

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2023

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

VINCENT BAUTRAU & JÉRÉMY LE BORGNE

Présentée et soutenue publiquement le *17 octobre 2023*

**APPORTS ET LIMITES D'UNE FORMATION INTERPROFESSIONNELLE
DESTINÉE AUX INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET AUX ÉTUDIANTS EN
MASSO-KINÉSITHÉRAPIE**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pascal Fournier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alexandre Carlier

Membres du jury : Professeur Julien Nizard et Professeur Nicolas Hommey

SERMENT MÉDICAL

“ Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque. ”

REMERCIEMENTS COMMUNS

A Monsieur le Professeur Jean-Pascal Fournier, merci d'avoir accepté d'être notre président de jury de thèse. Nous sommes honorés de vous présenter ce travail.

A Monsieur le Professeur Nicolas Hommey, merci d'avoir accepté de constituer notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Julien Nizard, merci pour votre intérêt sincère concernant ce sujet, ainsi que votre disponibilité. Nous espérons que notre travail sera à la hauteur de vos attentes.

Merci au Docteur Alexandre Carlier, de nous avoir accompagné dans ce travail de recherche, de nous avoir donné toutes les ficelles et de nous avoir mis sur les bons rails. Tes encouragements et tes conseils avisés nous ont été précieux.

REMERCIEMENTS DE VINCENT BAUTRAU

Merci à vous, mes très chers parents, d'avoir toujours cru en moi.

Votre soutien inconditionnel m'a permis d'achever en beauté ces années d'étude remplies de doute, de questionnements et de remises en questions permanentes. Traverser ce long chemin sans vous n'aurait pas été possible, je vous en remercie.

Mamie, toi qui t'es tant occupé de moi et qui m'a soutenu depuis le début, j'aurai tellement aimé te montrer mon univers. Je sais que tu me regardes de là-haut. Je te dédie cette thèse et je t'embrasse très fort.

Solène, mon amour, merci de me soutenir et de me tirer vers le haut au quotidien. Tu m'as permis de reprendre goût à la médecine, au moment où je m'en éloignais le plus. La fin de mon internat sonne le début de nos magnifiques projets ensemble, j'ai tellement hâte d'ouvrir ce nouveau chapitre avec toi. Je t'aime !

Merci à vous, ma belle famille, de m'avoir accueilli avec une gentillesse et une générosité sans pareille. Coline et Guillaume, je vous attends à Nantes avec impatience.

A vous, les pensionnaires du Jacuzzi : Loulou, Soso, Julie, Fanny, Cook, Batou, Tug, Vico, et PM. Des retrouvailles hilarantes et des adieux toujours aussi émouvants. Tant de bons moments passés avec vous !! Litre après litre, la madeleine trépasse... Les palissades et la V.A.I.S.S.E.L.L.E n'ont qu'à bien se tenir ;). Ces études, c'est aussi grâce à vous et votre soutien. Merci pour tout !

A toi Malo, petite bouille d'amour, que tu choisisses le surf ou la wing, tu es un futur tombeur et je suis fier d'être ton parrain. Ne grandis pas trop vite pour que je puisse profiter au maximum de toi.

A vous, Marion, Marc, Samy, Jules, Sylvain, Adrien, Thomas, les raseurs du 19e, mes rouleurs tout terrain. La distance nous sépare mais les souvenirs restent entiers. Big up !

Aux Bichatiens, Lorraine, Nora, Kérian, Edgar-Pierre, Gabriel, Lionel, Flofi, Marine, Florian, Quentin, Marin, Léonie, Alice, Valentin, Victor, Charlotte, Marie, Baptiste, JE, Maud, Marie-Aude, Manon, Romain, Guillaume, Bastien, Julie, Margot, Illies, Alex, Fanny, Rémi. Ma vie carabine a été extraordinaire grâce à vous. Merci au chapeau pour cet externat de folie. Emma, JB, je pense fort à vous et j'espère vite vous retrouver !

Luc, au travers de chacun de tes conseils et de tes attentions, tu as toujours su me montrer la bonne voie, surtout dans les périodes les plus obscures. Merci profondément.

Clochi, toujours un plaisir de t'accueillir à Loc pour profiter d'un week end entre p'tits potes, keep the smile Brotherfromanothermother !

Nico, le roi de la sape et des gros biceps, une grosse pensée pour toi. Merci pour tous ces instants de bonheur et de rire !

JB, big up mon bro, à tous ces bons moments passés avec toi et ta joie de vivre, un vrai golfeur niortais, sacré punch ! La bise fripouille, hâte de te retrouver !

Alexis, qu'est ce que tu es parti faire à Amiens ? C'est dur de te voir aussi peu souvent, j'espère que les années nous rapprocheront parce que tu me manques ! Reviens moi vite !

Chacha, la reine de la night, ma meilleure rencontre de la D4, les soirées sans toi n'ont pas la même saveur, merci d'être là !

Alexandre, mon p'tit pote, merci pour toutes ces années de délires et de teufs, une année de croacrao exceptionnelle , des souvenirs imprégnés d'alcool et tant d'autres à venir !

Maxi Meuh, Gros ... ;) Je vais avoir un peu plus de temps pour venir te tirer les dreads maintenant, et te montrer qui est le vrai bonhomme !

Pauline, merci pour toutes ces années passées ensemble. Ces études, c'est aussi grâce à toi, je ne l'oublierai jamais.

A vous, mes Bruncheuses, Margot, Candice, Lou, Mareva, Juliette, Louise, Joseph, Victor et Valentin. Mes dimanches seraient bien différents sans vous, vivement les futurs week-end avec vous, merci pour tous ces chaleureux moments !!

A tous mes amis nantais, Lawton, Hermine, Yann, Nicolas C., Léa, Chloé, Marie, Meug, PM, Marc, Marie-Albane, Thibault, Valentine, Guillaume, Fanny, Jean, Julia, Paul, Elena, Manu, Nicolas B., Solène, Thibs, Blaise, Oriane. Ma vie à Nantes serait beaucoup moins colorée sans vous. Des amis sincères sur qui on peut compter. J'ai hâte de fêter cette thèse avec vous. Je vous embrasse !

Marley, même si tu t'en fous, je t'aime !

Enfin, merci à toi, Jérémy, de m'avoir accompagné dans ce travail. Nous n'aurions jamais achevé ce travail sans ta détermination et ta dévotion. Hâte de te retrouver au pic sur les plus gros spots !

REMERCIEMENTS DE JÉRÉMY LE BORGNE

À mes parents, ma famille, pour votre soutien sans faille durant toutes ces années d'étude. Je n'en serais pas là sans vous. Tout n'a pas toujours été facile, mais j'ai toujours pu compter sur vous. Alors merci pour tout, votre amour a été essentiel à ma réussite.

À Vincent, mon cher co-thésard. Merci pour ton implication et pour tes éclairages tout au long du processus. Après 1 an et demi, on touche au but !

À la dago, & à toutes ces années ensemble ! Clément depuis le lycée, Hamza depuis notre premier jour à Médisup, Tony depuis la P1, Colin depuis le tout début de la P2 et le stage infirmier, Alex (doudou) depuis la première ronéo, Ly Chhun depuis les premières parties de billard (penché) à la franchise, à Lolo et Alexia depuis le début de la D1, vous rimez avec joie, vous rimez avec fête, vous êtes cultes .. & à tous les autres. Tellement de chemin parcouru avec vous quand j'y pense !

À mes beleyes, Alex, Gab et Mathou, présents depuis le début de l'internat. Les confinements et les moments passés ensemble ne nous ont peut-être pas rendus plus intelligents, mais sans vous ça n'aurait pas eu de saveur ! J'espère vous voir vite passer votre thèse aussi !

À Fanny, rideuse indomptable, tu as toujours été de bon conseil, reste comme tu es. & à tous ceux qui ont eu le doux plaisir de partager notre magnifique colloc, vous faites partie de la famille des BDKs, merci d'être vous.

À tout le crew Nantais, à ces bons moments passés ensemble, à ce premier semestre à La Roche, à tous ces bons souvenirs, je pense à vous.

À Louise & Serena, mes gynécos préférées, au super été qu'on a passé tous ensemble.

À mes autres comparses de la dago, je sais que vous avez balisé mais NON je ne vous ai pas oubliés et ÉVIDEMMENT que vous allez avoir votre petit mot tendre.

À Pierre, un vrai confident, sur qui j'ai toujours pu compter. Razi, âme frère, incontestablement mon acteur breton préféré. Stéphane, jeune entrepreneur, star montante du stand-up (et c'est pas une vanne). Baptiste, à ces soirées inoubliables dans ta cave (ça fait glauque dit comme ça, mais que de bons souvenirs). Kiki, la plus brillante, tu as été une belle-sœur formidable dans une autre vie, ne l'oublie jamais !

À ceux avec qui j'ai eu l'opportunité de travailler ces années, qui m'ont aidé à me former, vous comptez aussi ! Petite pensée pour toi Mel, on se retrouvera peut-être dans le même cabinet un jour !

& à **Laura**, merci d'être là, merci d'être qui tu es. Le jour de ma thèse, c'est aussi ton anniversaire. Alors je te souhaite un joyeux anniversaire, j'espère que tous nos projets se concrétiseront cette année ♥

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILES

ALD : Affection de Longue Durée

BEME : Best Evidence Medical Education

COVID19 : Maladie à Coronavirus 2019

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DMP : Dossier Médical Partagé

ESP : Equipe de Soins Primaires

GEP : Groupe d'échange de pratiques

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IFM3R : Institut Régional de Formation aux Métiers de Rééducation et de Réadaptation

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS (WHO) : Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organisation)

OTSS : Organisation et transformation du système de santé

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT MÉDICAL.....	3
REMERCIEMENTS COMMUNS.....	4
REMERCIEMENTS DE VINCENT BAUTRAU.....	5
REMERCIEMENTS DE JÉRÉMY LE BORGNE.....	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILES.....	8
TABLE DES MATIÈRES.....	9
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	11
I. Introduction.....	12
A. L'importance de l'interprofessionnalité dans la prise en charge des patients.....	12
1. Une prise en charge globale du patient.....	12
2. Des soins de plus en plus complexes.....	12
3. Des réponses gouvernementales et territoriales.....	13
B. Mise en oeuvre de l'interprofessionnalité.....	14
1. La formation à l'interprofessionnalité au centre des pratiques.....	14
2. Des tâches et compétences multiples à appréhender.....	14
C. Déterminants d'évaluation d'une formation.....	15
1. Le modèle de Kirkpatrick adapté par le BEME.....	15
2. Exemples et limites dans la littérature.....	15
3. Formations interprofessionnelles en France.....	16
D. Application dans l'exercice médical et implication universitaire.....	17
1. Freins et Moteurs de l'exercice interprofessionnel.....	17
2. Une responsabilité universitaire.....	17
3. La formation interprofessionnelle du DMG de Nantes.....	18
E. Objectif de la thèse.....	18
II. Méthodes.....	20
A. Présentation détaillée de la formation : modalités et contenu.....	20
B. Type d'étude.....	22
C. Recueil des données qualitatives.....	23
1. Conception du guide d'entretien.....	23
2. Entretiens par focus group (détaillé selon les règles COREQ).....	23
3. Retranscription et catégorisation des recueils.....	24
D. Réglementation et éthique.....	25
III. Résultats.....	26
A. Diagramme de flux.....	26
B. Population d'étude.....	27
C. Analyse des résultats.....	28
1. Modélisation des résultats (page suivante).....	28
2. Résultats tirés de la retranscription.....	30
a. Constats initiaux sur l'interprofessionnalité.....	30
i. Une organisation des soins perfectible.....	30
ii. Une prise de conscience des acteurs du soin.....	31

iii. Des représentations erronées.....	31
b. Attentes des étudiants.....	32
i. Des attentes convergentes concernant la communication.....	32
ii. Des points de divergence.....	32
c. Perception du cours.....	33
i. L'expérience libérale: un prérequis à la formation ?.....	33
➤ un vécu parfois manquant chez les étudiants kinésithérapeutes.....	33
➤ un timing adapté pour les étudiants en médecine.....	35
ii. Ateliers « vis ma vie » (session n°1).....	35
➤ le dispositif de jeu de rôle apprécié.....	35
➤ La frustration de ne pas approfondir l'examen articulaire.....	36
➤ Le souhait de ne pas être limité à une seule thématique.....	37
iii. Recherche à préparer (entre les sessions n°1 & 2).....	38
➤ un manque de temps dédié.....	38
➤ un apport mitigé.....	39
iv. Plénière (session n°2).....	40
➤ un condensé trop lourd.....	40
➤ un manque d'interactivité lors de la restitution.....	40
v. Debriefing (session n°3).....	41
vi. Autres pistes d'amélioration du cours.....	42
➤ un support pédagogique pré- et post-formation.....	42
➤ coupler la formation à une journée de pratique chez l'autre professionnel de santé.....	42
d. Acquis de la formation.....	43
i. Un transfert de connaissance du kinésithérapeute vers le médecin ?.....	43
ii. Une volonté de communiquer renforcée.....	43
iii. Un progrès dans la prescription de kinésithérapie.....	44
iv. Balayer des idées reçues.....	45
e. Vision dans la pratique future.....	46
i. Obstacles identifiés.....	46
ii. Moteurs identifiés.....	46
iii. L'intention de continuer à se former.....	48
iv. La nuance entre changement et renforcement.....	48
IV. Discussion.....	50
A. Résultats principaux.....	50
B. Discussion et comparaison des hypothèses pré-recueil avec la littérature.....	53
C. Forces et limites de l'étude.....	57
D. Conclusion, ouvertures.....	59
V. Bibliographie.....	61
VI. Annexes.....	64
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	64
Annexe 2 : Notice d'information pour la participation à la recherche.....	66

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1	25
Figure 2	28
Tableau 1	26

I. Introduction

A. L'importance de l'interprofessionnalité dans la prise en charge des patients

1. Une prise en charge globale du patient

Dans le système médical français, le médecin généraliste a pour rôle d'orienter le patient vers les différents professionnels de santé, au travers du parcours de soins coordonné, et joue un rôle clé dans l'accès aux soins primaires. (1)

L'interprofessionnalité en santé se définit comme un mode d'exercice où les professionnels d'au moins 2 spécialités doivent collaborer pour assurer la prise en charge des patients dans sa globalité. (2)

Ce fonctionnement collaboratif a fait la preuve de son efficacité dans l'amélioration des soins; nous pouvons citer la diminution des douleurs et du temps de séjour hospitalier en post-opératoire par exemple (3,4). Il permet de coopérer à travers les expériences et connaissances propres à chaque professionnel afin d'obtenir une décision commune et partagée pour les patients. (5)

2. Des soins de plus en plus complexes

La France connaît un vieillissement de sa population générale. En 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient environ 20% de la population. L'INSEE estime qu'ils représenteront plus de 25% de la population française d'ici 2040 (6). Cette transition démographique entraîne une augmentation des dépenses et des besoins en santé liés aux ALD (7).

Ces dernières incluent plusieurs maladies chroniques comme le diabète, les cancers, ou certains troubles psychiatriques comme la dépression (8). Elles concernaient plus de 12 millions de personnes en 2021 (9). Ces pathologies sont complexes et nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux différents. En particulier, des ALD telles que l'accident vasculaire cérébral invalidant, la paraplégie, les affections neurologiques et musculaires graves, l'insuffisance respiratoire chronique, Parkinson, la sclérose en plaque et la scoliose nécessitent l'apport de la masso kinésithérapie dans ses fonctions de bilan

et de rééducation.

Il est utile d'encourager la pratique collaborative en soins primaires : elle a montré son intérêt et son apport dans la prise en charge de pathologies chroniques et complexes, mais également dans l'amélioration de la satisfaction des patients quant à leur prise en charge. (10)

3. Des réponses gouvernementales et territoriales

Afin d'améliorer la coordination dans les soins, des mesures gouvernementales ont été prises en France notamment depuis la loi «Hôpital, Patients, Santé et Territoires» (HPST) de 2009 (11) afin de favoriser l'exercice collaboratif.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont promues par les autorités dans le but de favoriser l'exercice interprofessionnel. (12)

Cet exercice est soutenu par le Haut Conseil de la Santé Publique pour améliorer la qualité et la pertinence des soins primaires, dans le but de renforcer la responsabilité populationnelle, une démarche prenant en compte la santé globale d'un bassin de vie. (13)

L'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 a créé les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces dernières regroupent les professionnels de santé d'une même région dans un objectif collaboratif. (14) (15)

Dans certaines localités, ont été travaillés des protocoles de coopération entre différents professionnels de santé, permis par l'article 51 de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009 (11) et rénové depuis 2019 par l'article 66 de la loi « Organisation et transformation du système de santé » (OTSS) (16). Ils ont pour but d'améliorer l'accès au soin en permettant un transfert de compétences entre différents professionnels de santé.

Sous conditions, ils ont permis par exemple l'accès direct au kinésithérapeute dans le cadre de l'entorse de cheville, avec possibilité pour ce dernier de prescrire une radiographie. (17)

A noter que la loi Rist promulguée en mai 2023 (18) consolide cet accès direct et un élargissement du champ de compétences de certaines professions paramédicales, dans l'objectif de faciliter le parcours du patient en réponse à la baisse de la démographie médicale sans favoriser explicitement cette collaboration. Entre autres, les infirmiers de pratique avancée accèdent à la primo-prescription de certaines

thérapeutiques, tout comme les pharmaciens qui peuvent désormais renouveler jusqu'à trois fois, pour une durée d'un mois, des ordonnances expirées pour le traitement d'une pathologie chronique.

D'autre part, les moyens de partage des données de soins des patients - généralement stockées localement - se sont étoffés via le DMP (Dossier Médical Partagé), un carnet de santé numérique, accessible au patient et à chaque professionnel de santé autorisé. Généralisé en 2018, Il permet de renforcer la collaboration et le partage d'informations médicales entre les acteurs de soins et de faciliter le suivi des patients (19). Il est intégré dans le service Mon Espace Santé, promu par les instances nationales depuis 2022. (20)

B. Mise en oeuvre de l'interprofessionnalité

1. La formation à l'interprofessionnalité au centre des pratiques

Former les professionnels de santé à une pratique collaborative efficiente apparaît comme un enjeu majeur. L'OMS, dans son rapport de 2010, définit l'éducation interprofessionnelle comme une formation où des étudiants d'au moins 2 disciplines différentes apprennent avec et entre eux, pour permettre une collaboration efficace afin d'améliorer les résultats de santé (2). Les formations interprofessionnelles visent à accompagner ce mouvement (21) (22).

Elles permettent notamment une meilleure compréhension du travail d'équipe en permettant l'acquisition de nouvelles compétences (23).

2. Des tâches et compétences multiples à appréhender

Des outils variés comme le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux de l'Université de Laval au Québec tentent de définir un cadre aux pratiques interprofessionnelles (24).

Dans l'intérêt du patient, il faudrait pouvoir s'intégrer dans une équipe, déléguer des tâches, comprendre et reconnaître le rôle et les compétences de chaque soignant, savoir partager ses opinions, et travailler avec les divers acteurs médico-sociaux (25).

Afin d'atteindre cet objectif, il faut prioriser la formation des professionnels de santé à une pratique coopérative (26).

C. Déterminants d'évaluation d'une formation

1. Le modèle de Kirkpatrick adapté par le BEME (Best Evidence Medical Education)

Créer une formation, c'est aussi prendre conscience de la diversité des impacts possibles sur les participants et des raisons pour lesquelles les résultats escomptés ne sont pas toujours réalisés (27).

Divers modèles d'évaluation ont été établis, dont le modèle de Kirkpatrick, qui malgré des critiques (28), reste couramment utilisé pour évaluer des actions de formation. (29). Le modèle a été adapté aux études en santé par le BEME (30)

Ainsi sont définis 4 grands niveaux accompagnés de sous niveaux :

- Le niveau 1 correspond à la réaction du participant à la formation, c'est-à-dire s'il est satisfait ou non de l'enseignement qu'il a reçu. Cette évaluation peut être réalisée facilement à l'aide d'un questionnaire en fin de formation, par exemple. Toutefois, il est important de souligner que des évaluations positives ne garantissent pas une réussite dans l'apprentissage.
- Le niveau 2a aborde l'attitude et la perception des participants, alors que le niveau 2b analyse l'apprentissage et des connaissances acquises. À ce stade, l'objectif est de mesurer si des compétences sont développées par l'apprenant tout au long de la formation et conformes à leur perception.
- Le niveau 3 regroupe les changements comportementaux observés chez les participants après la formation, c'est-à-dire l'application pratique et indiscutable des connaissances nouvellement acquises.
- Le niveau 4a correspond aux résultats générés par ces changements comportementaux sur le lieu de travail, à posteriori, via l'environnement de travail. Enfin, le niveau 4b s'intéresse plus spécifiquement aux résultats sur les soins aux patients.

2. Exemples et limites dans la littérature

Plusieurs revues de littérature ces 3 dernières décennies ont cherché à évaluer si les formations interprofessionnelles étaient susceptibles d'accéder à ces 4 niveaux d'apprentissage.

Une revue de littérature, menée au Royaume-Uni en 1996 par Barr et Waterton, montre que les deux premiers niveaux de l'échelle sont le plus souvent remplis, avec une meilleure compréhension du rôle des différents intervenants médicaux. Toutefois, elle met l'accent sur la nécessité d'une évaluation continue des formations, avec une attention particulière portée sur les niveaux 3 et 4 de

Kirkpatrick, qui ont tendance à manquer (31).

Une autre revue de littérature menée en 2001 renforce cette idée mais ne donne pas de réponse claire sur les effets de l'éducation interprofessionnelle dans la pratique médicale courante. Les auteurs recommandent d'effectuer un suivi prolongé des participants aux formations pour répondre à cette question (25).

Une étude menée en 2017 réaffirme la nécessité d'approfondir les 2 derniers niveaux d'apprentissage, afin de mettre en évidence les répercussions de ces formations sur les participants. Elle regrette également la sous-représentation de certaines professions, notamment celles des travailleurs sociaux (32).

Outre les différents niveaux d'apprentissage, se pose la question de la méthodologie utilisée lors de la formation : est-il préférable d'opter pour un enseignement théorique ou faut-il privilégier une approche participative et pratique ?

Une étude menée en 2010 compare 4 approches différentes, dont la simulation, le jeu de rôle, l'enseignement interactif par questions en temps réel et l'enseignement didactique classique. Toutes ces méthodes d'apprentissages ont montré une amélioration de l'attitude et des connaissances des participants, sans supériorité établie pour l'une d'entre elles (33).

En poursuivant dans l'analyse des méthodes utilisées, une étude s'est intéressée à la pratique de jeux de rôle, qui est très souvent utilisée.

Les cinq dimensions les plus importantes dans le cadre de cette pratique sont l'enthousiasme et la motivation des participants, le rôle attribué lors de la situation, le réalisme du scénario, l'accessibilité du style, ainsi que le travail d'équipe. (31)

Ces résultats à majorité anglo-saxonne se renforcent progressivement à l'international. Afin d'en tirer de nouveaux enseignements, nous constatons qu'il est important de mener davantage d'études locales sur les différents aspects des formations interprofessionnelles, tels que les professions représentées, le suivi, les méthodes utilisées et les effets observés pour en aborder les spécificités.

3. Formations interprofessionnelles en France

Les formations interprofessionnelles françaises se sont développées au début des années 2000 et concernent toutes les professions de santé. La majorité des départements de médecine générale sont conscients de l'importance de se tourner vers ce type d'enseignement (34).

Dans son mémoire, le Dr Tyrant dresse un état des lieux des différentes formations interprofessionnelles proposées sur le territoire (35). L'abord du relationnel et de la communication entre les professions est au centre de la pédagogie française.

Les méthodes pédagogiques qui y sont le plus utilisées sont les ateliers thématiques, les cas cliniques et la production d'un travail de recherche en groupe.

Elles permettent d'accueillir les étudiants dans un environnement propice à l'échange et la découverte des autres professions de santé, en suscitant de l'intérêt pour les pratiques collaboratives.

Une approche innovante a également été rapportée : organiser ces rencontres interprofessionnelles sur le mode d'un speed-dating. Cela présente l'avantage de multiplier plusieurs rencontres, brèves permettant un gain de temps, tout en conservant un aspect ludique, et tout en conservant des effectifs relativement importants, en permettant d'échanger avec une multitude d'intervenants au sein de la même formation (36).

En 2015, une étude réalisée par L. Fiquet à Rennes a examiné la perception d'une formation interprofessionnelle pour apprendre à mieux travailler ensemble par 110 étudiants représentant huit professions différentes. Elle a démontré l'intérêt des étudiants pour ce genre de formation en soulignant leur besoin d'approfondir leurs connaissances sur les compétences des différentes professions de santé, afin de favoriser le travail collaboratif tant en milieu libéral qu'en milieu hospitalier (37).

D. Application dans l'exercice médical et implication universitaire

1. Freins et Moteurs de l'exercice interprofessionnel

E.Léger a soutenu sa thèse de médecine générale de 2016 afin de chercher à mieux comprendre quels pouvaient être les éléments en faveur ou non d'un exercice interprofessionnel (5).

Il en ressort qu'au-delà du partage de compétence permis par l'exercice pluriprofessionnel en MSP, la première motivation qui poussait les praticiens à exercer dans ces structures était d'éviter l'isolement.

En outre, l'installation en MSP est perçue comme plus simple par les jeunes praticiens, avec ses avantages matériels ; mais il existe également un intérêt chez les plus âgés qui espèrent de cette façon trouver plus facilement un successeur.

2. Une responsabilité universitaire

Afin de répondre à cette forte demande et de former aux mieux les futurs soignants, il est essentiel que les universités par leur responsabilité sociale s'impliquent pour favoriser le partage et la recherche dans ce domaine.

Ainsi, une étude menée aux Etats-Unis en 2016 auprès de 285 universités, comprenant environ 50% de facultés de médecine, ainsi que des facultés de pharmacie ou des écoles d'infirmiers, a tenté d'analyser l'attitude de ces

établissements vis à vis des formations interprofessionnelles et de comprendre quelles barrières étaient perçues avant de participer à une telle formation.

Les résultats montrent une attitude positive vis-à-vis de ces formations, les barrières les plus communément rapportées concernaient des incompatibilités de planning entre écoles; un obstacle qui pourrait éventuellement être surmontable selon les auteurs en proposant des formats plus confidentiels, permettant de relater au mieux d'authentiques expériences (38).

3. La formation interprofessionnelle du DMG de Nantes

Dans ce contexte, plusieurs formations interprofessionnelles sont proposées par les DMG (départements de médecine générale) français comme à Nantes, où l'on peut citer une rencontre entre étudiants de pharmacie et de médecine générale. Elle participe au cursus obligatoire des étudiants en pharmacie et existe depuis de nombreuses années.

Un autre exemple est une rencontre entre les internes de médecine générale et les étudiants en masso-kinésithérapie de l'IFM3R. Créée en 2020, elle consiste à faire se rencontrer les étudiants autour de groupes de travail communs. Un premier travail d'évaluation mené par le directeur de cette thèse a eu lieu sur la promotion 2021 mais manquait à définir un seuil de saturation chez les participants. Nous proposons ici un complément et une synthèse sur la promotion 2022, sans interroger à nouveau les mêmes enseignants (dont la perception peut être lue dans le précédent travail d'A.Carlier) (39).

E. Objectif de la thèse

L'objectif de la thèse est de comprendre les attentes et les perceptions des étudiants en kinésithérapie et en médecine générale impliqués dans une formation interprofessionnelle à Nantes, par l'analyse de focus groups.

Nous avons déterminé au préalable du travail quelques hypothèses pré-recueil qui seront discutées plus loin, basées sur nos lectures et le travail de l'année dernière :

- selon les étudiants, la formation permettrait de mieux **appréhender les besoins** et les attentes de l'autre professionnel, pour mieux y répondre, et permettrait d'**améliorer sa pratique en fonction de l'autre**
- la formation permettrait de mettre sur un pied d'égalité le médecin et le kinésithérapeute, en **s'éloignant du schéma unilatéral** de prescription du médecin vers le kinésithérapeute comme seul moyen de communication
- la formation permettrait aux étudiants d'**améliorer leurs connaissances générales** sur les prises en charge

- la formation permettrait aux étudiants de commencer à tisser **un réseau professionnel**
- les travaux de recherche en groupes mixtes favoriseraient l'amélioration des connaissances et la collaboration entre les 2 professions dans l'élaboration d'un travail de **qualité** issu de la **réunion des connaissances** de chacun
- les ateliers en petits groupes amélioreraient la qualité des échanges car ils **limiteraient l'appréhension liée à la prise de parole** devant une grande assemblée
- la formation permettrait d'**éveiller le souhait de développer un projet interprofessionnel**

II. Méthodes

A. Présentation détaillée de la formation : modalités et contenu

La formation interprofessionnelle du DMG de Nantes entre internes en médecine générale de l'université de Nantes et étudiants kinésithérapeutes de l'institut IFM3R de Saint Sébastien sur Loire a été proposée sur les journées liées du 1er Février 2022 et du 8 mars 2022.

Cette formation est dispensée aux internes volontaires dans le cadre de la validation de leur DES de médecine générale. L'inscription se faisait par l'intermédiaire du site du DMG avec un nombre de places limité. L'inscription des étudiants kinésithérapeutes se basait également sur le volontariat et se faisait par l'intermédiaire du secrétariat de l'institut.

La planification des ateliers et le programme des journées ont été effectués par les enseignants en amont sur la base des éditions précédentes.

40 étudiants étaient inscrits pour la formation, soit 16 kinés et 24 médecins.

Les étudiants étaient répartis aléatoirement en petits groupes homogènes de 10 personnes aux proportions équitables d'étudiants kinésithérapeutes et internes. Chaque groupe était encadré par un binôme d'enseignants diplômés (1 médecin et 1 kinésithérapeute).

La formation a été organisée autour de quatre ateliers reprenant des situations cliniques fréquemment rencontrées en médecine générale et en kinésithérapie : les pathologies de l'épaule, la lombalgie, l'autonomie des personnes âgées et la cheville.

La première journée était basée sur la rencontre et le travail en groupe. La présentation des protagonistes s'est faite par un premier exercice "brise glace" entre un étudiant en kinésithérapie et médecine. Ils devaient faire connaissance et se présenter ensuite au reste du groupe, dans la peau de leur interlocuteur.

Les étudiants devaient ensuite imaginer le rôle de l'autre professionnel de santé dans un deuxième exercice "Vis ma vie", à travers des situations cliniques courantes, et selon une logique progressive vers un état chronique. L'objectif était notamment de modifier les représentations des étudiants et de recueillir leurs besoins mutuels. Les discussions étaient libres et encouragées entre les disciplines.

Pour information, de manière spontanée, les échanges se sont orientés vers le bilan et l'examen clinique du médecin comme du kinésithérapeute, les tests utilisés, l'intérêt et l'utilisation des examens complémentaires, le type de traitement pour chaque atteinte musculosquelettique et les techniques de rééducation privilégiées, ainsi que les ressources professionnelles à utiliser. De plus ont été abordés le modèle biopsychosocial, la communication entre professions (par le biais de ses outils et de la prise en compte de l'autre profession), la rédaction pratique et juridique des prescriptions et des bilans, le lien avec les paramédicaux et spécialistes médicaux non présents lors de la formation, la physiologie de la douleur.

En fin de journée, aidés des enseignants, des questions de recherches laissées en suspens devaient être élaborées par des groupes mixtes de 2 à 3 étudiants. L'objectif était de se réunir entre les deux sessions pour un travail de recherche bref mais collaboratif.

De nouvelles questions de recherches abordaient entre autres (non exclusives entre groupes thématiques) :

- "L'intérêt de l'activité physique adaptée chez la personne âgée".
- "Les bénéfices de la rééducation de cheville dans les suites d'une entorse"
- "L'intérêt des infiltrations dans les épaules douloureuses".
- "Bilan initial clinique dans la lombalgie, différences kiné et médecin"
- "Grands principes de la physiologie de la douleur dans la lombalgie"

A titre de comparaison, les années précédentes, des questions précisaient :

- les interventions podologiques chez la personne âgée, l'accompagnement des aidants, les facteurs prédictifs de chute,
- l'accès direct dans l'entorse de cheville, alors que les décrets d'application n'étaient pas sortis,
- les différentes techniques chirurgicales sur les atteintes tendineuses de l'épaule,
- l'efficacité des massages dans la lombalgie,
- les drapeaux jaunes dans la lombalgie,
- le bénéfice patient de l'exercice en MSP.

En début de deuxième journée, les étudiants ont exposé leur travail de recherche au sein de leur groupe thématique. Les enseignants y ont apporté leur expertise et les étudiants pouvaient poser des questions. Une fois tous les exposés réalisés, étudiants et enseignants ont ensuite réalisé une synthèse des informations à présenter lors d'une plénière, sous forme de 3 messages clés ou "Take home message".

Cette plénière consistait en fin de journée à partager à l'ensemble des participants ces conclusions par le biais d'un ou deux orateurs.

Concernant les auteurs de la thèse, Jérémy a participé à la formation en tant qu'interne en médecine, dans le groupe de travail sur la cheville. Vincent n'a pas directement participé mais a été observateur ponctuel dans différents groupes.

Alexandre Carlier - directeur de cette thèse et médecin généraliste - et Lara Gendron - kinésithérapeute - ont effectué une première évaluation sur cette formation en 2021 mais concernait relativement peu de participants. Notre travail s'inscrit dans la continuité afin de renforcer ces résultats et d'élargir le champ de recherche initial.

Une conclusion de ce travail appliquée lors de cette promotion a été de constituer une troisième séance de débriefing à distance, proposée systématiquement mais non obligatoire pour la validation des crédits afférents aux cursus. Celle-ci a été effectuée le 16 juin 2022 et nous a permis de recueillir le retour des étudiants pour réaliser notre thèse.

Se situant 3 mois après la fin de la formation, celle-ci a été envisagée comme permettant aux étudiants de décrire leur ressenti en évitant un biais mémoriel trop important tout en mettant en avant les potentiels impacts sur leur pratique.

B. Type d'étude

Notre travail de recherche est basé sur une méthode d'évaluation qualitative par focus groups (40). Elle induit une démarche interprétative, inspirée de la théorisation ancrée, qui nous permet de présenter des résultats thématiques.

Cette méthode explore les émotions et les sentiments des participants, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et analyse les interactions entre eux. Elle tire aussi profit des échanges informels entre les participants.

La bibliographie a été réalisée pour l'essentiel à l'aide des bases de données internationales Pubmed et du moteur Google Scholar, ainsi que de la base de thèses SUDOC. Les mots clés utilisés courant 2023 étaient, par exemple, "interprofessional education", "interprofessional study" ou encore "education between health professional", ainsi que leurs synonymes ou résultats proches en langue anglaise ou française.

C. Recueil des données qualitatives

1. Conception du guide d'entretien

Nous avons réalisé un guide d'entretien en amont du recueil de données. Celui-ci a été adapté du travail d'A.Carlier et de L. Gendron ayant servi l'année dernière et modifié quant à leurs résultats et nos propres hypothèses pré-recueil. Il est disponible en annexe.

A travers cette trame, nous avons pu interroger les participants sur les aspects pédagogiques et logistiques de la formation.

2. Entretiens par focus group (détaillé selon les règles COREQ)

Les focus groups ont l'avantage d'être interactifs et d'apporter du dynamisme aux échanges, en amenant les étudiants de différents horizons à s'engager et s'expliquer sur leurs ressentis.

Nous avons contacté tous les étudiants en médecine et kinésithérapie par mail et par messages textuels afin de les réunir le 16 Juin 2022. Ils avaient été préalablement informés par leurs secrétariats pédagogiques respectifs.

Pour des raisons logistiques indépendantes de notre volonté, elle a coïncidé avec les vacances des étudiants kinésithérapeutes, aboutissant à un nombre restreint d'entre eux.

Les étudiants ont été prévenus de la présence des auteurs et du travail de recherche. Une notice d'information leur a été présentée, leur permettant de contacter les auteurs à posteriori pour questions, remarques ou accès à leurs données. Elle est disponible en annexe.

Les participants pouvaient s'abstenir de répondre aux questions ou arrêter l'entretien à tout moment.

Deux focus group ont pu être montés (par échantillonnage dirigé), dans deux salles réservées à la faculté de médecine de Nantes.

Les entretiens du premier "focus group" ont été menés par Jérémy Le Borgne et Vincent Bautrau, respectivement internes en troisième et deuxième année de médecine générale au moment du recueil. Vincent est par ailleurs titulaire d'un DIU de Médecine Manuelle et Ostéopathie médicale.

Nous avons été dirigés par Alexandre Carlier, médecin généraliste et chef de clinique au DMG de Nantes, qui a également aidé au recueil de données en étant observateur lors d'un focus group, pendant qu'il était animé par Lara Gendron (kinésithérapeute et chercheuse lors de la première étude).

A l'exception d'une étudiante en médecine, les auteurs ne connaissaient pas personnellement les étudiants dans leur groupe d'intérêt.

Les investigateurs ont utilisé les dictaphones de leur smartphones et de leur ordinateur (logiciel Dictaphone sur iPhone XR et MacBook Air M1 (2020)

Un enregistrement a été réalisé par Alexandre Carlier et Lara Gendron pour l'autre groupe à l'aide d'un dictaphone Olympus WS-750M.

L'entretien d'Alexandre Carlier et Lara Gendron a duré environ 1 heure et 25 minutes. Celui de Jérémy Le Borgne et Vincent Bautrau a duré 1 heure et 41 minutes. Les participants n'ont pas émis de remarques supplémentaires à la suite des focus groupes.

3. Retranscription et catégorisation des recueils

Chaque investigateur a transcrit manuellement un entretien sur le logiciel Page version 13.1, sur Macintosh. Une seconde lecture a été effectuée par l'autre investigateur pour correction et affinage. Les Verbatim ont ensuite été anonymisés. Un chiffre était attribué à chaque participant interviewé en fonction de sa spécialité (kinésithérapeute ou médecin). Ces transcriptions sont disponibles sur demande.

Le logiciel NVivo a été choisi pour coder des citations à partir des données recueillies afin de pouvoir constituer une base commune d'échantillons, et de catégoriser les données. Une lecture systématique des entretiens nous a permis de classer les éléments en catégories thématiques, progressivement affinées au cours de l'analyse par chacun des auteurs.

Ces catégories ont ensuite été regroupées en thèmes transversaux, formant un codebook. Celui-ci est disponible sur demande. La triangulation en cas d'élément à l'analyse conflictuelle a été effectuée avec A. Carlier, notre directeur de thèse. Nous n'avons pas eu de retours sur les résultats de la part des participants.

Nous avons ainsi pu vous fournir les résultats qui vont suivre et effectuer un schéma de modélisation de l'étude. Des citations anonymisées sont utilisées en illustration.

D. Réglementation et éthique

La formation est proposée aux étudiants inscrits en faculté au DES de médecine générale et l'IFM3R et sollicitent les enseignants de ces 2 disciplines. Elle était gratuite pour les participants et les formateurs. Aucun financement spécifique n'a été reçu pour cette formation. Nous n'avons pas de conflit d'intérêt. Les étudiants ont été informés, en amont, qu'un travail de recherche était effectué sur cette formation et que la troisième séance allait être enregistrée. Les outils et la bibliographie utilisés pour cette recherche dépendaient de ressources facultaires majoritairement libres ou issus de fonds personnels.

Ce travail est conforme à la méthodologie MR4 de la CNIL. La version précédente de l'étude, similaire méthodologiquement, avait reçu l'avis favorable d'un comité d'éthique, demande qui avait été initialement soumise par Guillaume Le Sant, kinésithérapeute rattaché à l'IFM3R.

III. Résultats

A. Diagramme de flux

Sur 40 étudiants initiaux, 3 étudiants n'ont pas été contactés car absents à la première et/ou à la deuxième session de travail. Sur 37 participants éligibles contactés, dont 21 étudiants en médecine et 16 étudiants en kinésithérapie, 12 étudiants en médecine et 2 étudiants en kinésithérapie ont été inclus, disponibles pour la tenue de focus groups.

Nous n'avons pas intégré d'enseignants dans l'étude cette année, car ceux-ci ont déjà été interrogés dans le précédent travail. En revanche, tous les étudiants appartenaient à une nouvelle promotion.

Ce recrutement a eu lieu par mail et sms et la date a été choisie par sondage en ligne. Au total, 2 focus groups, respectivement de 8 et 6 étudiants au total, dont 1 étudiant kinésithérapeute chacun, ont donc pu être tenus simultanément le 16 juin 2022.

Ci-dessous, le diagramme de flux récapitulatif :

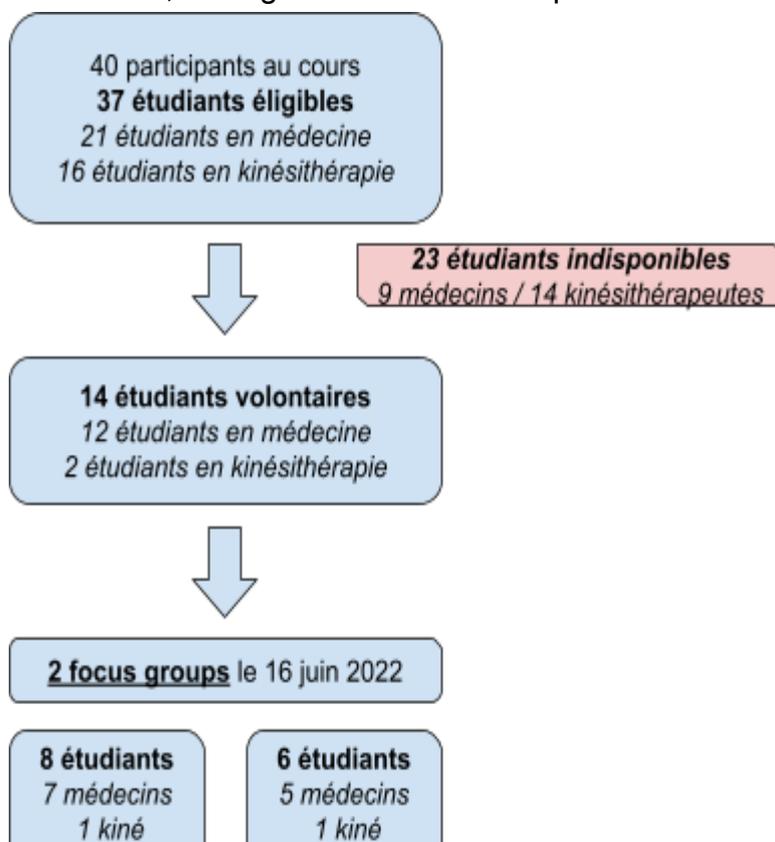


Figure 1. Diagramme de flux.

B. Population d'étude

ÉTUDIANTS	Genre, Âge (focus groups)	Année de cursus	Formation interprofessionnelle antérieure	Atelier effectué
M1	F, 25	Phase socle	Non	Épaule
M2	F, 26	PA2	Non	Épaule
M3	F, 28	PA1	Oui (interpro pharma)	Personne âgée
M4	F, 27	PA2	Non	Personne âgée
M5	F, 26	PA2	Non	Personne âgée
M6	H, 28	PA2	Non	Épaule
M7	F, 27	PA1	Oui (interpro pharma)	Personne âgée
M8	F, 25	PA1	Non	Lombalgie
M9	H, 27	PA1	Non	Lombalgie
M10	F, 26	PA1	Oui (interpro pharma)	Lombalgie
M11	F, 27	PA2	Non	Cheville
M12	H, 28	PA2	Oui (interpro pharma)	Cheville
K1	F, 23	3e année	Non	Cheville
K2	H, 22	4e année	Non	Personne âgée

Tableau 1. Caractéristiques des participants. Légende : H Homme, F Femme, M Médecin, K Kinésithérapeute, PA1 Phase d'approfondissement 1, PA2 Phase d'approfondissement 2

La moyenne d'âge des étudiants interrogés était de 26 ans : plus spécifiquement, 27 chez les médecins et 23 chez les kinésithérapeutes, plus jeunes en moyenne. La représentation plus féminine avec 10 femmes pour 4 hommes, et plus de médecins, 12, pour 2 kinésithérapeutes.

En médecine, il y avait 1 étudiante en phase socle, 5 étudiants en deuxième année d'internat (PA1) et 6 étudiants en troisième année d'internat (PA2).

En kinésithérapie, il y avait 1 étudiante en troisième année, et 1 étudiant en quatrième année.

4 étudiants sur 14 avaient déjà participé à une formation interprofessionnelle, tous médecins. La répartition des étudiants dans les différents ateliers thématiques était plutôt équilibrée (5 étudiants en groupe “personne âgée”, 3 étudiants dans chacun des trois autres groupes)

C. Analyse des résultats

1. Modélisation des résultats (page suivante)

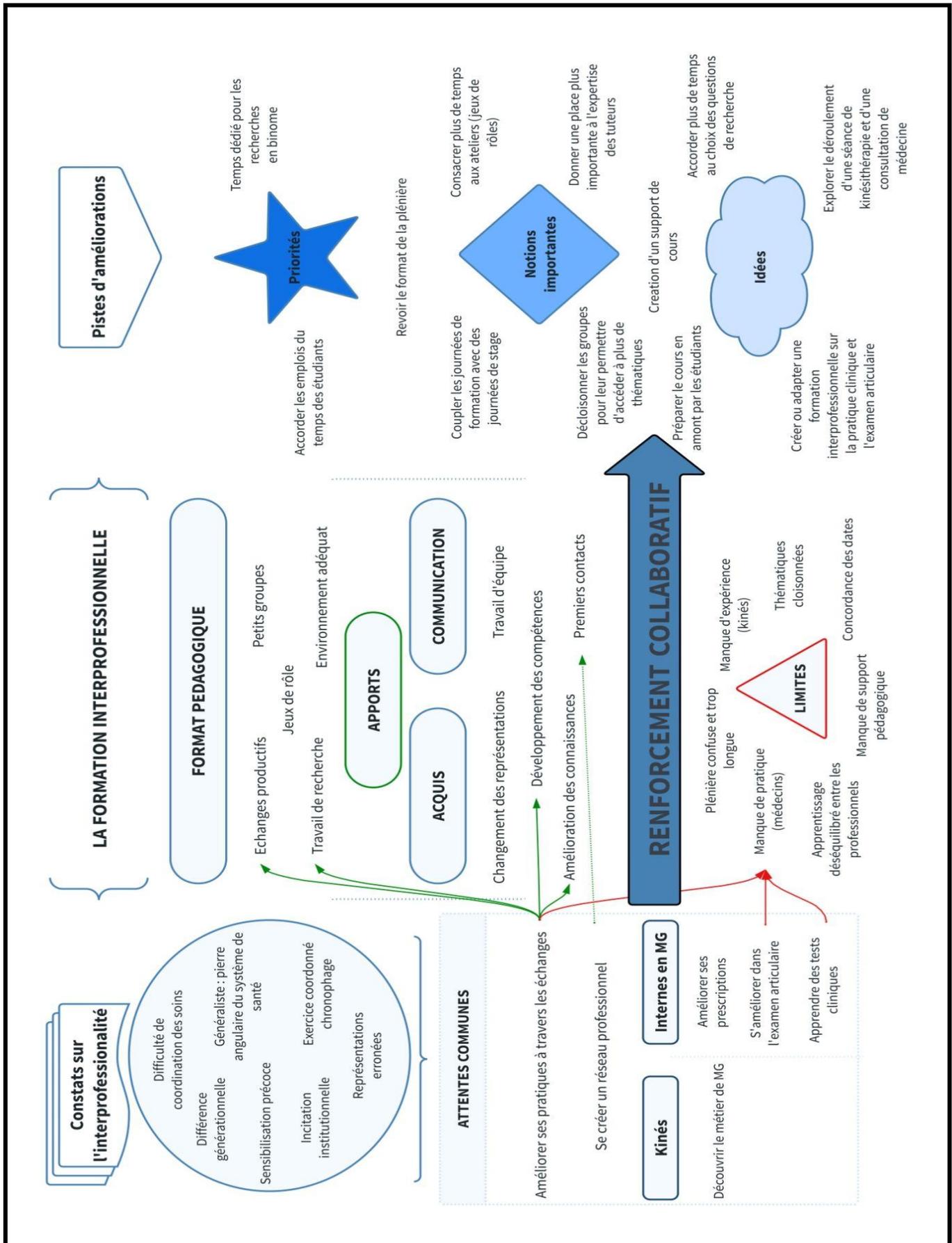


Figure 2. Modélisation des résultats.

2. Résultats tirés de la retranscription

a. Constats initiaux sur l'interprofessionnalité

i. Une organisation des soins perfectible

Les étudiants ont souligné les difficultés rencontrées dans l'exercice interprofessionnel. Par exemple, **la coordination nécessaire** aux soins :

M12 « Il y a [...] des mauvaises coordinations [...] entre le médecin spécialiste ou le médecin généraliste ou avec le patient [...] si ça communique pas suffisamment le patient [...] est pas bien pris en charge »

Les étudiants décrivent ces difficultés aussi bien en **cabinet de ville** qu'en structure **hospitalière** :

M9 : « Avec nos stages chez le praticien on se rend compte qu'il y a pas mal de soucis d'articulation entre les différents professionnels »

K2 : « le stage que je viens de faire en gériatrie, l'interprofessionnalité entre kinés et infirmières, aides soignantes, c'était pas fou [...] il y avait parfois des mésententes »

Un étudiant évoque l'importance d'une **culture de service** qui ne dépend pas forcément de la spécialité considérée.

M11 : « J'ai été dans un autre service de gériatrie où on bossait très bien ensemble, avec des kinés qui avaient une place hyper importante [...] la parole de chacun avait autant de valeur [...] on voyait vraiment que ça avait un bénéfice pour le patient »

Pour un étudiant, les échanges interprofessionnels avec les praticiens plus âgés sont parfois moins fructueux parce que ces derniers n'y ont pas toujours été sensibilisés au cours de leur formation.

K2 : « La génération d'avant n'a pas été formée à ça [...] chez les professionnels de santé qui ont beaucoup d'expérience [...] ils ont leur idée sur ce qui se passe dans notre métier [...] et ils se soucient de manière générale assez peu [...] de ce qu'il se passe ailleurs »

ii. Une prise de conscience des acteurs du soin

Les étudiants se sentent **davantage sensibilisés** à l'exercice interprofessionnel dès leur **cursus universitaire**, en médecine comme en kinésithérapie.

M8 : « dans mon cursus on m'a beaucoup proposé d'aller en stage avec les kinés, d'aller voir les ergos »

K2 « Les profs ils nous stimulent [...] vers cette interprofessionnalité »

L'interprofessionnalité est vue comme une **composante fondamentale de la médecine générale** du fait de son rôle dans la **coordination** des soins, y compris par les kinésithérapeutes.

K2 : « C'est normal [...] que le généraliste soit plus sensibilisé et s'intéresse plus à l'interprofessionnalité parce que c'est la plaque tournante »

Les étudiants pointent les **autorités de santé** pour encourager ce type d'exercice.

M5 : « la Sécurité Sociale annonçait qu'il y allait avoir une majoration des aides pour les médecins généralistes si on faisait au moins 3 réunions pluriprofessionnelles par an »

Le caractère **chronophage** de certaines mesures est perçu comme à l'origine d'une **réticence** de quelques professionnels.

M5 : « auprès des médecins généralistes avec qui je travaille, ce n'était pas quelque chose de reçu positivement, peut-être parce qu'on est dans un désert médical et qu'il est difficile de trouver le temps »

iii. Des représentations erronées

Un étudiant en kinésithérapie fait état de représentations concernant les médecins qui ne correspondent pas forcément à la réalité.

K2 « Je trouve ça intéressant d'avoir le point de vue des étudiants en médecine parce qu'on voit qu'en fait ça les intéresse d'avoir un retour sur les patients [...] en pratique, y'a des kinés qui nous disent: "J'envoie pas de lettre au médecin parce que ça l'intéresse pas" [...] j pense qu'ils ont eu une mauvaise expérience avec un médecin qui s'en foutait »

b. Attentes des étudiants

i. Des attentes convergentes concernant la communication

Pour un étudiant en kinésithérapie, l'enjeu de la formation était **d'explorer** l'activité de l'autre professionnel.

K2 : « Je venais juste pour vraiment savoir ce que faisait l'autre [...] je me disais : "j'veais voir ce que fait l'autre praticien de manière générale" »

Un autre étudiant en kinésithérapie s'attendait initialement à un espace **d'échange**.

K1: « Je pensais que ce serait une table ronde où on échangerait sur nos pratiques, voir comment [...] on pouvait améliorer notre pratique »

Une des attentes des étudiants était de commencer à se créer un **réseau** professionnel à travers cette formation.

K1: « Pour moi, (l'objectif) c'était aussi de créer des contacts, des liens »

Un étudiant en médecine y voyait une opportunité de consolider son **projet** professionnel.

M1: « Personnellement, je veux faire de la médecine du sport. Je me suis dit « pourquoi pas ! »

Il existait chez les étudiants en médecine la volonté de mieux réaliser les **ordonnances** pour les kinésithérapeutes.

M2: « Je suis venu pour savoir comment prescrire de la kiné, savoir ce que les kinés attendaient de nous »

ii. Des points de divergence

Chez les étudiants en médecine, on note l'attente de s'améliorer dans **l'examen articulaire**, grâce à l'expertise du kinésithérapeute.

M8 « on était tous un peu dans l'attente sur un sujet précis par exemple la cheville [...] comment le kiné il examine [...] mais c'était pas du tout le but de la formation en fait »

Un autre étudiant en médecine s'attendait par exemple à apprendre des **gestes** à réaliser en consultation.

M11 : « Je m'attendais vraiment à de la pratique. Limite, j'avais mon jogging dans mon sac en arrivant en pensant qu'on allait s'entraîner les uns sur les autres »

Pour un étudiant, la répartition des participants en groupes thématiques les a induits en erreur quant au contenu de la formation. Les étudiants en médecine s'attendaient à un **enseignement dirigé** sur les **articulations**.

M3: « Ce qui nous a perturbé dès le début, on a été répartis en groupes "chevilles", "épaules" [...] au vu de la présentation, c'était le cours articulation pour chaque thème, mais avec un regard de kiné en plus »

Un seul étudiant en médecine déclare qu'il s'attendait à ce que le contenu du cours soit **essentiellement** axé sur la communication et la collaboration entre les professionnels.

M5: « il existe déjà un cours sur les articulations [...] là on est dans l'interprofessionnel, à chercher la communication, à chercher plus d'échanges entre nous »

c. Perception du cours

i. L'expérience libérale: un prérequis à la formation ?

➤ *un vécu parfois manquant chez les étudiants kinésithérapeutes*

La totalité des étudiants relève une différence **d'expérience** entre les étudiants médecins et kinésithérapeutes.

M6: « Il y avait un décalage entre les kinés et les médecins, qui étaient en 3e année contre des médecins en toute fin d'internat (ndlr: il y avait également des étudiants kinés de 4e année) »

Certains étudiants trouvent que certains échanges ont été **appauvris** en raison de cette différence.

M5: « Quand on posait des questions [...] comme par exemple "Qu'est ce que vous faites dans la rééducation du genou arthrosique?" [...] les

étudiants kinés qui étaient avec nous se sont tous tournés vers la référente kiné, parce qu'ils ne savaient pas »

Un parallèle est effectué par certains avec la formation interprofessionnelle entre médecins et **pharmaciens**. Le décalage s'y ferait moins ressentir du fait d'une expérience plus fournie des étudiants pharmaciens en **ville** au moment où ils effectuent la formation.

M10: « les pharmaciens sont vite amenés à faire [...] le samedi matin en officine, donc les relations avec les médecins traitants ils les ont eu très tôt dans leur cursus »

À l'inverse, les étudiants en kinésithérapie de la formation n'ont pas tous eu l'expérience de la pratique en **ville**.

K2: « Cette année on était tous en 4e année (ndlr: il y avait également des étudiants de 3e année) [...] c'est sûr et certain qu'il y en a qui n'ont pas fait de cabinet »

Un étudiant en kinésithérapie en **troisième année** admet que la formation arrive **trop tôt** dans son cursus. L'exercice en cabinet libéral et sa gestion n'a pas été abordé à ce stade des études.

K1: « Du point de vue kiné, je trouve que c'était trop tôt [...] cela dépend aussi de ce que l'on a fait comme stage jusqu'à présent: certains ont fait plus de cabinet [...] et comprennent donc mieux les prescriptions »

K1: « Ce sont des éléments qui ne nous sont enseignés que l'année prochaine (ndlr: en 4e année) [...] c'est souvent vers la fin qu'on est en cabinet libéral »

Les étudiants kinésithérapeutes évoquent néanmoins la difficulté à proposer cette formation dans leur **cinquième** et dernière **année**, déjà passée en ville, en raison d'un calendrier chargé.

K2: « La 5e année, elle est chargée en kiné [...] vous auriez des étudiants qui seront encore moins investis que ce qu'il y a eu là »

Au-delà des années d'étude, les participants s'accordent sur l'intérêt pour un étudiant en kinésithérapie d'**avoir travaillé en cabinet libéral** avant de suivre cette formation.

M11: « Je me pose la question de la pertinence d'avoir des étudiants kinés qui n'ont pas encore eu l'expérience de la ville et donc des échanges avec les médecins traitants »

➤ *un timing adapté pour les étudiants en médecine*

Chez les étudiants en médecine, l'internat semble être la bonne période pour cette formation car ils sont amenés à prescrire de la kinésithérapie dans la plupart de leurs terrains de stage.

L'importance du passage en cabinet à ce sujet est mis en avant, en début comme en fin de cursus :

M5: « le moment où on est en cabinet est le bon moment »

M1: « Je ne trouve pas que ce soit trop tôt, même en phase socle. Plus on prend les choses rapidement, plus ça rentre »

Tout comme en médecine **hospitalière** ou aux urgences :

M2: « J'étais en stage en hospit' et j'ai quand même trouvé cela utile, car en fin d'hospitalisation on prescrit de la kiné »

M6: « Même aux urgences, on prescrit finalement pas mal de kiné, avec la traumato, plusieurs fois par jour »

ii. Ateliers « vis ma vie » (session n°1)

Pour rappel, lors de la première session, les étudiants ont été répartis dans des ateliers regroupant une dizaine de participants, dans des petites salles.

➤ *le dispositif de jeu de rôle apprécié*

Le format en petits groupes **favorise** les échanges selon un étudiant.

M5: « Au niveau des choses positives, j'ai trouvé que la taille des groupes à la première séance était adaptée [...] pour s'exprimer facilement »

Un étudiant pointe l'importance de l'environnement et de la disposition du mobilier pour engager la discussion, ce qui a pu être variable entre les salles.

M5: « On était dans une salle où toutes les tables étaient comme ça (ndlr: cad, toutes dirigées dans le même sens, vers le tableau) [...] Le but c'était de discuter entre nous [...] ce serait peut être intéressant de faire un truc où on se regarde, un carré, un petit rond »

Les ateliers “vis ma vie” ont permis de mettre en évidence des **idées reçues** qu'ils ont pu corriger.

M5: « se rendre compte des dissonances qu'il pouvait y avoir [...] de les dire à voix haute et que chacun puisse se corriger, c'est une très bonne idée »

M8: « On s'est rendu compte qu'on avait tous des préjugés [...] des kinés qui pensaient qu'on n'avait jamais le temps, qu'on prenait 10 minutes par patient [...] c'est pas ce qui se passe vraiment »

Un étudiant trouve ce format **moins anxiogène**, plus confortable pour s'exprimer.

M11 : « De faire par petits groupes plutôt que de faire de “vrais” enseignements de simulation où je trouve que ça a tendance à être un peu stressant [...] j'ai trouvé ça confortable »

Certains étudiants auraient voulu consacrer **plus de temps** à ces jeux de rôle, pour aborder **plus de thématiques**.

K2 « Je pense qu'il aurait fallu pousser le truc plus loin dans les jeux de rôles [...] on n'a travaillé sur qu'un ou deux cas »

Un étudiant aurait aimé **explorer** le déroulement d'une **séance de kinésithérapie** à travers cet atelier.

M12: « On pourrait faire un jeu de rôle [...] le médecin joue le patient, le kiné joue le kiné [...] on voit comment ça pourrait se passer »

➤ *La frustration de ne pas approfondir l'examen articulaire*

Les étudiants en **médecine** auraient souhaité combler certaines lacunes dans **l'examen articulaire** grâce au kinésithérapeute.

M11: « J'aurais bien aimé qu'il y ait un peu de pratique aussi, qu'on voit comment vous examinez une cheville [...] on est des billes là-dedans »

Ce propos est **nuancé** par certains étudiants qui s'interrogent sur cette place.

M11: « Je pense que ce n'est pas trop le but de la formation interprofessionnelle »

Un étudiant estime que cela ne correspondrait peut-être pas aux **attentes** des **kinésithérapeutes**.

M6: « Je m'attendais à plus de contenu théorique. C'est difficile parce que je pense qu'on n'attend pas la même chose avec les kinés. »

La volonté d'améliorer ses compétences dans l'examen articulaire avec l'expertise du **kinésithérapeute** ressort, même si cela nécessite **une autre formation**.

M8: « en médecine générale, je trouve qu'on n'est pas très bien formé sur toute la partie ostéo-articulaire. [...] avoir une autre formation en plus avec le kiné ce serait vraiment super [...] où on discute des attentes de l'autre »

➤ *Le souhait de ne pas être limité à une seule thématique*

Certains étudiants ont le sentiment d'être passés à côté de certaines notions abordées dans d'autres ateliers et auraient aimé **pouvoir passer** dans les **autres** groupes.

M10: « Travailler que sur les lombalgies au cours des deux premières séances, j'étais un peu frustrée parce que j'aurais bien aimé aller faire un peu de cheville ou un peu de genou [...] Quand on a rapporté nos échanges, je me suis dit que j'ai appris moins de trucs que ceux qui étaient en ça ou ça (ndlr: dans tel ou tel groupe) »

Deux étudiants **relativisent** en disant que l'objectif principal était de travailler sur les échanges et que même s'ils étaient dans des ateliers différents, ils avaient plusieurs questions en commun.

M11: « Je pense que ce n'était pas le but de la formation. On voulait nous faire travailler sur nos échanges, et pas sur de la théorie et de la pratique »

M4: « il y a eu dans tous les groupes un certain nombre de questions de recherche qui portaient sur "Comment bien prescrire de la kiné" ou alors "Comment le kiné fait avec sa prescription?", donc ça a répondu aux questions »

iii. Recherche à préparer (entre les sessions n°1 & 2)

Pour rappel, à la fin de la première séance, les étudiants ont dû choisir des questions de recherche à travailler pour la session suivante, en groupes mixtes (médecins et kinésithérapeutes).

➤ *un manque de temps dédié*

L'ensemble des étudiants interrogés a effectué ce travail en **distanciel**.

Les étudiants admettent que cela peut affecter la **qualité** des échanges, mais il était compliqué d'organiser des réunions en présentiel, en raison d'un emploi du temps déjà chargé.

M8: « On a fait notre travail chacun chez nous [...] en google doc »

M11: « Mais du coup y'a pas trop d'échange quoi »

M12: « D'un point de vue temps personnel, c'était compliqué d'organiser une rencontre en personne. Même si y'a la visio, c'est pas la même chose »

Les étudiants notent une difficulté à **s'accorder** sur l'**emploi** du **temps** entre l'école de kinésithérapie et l'université de médecine. Les kinésithérapeutes se plaignent d'avoir leur semaine de vacances pendant cette période dédiée aux échanges.

K1: « On avait en plus une semaine de vacances pendant cette période [...] Le temps de reprendre tout ça, et d'être dans les temps ensuite, c'était très dur »

Les internes de médecine générale parlent de leur côté d'une période de leur emploi du temps déjà **chargée** en **travail universitaire**.

M6: « C'est arrivé alors que j'avais ma recherche de GEP (groupe d'échange de pratiques) à faire [...] même si je n'ai pas trouvé ça inintéressant, c'était un peu contraignant »

Le travail en distanciel s'est aussi imposé du fait d'une **distanciation** géographique parfois importante entre les étudiants.

M10: « C'est difficile de s'articuler entre internes de médecine générale [...] qui souvent sont géographiquement éloignés »

Un étudiant regrette l'**absence d'un temps dédié** pour la recherche **compris** dans les demi-journées de formation.

M10: « Mon plus gros bémol, c'était de devoir travailler en groupe en dehors des plages horaires qui étaient déjà prévues, parce que 3

demi-journées sur 2 stages c'est déjà compliqué à aménager [...] et quand en plus il faut faire un travail de biblio à côté... »

L'idée **d'intégrer** ce temps de recherche dans des sessions prévues à cet effet pourrait faciliter le travail collaboratif, notamment en présentiel.

M12: « Sur 3 séances, peut-être qu'il y a une séance, ou une moitié de séance, où on peut mettre un temps libre pour se faire ça à la BU; et les gens bossent ensemble »

➤ *un apport mitigé*

Un étudiant souligne l'intérêt d'avoir effectué ce travail **en groupes mixtes**, ce qui a permis d'améliorer son apprentissage.

M7: « C'est là que j'ai appris le plus parce que c'est la kiné qui nous a appris beaucoup de choses, sur par exemple comment prescrire »

Pour un étudiant, le choix des questions s'est fait précipitamment, ce qui a pu avoir un impact négatif sur leur pertinence.

M6: « La manière dont on a choisi les questions de recherche, c'était "à l'arrache" [...] ce n'était pas des questions toutes intéressantes [...] Ça m'a donné un sentiment de copié-collé de GEP »

Si ce travail a pu être perçu comme une **contrainte**, il reste **judicieux** selon un autre étudiant.

M5: « C'est un peu chiant à faire, mais une fois que c'est fait, on se rend compte de ce que ça nous a apporté. Donc je ne suis pas sûr que l'on puisse passer à côté, en plus cela donne quand même un "corps" à la seconde séance et in fine on est plutôt content de présenter nos résultats»

iv. Plénière (session n°2)

Pour rappel, lors de la deuxième séance, tous les étudiants ont présenté les résultats de leur recherche en petits ateliers, puis un étudiant par atelier a rapporté l'ensemble des résultats de son groupe en plénière.

➤ *un condensé trop lourd*

Les étudiants ont cependant **retenu peu d'informations**, en dehors des premières restitutions en petits groupes.

M5: « Le fait que quelqu'un rapporte toutes les informations d'un groupe, je suis passée totalement à côté [...] Les présentations en petits groupes, ça a été, mais la plénière je n'ai rien retenu »

Les étudiants ont relevé plusieurs défauts concernant la plénière.

Ils l'ont trouvée trop **longue**, avec **trop d'étudiants** à la fois, et peu propice à l'échange car trop **lourde** en contenu.

Deux d'entre eux résument :

M3: « La plénière, je l'ai trouvée longue. On était très nombreux. On essayait de condenser en une seule journée toutes les informations de tous les petits groupes. Je trouvais ça beaucoup trop chargé et finalement, il y avait peu de discussions entre nous à ce moment-là. Beaucoup moins que dans les petits groupes où on discutait avec les kinés/formateurs »

M2: « Résumer 5 recherches en quelques phrases [...] c'était moins intéressant à écouter »

➤ *un manque d'interactivité lors de la restitution*

Alors qu'il était prévu que la plénière donne lieu à des questions-réponses, celle-ci a été perçue comme **manquant d'interactivité**.

M4: « Mon avis rejoint celui de mes camarades. Je m'attendais à un espace de discussion, sur les pratiques professionnelles »

Les étudiants ne l'ont pas perçu comme un espace de **discussion** où il aurait été possible de poser les **questions** encore **non résolues** aux tuteurs.

M5: « Si la plénière avait permis de poser les questions qu'on n'avait pas encore résolues, avec un point fait par les enseignants qui étaient là, qui auraient pu répondre aux différentes questions; ou alors une grande discussion .. Peut être que ça aurait été plus digeste »

En conséquence, les étudiants regrettent le **manque d'interventions** des tuteurs lors de la première session en ateliers pour répondre aux questions, qui sont parfois finalement restées sans réponse.

M10: « j'ai trouvé ça assez frustrant [...] y'a des réponses qui sont restées toujours en suspens parce que les tuteurs voulaient pas donner leur avis pour pas interférer »

v. Debriefing (session n°3)

Pour rappel, la troisième session invitait les étudiants à faire leur retour sur la formation et l'impact de celle-ci sur leur pratique, au travers des entretiens semi-dirigés. Les étudiants ont discuté de l'intervalle entre les 3 sessions de la formation qui étaient prévues le 01/02/2022, le 8/03/2022 et le 16/06/2022.

Un étudiant aurait souhaité que la dernière session soit plus **rapprochée** des précédentes car certaines notions ont été oubliées entre temps.

M9: « Débriefer de façon plus rapprochée, on a un peu oublié depuis, ça fait un bout de temps depuis la dernière séance »

Un autre étudiant estime qu'il faut un **temps minimum** entre chaque session pour permettre aux participants d'échanger sur l'impact de la formation dans leur pratique.

M11: « Un des intérêts de la formation d'aujourd'hui c'était de savoir si on a modifié nos pratiques donc si tu le fais 15 jours après pas sûr qu'on ait révolutionné les choses »

Un étudiant pointe le problème de concordance des agendas, avec une session qui tombe pendant les grandes vacances des kinésithérapeutes.

K2: « Cette séance d'aujourd'hui arrive trop tard dans le cursus des kinés [...] je suis tout seul ici, je sais qu'il y a une seule kiné de l'autre côté »

vi. Autres pistes d'amélioration du cours

➤ *un support pédagogique pré- et post-formation*

Un étudiant suggère d'avoir des situations cliniques sur lesquelles réfléchir **avant** d'assister au cours (sous forme de pédagogie inversée), permettant d'enrichir les échanges.

M7: « En cours de communication, on avait des petites vidéos, des choses à préparer avant [...] Nous donner des situations où on nous demande de

réfléchir, de faire une prescription, et arriver avec une idée, pour en débattre ensuite, je pense que c'est pas mal »

L'ajout d'un support avec les **points clés**, délivré en **fin** de formation, est évoqué pour mieux appliquer les acquis de la formation en pratique.

M7: « On peut sortir des fiches de prescription sur tel type de problème [...] à ressortir facilement ensuite et gagner du temps dans sa pratique »

➤ *coupler la formation à une journée de pratique chez l'autre professionnel de santé*

L'idée de **coupler** cette formation à une **journée** de **stage** est évoquée, en l'occurrence chez le médecin généraliste pour l'étudiant kinésithérapeute; et dans un cabinet de kinésithérapie pour l'étudiant en médecine.

M11 « on pourrait inclure dans cette formation une demi-journée chez un kiné pour les internes de MG, et une journée en med G chez les étudiants en kiné »

Cela permettrait de **mieux orienter** les patients, de **mieux** leur **expliquer** leur prise en charge lorsqu'elle fait intervenir d'autres professionnels.

M12 : « Savoir concrètement ce qu'il se passe chez tel professionnel permet de l'expliquer au patient »

M10 : « Ça permet aussi d'y penser plus facilement en consultation pour adresser »

d. Acquis de la formation

i. Un transfert de connaissance du kinésithérapeute vers le médecin ?

Les étudiants ont apprécié les **échanges rendus possibles** grâce à cette formation.

M11: « C'est hyper intéressant de discuter de comment mieux communiquer ensemble [...] j'ai été contente de passer du temps avec des étudiants kinés, mieux comprendre leur cursus, mieux comprendre leur façon de recevoir leurs patients, de les examiner »

Cependant, un étudiant en kinésithérapie a le sentiment que les échanges avaient tendance à être **déséquilibrés**.

K1: « En tant que kiné, j'ai plus eu l'impression d'apprendre aux médecins G à faire une bonne prescription; plutôt que d'avoir un retour sur la pratique des médecins G. J'ai plus eu le sentiment que c'était les kinés qui apportaient quelque chose aux médecins G que l'inverse »

Cette tendance se retrouve également dans le ressenti d'un des étudiants en médecine.

M7 : « J'ai trouvé que c'était souvent nous (médecins) qui posions des questions »

ii. Une volonté de communiquer renforcée

Ces échanges ont permis de nouer des **premiers contacts** entre étudiants en médecine et kinésithérapeute.

M7: « Le bénéfice, c'est que je pense qu'on s'est bien entendu avec la kiné avec laquelle on a travaillé [...] on pourra peut-être échanger si on a une question et vice-versa »

Ces échanges ont également confirmé l'importance de **créer un réseau professionnel**.

M3: « L'intérêt principal, c'était de se rendre compte qu'il faut se faire un réseau quand on va s'installer »

Ce travail renforce l'idée de communiquer **directement** avec le kinésithérapeute chez les étudiants en médecine. Il leur paraît essentiel de ne plus avoir le patient comme **seul relais d'information** entre les deux professionnels.

M4: « Une personne âgée par exemple, c'est vite plus complexe, notamment si elle est démente, elle ne pourra pas expliquer ce qui lui arrive. Donc communiquer avec eux (les kinés) comme on communiquerait avec d'autres médecins ou d'autres paramédicaux »

Éviter que le patient soit toujours l'unique intermédiaire pourrait prévenir une **distorsion** dans les propos rapportés.

M12 : « Il peut y avoir des préjugés sur [...] des professions et ça permet justement de mieux connaître et de réajuster les propos erronés que les patients peuvent avoir »

Ces échanges interprofessionnels permettraient de mieux appréhender le patient dans sa **globalité**.

M3: « Je pense que ce qui m'importe chez vous aussi, c'est que vous avez un autre regard d'un patient; parce que nous le patient on le connaît parfois depuis 10 ans [...] je trouve que pendant l'exercice que vous faites en kiné, il peut vous dire certaines choses »

Pour communiquer, l'idée de réaliser un **courrier d'adressage** par le médecin est par exemple évoquée.

M4: « Ça faisait partie de notre recherche de faire l'ordonnance, et d'éventuellement faire un petit mot en dessous, plier la feuille, mettre un courrier à part, voire passer un mail ou un coup de fil au kiné si on le connaît »

iii. Un progrès dans la prescription de kinésithérapie

Les étudiants en médecine se déclarent plus **compétents** à **prescrire** de la kinésithérapie après cette formation.

M4: « Ce que je vais retenir de cette formation, c'est déjà apprendre à prescrire de la kiné correctement. C'était une de mes motivations à venir »

La formation a permis aux étudiants en médecine **d'ajuster le contenu de leur** prescription, par exemple en tenant compte des **cotations** des **kinésithérapeutes**.

M10: « J'ai modifié mes façons de prescrire parce que j'étais pas au clair sur les cotations »

M11: « maintenant quand je fais une ordonnance de kiné je sais que j'ai bien fait les choses et qu'il y a les infos qu'il faut »

Un étudiant a adapté sa pratique en faisant figurer sur l'ordonnance les **antécédents médicaux pertinents** par rapport aux soins de kinésithérapie à prodiguer.

M8 « Quand je prescris, je mets quand il y a des contre-indications particulières à quelque chose, je rajoute des précisions en plus de ma prescription [...] Ils (les kinésithérapeutes) avaient beaucoup insisté là-dessus, on ne mettait pas assez d'antécédents »

Un étudiant est plus au clair sur les bénéfices apportés par la kinésithérapie dans certaines indications, pour **mieux** pouvoir **l'expliquer** au patient.

M12: « Je donne plus d'informations sur les bénéfices à faire une rééducation à la suite d'une entorse de cheville [...] des connaissances qui sont enfin solides pour moi. Avant, j'aurais eu tendance à prescrire de la kiné sans forcément dire au patient quels bénéfices il pourrait avoir et cette recherche a modifié ma pratique »

Dans d'autres cas, la formation a pu **permettre de freiner des prescriptions** de thérapeutiques non indispensables.

M11: « J'évite de prescrire des AINS parce que j'avais compris que ça facilitait pas la cicatrisation [...] avant j'en prescrivais quasiment tout le temps pour des entorses »

iv. Balayer des idées reçues

Les échanges ont permis de déconstruire certains à priori.

Un étudiant en kinésithérapie était étonné d'apprendre que les étudiants en médecine étaient demandeurs de compte-rendu et pense s'y conformer pour la suite.

K2 « en pratique, y'a des kinés qui nous disent: "J'envoie pas de lettre au médecin parce que ça l'intéresse pas" [...] j pense qu'ils ont eu une mauvaise expérience avec un médecin qui s'en foutait [...] Dans ma pratique future je vais être plus attentif à communiquer avec le médecin que si je n'avais pas fait l'échange interpro »

e. Vision dans la pratique future

Les étudiants ont été interrogés sur leur vision de l'interprofessionnalité dans leur pratique future.

i. Obstacles identifiés

Un étudiant évoque une **réticence** liée à un refus de faire évoluer sa pratique :

M6: « Je pense que le principal obstacle c'est la flemme, ne pas vouloir faire évoluer sa pratique, rester dans sa zone de confort »

Mais d'autres pointent le fonctionnement à **flux tendu**, et l'**épuiement** des équipes, dans la détérioration des relations interprofessionnelles, particulièrement en structures de santé.

M9: « Dans un service qui est sous pression en terme de moyen et en terme de personnel les gens ont peut-être plus tendance à bosser pour eux, il n' y a pas trop de communication »

M11: « Si on a des équipes qui sont fatiguées, épuisées, il y aura moins de communication [...] ça portera atteinte aux relations »

Le **manque de temps** reste généralement incriminé.

K1: « Ce qui ressortait c'est surtout le manque de temps, notamment pour ceux qui travaillent en libéral »

ii. Moteurs identifiés

Pour gagner du **temps** et **faciliter les échanges**, les étudiants en médecine évoquent un **rapprochement géographique** entre médecins et kinésithérapeutes.

M3: « Je pense que c'est plus facile en MSP si on se croise le midi [...] ce sont les temps informels qui font le reste »

M5: « un rapprochement géographique entre le médecin et le kiné faciliterait les choses. Cela permettrait d'échanger au sujet d'un patient au détour d'un couloir par exemple. C'est ce qui permettrait d'avoir une meilleure communication »

Les étudiants en médecine estiment que cette volonté de travailler en groupe - de façon générale - se retrouve globalement dans la **nouvelle génération de médecins généralistes**.

M3: « Je ne pense pas que cela soit une question d'envie hormis peut-être pour ceux qui veulent à tout prix travailler seuls - mais je pense que cela concerne une rare proportion de personnes de notre génération »

Côté kinésithérapeute, un étudiant dit se voir travailler en groupe, mais **plutôt avec d'autres confrères**, sans exclure une collaboration.

K1: « Je sais que je travaillerai avec plusieurs kinés [...] je sais que ce sera toujours important d'échanger avec les médecins [...] pas forcément travailler en cabinet avec eux »

Le regroupement entre kinésithérapeutes faciliterait les finances et l'**acquisition de matériel**.

K1: « Ce qui joue, c'est peut être l'importance pour nous d'être plusieurs kinés dans le même cabinet, le matériel, le plateau technique aussi. »

Les échanges ont permis à un étudiant médecin de **prendre conscience** que le **besoin** d'exercer avec d'autres confrères existait aussi **chez les kinésithérapeutes**.

M3: « Finalement si nous (les médecins) on a envie de s'installer en MSP, c'est aussi pour pouvoir être avec d'autres médecins et pouvoir échanger; et finalement eux (les kinés) ils ont exactement les mêmes besoins. Et ça, je ne l'avais peut-être pas perçu »

S'ils ne plaident pas unanimement pour un rapprochement géographique, les étudiants en kinésithérapie pensent que l'échange - qui demeure essentiel - peut se faire à distance, à condition de **ne pas se limiter à la simple prescription médicale**, souvent concise.

K2 : « Faire de l'échange uniquement par prescription ça sert pas à grand chose »

K1: « Ce sera toujours important d'échanger avec les médecins par courrier par exemple [...] je pense que l'échange peut se faire aussi bien par téléphone et qu'il n'y a pas forcément besoin d'être sur place »

Un étudiant en médecine se voit exercer dans un cabinet de plusieurs kinésithérapeutes du fait d'un **projet professionnel spécifique**.

M1: «je ne me vois pas faire de la médecine du sport toute seule dans mon cabinet ou avec un associé. J'aimerais bien bosser avec des kinés que je connais, en qui j'ai confiance, et la communication sera plus simple»

iii. L'intention de continuer à se former

L'envie d'autres formations interprofessionnelles émerge chez certains étudiants.

M2: « J'ai envie de faire d'autres formations interpro car on apprend toujours de ces contacts »

Le besoin de **toujours sensibilier les plus jeunes** à l'interprofessionnalité est également évoqué.

M11: « Sensibiliser les externes dans les stages où on est à faire du lien, à petite échelle, à faire des formations »

Finalement, les étudiants soulignent l'importance du travail sur l'interprofessionnalité aussi bien en **formation initiale** qu'en **formation continue**.

M10 : « C'est intéressant de travailler sur l'interprofessionnalité avant à la fac mais finalement ce sera à mon sens, encore plus intéressant de le développer une fois que je saurai où je travaille et avec quels autres acteurs »

Malgré son importance, la participation à ce type de formation devrait rester **facultative**, afin d'entretenir une certaine motivation.

M5: « Je pense que cela doit rester optionnel [...] le fait de le choisir on y va avec plus d'entrain.»

M11: « Faut que ça reste sur la base du volontariat parce que c'est une formation où on est assez actif, on n'est pas là à écouter un prof parler »

iv. La nuance entre changement et renforcement

Les étudiants ont été questionnés sur l'impact de la formation sur leur projet professionnel.

Pour l'ensemble des étudiants, il semble que la formation n'induit **pas de changement** dans leur démarche professionnelle, **mais un renforcement** d'une idée déjà présente.

M8 « Ça change pas mais ça renforce une idée, un concept qui était déjà présent »

Les étudiants précisent néanmoins que la formation attirerait **les étudiants déjà sensibilisés**.

M10: « Je pense que si on s'est inscrit c'est qu'on y pensait déjà »

Ainsi, la formation s'inclut dans un **cheminement** vers l'interprofessionnalité.

M12: « ça s'inclut dans notre démarche... ça la renforce, ça la concrétise... »

La formation **n'a pas fondamentalement changé** le regard des étudiants sur l'interprofessionnalité, mais a renforcé leur **engagement**.

K2: « Je sais que je continuerai de faire de l'interpro en pratique »

M11: « J'y serai plus sensible pour la suite. Je prendrai le temps de me poser avec l'externe [...] d'insister sur l'importance de la communication et des bénéfices que ça peut apporter »

IV. Discussion

A. Résultats principaux

Les étudiants interrogés ont initialement mis en évidence plusieurs obstacles à l'exercice interprofessionnel.

Ils ont décrit les difficultés rencontrées dans la coordination des soins, aussi bien en cabinet de ville qu'à l'hôpital. Le manque de temps, l'épuisement des soignants ainsi que des préjugés concernant l'autre profession ont été évoqués. Les étudiants remarquent une prise de conscience générale des autorités et des acteurs de soin face à ces problématiques. Ils pensent qu'ils sont plus sensibilisés que leurs aînés à l'exercice interprofessionnel, dès le début de leur cursus universitaire.

Dans ce contexte, cette formation semble avoir nourri plusieurs attentes chez les étudiants. L'ensemble des étudiants a émis le souhait d'explorer l'activité des autres professionnels. Les résultats montrent une volonté d'améliorer leur pratique en collaboration avec les autres professions. Cela passe par exemple par l'amélioration des prescriptions de kinésithérapie pour les médecins. Les étudiants ont vu dans cette formation l'opportunité de commencer à se créer un réseau professionnel.

Plusieurs étudiants en médecine ont exprimé des lacunes dans l'examen clinique portant sur les articulations : ils auraient aimé bénéficier de l'expertise des kinésithérapeutes dans ce domaine. La répartition préalable des étudiants en groupes thématiques a pu générer une certaine confusion quant au contenu du cours. Les étudiants en médecine ont insisté sur ce point et pensent qu'un enseignement interprofessionnel centré sur l'examen articulaire pourrait être bénéfique en plus de l'axe communicationnel.

Nos résultats montrent qu'il est important pour les étudiants de s'être déjà familiarisés avec leurs rôles respectifs afin de pouvoir tirer le maximum de cette formation. Il apparaît que certains étudiants en kinésithérapie n'avaient pas ou peu d'expérience avec les médecins généralistes.

Durant la première session, les étudiants ont apprécié les jeux de rôle. Le format en petits groupes favoriserait les échanges car il serait moins stressant. L'importance de l'environnement et de la disposition du mobilier pour faciliter le dialogue a été relevée. À l'issue des échanges, ils ont pu déconstruire certaines idées reçues. Dans l'ensemble, ils auraient aimé approfondir cette partie de la formation, par plus de situations cliniques.

Pour respecter les contraintes de temps, l'idée d'avoir des supports, comme des vidéos de plusieurs cas sur lesquels réfléchir avant le cours a été suggérée.

Le travail de recherche a reçu un accueil contrasté. Les étudiants ont noté une difficulté à accorder leurs agendas pour se rencontrer et l'ensemble des travaux a été réalisé en distanciel. L'idée d'intégrer un temps présentiel dédié à cette recherche directement pendant la formation a été évoquée.

Pour certains, l'objet de certaines recherches manquait de pertinence. Pour d'autres, ce travail en groupes mixtes a été bien reçu et leur a permis d'approfondir leurs connaissances.

La deuxième session n'a pas totalement convaincu les étudiants : si la restitution des travaux de recherche en petits groupes a plutôt été bien accueillie, le format de la plénière n'a pas plu. Cette partie a semblé trop lourde pour en assimiler le contenu. Si l'objectif initial était de favoriser les échanges, celle-ci a semblé en réalité manquer d'interactivité.

Les étudiants ont souligné le rôle complexe des tuteurs.

L'impression qui ressort est la frustration d'avoir eu des intervenants parfois sur la retenue (pour ne pas intervenir dans les échanges entre étudiants), et des questions laissées en suspens y compris lors de la plénière.

Concernant la troisième session de débriefing, facultative, le délai a posé question. Certains l'ont trouvé trop éloignée du reste de la formation, ayant lieu pendant les vacances des kinésithérapeutes. D'autres relèvent le fait que la réaliser trop tôt empêcherait d'avoir le recul nécessaire pour dresser un bilan de son impact sur l'activité de chacun.

Les étudiants estiment que la formation leur a permis de développer leur aptitude à la communication. Les étudiants en médecine se sentent plus à l'aise et compétents pour prescrire. Ils ont pu adapter leurs prescriptions en fonction des cotations des kinésithérapeutes, tout en les étayant d'éléments pertinents. Elles seraient en outre plus précises sans être restrictives.

Les étudiants en kinésithérapie se sont rendus compte que les médecins étaient intéressés par un retour sur leurs consultations, contrairement à leurs idées reçues. Toutefois certains étudiants pointent un déséquilibre dans le dialogue : au cours de la formation, ce sont plus souvent les étudiants en kinésithérapie qui ont répondu aux questions des médecins que l'inverse.

Les étudiants ont apporté quelques autres idées d'améliorations pour compléter cette formation :

- L'idée d'avoir un support pédagogique du cours a été exprimée (par exemple, une "fiche pense-bête" sur la prescription de kinésithérapie).
- Beaucoup d'étudiants ont aussi émis le souhait de pouvoir se retrouver dans un autre cadre : ils évoquent la possibilité de coupler cette formation à une journée "découverte" chez l'autre praticien.

Les étudiants des deux filières ont la volonté d'échanger entre eux.

Toutefois, les étudiants rapportent que la formation n'en est pas à l'origine.

Elle ne semble pas induire de changement dans leur conception de l'importance de l'exercice interprofessionnel pour améliorer la prise en charge des patients, mais les renforce dans cette voie.

La formation ne produirait donc pas un changement de regard sur l'interprofessionnalité, en partie car les étudiants volontaires y sont davantage sensibilisés. Ils pensent d'ailleurs que la formation doit rester facultative pour favoriser la qualité des échanges.

Les étudiants ont aussi pu se projeter sur leur futur exercice professionnel.

Pour favoriser l'exercice coordonné, un rapprochement géographique au sein d'une MSP apparaît comme la solution idéale pour plusieurs internes.

Cela favoriserait les échanges notamment grâce à des temps informels.

Mais un tel rapprochement n'est pas nécessairement perçu comme avantageux par les kinésithérapeutes, pour des questions financières, de matériel et de locaux inadaptés à leur pratique. Ces échanges ont aussi permis aux étudiants en médecine de réaliser qu'ils n'étaient pas les seuls à vouloir travailler avec d'autres confrères au sein de la même structure.

Sans s'accorder totalement sur la question d'un rapprochement physique, tous reconnaissent la nécessité d'améliorer leur façon de communiquer entre eux.

On peut noter qu'un étudiant en médecine participant à la formation avait déjà un projet professionnel bien défini, centré sur la médecine du sport. Cet étudiant se voit travailler au sein d'un cabinet de kinésithérapeutes dans le cadre de son activité spécifique.

Finalement, les échanges pointent l'importance de se former à l'interprofessionnalité durant la formation initiale et continue. Il s'agit d'un enjeu majeur, tout particulièrement pour les médecins généralistes, qui apparaissent aux yeux des étudiants comme la pierre angulaire du système de soins.

B. Discussion et comparaison des hypothèses pré-recueil avec la littérature

Cette thèse vient apporter un complément de recherche au **travail d'A.Carlier et L. Gendron** portant sur la formation l'année précédente (39). Nous faisons donc une comparaison entre nos résultats et les siens ci-dessous.

Pour rappel, nos hypothèses pré-recueil abordent les thématiques suivantes:

- la formation permettrait de mieux **appréhender les besoins** et les attentes de l'autre professionnel, pour mieux y répondre, et permettrait d'**améliorer sa pratique en fonction de l'autre**

Nos résultats montrent que la formation apporte des outils aux étudiants pour permettre de mieux **adapter sa pratique en fonction de l'autre**. Il s'agissait de l'une des attentes principales des étudiants. Cet objectif a semble-t-il été rempli, surtout côté médecins. On peut prendre l'exemple des prescriptions de kinésithérapie: tout comme l'an dernier, les étudiants se sentent plus compétents après la formation pour prescrire, **en tenant compte des cotations du kinésithérapeute**. En revanche, nos résultats ne montrent pas de prise de conscience à ce niveau, nous entendons par là que les étudiants étaient déjà au courant des difficultés rencontrées par le kinésithérapeute en cas de prescription mal réalisée.

- la formation permettrait de mettre sur un pied d'égalité le médecin et le kinésithérapeute, en **s'éloignant du schéma unilatéral** de prescription du médecin vers le kinésithérapeute comme seul moyen de communication

La formation tend également à **s'éloigner d'un schéma de communication unilatéral**, allant systématiquement du médecin vers le kinésithérapeute. Sur ce thème, les étudiants kinésithérapeutes ont pu corriger certaines idées préconçues: ils ont ainsi réalisé tout l'intérêt que les internes portent à un compte rendu réalisé et transmis par le kinésithérapeute.

Cela est sous tendue par une revue de la littérature de 2023 : la confrontation interprofessionnelle permet effectivement de se débarrasser des stéréotypes sur l'autre profession, là où un enseignement uniprofessionnel présente le risque de les renforcer. (41)

Comme l'an dernier, les étudiants ont échangé sur leur volonté commune de renforcer le dialogue, par courrier ou téléphone, et surtout de ne pas se limiter à la seule prescription médicale.

Cependant, plusieurs étudiants ont eu le sentiment qu'il persistait un **déséquilibre** dans les échanges avec des étudiants kinésithérapeutes qui répondent plus souvent aux questions des médecins que l'inverse. Cela pourrait s'expliquer par un relatif manque d'expérience libérale pour les étudiants les plus jeunes, notamment en 3e année de kinésithérapie.

L'impact du niveau des étudiants dans leur cursus respectif a également été décrit dans le précédent travail. À ce sujet, la littérature montre que pour être totalement efficace, une formation interprofessionnelle doit faire intervenir des participants qui sont déjà familiarisés avec leur rôle, et ne serait donc pas adaptée aux novices (42). L'impact de ces formations sur la compréhension de la fonction de chacun est plus important à un stade avancé du cursus (43).

- la formation permettrait aux étudiants d'**améliorer leurs connaissances générales** sur les prises en charge

Nous retrouvons un **déséquilibre** sur l'amélioration des **connaissances**.

La formation ne confirme pas complètement notre hypothèse : les étudiants en médecine sont plus au fait sur l'impact des AINS sur la cicatrisation, sur les bienfaits attendus de la rééducation du kinésithérapeute. Il existe aussi une marge d'amélioration importante, tant l'envie d'explorer l'examen articulaire avec l'expertise du kinésithérapeute est forte chez les médecins.

En revanche, nos résultats ne permettent pas de montrer que l'impression de progression est la même chez les kinésithérapeutes, sur le plan théorique. Au-delà du niveau de cursus décrit plus haut, cela s'explique aussi peut-être par le fait que dans leurs attentes, les étudiants kinésithérapeutes ont perçu en premier lieu dans cette formation un terrain **d'échanges**, quand les médecins y ont également vu une façon d'améliorer leurs **connaissances**. L'année dernière, nous retrouvons une différence similaire au niveau des motivations initiales.

- la formation permettrait aux étudiants de commencer à tisser **un réseau professionnel**

La formation a effectivement permis à beaucoup d'étudiants de tisser **de premiers liens** avec les professionnels de l'autre spécialité, comme nous l'avions supposé. Nous retrouvons ces éléments dans le travail d'A. Carlier et L. Gendron. Partant de constats initiaux identiques sur l'interprofessionnalité, les étudiants partagent le souhait de mieux collaborer dans l'optique d'améliorer l'offre de soins - en passant donc par la création d'un réseau professionnel. Dans les 2 cas, nous retrouvons des étudiants se sentant mieux sensibilisés à l'interprofessionnalité que leurs aînés, et ce dès le début de leur cursus.

- les travaux de recherche en groupes mixtes favoriseraient l'amélioration des connaissances et la collaboration entre les 2 professions dans l'élaboration d'un travail de **qualité** issu de la **réunion des connaissances** de chacun

Cette impression n'a pas été partagée par l'ensemble des étudiants : le manque d'intérêt ressenti de certaines questions, et les difficultés à concilier les agendas ont été évoqués comme principales difficultés. Cette dernière est bien documentée sur les études portant sur l'éducation interprofessionnelle (44). Nos résultats convergent avec la thèse précédente sur le bénéfice mitigé ressenti par les étudiants et les difficultés liées à l'emploi du temps.

Il apparaît dans notre travail qu'inclure un temps de recherche pendant la formation, en présentiel, paraît être une éventualité intéressante à considérer afin d'augmenter sa pertinence. L'an dernier, le travail suggérait de développer la période de restitution des recherches en petits groupes, en y accordant plus de temps et plus d'expertise.

- les ateliers en petits groupes amélioreraient la qualité des échanges car ils **limiteraient l'appréhension liée à la prise de parole** devant une grande assemblée

Concernant les **jeux de rôle** en **petits groupes**, lors des séances en ateliers thématiques, nous pensions qu'ils favoriseraient et amélioreraient la qualité des échanges. Nous avons supposé que cela serait moins stressant pour les étudiants de s'exprimer devant une plus petite assemblée. Cette hypothèse est confirmée, et elle concorde avec les résultats de l'an dernier. D'autres facteurs ont joué, comme la disposition du mobilier "en table ronde" permise par un relativement faible nombre d'étudiants.

Une étude sur la communication interprofessionnelle (45) compare le jeu de rôle à l'intervention d'acteurs dans l'amélioration des compétences. Si l'étude ne retrouve pas de supériorité entre les deux méthodes, elle montre dans les deux cas une amélioration sur la communication interprofessionnelle, **démontrant l'apport des jeux de rôle dans ce type de formation**. Plus encore, cette étude montre une amélioration entre le pré-test et le post-test, mais également une amélioration entre le pré-test et le suivi. En atteignant le niveau 3 de Kirkpatrick elle montre une amélioration dans l'application concrète des connaissances acquises.

À l'inverse, la plénière n'a pas été perçue comme un espace de discussion adéquat par les étudiants. Cette méthode d'enseignement est relativement peu utilisée dans les formations interprofessionnelles, que ce soit en France ou à l'étranger (46). Nous émettons l'hypothèse que ce format ne favorise pas la discussion, en raison d'un trop grand nombre d'étudiants présents, rendant compliquée la prise de parole (43). Ainsi, nous supposons que ce format pourrait rendre ses participants plus passifs.

Nous retrouvons des résultats identiques sur la place complexe des tuteurs lors de ces ateliers. Les étudiants sont frustrés qu'il y ait des questions qui soient restées en suspens. Ils décrivent des tuteurs volontairement sur la retenue pour ne pas interférer dans les échanges.

A noter que les enseignants interrogés dans le précédent travail évoquaient eux-mêmes la complexité de trouver le bon dosage dans ce qu'ils pouvaient amener, afin qu'il reste des recherches à faire pour les étudiants.

- la formation permettrait d'**éveiller le souhait de développer un projet interprofessionnel**

Nous avons émis l'hypothèse que cette formation permettrait **d'éveiller le souhait de monter un projet interprofessionnel**. Cette hypothèse n'est pas vérifiée par nos résultats. La formation semble plutôt concentrer une population d'étudiants déjà intéressés par l'interprofessionnalité. Un interne avait déjà un projet centré sur la médecine du sport en cabinet avec des kinésithérapeutes : il s'agissait plutôt d'une motivation à participer au cours. Chez les autres étudiants, la formation n'a pas induit de changement drastique dans leur projet professionnel.

Chez les médecins désireux d'exercer en MSP, l'envie était préalable à la formation. Beaucoup ont émis le souhait d'exercer dans ce cadre avec des kinésithérapeutes. La formation a permis à ces derniers de saisir l'importance pour les médecins d'échanger avec eux sur des temps informels, au détour d'un couloir ou pendant un déjeuner par exemple. Cependant, ce souhait d'exercer en MSP n'est pas retrouvé chez les étudiants en masso-kinésithérapie dans nos résultats. La formation n'a pas opéré de changement dans leur souhait. En revanche, elle a permis aux internes de comprendre pourquoi les étudiants en kinésithérapie privilégient plutôt un mode d'exercice entre eux, souvent pour des raisons de plateau technique ou de matériel.

Ici, nos résultats diffèrent avec la promotion précédente. Le travail d'A.Carlier parle d'un changement initié par la formation, le nôtre s'inscrit dans le renforcement d'idées déjà présentes. Cette formation n'initie pas un "changement radical" sur la conception de l'interprofessionnalité des participants. Elle n'initie pas non plus de changement de projet professionnel. En revanche, elle leur apporte une meilleure connaissance des contraintes, de la volonté et des possibilités des autres professionnels de santé tout en leur offrant de meilleurs outils pour collaborer efficacement.

Ainsi, si l'interprofessionnalité apparaît comme un enjeu majeur pour améliorer l'offre de soin, il pourrait être contre-productif de rendre ce type de formation obligatoire, car elle ne génère pas spécifiquement l'envie de s'installer dans une démarche

interprofessionnelle. L'intérêt que portent les étudiants à un exercice collaboratif dépendrait davantage de leurs expériences passées, dans un contexte informel. (47) La majorité des formations interprofessionnelles proposées en France sont d'ailleurs facultatives (35).

Un argument en faveur de ce caractère facultatif reste la capacité à former de petits groupes. Anzieu et Martin ont défini comme idéal un groupe de 12 à 15 personnes pour favoriser l'échange d'idées (48). Conformément à nos résultats, il apparaît également dans la littérature que les étudiants sont plus à l'aise dans des groupes petits et stables (43).

Un autre élément avancé est la motivation des étudiants. En rendant un tel enseignement facultatif, on ciblerait d'emblée les plus intéressés. (35)

Ce critère nous semble essentiel car les formations interprofessionnelles utilisent souvent les jeux de rôle et les ateliers thématiques (35), or la littérature nous apprend que la réussite de ces modes d'apprentissage repose sur la motivation de ses participants. (31) L'an dernier, les participants avançaient eux aussi le volontariat pour alimenter davantage les échanges.

C. Forces et limites de l'étude

Cette étude qualitative permet de recueillir la perception des étudiants impliqués de manière déclarative ; le choix d'un entretien semi dirigé permet d'obtenir des informations de bonne qualité dans un temps d'entretien raisonnable sans être trop restrictif. Le focus group permet de bénéficier d'une dynamique de groupe pour faire émerger des problématiques, ce qui est pertinent pour l'interprofessionnalité. (49) (50)

Les lignes directrices COREQ (51) ont été globalement suivies telles que :

- sur les enquêteurs: leur identité, titre académique, genre, expérience, ainsi que leur relation antérieure avec les répondants sont décrits
- au sujet des participants: le recrutement a été systématique parmi les participants malgré l'impossibilité pour certains étudiants de se déplacer, et la méthode de prise de contact, la taille de l'échantillon sont décrits.
- les entretiens ont été enregistrés, leur durée a été transmise, le thème des entretiens était déterminé à l'avance
- Le guide d'entretien, bien que non testé à nouveau, s'inspire du questionnaire précédent existant et remanié d'après les résultats de cette étude pour en continuer l'exploration thématique.
- En prenant appui sur le travail d'A.Carlier (39), nous nous rapprochons d'une saturation des données en retrouvant de très nombreux résultats similaires,

bien que les principaux chercheurs soient différents. Par design, nous ne pouvons cependant pas la fixer avec certitude. Cela permet cependant de discuter avec fiabilité des éventuelles différences d'une promotion à l'autre.

- un double codage a été respecté, avec une triangulation effectuée avec le directeur de thèse.
- un journal de bord a permis aux auteurs de mener leur réflexion, par des notes prises avant et après les focus groups
- les citations des participants ont été utilisées pour illustrer les résultats, chacune d'entre elles étant identifiée

Nous pouvons citer les limites suivantes:

- les entretiens n'ont pas été répétés - nous disposons de 2 entretiens en focus groups, mais ils se sont déroulés en même temps. Leur répétition sur une plus grande échelle temporelle aurait pu permettre d'affiner le guide d'entretien au fur et à mesure pour gagner en précision et en pertinence
- nous n'avons pas effectué de retour systématique de la transcription ou des résultats aux participants

Il existe un biais de recrutement pour les participants, la formation et les focus groups se faisant sur la base du volontariat : il est à ce propos notable que malgré un débriefing et une recherche prévus et annoncés longtemps à l'avance, un problème de planning a émergé côté kiné (à savoir la non anticipation de certaines vacances des étudiants, restreignant fortement leur nombre) et le recrutement médecin, bien que plus présents, est resté incomplet (12 sur 17 potentiels). Nous pensons que cela est dû à plusieurs facteurs : erreur logistique de planning, des échéances universitaires et professionnelles trop courtes pour les étudiants, la séance de débriefing restant facultative pour l'obtention des crédits de formation, ou un manque d'intérêt pour participer à une recherche.

Ce délai de 3 mois entre la formation et le débriefing est questionnable. Pensé à la base comme un moyen de mobiliser le vécu des participants et d'identifier un impact sur leur pratique, il apparaît aux participants eux-mêmes un dilemme entre éviter un rappel trop lointain de cette expérience ponctuelle et un temps insuffisant pour avoir le recul nécessaire. La maturation d'une équipe de soins interprofessionnelle a déjà été estimée dans une étude à plus de 6 mois pour obtenir un fonctionnement collaboratif (52). Aussi ce point réclamerait un temps d'étude et/ou de suivi plus long, voire des rencontres itératives d'année en année, ce qui en complexifie la mise en œuvre.

Les groupes étaient déséquilibrés entre professions : 1 étudiant kiné face à 7 ou 5 médecins respectivement, ce qui a pu impacter leurs réponses. Toutefois, nous avons pu remarquer qu'en pratique, chaque intervention de ces kinésithérapeutes a

fait l'objet d'une attention particulière par les médecins, peut être du fait de cette "rareté".

Notre méthode d'étude se limite aux 2 premiers niveaux de Kirkpatrick. Nos résultats ne nous permettent donc pas d'explorer l'impact à long terme de la formation sur la pratique réelle des participants (niveau 3), ni son impact sur le système de soins (niveau 4).

D. Conclusion, ouvertures

Notre travail met en évidence une volonté des étudiants de différentes filières de se rencontrer et d'apprendre à collaborer efficacement. Cette volonté prégnante ne semble pas induite par la participation à la formation, mais se voit renforcée à l'issue de celle-ci.

Il nous paraît souhaitable de profiter de cet élan actuel pour proposer d'autres formations interprofessionnelles en santé. Par exemple en couplant toujours plus de rencontres pratiques en stage avec les différents professionnels en activité en complément des enseignements facultaires, qui pourraient élargir leur contenu ou gagner en expertise sur certaines thématiques ciblées selon le souhait des étudiants - comme l'examen clinique articulaire avec les kinésithérapeutes - afin de favoriser leur adhésion.

Concernant les apports de cette formation, nous relevons le changement de certaines idées préconçues sur l'autre profession dont l'origine pourrait être étudiée. Le cours apporte également aux étudiants des outils pour mieux communiquer et mieux collaborer.

On note une progression de la dimension empathique des étudiants, qui prennent en compte les contraintes de l'autre professionnel, alors même que celle des étudiants en médecine a tendance à diminuer au cours de leurs études (53). Un exemple parlant est la progression des internes dans la prescription de kinésithérapie. En effet, ils intègrent les difficultés que peut y rencontrer le kinésithérapeute en limitant sa pratique.

Les échanges permis par cette formation semblent avoir permis par extension une amélioration de leurs connaissances générales mais leur rétention à long terme, notamment lors de la plénière, est incertaine.

Le bilan du travail de recherche est mitigé. Il n'a pas semblé être systématiquement profitable aux étudiants, notamment en lien avec une difficulté à se rencontrer en dehors des séances dédiées. A ce titre, il nous semble pertinent de proposer ce

temps en présentiel à l'intérieur même de la séquence, afin de renforcer directement la collaboration de manière plus ludique.

La plénière de fin a été le point le plus clivant de la formation. Il n'a pas offert l'espace de discussion escompté aux étudiants avec une impression d'inachevé tranchant avec la volonté initiale de partage et d'exhaustivité. Ils ont été plus convaincus par les formats en petits groupes. Nous estimons donc qu'il serait intéressant d'insister encore davantage à l'avenir sur ce format. Cependant, cela implique des moyens logistiques et d'encadrement conséquents.

Il existe quelques discordances entre le ressenti des étudiants kinésithérapeutes et des internes. Nous pensons que cela peut être imputable au manque d'expérience de certains étudiants, notamment en kinésithérapie. Pour ce type de formation prenant appui sur des professions principalement libérales, il paraît donc plus adapté d'y convier des étudiants en fin de cursus plus expérimentés par leur passage en stage ambulatoire, les plus jeunes pouvant être décontenancés par leurs propres limites au cours de ces échanges.

Face à une démographie médicale et paramédicale en difficulté et des besoins en soins plus importants et complexes nécessitant l'intervention de plusieurs disciplines, il est important de renforcer les liens entre les différents intervenants du système pour en optimiser les résultats. Ce travail permet d'illustrer et de prendre en compte une volonté allant dans ce sens chez les étudiants futurs professionnels de santé. Proposer des formations de ce type, en tenant compte de leurs écueils pour les adapter, peut permettre de les accompagner dans leur cheminement vers une activité interprofessionnelle efficiente.

V. Bibliographie

1. Service public français. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
2. Organisation mondiale de la santé. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [Internet]. 2010 [cité 27 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
3. Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, et al. Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med.* juin 2018;46(6):980.
4. Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care.* août 2000;38(8):807-19.
5. Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. 2017;
6. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020 [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
7. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée [Internet]. 2018 [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-vieillissement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des>
8. L'Assurance Maladie. Affection Longue Durée (ALD) [Internet]. 2023 [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/vendee/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>
9. L'Assurance Maladie. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2021 [Internet]. 2023 [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
10. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 28 mars 2013 [cité 15 mai 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
11. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
12. Haute Autorité de santé, en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? *Droit Déontologie Soins.* sept 2008;8(3):278-330.
13. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* juin 2003;38(3):831-65.
14. Agence Régionale de Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2023 [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé>
15. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
16. Article 66 - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 18 juill 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821351

17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 28 déc 2022]. Protocole de coopération entre professionnels de santé. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_978700/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnel-s-de-sante
18. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). 2023-379 mai 19, 2023.
19. L'Assurance Maladie. Le DMP en pratique [Internet]. 2023 [cité 31 août 2023]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/vendee/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
20. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 29 août 2023]. Lancement de Mon espace santé : un nouveau service public pour gérer ses données de santé utiles au parcours de soin. Disponible sur:
<https://esante.gouv.fr/espace-presse/lancement-de-mon-espace-sante-un-nouveau-service-public-pour-gerer-ses-donnees-de-sante-utiles-au-parcours-de-soin>
21. Haute Autorité de santé. La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner. [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur:
https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf
22. Office fédérale de la santé publique, Suisse. Interprofessionnalité dans la formation médicale [Internet]. 2011 [cité 15 août 2023]. Disponible sur:
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung/interprofessionalitaet-aerztliche-bildung.html>
23. Fenn N, Mushkat Z, Murray AN, Dimalanta K, Vandiver M, Robbins ML, et al. Interprofessional education for complex neurological cases. *J Interprof Care*. 2020;34(6):784-90.
24. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux de l'Université de Laval. Le Continuum des Pratiques de Collaboration Interprofessionnelle. 2018 [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur:
https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf
25. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach*. oct 2007;29(8):735-51.
26. Junod Perron N, Perone N, Bischoff A, Kruseman M. Formation interprofessionnelle : une exigence pour une approche intégrée des soins ? *Rev Med Suisse*. 24 sept 2008;172(34):2030-3.
27. Abbatt FR, Mejía A, Mejía A. La formation continue des personnels de santé: manuel pour ateliers. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1990. 189 p.
28. M.Allen L, Hay M, Palermo C. Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough? *State Sci - Situat* [Internet]. 2021 [cité 29 août 2023]; Disponible sur:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.14654>
29. Gilibert D, Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales. *Prat Psychol*. sept 2010;16(3):217-38.
30. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. juill 2016;38(7):656-68.
31. van Soeren M, Devlin-Cop S, MacMillan K, Baker L, Egan-Lee E, Reeves S. Simulated interprofessional education: An analysis of teaching and learning processes. *J Interprof Care*. 1 nov 2011;25(6):434-40.
32. Illingworth P, Chelvanayagam S. The benefits of interprofessional education 10 years on. *Br J Nurs*. 27 juill 2017;26(14):813-8.
33. Hobgood C, Sherwood G, Frush K, Hollar D, Maynard L, Foster B, et al. Teamwork training with nursing and medical students: does the method matter? Results of an interinstitutional, interdisciplinary collaboration. *Qual Saf Health Care*. 1 déc 2010;19(6):e25-e25.
34. de Bremond d'Ars P. La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins

- généralistes en 3e cycle : un état des lieux en France. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2018. ffdumas-02418212f.
35. Gaboreau Y, Bardet JD, Algayres L, Tyrant J, Allenet B, Imbert P, et al. Etat des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale -pharmacie d'officine en France, en 2017. 1 mai 2019;152:184-5.
 36. Renaut P, Fiquet L, Allory E, Chapron A, Hugé S, Annezo F. Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. 26.
 37. Fiquet et al. - 2015 - Une formation inter professionnelle pour apprendre.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2015/02/pmed140050.pdf>
 38. Dallaghan GLB, Hoffman E, Lyden E, Bevil C. Faculty attitudes about interprofessional education. *Med Educ Online*. 2016;21:32065.
 39. Carlier A. Evaluation qualitative par focus groups d'une formation interprofessionnelle adressée aux étudiants de masso-kinésithérapie et de médecine générale - Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine [Internet]. 2021 [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://docs.google.com/document/d/1-9R-c7661QGIXy262HoUfLK2pHlwU7xlhxjei4FIGFo/edit>
 40. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19.
 41. Rodrigues da Silva Noll Gonçalves J, Noll Gonçalves R, da Rosa SV, Schaia Rocha Orsi J, Santos de Paula KM, Moysés SJ, et al. Potentialities and limitations of Interprofessional Education during graduation: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Educ*. 12 avr 2023;23(1):236.
 42. Wilbur K, Kelly I. Interprofessional impressions among nursing and pharmacy students: a qualitative study to inform interprofessional education initiatives. *BMC Med Educ*. 19 mars 2015;15(1):53.
 43. Olson R, Bialocerkowski A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Med Educ*. 2014;48(3):236-46.
 44. Academic administrators' attitudes towards interprofessional education in Canadian schools of health professional education: *Journal of Interprofessional Care: Vol 19, No sup1* [Internet]. [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820500081802>
 45. Cortés-Rodríguez AE, Roman P, López-Rodríguez MM, Fernández-Medina IM, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM. Role-Play versus Standardised Patient Simulation for Teaching Interprofessional Communication in Care of the Elderly for Nursing Students. *Healthcare*. janv 2022;10(1):46.
 46. Khan NS, Shahnaz SI, Gomathi KG. Currently Available Tools and Teaching Strategies for the Interprofessional Education of Students in Health Professions: Literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J*. août 2016;16(3):e277-285.
 47. Lee YH, Ahn D, Moon J, Han K. Perception of interprofessional conflicts and interprofessional education by doctors and nurses. *Korean J Med Educ*. déc 2014;26(4):257-64.
 48. Anzieu D, Martin JY. La dynamique des groupes restreints. 2013;
 49. Marty L. Recherche qualitative en médecine générale: Expérimenter le focus group. *Exercer*. 1 janv 2011;22:129-35.
 50. Azioun S, Mehdi PDS. L'entretien de recherche dit "semi-directif" Dans les domaines des sciences humaines et sociales - Université Abdelhamid Mehri Constantine 2. 2018;
 51. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
 52. Weiss D, Tilin F, Morgan MJ. The Interprofessional Health Care Team: Leadership and Development. Jones & Bartlett Learning; 2023. 281 p.
 53. Tisseron S. Comment développer l'empathie chez les soignant(e)s et les étudiant(e)s en santé ? *Médecine Mal Métaboliques*. 1 nov 2020;14(7):621-5.

VI. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

1) Présentation

Bonjour, nous sommes Vincent Bautrau et Jérémy Le Borgne, tous deux internes en médecine générale. L'objet de notre thèse porte sur la formation interprofessionnelle entre médecins et kinésithérapeutes à laquelle vous avez participé.

Le but de cet entretien est de recueillir vos impressions sur celle-ci. Nous enregistrons cet entretien de groupe avec un dictaphone. Pour des raisons pratiques, nous vous demanderons de vous nommer brièvement avant chacune de vos interventions. Nous analyserons ensuite ces données, mais les résultats seront anonymisés.

Sentez-vous libres de vous exprimer librement sur le sujet, et n'hésitez pas à interagir entre vous au cours des différents échanges.

2) Trame de l'entretien

1) Quel regard portez-vous sur l'interprofessionnalité en santé ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

- Sur le plan de la formation ?
- En pratique clinique ?
- Avez-vous suivi d'autres formations interprofessionnelles ?
- Quels sont pour vous les obstacles au travail interprofessionnel ?
- Dans quelle mesure la participation à ce cours a fait évoluer vos réticences quant à l'activité interpro ?

2) Quelles sont vos impressions sur la formation professionnelle à laquelle vous venez d'assister ?

- Quelles étaient vos attentes avant d'y participer ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à vous y inscrire ?
- Que pensez-vous de la méthode utilisée lors de la formation ? (petits groupes mixtes, durée, travail de recherche et de restitution, jeux de rôle avec « échange des professions », la formation aurait-elle dû être plus tôt/plus tard dans le cursus ?)
- Comment avez-vous collaboré à l'intersession ?

3) Qu'avez-vous appris de cette formation, quels bénéfices en tirez-vous ?

- Sur la place/le rôle de l'autre profession ?
- Sur les connaissances ?
- Sur la collaboration entre professionnels ?
- Quels changements sur votre pratique quotidienne ?

4) Quels changements auriez-vous apportés à la formation ?

5) Quels sont vos projets interprofessionnels ?

- Sur le plan de la formation ?
- Sur le plan professionnel ?

6) Quelle conclusion tirez-vous de cette formation ? Avez-vous des remarques à faire ?

- Quelle place accorderiez-vous à ce type de formation dans l'avenir ?

Annexe 2 : Notice d'information pour la participation à la recherche

Investigateurs :

Alexandre Carlier (alexandre.carlier@etu.univ-nantes.fr)

Le Borgne Jeremy (jeremy.leborgne@etu.univ-nantes.fr)

Bautrau Vincent (vincent.bautrau@etu.univ-nantes.fr)

Promoteur de la recherche :

Faculté de Médecine de Nantes, 1 rue Gaston Veil 44000 Nantes

Ce document est remis à la personne participant à la recherche. Il est à conserver.

Vous avez participé à une formation facultaire d'interprofessionnalité destinée aux étudiants en médecine générale et en kinésithérapie organisée par le Département de Médecine Générale de Nantes (DMG Nantes) et l'institut de formation en kinésithérapie de Nantes (IFM3R).

Dans le cadre de notre thèse, nous réalisons une étude portant sur l'évaluation qualitative de cette formation.

Nous allons recueillir aujourd'hui vos perceptions et vos retours sur la formation, afin de pouvoir les analyser par écrit, tout en anonymisant les données. Ceci afin de pouvoir les utiliser dans le cadre des écrits et de leur éventuelle publication à des fins scientifiques.

Nous tenons à vous rappeler que votre retrait de l'étude est possible à tout moment, sans conséquence sur votre formation.

Cette étude respecte une méthodologie MR4 disponible sur le site de la CNIL, afin d'assurer la sécurité ainsi que l'anonymisation de vos données et des enregistrements.

Vous disposez aussi d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique. Pour cela, il vous suffit juste de contacter les investigateurs de l'étude.

Vous avez la liberté d'accepter ou de refuser l'étude qui vous est présentée.

Les investigateurs peuvent répondre à vos questions et vous informer sur les résultats principaux de l'étude.

Notice remise par les investigateurs à la date du 16/06/2022

Vu, le Président du Jury,
Professeur Jean-Pascal Fournier

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Alexandre Carlier

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeure Pascale Jolliet

Titre de la thèse : **Apports et limites d'une formation interprofessionnelle destinée à des internes en médecine générale et des étudiants en kinésithérapie**

RÉSUMÉ

Introduction: L'interprofessionnalité est promue par l'OMS pour améliorer la qualité des soins. Des dispositifs et formations variées se sont développés dans ce but. L'objectif de ce travail est d'évaluer la perception et les attentes des étudiants concernant une formation interprofessionnelle proposée aux étudiants médecins généralistes et kinésithérapeutes de Nantes.

Méthode: Recherche qualitative menée par 2 étudiants en médecine par 2 focus groups auprès de participants volontaires à la formation. La formation comportait des échanges libres, des jeux de rôle et un travail de recherche interprofessionnelle. Les entretiens transcrits verbatim ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée avec double codage et triangulation des données.

Résultats: 12 étudiants médecins et 2 étudiants kinésithérapeutes volontaires ont été inclus. Des obstacles dans la pratique sont identifiés mais motivent les étudiants à renforcer leur lien. La rencontre formelle, novatrice et les ateliers permis par cet enseignement ont été discutés dans leurs apports et limites. Il a permis de mettre en évidence et de corriger des idées reçues des uns et des autres. Des divergences dans les attentes vis-à-vis du cours ont cependant été relevées entre médecins et kinésithérapeutes. Les étudiants réflexifs imaginent des pistes d'amélioration globales.

Discussion: Les détails des résultats sont comparés avec ceux de l'année précédente. L'enseignement horizontal permis par cette formation interprofessionnelle, incluant échanges et ateliers collaboratifs semble bénéfique pour renforcer le lien entre les médecins généralistes et les kinésithérapeutes, malgré certains aspects moins consensuels. Il existe une volonté d'étendre la formation (enseignements pratiques, rencontres supplémentaires). Les étudiants y voient une incitation à l'exercice coordonné.

MOTS-CLES

Recherche Qualitative. Formation Interprofessionnelle.