (n= 2).
- L'importance de connaître le champ de compétence de chacun (n= 17) et de ne pas se fier aux préjugés/clichés/a priori (n= 8).
- L'intérêt du travail collaboratif (n= 22) à travers des termes tels que : collaboration, travail interprofessionnel, complémentarité, union, travailler ensemble, partage de compétences.

Ainsi, en tant que futurs praticiens, les étudiants ont estimé que l'inter-professionnalité était gage de qualité pour la prise en charge du patient.

c) Que changeriez-vous ?

A la question « que changeriez vous », la demande des étudiants porte à la fin sur :

- Une présentation plus claire de chaque profession à l'introduction du séminaire (n= 5) ; en effet, certains rapportent que « les domaines de compétences de chaque profession restent flous ».
- L'intervention de professionnels expérimentés (n= 7), qui viendrait compléter les fiches de compétences de chaque profession, avec des témoignages appuyant l'importance du travail collaboratif.
- L'organisation dans le temps avec l'intérêt de réaliser le speed-dating après avoir découvert les cartes d'identité de chacun (n=7).
- Permettre un échange bilatéral lors du speed-dating (n=6).
- Placer l'intervention de la sociologue le matin pour en avoir une écoute de qualité (n=7) – cette suggestion fait écho au chiffre de 77,5% des étudiants qui n'ont pas trouvé l'intervention de la professionnelle pertinente.
- Changer de groupes (n=4) afin de pouvoir dès la première session rencontrer chaque étudiants.

- Cadrer d'avantage les échanges sur l'exercice en ambulatoire (n=2) (la problématique de l'âge se pose avec des étudiants jeunes qui ne connaissent que l'exercice hospitalier).
- Raccourcir les pauses (n=7).
- Etendre l'accès au séminaire à d'autres professions paramédicales (n=4).
- Un étudiant rapporte : « cela donnait l'impression que le séminaire était fait pour les étudiants en médecine générale. »

2) Session 2 : Réfléchir ensemble

Pour rappel, les représentations de la maladie et de la bonne santé sont au cœur de cette session, centrée sur des patients porteurs de maladies chroniques.

a) Questionnaire de satisfaction

Parmi les 38 étudiants ayant répondu :

- 100% des étudiants (n=38) sont en accord avec le fait que la répartition en groupe favorise les échanges et ont ressenti une impression d'unité au sein du groupe.



Figure 5 : Réponses à « L'intervention de la psychologue était pertinente »

- L'intervention de la psychologue divise avec 18% (n=7) qui l'ont trouvé peu pertinente (cf. figure 5).

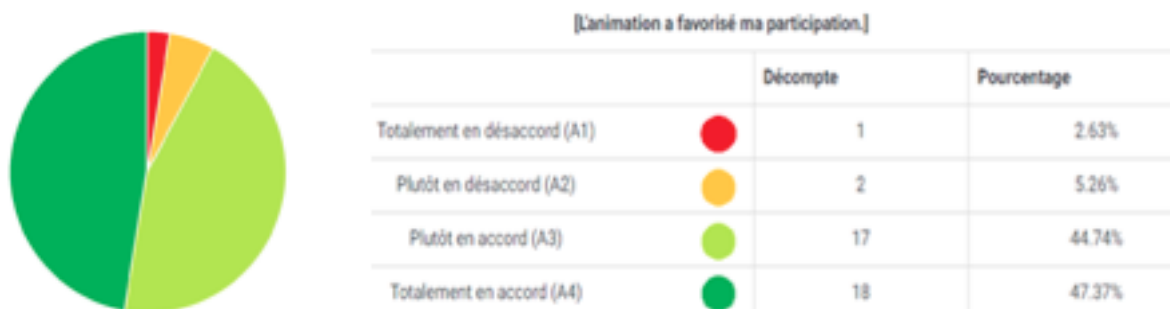


Figure 6 : Réponses à « L'animation a favorisé ma participation »

- 91% (n=35) des étudiants jugent que l'animation a favorisé leurs participations (cf. figure 6).
- Le thème de fin de vie ayant été abordé, 70% des étudiants (n=27) l'appréhendent mieux au sortir du séminaire.
- 100% des étudiants ont pris conscience de l'importance de l'inter-professionnalité dans la prise en charge de la maladie chronique.



Figure 7 : Réponses à « J'ai reconnu l'intérêt de l'inter-professionnalité grâce à l'intervention des patients »

- L'intervention des patients a permis pour 90% des étudiants (n=34) de pointer l'intérêt de l'inter-professionnalité (cf. figure 7).
- 13% des étudiants n'ont pas ressenti le sens du « travailler ensemble » suite à cette session.



[Cette deuxième session a un intérêt pratique.]

		Décompte	Pourcentage
Totallement en désaccord (A1)	●	1	2,63%
Plutôt en désaccord (A2)	●	11	28,95%
Plutôt en accord (A3)	●	19	50,00%
Totallement en accord (A4)	●	6	15,79%
Sans réponse (A5)		1	2,63%

Figure 8 : Réponses à « Cette deuxième session a un intérêt pratique »

- L'intérêt pratique de cette session ne semble pas évident pour 30% (n=12) des étudiants (cf. figure 8).

b) Contenu

Les représentations de la maladie s'expriment pour 58% (n=22) d'entre eux par une rupture d'équilibre. Les autres représentations passent ensuite par l'isolement, le combat, l'atteinte physique, psychique et sociale, la souffrance, le mal être.

Les représentations de la bonne santé sont centrées autour du bien-être (n=25), du bonheur (n=14), de l'équilibre (n=10), du partage (n=8), de la liberté (n=8), de la qualité de vie (n=6), du travail (n=2), du mouvement (n=1), de l'autonomie (n=4).

Parmi les qualités nécessaires à la bonne prise en charge de la personne malade, 90% (n=34) des étudiants soulignent l'importance de l'écoute. Puis les notions de compétence (n=8), d'empathie (n=23), de bienveillance (n=1), de respect (n=4), de communication (n=6), de « remise en question » (n=6) sont récurrentes.

c) Que changeriez-vous ?

La troisième partie du questionnaire a permis de mettre en évidence les pistes d'amélioration proposées par les étudiants :

- Favoriser la rencontre et les échanges avec les patients experts en organisant les échanges en amphithéâtre. Certains étudiants regrettent de ne pas avoir pu entendre tous les témoignages car ils étaient réalisés en groupe (n=8),
- Repenser l'intervention de la psychologue : plus courte ou au moins plus ciblée, car selon six étudiants, cette intervention n'était pas cohérente au

thème du séminaire – cette suggestion explique pourquoi 18% des étudiants n'ont pas trouvé cette intervention pertinente (cf. figure 5).

- Mettre en place un cas pratique pour travailler ensemble. Construire un projet autour de l'inter-professionnalité (n=3) – cette suggestion concorde avec la réponse au questionnaire de satisfaction, où 13% des étudiants n'ont pas compris le sens du travailler ensemble dans cette session.
- Diminuer le temps entre les 2 premières sessions (1 mois) (n=2),
- Axer le séminaire sur des points plus pratiques tels que le fonctionnement des réseaux de santé (leur organisation, leur localisation...) et les modalités de création d'une maison de santé pluri-professionnelle (n=6).

3) Session 3 : construire ensemble

Cette session permet de mettre en pratique l'apprentissage acquis lors des 4 premiers jours du séminaire. Elle est marquée par la construction en groupe d'un projet pour améliorer l'offre de soins sur une commune.

a) Questionnaire de satisfaction

Parmi les 34 étudiants ayant répondu :

100% des étudiants sont satisfaits. Ils apprécient notamment :

- Les messages d'information et d'orientation dans le temps,
- Les locaux,
- Les accueils café et les temps de repas,
- Le rythme des journées,
- Le rythme des sessions de deux jours,
- L'accompagnement des animateurs.

La répartition du temps entre travaux de groupes d'une part, séances plénières d'autre part, est moyennement satisfaisant pour 30% des étudiants.

b) Que changeriez-vous ?

Les suggestions des étudiants sont celles ci :

- Fournir des informations pratiques notamment sur le cadre administratif, financier, juridique d'une MSP (n=10),

- Donner plus de temps aux étudiants pour créer leur projet de santé (n=15),
- Changer les groupes plus souvent (n=2),

4) Au total

La totalité des étudiants conseilleraient ce séminaire aux plus jeunes.



Figure 9 : Réponses à « Conseilleriez vous ce séminaire aux étudiants qui vous suivent ? »

Les évaluations faites par les étudiants à l'issue de chaque session sont plutôt homogènes, tant du point de vue de la satisfaction, que sur les apprentissages induits.

a) Session 1

Globalement, 90% des participants apprécient l'organisation de cette session.

Les objectifs sont atteints et chaque apprenant souligne l'intérêt de :

- La communication interprofessionnelle,
- La qualité des transmissions et par extension la nécessité de bons outils pour transmettre,
- La connaissance des compétences de l'autre et l'abandon des préjugés,
- Travailler ensemble.

b) Session 2

La session 2 se veut d'entraîner une réflexion sur la posture éducative dans la prise en charge du patient ; elle divise tant sur le contenu que sur la forme.

- L'intervalle d'un mois entre les 2 sessions déplaît.
- L'intervention de la psychologue, centrée sur la fin de vie et son appréhension par les professionnels de santé, est jugée trop longue et peu pertinente.
- Le temps en travail de groupe manque, celui ci favorisant les interactions.
- L'intervention des patients experts est appréciée mais les étudiants auraient aimé entendre les témoignages de chaque patient et non uniquement celui de leur groupe.
- Il manque un point pratique sur les réseaux de santé ; en effet, cette méconnaissance apparaît comme un frein au travail collaboratif au sortir des études.

c) Session 3

Les projets de construction de projet de soins ont tous abouti et ont été présentés via une présentation power point devant les représentants de l'URPS, FFMPS, Groupe Pasteur.

Les étudiants ont bien noté que « travailler ensemble » nécessite temps et investissement personnel, ils auraient d'ailleurs aimé disposer de plus de temps pour créer leur projet de santé.

La remarque concernant le manque d'information sur la réglementation d'une maison de santé et son fonctionnement est récurrente.

DISCUSSION

« [...] ne jamais oublier qu'aucune fraction de l'humanité ne dispose de formule applicable à l'ensemble, et qu'une humanité confondue dans un genre de vie unique est inconcevable, parce que ce serait une humanité ossifiée. »

Claude Lévi-Strauss [1908-2009] – Anthropologue français.

1) Une version novatrice des séminaires précédents

Les premiers séminaires de formation interprofessionnelle ont été mis en place à Rennes (20), à partir de 2009, initialement par la coordinatrice d'un réseau de santé. Cette formation a été ensuite proposée dans d'autres villes et adaptée.

Les thèmes abordés étaient :

- se connaître et développer des modes de collaboration,
- la maladie chronique et la relation singulière soignant-soigné,
- l'éducation thérapeutique comme exemple de collaboration.

Étaient réunis une centaine d'étudiants: sages femmes, médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes, diététiciens, orthophonistes, pharmaciens, éducateurs de jeunes enfants et podologues.

Le travail de groupe était la règle pour favoriser les échanges. Les séquences pédagogiques du séminaire faisant l'objet de notre étude étaient sensiblement les mêmes.

L'évaluation de la perception des étudiants a fait l'objet d'une étude qualitative, deux ans plus tard. Les résultats de cette étude montraient que le séminaire avait été utile et semblait avoir contribué à faire germer des projets où le mode d'exercice pluri-professionnel est considéré comme un objectif.

Il semblerait que la troisième session de notre séminaire soit différente de celle des séminaires organisés à Rennes. En effet, notre session s'est organisée autour de jeux de rôles de territoire.

Étaient proposés 5 types de territoires avec des problématiques différentes (cf. annexes). Les étudiants devaient travailler en groupe sur « comment améliorer l'offre de soin sur la commune, en adéquation avec les évolutions structurales du système de santé ».

Ainsi, certains groupes ont proposé la création de maison de santé pluri professionnelle, d'autre un système de bus pluri-professionnel chargé de missions de prévention et de soins.

Les étudiants reprochent un manque de temps et de compagnonnage dans cette session. Proposer un projet de ce type nécessite un travail collaboratif poussé et des connaissances pratico-pratiques qu'ils n'avaient pas.

On pourrait imaginer leur laisser plus de temps, et les retrouver un mois ou plusieurs mois ensuite, pour présenter un projet construit autour de cette problématique.

Ceci permettrait de mieux se connaître et d'apprendre ensemble autour d'un projet commun.

2) Perspectives d'amélioration du séminaire

Les propositions des étudiants recueillies en troisième partie des questionnaires et les objectifs d'apprentissages reconnus à l'international décrits dans les paragraphes suivant, permettent de faire des propositions pour améliorer le séminaire de notre étude :

- Carte d'identité professionnelle commentée par des professionnels aguerris. En effet, des étudiants en 2ème année ne peuvent donner un aperçu concret de la profession. Pourquoi ne pas impliquer le formateur de chaque institut dans l'animation de cette séquence ?
- Réalisation de fiches de compétences propres à chaque profession, en amphithéâtre ; Comment persuader un autre professionnel de l'intérêt de collaborer si on n'est pas au clair avec les compétences de chacun ?
- Faire intervenir les professionnels expérimentés afin de bénéficier de leurs impressions et expériences sur le travail collaboratif,
- Expliquer ce qu'est un réseau de santé et donner des exemples de collaboration,
- Donner un aperçu de l'exercice ambulatoire grâce aux témoignages, par exemple, des référents de chaque profession ; En effet, par les stages vécus essentiellement à l'hôpital en début de cursus, les avis et expériences de chacun étaient souvent relatifs au travail hospitalier, alors que ce séminaire est centré sur l'exercice ambulatoire.
- Les étudiants en médecine présents sont des internes en fin de cursus, est noté alors une différence d'expérience tant sur l'exercice hospitalier

qu'ambulatoire ; il serait apprécié que les étudiants en médecine présents soient des externes et non des internes. Cela permettrait de leur faire découvrir l'importance de la collaboration plus tôt dans les études et d'homogénéiser le niveau de pratique de chaque participant,

- Inter changer les membres des groupes afin que chacun puisse se connaître,
- Organiser un point « pratique » sur la création d'une maison de santé pluri-professionnelle. Donner des contacts et informations pratiques notamment au niveau du financement. Fournir plus d'informations sur le cadre administratif, financier et juridique des MSP avec un support papier,
- Alléger les situations cliniques de territoire pour laisser place à plus de créativité et ne pas s'orienter forcément vers une MSP dans la création de projet,
- Donner d'avantage de temps pour développer le projet de création d'une MSP. Encadrer d'avantage ce projet.
- Ouvrir ce séminaire à d'autres professions du système sanitaire et social,
- Faire intervenir les professionnels extérieurs (sociologue, psychologue..) le matin, afin de bénéficier de plus d'attention de la part des étudiants,
- Diminuer les temps de pause, quitte à revoir l'organisation du séminaire et favoriser plutôt les temps de repas, plus favorable à la communication.

3) Limites de l'étude

La limite principale de notre étude est le taux de non-réponse aux questionnaires [5% à la session 1 – 10% à la session 2 – 19% à la session 3].

Nous pouvons faire l'hypothèse que ceux ayant répondu soient parmi les plus « assidus », ce qui entraîne un biais de recrutement, gênant l'interprétation des résultats.

Aussi, la forme du questionnaire peut entraîner un biais de réponse, si les étudiants « les moins satisfaits » sont ceux qui ne répondent pas au questionnaire.

Enfin, il faut garder à l'esprit qu'un indicateur de satisfaction ne peut prétendre évaluer à lui seul la qualité d'un dispositif de formation (21) ; Cependant, on imagine bien qu'un enseignement qui déplaît soit moins investi et donc moins pédagogique.

4) Le concept de leadership : facteur d'innovation et de changement

Parmi les qualifications requises, d'après le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (22), cf. figure 10, le médecin généraliste spécialiste doit être capable :

- D'exercer en commun avec un réseau de professionnels,
- De coordonner la prise en charge du patient avec les professionnels de santé en l'accompagnant au sein des parcours, filières, réseaux,
- D'assurer la continuité et la permanence des soins en collaborant avec les partenaires médico-sociaux et le système de permanence de soins en vigueur,
- De travailler en équipe et/ou en réseau lors des situations complexes, aiguës et chroniques par force de coopération et de responsabilisation du patient et de son entourage,
- De contribuer à l'évolution de l'organisation de l'offre de soins de santé primaires en organisant des projets de soins pluridisciplinaires, en participant à des regroupements professionnels, en participant à des projets territoriaux de santé.

Connaissance - Formation
Formation théorique
Connaissance spécifique
Engagement personnel
Application Personnelle
Champ d'activité
Service rendu à la discipline
Aptitude au travail en équipe
Coordination médicale
Coordination médico-sociale
Pondération rapporteur

Figure 10 : Grille d'étude de dossier de qualification en médecine générale ^[1] _[5EP]

Ainsi, le médecin généraliste se doit d'avoir une place de médiateur, entre les professionnels et le patient, autour du projet de soin de ce dernier et dans son intérêt.

Ceci s'inscrit dans un concept de leadership, qui est associé au changement, en se définissant comme « *la qualité recherchée pour nous guider au cours d'un processus de changement dans un environnement complexe et où les valeurs sociales sont en évolution* » (23)

Ce concept se développe à l'international, dans plusieurs pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), comme au Canada où les études médicales s'orientent vers des valeurs plus collectives et contextuelles et intègrent la communication et le travail en équipe à la formation.

Ce concept fait écho avec la cinquième recommandation du Comité des sages : « *Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant.* » (1)

Cette évolution met l'accent sur la pratique du médecin au cœur d'équipes, de réseaux et de partenariats.

La difficulté d'implantation de ce leadership peut être le résultat de l'influence de « modèles de rôles » et idées reçues auprès des étudiants, mais aussi d'un manque de temps, de volonté ou de connaissances de certains acteurs.

Cette compétence, aujourd'hui primordiale, nécessite que les étudiants soient formés non seulement pour agir au sein de groupes interprofessionnels mais aussi pour assurer leur fonctionnement et être capable de créer ces groupes.

Il apparaît donc important que les facultés favorisent, dès la formation médicale initiale, l'émergence du concept de leader et la mise en exergue des qualités humaines telles que la détermination, l'humilité, la connaissance du système de soins, les capacités à se représenter le futur, à soutenir et à inspirer les autres, à penser les systèmes, à questionner les pratiques existantes et à développer une pensée stratégique.

Des programmes de formation en leadership sont actuellement développés dans le monde, mais destinés aux médecins en exercice (24) (25);

Une formation en leadership et en développement organisationnel pourrait être proposé dès les premières années d'études médicales, et paramédicales. Cela

permettrait aux étudiants de mieux comprendre et mieux s'adapter aux organisations dans et avec lesquelles ils seront susceptibles de travailler.

Développer le concept de leadership représente ainsi une perspective d'amélioration du séminaire.

5) Des objectifs d'apprentissage reconnus à l'international

L'OMS a souligné l'importance de la responsabilité sociale qui doit guider les facultés de médecine (26). Ceci implique que l'éducation médicale et paramédicale s'oriente vers le développement d'équipes, de réseaux et de partenariats afin de coordonner les compétences et échanger les informations.

Le Cadre d'action de l'OMS (2010) sur l'éducation interprofessionnelle et la pratique en collaboration (13) a souligné l'importance croissante pour les étudiants en santé et pour les travailleurs sociaux, d'apprendre à travailler ensemble.

Ce rapport propose des programmes éducatifs en ce sens et met en évidence cinq façons de mettre en pratique un programme d'Education Inter professionnelle (13) (27) :

- Ce doit être une composante obligatoire des programmes de formation des professionnels de santé,
- Elle doit s'appuyer sur des objectifs d'apprentissage explicites et clairs tant pour les étudiants que pour les enseignants,
- Elle doit faire l'objet d'évaluation en lien avec les objectifs,
- Elle doit être proposée par des professionnels formés dans ce domaine,
- Les procédures doivent être évaluées autant que les résultats.

Une revue de la littérature, issue du journal of inter Professional care (17) et portant sur quatre vingt huit programmes d'Education inter professionnelle, a identifié les objectifs d'apprentissage interprofessionnel; ceux ci se regroupent par thèmes :

- Le travail en équipe – aptitudes à connaître et à développer,
- Le rôle et les responsabilités des différents professionnels de santé – perceptions et stéréotypes,

- La communication – connaissance des outils de communication,
- L'apprentissage et la réflexivité,
- Le patient au centre de l'action et l'éthique.

Le travail en équipe n'est exploité qu'au terme de la troisième session dans le séminaire de notre étude, sans apprentissage préalable sur :

- Comment être un membre d'une équipe efficace ?
- Comment se développe une équipe ?
- Quels types d'équipe existe il déjà ?

Dans le secteur de la santé, il existe différents types d'équipe (28) (équipe « de base », équipe de coordination, équipes contingentes, services auxiliaires, services supports) qui exercent dans des environnements divers et variés (centres de soins ruraux, centres de santé maternelle et infantile, soins primaires en collectivité, équipe d'intervention d'urgence...)

Le concept de management en équipe pourrait ainsi être développé.

Aussi, cela fait écho avec la demande des étudiants quant à l'amélioration du séminaire : inclure un module d'information sur les réseaux de soins.

6) Au Canada : exemple d'une formation interprofessionnelle intégrée dans les normes d'agrément de six professions de la santé

En 2007, Santé Canada a financé un projet de collaboration, l'Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé (AFISS), entre six professions en sciences humaines et de la santé (29) : ergothérapie, médecine, pharmacie, physiothérapie, sciences infirmières et travail social. Le but étant d'intégrer la formation interprofessionnelle (FIP) dans les normes d'agrément national en sciences humaines et de la santé. En ressortent des principes directeurs pour la FIP.

Ainsi, les critères de compétences nécessaires à l'inter professionnalisme sont :

- Clarification des rôles : comprendre son propre rôle et celui des autres,
- Soins centrés sur la personne, ses proches, la communauté : intégrer et valoriser la contribution et la participation du patient et son entourage,
- Travail d'équipe : comprendre les principes régissant la dynamique d'une équipe de travail,
- Leadership collaboratif : Appliquer les principes de leadership dans la pratique en collaboration,
- Communication interprofessionnelle : communication ouverte et responsable,
- Résolution de conflits interprofessionnels : attitude active, participation positive et constructive.

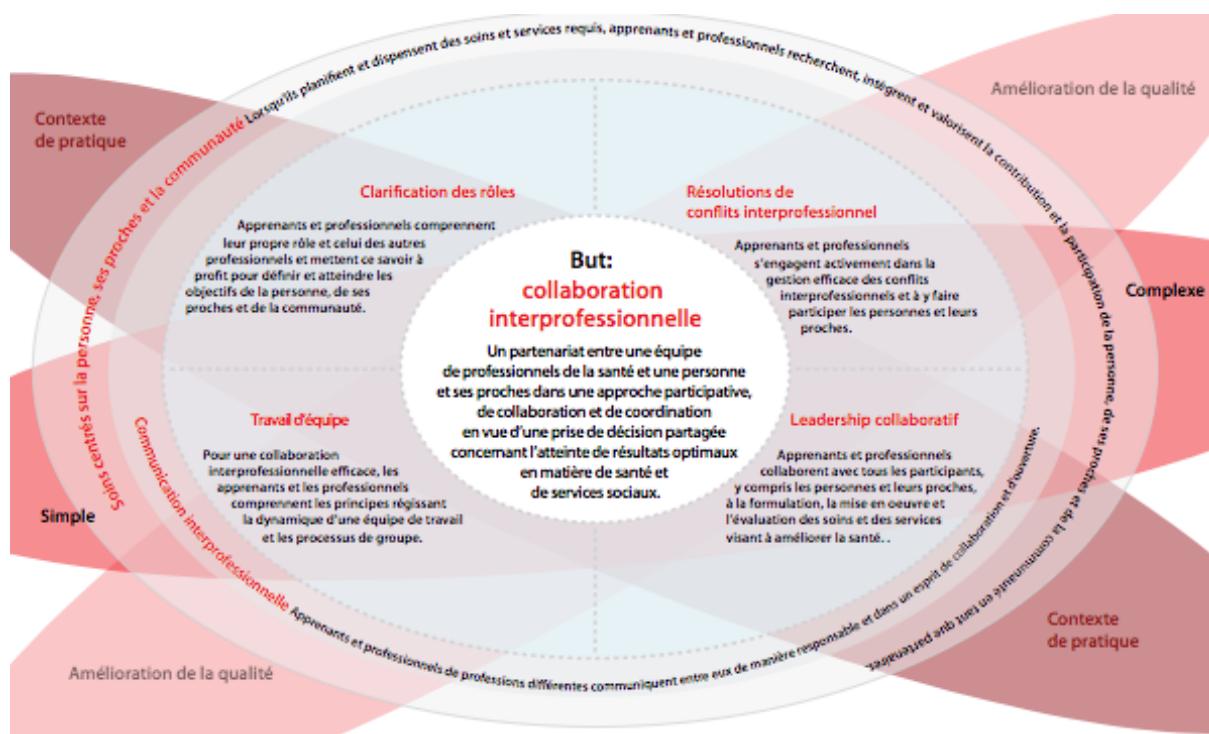


Figure 11. Référentiel national de compétences en matière d'inter professionnalisme. (14)

Ces principes sont tous mis en exergue dans le séminaire de notre étude, hormis le concept de leadership et le travail d'équipe.

La clarification des rôles reste une perspective d'amélioration et renvoie aux suggestions des étudiants dans le questionnaire de la session 1.

Un Forum National (30) a été organisé pour passer en revue ce document sur l'AFISS et procéder à son lancement. A été identifié « ce qui fonctionne » pour former à l'inter-professionnalisme; Y sont mis en avant les mêmes composantes que celles de notre séminaire interprofessionnel :

- Travaux de groupes,
- Clarification des rôles et compétences,
- Cours relatifs à des notions qui transcendent chaque profession (éthique, histoire),
- Communication/langage,
- Travail en équipe,
- Patient au centre des actions,
- La simulation en groupe.

Un moyen de soutenir la formation n'est pas traité dans notre séminaire : la simulation en groupe, pour montrer l'exemple des comportements souhaitables.

L'inter-professionnalité en formation par la simulation est une modalité pédagogique en plein essor en Europe ;

De nombreuses études ont confirmé que cela permet de mettre en lumière des idées fausses sur le rôle et le travail de l'autre (18), mais aussi d'améliorer le travail en équipe et la collaboration. Ce type de modalité pédagogique permet de conscientiser ses modes d'actions individuels ainsi que ses modes de relation avec ses collaborateurs (31), notamment lors de l'étape de débriefing. Cela permet de construire les principes conducteurs de l'action coordonnée.

L'emploi de ce type de méthode est plus adapté à des situations de « crise », et souvent utilisé dans l'abord de situation clinique d'urgence (32).

On peut imaginer des entretiens courts, entre patients standardisés et professionnel de santé, orientant vers un collaborateur ou un réseau de soin, tout en mettant en avant l'intérêt de cette orientation. Présenter le métier de l'autre et faire face aux questions des patients permet parfois de se rendre compte de l'image qu'on en a ou qu'on véhicule.

Ceci apparaît comme une perspective d'amélioration.

CONCLUSION

« L'Éducation doit avoir pour but d'entraîner des individus à agir et à penser indépendamment du fait que rendre service à la communauté représente leur plus grande préoccupation. »

Albert Einstein [1879 – 1955] – physicien théoricien.

Le système de santé français évolue vers une médecine de parcours axée sur les soins primaires. Cela nécessite coordination et coopération de ses différents acteurs. Ainsi, la FIP s'impose dans les études de santé en France.

La création d'un séminaire interprofessionnel à Lille s'inscrit dans cette logique. Cet enseignement permet de lutter contre le cloisonnement des études du système sanitaire et favorise le travail collaboratif.

Le but de notre travail était d'évaluer le séminaire proposé en 2017 aux étudiants lillois de différentes filières médicales et paramédicales, afin d'en apprécier la satisfaction et de l'améliorer.

Nous mettons en évidence que 100% des étudiants sont réceptifs à l'ouverture de leur formation aux autres formations des professionnels de santé.

L'organisation globale du séminaire plait à la majorité des étudiants, et c'est sur l'ordre des ateliers et interventions qu'ils souhaiteraient voir des changements.

La présence des enseignants favorise les échanges et l'alternance théorie / travaux en groupe est appréciée.

Comparativement à la FIP développée à l'international, de nombreuses pistes restent à exploiter pour appuyer son intégration aux formations des professionnels de santé en France.

De nombreuses études ont montré qu'une collaboration efficace avait un impact sur la qualité des soins. Dans une logique d'amélioration de celle-ci, il serait intéressant de donner plus de place à la FIP, en l'intégrant à la formation initiale et continue des étudiants (notamment dans leurs stages professionnalisant) et en l'étendant aux autres professions du système sanitaire et social.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

« La plupart des enseignants perdent leur temps à poser des questions destinées uniquement à révéler ce que les écoliers ne savent pas, tandis que le véritable art du questionnement est de découvrir ce qu'un écolier sait ou est capable de savoir. »

Albert Einstein [1879 – 1955] – physicien théoricien.

1. cordier A, Chêne G, Duhamel G, de Haas P, Hirsch E, Parisot-Lavillon F, et al. Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 Recommandations du comité des « sages ». 2013 juin.
2. Charte d'Ottawa. Nov 20, 1986.
3. Déclaration d'Alma-Ata – 12 sept 1978. Promot Santé. 2009;
4. Bourgeuil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. IRDES; Novembre2007. Report No.: 537.
5. HCAAM. Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux. 2007 mai.
6. D'AMOUR D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. [Canada]: Montréal; 1997.
7. Asmar MK, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. In 2007. p. 57–75.
8. Nitecki C. La collaboration interprofessionnelle au sein du couple réseau de soins palliatifs-médecins généralistes. [Créteil]; 2013.
9. Santé PL/ D du think tank E. Les 12 travaux d'Agnès Buzyn, ministre de la Santé. lesechos. 2017 Jun 22;
10. LIFFRAN B, DGOS. le développement d'une médecine de parcours, les enjeux de l'interdisciplinarité. In Océan Indien;
11. HAS. Délégations, transferts, nouveaux métiers...comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? 2008 Avril.
12. Hortefeux B, Bachelot-Narquin R, Mercier M. cahier des charges national des maisons de santé - 2010. EATV1018866C.
13. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Report No.: WHO/HRH/HPN/10.3.
14. CIHC. consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. 2010 Février.
15. Annezo F, Chauvin F. Apprendre à travailler ensemble en formation initiale. Santé Educ. 2014;
16. De Pauw C. Point de vue sociologique sur l'interprofessionalité. 2017.
17. Hoffman S, Thistlethwaite J, Moran M. Learning Outcomes for Interprofessional Education: Literature Review and Synthesis. J Interprof Care. 2010 Sep 1;24:503–13.

18. Benhamou D, Blanie A, Roulleau. Développement de l'interprofessionnalité en santé et rôle de la simulation.
19. CAIPE - Centre for the Advancement of Interprofessional Education [Internet]. CAIPE. Available from: <https://www.caipe.org/>
20. Laure F, Sandrine H, ANNEZO F, CHAPRON A, ALLORY E, RENAUT P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015 Jan 1;
21. Younès N. Chapitre 9. L'évaluation de l'enseignement par les étudiants comme seuil de changement. De Boeck; 2012.
22. Nicodeme R, Deau. Document de Références en Médecine Générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM. 2008 juin.
23. Arweiler D, Noyeau E, Charlin B, Millette B, Hodges B. Le leadership comme facteur de changement dans le champ de la santé : rôle de l'éducation médicale. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 24]; Available from: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2010/05/pmed09048.pdf>
24. Advanced health leadership program. University of Toronto;
25. Frich JC, Brewster AL, Cherlin EJ, Bradley EH. Leadership Development Programs for Physicians: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2015 May;30(5):656–74.
26. Boelen C, Heck J. Définir et mesurer la responsabilité sociale des facultés de médecine. Genève: OMS; 1995. Report No.: WHO_HRH_95.7.
27. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?, *Learning together to work together : Interprofessional education, a myth or reality ?* *Rech Soins Infirm*. (106):40–6.
28. OMS. Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle. 2011.
29. AFISS. Principes et pratiques pour intégrer la formation interprofessionnelle dans les normes d'agrément de six professions de la santé au Canada. Canada; 2009.
30. AFISS. Forum National sur l'Agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé (AIPHE). Ottawa; 2009 Février.
31. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives, *Learning together for working together Interprofessionalism in*

simulation training for collaborative skills development. *Rech Soins Infirm.* 2014 Jul 10;(117):33-49.

32. Queva C. La simulation médicale comme moyen pédagogique : intérêt à un an. 2015.

ANNEXES

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité, visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise Dolto [1908 – 1988] – Médecin Psychanalyste.

Annexe 1 : questionnaires envoyés aux étudiants.

Evaluation du séminaire interprofessionnel 2017

* Questionnaire session 1.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord	Sans réponse
Les techniques de formation étaient adaptées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intervention de la sociologue était pertinente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'animation a favorisé ma participation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai bien repéré la singularité de chaque professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette session m'a permis de mieux connaître la fonction des autres professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ce séminaire a un intérêt pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette session m'a permis de rencontrer et d'échanger avec d'autres professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La durée de cette première session (2 jours) est adaptée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me suis senti à l'aise durant cette session	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Citer deux messages reçus.

* Que changeriez vous à cette session ?

* Questionnaire session 2.

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Totalement en accord	Sans réponse
La répartition en groupe a favorisé les échanges.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intervention de la psychologue était pertinente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'animation a favorisé ma participation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai ressenti une unité au sein du groupe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette session m'a aidé à mieux appréhender la fin de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai pris conscience de l'importance de l'interprofessionnalité dans la prise en charge d'une maladie chronique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le "travailler ensemble" prend du sens grâce à cette session.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cette deuxième session a un intérêt pratique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai reconnu l'intérêt de l'interprofessionnalité grâce à l'intervention des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Citer trois mots clés représentant la maladie.

* Citer trois mots clés représentant la bonne santé.

* Dans votre profession, quelles qualités vous semblent nécessaires à la bonne prise en charge de la personne malade?

* Que changeriez-vous ?

* Concernant l'ensemble du séminaire (les 3 sessions) :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
Les messages d'informations et d'orientation dans le temps et l'espace ont été	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les locaux mis à votre disposition vous ont semblé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les accueils café et les temps de repas ont été	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le rythme des journées vous a semblé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le rythme des sessions de 2 jours vous a semblé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accompagnement par les animateurs vous a semblé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La répartition entre les travaux de groupe et les séances plénières vous a semblé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Conseilleriez vous ce séminaire aux étudiants qui vous suivent ?

- OUI
- NON

* Que changeriez vous (concernant la 3eme session) ?

Annexes 2 : Deux exemples de jeux de rôles de territoire, au cœur des travaux de la session 3.

Exemple 1 :

Vous exercez en tant que professionnel de santé dans une zone qui comprend 10000 habitants. Ce territoire correspond à la communauté de communes dans laquelle vous exercez. La commune la plus grande de ce territoire, Miniville, compte 5000 habitants.

La grande ville la plus proche (30000 habitants) est à 50 km.

Actuellement, dans cette commune, le maire réfléchit à l'organisation des soins pour les habitants et vous invite en tant que professionnel de santé à participer à une réunion pour réfléchir avec d'autres professionnels à cette question. Il est inquiet car il a peur que sa commune devienne « un désert médical ».

Quelques informations sur le territoire : La commune est située en zone rurale. Même si la commune est de petite taille, l'offre de services est importante. Beaucoup d'associations sportives et culturelles sont actives dans la communauté de communes. Les élus sont disposés à faire évoluer leur communauté de communes, en particulier dans le domaine de la santé.

La population de la communauté de communes est caractérisée par : 30% de plus de 65ans. L'arrivée d'une population de jeunes couples avec de jeunes enfants récente (construction de logements) qui a permis d'ouvrir des classes supplémentaires dans les 2 écoles.

Offre de services

- Une halte-garderie
- 2 écoles primaires
- Une bibliothèque municipale
- Une école de musique
- Des commerces : une poste, des boulangeries, boucheries-charcuteries, plusieurs bars, quelques restaurants, 1 grande surface, etc.

Il y a 1 pharmacie sur le secteur.

Les professionnels de santé présents sur le secteur :

- 2 cabinets d'infirmiers libéraux (5 professionnels)
- 1 podologue exerçant dans le même cabinet.
- 1 diététicienne
- 1 pharmacien
- Une sage-femme libérale
- 2 cabinets de médecins généralistes : un médecin exerce seul, un cabinet regroupe 2 médecins.
- 2 cabinets de kinésithérapeutes (Un kiné exerce seul, 1 cabinet avec 2 kinés).

L'hôpital le plus proche est à 50 km. Il comprend des services de médecine, de chirurgie et une maternité de niveau 2A.

La sage-femme libérale : Elle travaille sur le secteur depuis 2 ans. Avant elle exerçait à l'hôpital le plus proche. Les femmes qui viennent la voir sont orientées en sortie de maternité par ses collègues. Elle fait de la rééducation périnéale mais peu de patientes lui sont adressées par les médecins généralistes.

Le pharmacien : Il est inquiet pour l'avenir, il aimerait avoir un associé et des médecins qui s'installent. Il travaille beaucoup, a du mal à trouver des remplaçants

Les médecins :

- Un médecin généraliste a 63 ans. Il exerce seul, il cherche un repreneur mais n'a pas de piste pour l'instant.
- Les 2 médecins qui travaillent ensemble ont 47 et 55 ans. Ils travaillent beaucoup, ils aimeraient avoir une autre organisation. Une des médecins suit les femmes enceintes.

Les infirmiers libéraux : Les 2 cabinets d'infirmiers libéraux fonctionnent bien. Ils regrettent de ne pas avoir plus de contacts avec les médecins généralistes, et avec les autres professionnels de santé.

La diététicienne : Elle a un cabinet dans son habitation et a une journée de consultation par semaine. Elle a un mi temps à l'hôpital.

Les podologues : Le podologue est installé depuis peu, a repris un cabinet. Il n'a pas de relation avec les autres professionnels de santé.

Les kinésithérapeutes : Ils sont installés dans deux cabinets. L'activité ne manque pas. Ils ont peu de contacts avec les autres professionnels sauf avec un des médecins par l'intermédiaire du sport.

Exemple 2 :

Vous exercez en tant que professionnel de santé dans une banlieue de ville moyenne. La commune où vous exercez : Lazaune, compte 1500 habitants. Le maire vous réunit car il souhaite améliorer l'offre de soins sur sa commune.

La grande ville la plus proche touche Lazaune (50000 habitants)

Actuellement, vous êtes installé comme médecin généraliste seul et vous partagez vos locaux avec une pédicure.

Quelques informations sur le territoire : La commune est située en banlieue. L'offre de services est importante. Beaucoup d'associations sportives et culturelles sont actives dans la commune et ses environs.

La population de la ville est relativement jeune. Il y a 18,6% personnes de plus de 65 ans. On compte 52,7% de femmes, contre 47,3% d'hommes. On note 14,38% de famille monoparentale.

Le taux de chômage est très important, estimé à 20,57%. (9,8% sur le territoire national). 13 médecins généralistes sont installés sur la commune de Lazaune.

Offre de services : une halte-garderie / une crèche / 5 écoles primaires / un collège / une bibliothèque municipale / une école de musique / des commerces : une poste, des boulangeries, des boucheries-charcuteries, plusieurs bars, quelques restaurants, 2 grandes surfaces...

Il y a 6 pharmacies sur le secteur.

Professionnels de santé présents sur le secteur :

- 4 cabinets d'infirmiers libéraux (15 sur le secteur)
- 1 podologue, exerçant dans le même cabinet.
- 1 diététicienne
- 6 pharmaciens
- 1 sage femme libérale
- 7 cabinets de médecins généralistes (6 exercent seuls, un cabinet de 5 médecins)
- 4 cabinets de kinésithérapeutes (1 exerce seul, 3cabinets de 2 kiné)

L'hôpital le plus proche est à 4km. Il est constitué de services de médecine, de chirurgie et une maternité de niveau 3.

La sage-femme libérale : elle travaille sur le secteur depuis 2ans. Avant, elle exerçait à l'hôpital le plus proche. Les femmes qui viennent la voir sont orientées en sortie de maternité par ses collègues. Elle fait de la rééducation périnéale mais peu de patientes lui sont adressées par les médecins généralistes.

Les pharmaciens : ils sont inquiets pour l'avenir. Ils aimeraient avoir chacun un médecin à la porte de leur pharmacie.

Les médecins : ceux qui exercent seuls ont de 50 à 60 ans. Trois d'entre eux aimeraient se regrouper. Les 5 qui exercent ensemble ne veulent pas changer et cohabitent « sans partage ».

Les infirmiers libéraux : les 4 cabinets fonctionnent bien. Ils regrettent de ne pas avoir plus de contacts avec les médecins généralistes, et avec les autres professionnels de santé. Certains seraient prêts à rejoindre une MSP.

La diététicienne : Elle a un cabinet dans son habitation et a une journée de consultation par semaine. Elle travaille à mi-temps dans l'hôpital voisin.

Le podologue : installé depuis peu, il a repris un cabinet. Il n'a pas de relation avec les autres professionnels de santé sauf avec le MG avec lequel il partage son local.

Les kinésithérapeutes : ils sont installés dans 4 cabinets différents. L'activité ne manque pas. Ils ont peu de contacts avec les autres professionnels sauf avec un des médecins par l'intermédiaire du sport. Certains seraient prêts à rejoindre une MSP

AUTEUR : Nom : CASTELAIN

Prénom : Marie

Date de Soutenance : 21 décembre 2017

Titre de la Thèse : Evaluation d'un séminaire interprofessionnel à Lille en 2017

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : *Pédagogie Médicale*

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Mots-clés : inter-professionnalité, formation interprofessionnelle, travail collaboratif, séminaire, soins primaires

Résumé :

Contexte : Le système de santé français évolue vers une médecine de parcours axée sur les soins primaires. La coordination des soins apparaît comme un enjeu de santé publique. La qualité et la sécurité des soins dépend d'un travail collaboratif efficace au sein d'équipes pluri-professionnelles. Ainsi, la formation interprofessionnelle s'impose dans les études de santé en France. La création d'un séminaire interprofessionnel à Lille en 2017 s'inscrit dans cette logique. Cet enseignement permet de lutter contre le cloisonnement des études du système sanitaire et favorise le travail en équipe interprofessionnelle. L'objectif de cette thèse est d'évaluer le séminaire proposé aux étudiants lillois de différentes filières médicales et paramédicales, afin d'en apprécier la satisfaction et de l'améliorer.

Méthode : Une étude rétrospective incluant l'ensemble des étudiants participants au séminaire a été réalisée. Les réponses aux questionnaires ont été recueillies de façon anonyme et analysées par une application open source.

Résultats : Au total, parmi les étudiants ayant répondu [étendue 81%-95%], 100% sont réceptifs à l'ouverture de leur formation aux autres formations des professionnels de santé. Les évaluations faites à l'issue de chaque session sont plutôt homogènes, tant du point de vue de la satisfaction, que sur les apprentissages induits. L'organisation globale du séminaire plaît et c'est sur l'ordre des ateliers et interventions qu'ils souhaiteraient voir des changements. La présence des enseignants favorise les échanges et l'alternance théorie / travaux en groupe est appréciée.

Conclusion : Cette étude souligne l'intérêt des étudiants envers une formation interprofessionnelle (FIP). Comparativement à la FIP développée à l'international, de nombreuses pistes restent à exploiter pour appuyer son intégration aux formations des professionnels de santé en France. Les concepts de leadership, de management en équipe et la formation par la simulation pourraient être développés. Au vu de l'impact de la qualité du travail collaboratif sur la qualité des soins, et de l'évolution vers une médecine de parcours, il paraît utile de donner plus de place à la FIP et de l'ouvrir à d'autres métiers du système sanitaire et social.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE, Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Monsieur le Professeur Damien CUNY