

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2021

N° 2021-290

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Alexandre CARLIER

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2021

EVALUATION QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPS D'UNE FORMATION
INTERPROFESSIONNELLE ADRESSÉE AUX ÉTUDIANTS DE
MASSO-KINESITHERAPIE ET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Président du Jury : Monsieur le Professeur Benoît LE-GOFF

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Nicolas HOMMEY

Membre du Jury : Monsieur le Docteur Jean-Pascal FOURNIER

SERMENT MEDICAL

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 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

A Monsieur le Professeur Benoît Le-Goff, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Nicolas Hommey, merci d'avoir dirigé cette thèse et de m'avoir introduit auprès du département de médecine générale. Nos nombreuses occasions de dialogue m'ont aidé à garder le bon cap.

A Monsieur le Docteur Jean-Pascal Fournier, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci à Lara Gendron de m'avoir accompagné dans ce travail interprofessionnel, j'aurais même souhaité que nous puissions le soutenir ensemble, et j'espère que nous pourrons continuer de collaborer dans le futur.

Merci au Professeur Guillaume Le Sant pour son accompagnement côté kinésithérapie et de sa précieuse contribution à nos déclarations et outils de recherche.

Merci au Professeur Cédric Rat pour son accompagnement dans le but de réaliser un clinicat et aux membres de son département pour leur accueil.

Merci à tous les enseignants et étudiants volontaires interrogés sans lesquels le travail d'évaluation de cette formation n'aurait pas été possible.

Je remercie tous les enseignants, étudiants et collègues rencontrés au fil de toutes ces années de scolarité, trop nombreux pour être cités : je vous suis reconnaissant de m'avoir formé !

A mes parents Annie et Gérard, à ma grande sœur Aurore pour leur bienveillance inestimable, on ne peut pas souhaiter mieux.

A Eleonore avec qui j'ai partagé et partage encore l'aventure de l'internat. Merci à Jeanne et Jean-Baptiste pour leur relecture. A mes amis qui ont toujours été là !

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens
BDK : bilan diagnostic kinésithérapique
BEME : best evidence medical education
BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive
CERNI : comité d'éthique pour les recherches non interventionnelles
CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
DMG : département de médecine générale
EBP : evidence based practice
FMC : formation médicale continue
HAS : haute autorité de santé
IPE : interprofessional education
OMS : organisation mondiale de la santé
RIPLS : readiness for interprofessional learning scale
SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SSES : service sanitaire des étudiants en santé
TENS : transcutaneous electrical nerve stimulation

*"Le plus grand plaisir humain est sans doute dans un travail difficile et libre fait en coopération, comme les jeux le font assez voir." Emile Chartier, dit Alain - 1868-1951 -
Propos sur le bonheur, 1925*

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT MEDICAL	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	5
TABLE DES MATIÈRES	6
TABLE DES ILLUSTRATIONS	7
Introduction	8
Pratique collaborative et éducation interprofessionnelle	8
Evaluation d'une formation interprofessionnelle	10
Aperçu de la littérature et uniformisation des formations	11
Modèles théoriques : de l'importance du projet éducatif	12
Exemples d'études françaises	14
Objectif de la thèse	15
Méthodes	16
Description du déroulé de la formation	16
Choix de la méthode qualitative	19
Recrutement	20
Focus groups ou Entretiens de groupe focalisés	20
Analyse des résultats	21
Aspects réglementaires et éthiques	22
Résultats	24
Diagramme de flux	24
Population d'étude	25
Analyse des résultats	27
Modélisation des résultats	27
Le changement	29
Constats initiaux (entrée dans le changement)	29
Le chemin (contemplation)	31
Vers une amélioration (détermination)	34
Le cours	38
Pédagogie active	38
Format	38
Ressenti	40
Vécu par les enseignants	42
Se rejoindre à travers le cours	43
Par le jugement porté sur le cours	43
Le relationnel à travers le cours	45

Limites du cours	46
Les pistes pour l'avenir	48
L'avenir du cours	48
L'avenir de la formation initiale	50
L'identité interprofessionnelle dessinée par les échanges	51
Définir et former, préoccupations des enseignants	51
Notion de raisonnement clinique interprofessionnel	53
Discussion	57
Résultats principaux et implications en médecine générale	57
Forces et limites de l'étude	59
Comparaison avec la littérature	60
Hypothèses, ouverture	65
Bibliographie	67
Annexes	72
Annexe 1 : Guide d'entretien	72
Annexe 2 : Notice d'information pour la participation à la recherche	73

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1	24
Figure 2	28
Tableau 1	25
Tableau 2	26

I. Introduction

A. Pratique collaborative et éducation interprofessionnelle

Dans un effort d'amélioration de la qualité des soins face à des problématiques complexes, le travail d'équipe entre plusieurs disciplines médicales et paramédicales est un axe de développement majeur.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a décrit dans son cadre pour la pratique collaborative et l'éducation interprofessionnelle de 2010 que la formation interprofessionnelle intervient lorsque des étudiants de 2 disciplines ou plus, apprennent avec et entre eux, pour permettre une collaboration efficace et améliorer les résultats de santé. Après 50 ans de recherche, les preuves sont suffisantes pour encourager ce type de pratique (1).

La pratique collaborative améliore l'accès et la coordination des services de santé, l'utilisation appropriée des spécialistes, la santé des malades chroniques et la sécurité des patients (2) Elle peut diminuer les complications, les admissions et la durée d'hospitalisation, les conflits entre soignants, les erreurs cliniques, les taux de mortalité (3).

En santé mentale, elle améliore la satisfaction des soignants et des patients, favorise l'observance thérapeutique, réduit la durée et le coût des soins et l'incidence de suicide (4).

Les formations interprofessionnelles fournissent l'entraînement utile à la pratique collaborative, via plusieurs domaines d'apprentissage (5) :

- être leader et membre d'équipe
- comprendre le rôle et l'expertise de chacun
- communiquer, exprimer ses opinions et savoir écouter
- transférer ses compétences au sein de l'équipe
- travailler dans l'intérêt du patient avec les familles et les communautés de soignants
- comprendre les stéréotypes appliqués à chacun
- considérer chaque soignant comme compétent et important.

Ces mécanismes doivent être contextualisés dans chaque système de santé. Il s'agit d'un levier utile pour renforcer l'offre de soins jusqu'ici déficitaire au niveau mondial et atteindre les objectifs de santé du millénaire pour le développement (6).

Une revue de la littérature en éducation interprofessionnelle par Guraya et Barr entre 2000 et 2016 a montré l'amélioration de scores de connaissances, de compétences et d'attitudes dans des domaines médicaux. D'autres résultats ont été l'amélioration de la satisfaction au travail des soignants, la résolution de problèmes complexes de la pratique grâce à la mobilisation d'autres ressources (collaborateurs, familles) (7), la transformation de stéréotypes ressentis parmi les participants. Le potentiel de l'IPE (interprofessional education) a été souligné en formation initiale comme en formation continue post-diplôme. Les auteurs ont mis en avant l'intérêt du soutien de ces formations par les leaders académiques (e.g. les doyens) et leur administration (8).

Une autre revue par Dyess et al. en 2019 a confirmé que l'éducation interprofessionnelle en santé a permis d'améliorer les attitudes envers le travail d'équipe, la communication, la résolution partagée de problèmes, les connaissances et les compétences qui permettent la collaboration en équipe de soin (9).

Les formations interprofessionnelles se multiplient depuis une vingtaine d'années dans les métiers de la santé. Elles sont de forme variées et généralement gérées localement par les facultés pour les étudiants en formation initiale. Un consensus international sur la responsabilité sociale des facultés en santé exprime en 2011 :

“La notion même d'excellence académique mériterait d'être réexaminée à l'aune de la capacité de l'institution à anticiper les besoins et attentes de la société, à former le futur médecin à de nouvelles compétences en conformité avec ces besoins et en concertation avec les autres professions du domaine sanitaire et social, à promouvoir des modes de pratiques permettant aux futurs diplômés d'exercer pleinement l'éventail des compétences acquises, à collaborer étroitement avec les autres partenaires de santé à ériger un système de santé mieux adapté. Une telle orientation est voisine des principes de responsabilité sociale.” (10)

B. Evaluation d'une formation interprofessionnelle

L'évaluation d'une formation est généralement reconnue selon un modèle décrit par Kirkpatrick en 1959, en 4 niveaux d'intérêt croissant :

- 1 réaction, satisfaction
- 2 connaissances acquises
- 3 comportement des apprenants en pratique
- 4 résultats dans l'environnement de travail

Bien que parfois critiqué, il s'agit d'un modèle largement employé dans la littérature traitant d'éducation.

En utilisant ce modèle, Cooper et al. ont montré en 2001 dans une revue systématique des publications en formation interprofessionnelle médicale et paramédicale que les évaluations étaient le plus souvent cantonnées aux 2 premiers niveaux de satisfaction et de connaissances. Les études qualitatives y ont montré un meilleur score méthodologique comparées aux études quantitatives. Cooper et al. suggéraient un suivi plus long des participants, ou des références à des modèles théoriques sous-tendant les résultats (11).

Le collectif BEME (Best Evidence Medical Education) s'est attelé à adapter et préciser ce modèle aux études médicales dans les années 90. Il affine les niveaux 2 et 4 en distinguant (2a - perception, attitude 2b - connaissances) et 4 (4a - résultats dans l'environnement de travail 4b - résultats sur les soins aux patients).

Ce collectif a fourni un guide sur l'éducation interprofessionnelle en santé en 2007, mis à jour en 2016, avec l'accumulation des preuves en faveur de ce type d'apprentissage. Dans les études interprofessionnelles analysées, les résultats positifs étaient majoritaires dans tous les niveaux, de 1 à 4 (5) (12). Bien que les contextes et méthodes soient hétérogènes, en moyenne les études concernaient de 30 à 100 étudiants non diplômés, de 2 à 6 spécialités différentes, le plus souvent dans les domaines infirmiers et médicaux, et selon des comparatifs avant/après. La plupart des études ont eu lieu dans un contexte anglo-saxon. Le recueil de données est le plus souvent survenu à quelques semaines ou mois des formations. L'accent a rarement été mis sur l'étude des enseignants. Les données demandaient à être complétées pour d'autres spécialités ou régions.

Le BEME a souligné que les études basées sur l'auto-évaluation des participants sont limitées car subjectives, d'autant plus à partir du niveau 2b (perception, attitude). Certaines études ont amélioré leur méthode par un questionnaire en amont, l'ajout d'un groupe contrôle n'ayant pas suivi la formation ou grâce à un nombre très important de répondants.

Les niveaux 3 et 4 évaluant le comportement pratique des étudiants après la formation et les résultats éventuels au niveau du système de soin étaient peu représentés, bien que plus pertinents pour en juger. Très peu d'études leur ont été consacrées, en raison de méthodes longues et complexes à mettre en œuvre à grande échelle. En particulier Illingworth and Chelvayanagam mettent en garde en 2017 dans leur revue les effets trop imprécis sur les niveaux 3 à 4 pendant près de 10 ans. Il était recommandé que la recherche s'en empare pour mettre en évidence les répercussions concrètes de ces formations interprofessionnelles (13) (14).

Plus de nouvelles études sur les effets, types, et méthodes de ces formations sont nécessaires pour en améliorer la quantité et la qualité (15).

C. Aperçu de la littérature et uniformisation des formations

La méthode d'enseignement elle-même semble peu importer selon Hogbood et al. en 2010 : 4 méthodes d'éducation d'un programme interprofessionnel (simulation, jeu de rôle, enseignement didactique interactif par questions en temps réel et enfin enseignement didactique classique) ont toutes montré une amélioration des attitudes et des connaissances des participants (niveaux 1 à 2 du modèle de Kirkpatrick adapté), mais ces auteurs ne mettent pas en évidence de supériorité comparées entre elles (16).

Une étude de 2012 portant sur une formation néerlandaise, basée sur 3 ateliers interprofessionnels de 2 à 3h sur des situations de santé impliquant plusieurs disciplines a utilisé un questionnaire quantitatif avant/après ainsi qu'un recueil de quelques entretiens qualitatifs semi dirigés. Elle a montré une amélioration dans la perception de la formation et de la collaboration rapportée subjectivement. Les opinions des participants et leur mise en relation pour apprendre à se connaître lors d'échanges libres autour de divers sujets ont paru aussi importants que le programme éducatif lui-même (17).

Sytsma et al. ont mis en évidence en 2015 par questionnaire RIPLS (readiness for interprofessional learning scale) avant, après et à 1 an d'une formation brève entre

étudiants kinésithérapeutes et médecins une ouverture des étudiants à ces interventions et une bonne rétention des informations à long terme (18).

Bridges et al. au travers de 3 exemples de formation ont souligné l'importance du soutien de la structure institutionnelle et son administration. Une équipe entraînée et dédiée d'intervenants titulaires et remplaçants, la reconnaissance du travail de l'étudiant (par certificats, récompenses ...) sont importants. (19) Une tendance à l'uniformisation des interventions professionnelles à travers des programmes plus robustes aux Etats-Unis se précise. Black et al. confirment en 2021 les paramètres précités tout en mettant en avant la nécessité d'une créativité et d'une adaptabilité de chaque institution au contexte local (20).

D. Modèles théoriques : de l'importance du projet éducatif

Carpenter et Dickinson, suite à la revue du BEME, ont affirmé en 2016 l'intérêt du modèle théorique de la "contact theory" basée sur Allport en 1954. Il ne suffit pas que des étudiants de groupes différents soient mis dans la même pièce pour que leurs relations et compétences coopératives s'améliorent.

Allport a donc proposé à l'époque, pour diminuer l'hostilité entre les groupes, que les étudiants conviés soient de statut égal, travaillent dans un but commun, que le programme ait le soutien de l'institution. Hewstone et Brown's, en raison des résultats encourageants dans la littérature, ont rajouté en 1986 quelques précisions : que les participants aient au préalable une opinion positive de la rencontre, que le travail commun soit concluant, que l'accent soit mis à la fois sur les points communs et les différences entre les groupes (21).

Il existe une nuance entre formation interprofessionnelle et formation multidisciplinaire : la formation interprofessionnelle promeut un travail collaboratif afin d'améliorer la coopération des disciplines entre elles. Alors qu'une formation multidisciplinaire n'apprend aux étudiants qu'un même contenu indifférencié sans interaction entre eux et plutôt dans un objectif de connaissance pure sur le sujet. Les objectifs, méthodes et évaluations de ces dispositifs pédagogiques sont donc considérés comme différents.

Après la "contact theory", une autre théorie dite "Situating Learning Theory" ou SLT par Lave & Wenger (22) est utilisée pour approcher l'éducation interprofessionnelle en santé par un angle social. Elle s'éloigne des aspects cognitifs de l'apprentissage. Elle stipule que l'apprentissage professionnel survient le plus souvent de manière non intentionnelle, dans la pratique quotidienne. Cette théorie met en avant le

principe de communautés collaboratives de pratique de plusieurs professionnels œuvrant à une entreprise conjointe. Les identités professionnelles y seraient transformées par le franchissement de barrières sociales ou pratiques entre les individus. Il y est évoqué l'intérêt d'une co-construction de la pratique entre les nouveaux et les anciens professionnels d'une même structure. O'Brien et Battista proposent en 2020 une revue des différentes études utilisant ces concepts, parfois de manière superficielle, parfois en profondeur, appelant à s'y familiariser pour mieux l'évaluer dans la communauté éducative (23).

La plupart du temps, les barrières à l'éducation interprofessionnelle sont issues de stéréotypes ressentis et parfois formés très tôt, avant même une expérience pratique. Ils deviennent prophéties auto-réalisatrices même lorsque les comportements allégués ne sont pas observés - par exemple, infirmières se percevant elles-mêmes et par les autres comme empathiques, médecins plutôt sûr d'eux et détachés. Carpenter et Dickinson ont conseillé pour éviter cet écueil de convier des étudiants de statuts similaires ayant des attentes déjà positives pour travailler sur un but commun, en rendant évident le soutien de la structure institutionnelle. (24)

Ateah et al. ont supposé par une étude longitudinale que ces stéréotypes en santé pouvaient être directement transformés et améliorés par une formation interprofessionnelle (25). Il est argumenté que le contact entre les groupes devrait avoir lieu très tôt dans les cursus, avant même l'apparition de ces stéréotypes. Une controverse existe dans la littérature sur ces sujets, certains argumentant l'intérêt d'une intervention placée au contraire tardivement dans la formation. (24) (12) (26)

Hean et al. en 2018 ont publié une revue de la littérature des années 1988 à 2015 sur la croissance de l'utilisation de ces diverses théories en apprentissage interprofessionnel. Il en existe en réalité plusieurs dizaines d'autres et il n'est pas pour le moment possible d'identifier un "Gold standard" dans ce domaine. Les auteurs notent un terrain de plus en plus fertile au fur et à mesure que cette littérature se développe. (27)

E. Exemples d'études françaises

Dans le système de santé français, le médecin généraliste est considéré comme un pilier de la coordination en soins primaires et les facultés ont donc la responsabilité de les former à ce rôle..

Cette dynamique est soutenue au niveau politique par la multiplication des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles et de communautés professionnelles territoriales de santé, dont le cahier des charges impose le dialogue entre différentes disciplines depuis la création de ce statut en 2016.

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé » (article L 1434-12 du code la santé publique). (28)

Quelques initiatives d'évaluation de formations interprofessionnelles ont eu lieu en France : par exemple en 2015, une étude des perceptions des étudiants en santé sur une formation interprofessionnelle à Rennes entre médecins, infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, sage-femmes, pharmaciens, podologues. Ils ont montré par entretiens semi dirigés individuels une volonté d'implication des étudiants dans ce type de formation. Ces derniers ont déploré le cloisonnement des spécialités et la méconnaissance de leurs rôles respectifs. Ils ont mis en avant l'aspect novateur de la démarche, une meilleure collaboration, la remise en question des préjugés par les discussions informelles. La formation a semblé préciser leur identité professionnelle et majorer leur volonté de porter d'autres projets similaires dans le futur. (29)

En 2017 à Lille, une thèse sur la satisfaction des étudiants en médecine générale sur un séminaire rassemblant des intervenants paramédicaux a montré l'intérêt des répondants en conseillant unanimement la formation aux plus jeunes : les compétences de communication et de collaboration étaient mises en avant et l'interprofessionnalité avec le patient au centre a été perçue comme gage de qualité des soins. Des suggestions d'améliorations ont été faites sur les dispositifs spécifiques mis en place : délai d'un mois perçu long entre les sessions, des interventions parfois trop longues, l'intervention de patients experts appréciée mais

trop peu mis en avant. Il a semblé manquer un point pratique d'information sur les réseaux de santé pour favoriser une collaboration optimale. (30)

Renault et al. ont proposé une idée de speed dating pédagogique à adapter aux formations françaises afin de faciliter la compréhension mutuelle des étudiants au début d'une formation. (31)

Au niveau de la perception des professionnels en activité, Chapron et al. ont interrogé en 2017 par technique du groupe nominal des médecins généralistes ayant pratiqué une démarche éducative en consultation auprès de patients BPCO du territoire de St Malo, France. Ceux-ci ont identifié la coopération interprofessionnelle comme le 2ème facteur prioritaire pour développer l'éducation thérapeutique des patients en soins primaires, juste après la formation continue des médecins et avant même de développer des actions visant la population générale, de nouvelles rémunérations ou le renforcement des matériels techniques et humains dédiés. (32)

F. Objectif de la thèse

L'objectif de cette thèse a été de comprendre les attentes et la perception des étudiants et enseignants en masso-kinésithérapie et médecine générale impliqués dans une formation interprofessionnelle, par l'analyse de focus groups (entretiens de groupe focalisés) à l'université de Nantes.

II. Méthodes

A. Description du déroulé de la formation

Le 2 février et le 9 mars 2021, il a été proposé aux étudiants en kinésithérapie de l'institut IFM3R, Saint Sébastien sur Loire et en médecine générale de l'Université de Nantes deux demi-journées présentiels de formation interprofessionnelle. Elles étaient gratuites et facultatives pour la validation de leurs diplômes respectifs. L'annonce de la formation et son inscription se sont faites via le secrétariat du département de médecine générale et de l'institut de kinésithérapie sur la base du volontariat.

La formation avait pour but de renforcer les liens entre les deux disciplines en favorisant la communication interprofessionnelle autour de situations fréquentes de soins primaires. Il s'agit d'un projet innovant développé par ces deux structures. Une première version prototype avait été menée début 2020 et le travail de recherche initialement prévu pour celle-ci a été reporté en raison de la pandémie de Covid-19.

Le programme éducatif et le format des ateliers proposés ont été planifiés en amont par les enseignants participants, par rencontres et courriels interposés.

Le nombre de participants prévu était de 16 étudiants par spécialité, 32 au total, répartis en groupes de 8 étudiants (4 kinésithérapeutes et 4 internes de médecine générale, plutôt en fin de cursus). Chaque groupe était encadré par un binôme interprofessionnel d'enseignants (8 au total), professionnels diplômés dans leur domaine.

Quatre situations cliniques courantes organisaient la réflexion en groupes distincts (pathologies liées à l'épaule, la lombalgie, la cheville et l'autonomie de la personne âgée). Elles avaient été choisies comme représentatives de l'exercice ambulatoire des deux professions. Les étudiants y étaient répartis aléatoirement.

Lors de la première demi-journée, chaque sous-groupe a travaillé indépendamment. Le placement dans les salles était libre, adoptant généralement une installation en table ronde. En tant que chercheurs (Alexandre Carlier et Lara Gendron), nous avons personnellement observé certains groupes, sans intervenir, lors des deux journées à raison d'environ 1h par groupe.

Un premier atelier de présentation associait un étudiant en médecine générale à un étudiant en kinésithérapie pour qu'ils se présentent l'un à l'autre puis restituent au reste du groupe ce qu'ils avaient retenu de leur partenaire. Cette activité avait pour objectif d'inciter les étudiants à "briser la glace".

Un second atelier de mise en situation "Vis ma vie" demandait aux étudiants d'une même profession de se projeter dans le rôle de l'autre en discutant de leur réaction supposée, imaginée, face à une brève situation clinique. Ces idées étaient ensuite mises en commun avec les étudiants de l'autre profession. Cela permettait d'identifier les besoins et attentes mutuelles, tout comme les à priori.

En dehors de la trame fixée pour orienter le débat, les échanges étaient libres et se rapprochaient du fonctionnement d'un groupe de pairs.

Différents sujets ont été traités lors de ces échanges, ici présentés de manière non exhaustive :

- le bilan initial et la pratique du médecin (l'interrogatoire et l'examen clinique, l'évaluation de la gravité, l'imagerie et ses indications, les médicaments et dispositifs médicaux ...)
- le bilan initial et la pratique du kinésithérapeute (les compléments d'interrogatoire et d'examen clinique, la confirmation du diagnostic, le pronostic, les techniques utilisés et l'évolution au plus près du patient)
- les attentes de communication entre professionnels (effet placebo par recommandation d'un pair, intérêt des appels ou courriers de suivi, l'avenir des maisons de santé pluriprofessionnelles et la facilitation des échanges au sein des équipes de soins primaires ...)
- les moyens et la confidentialité utilisés (messageries sécurisées, Dossier Médical Partagé) et vers quel kinésithérapeute s'adresser (annuaire selon McKenzie, réseaux de soin ...)
- la rédaction de l'ordonnance médicale et sa législation (courriers séparés, cotations, termes ...)
- les techniques de kinésithérapie et le matériel utilisé (massages, rééducation, physiothérapie, balnéothérapie, étirements, proprioception, TENS, mesures de la force et des amplitudes articulaires, réexposition graduée, kinésithérapie précoce et systématique pour la cheville, faible spécificité des tests cliniques de l'épaule, l'adaptation de l'exercice physique au cas par cas pour les lombalgies ...)
- les liens avec les disciplines similaires : intérêt du médecin rééducateur, du médecin algologue, de la podologie, de l'ostéopathie, la chiropraxie ...
- les données biopsychosociales et l'alliance thérapeutique (kinésiophobie, motivation du patient, autres troubles ...)

- les références à consulter (recommandations de la HAS, brochures, grilles d'évaluation ...)
- la temporalité (délai après un traumatisme ou une pathologie, le nombre de séances envisagées ...)
- La prise en charge interdisciplinaire de la personne âgée, les nombreuses ressources ou professionnels utiles
- Les aspects physiologiques de la douleur et de la blessure musculo-tendineuses

Des questions de recherche ont ensuite été formulées par les étudiants et précisées par les enseignants suite aux interrogations soulevées. Chaque binôme constitué d'un étudiant en kinésithérapie et en médecine générale devait collaborer et rapporter le fruit de cette recherche lors de la deuxième demie-journée, positionnée un mois plus tard.

Lors de la deuxième demie-journée, les binômes ont pu d'abord rapporter ces résultats à l'oral dans leur sous-groupe. Le travail collaboratif a généralement été mené par courriels. Les sources et mots clés employés ont été précisés et critiqués en groupe. Lors des présentations, les étudiants pouvaient poser des questions et les encadrants pouvaient partager leur expertise ou donner des exemples issus de leur pratique ou formation personnelle.

Pour information, les questions de recherche rapportées par les étudiants lors de la session prototype de 2020 étaient, entre autres :

- groupe épaule :
 - Effets des corticoïdes versus AINS dans la tendinopathie de l'épaule non opérée du patient adulte ?
 - Traitements et indications des techniques chirurgicales dans la rupture de coiffe des rotateurs ?
 - Sensibilité et spécificité des tests cliniques de l'épaule ?
- groupe lombalgie :
 - Conseils à donner en situation aiguë et chronique ?
 - Sports conseillés et déconseillés ?
- groupe cheville :
 - Conseils au patient et importance de la kinésithérapie pour le traitement d'une entorse de cheville ?
 - Collaboration médecin et kinésithérapeute, quel vecteur et quel contenu pour la communication ?
 - Place de la physiothérapie dans d'autres pays ?
 - Conditions d'accès direct au kinésithérapeute ?

- groupe personne âgée :
 - Quelle prise en charge podologique ?
 - Comment accompagner les aidants ? Avantages et inconvénients de la prise en charge à l'hôpital de jour, au cabinet ou à domicile ?
 - Quels sont les facteurs de risque prédictifs de chute ?

Des questions de recherche de la session 2021 sont évoquées dans les résultats plus loin.

Les étudiants étaient invités à commenter les présentations. Aidés des enseignants, ils devaient ensuite synthétiser les résultats de leur sous groupe sous la forme de 3 messages clés, de 3 surprises et de 3 changements envisagés pour la pratique. Ces messages étaient destinés à être communiqués en plénière avec tous les autres.

A cause des restrictions sanitaires du début d'année 2021 liées à la Covid-19, et afin de limiter le nombre de personnes dans une même salle, cette plénière a été menée par visioconférence en ligne à l'aide d'un écran et d'une webcam dans chaque salle pour environ une heure. Un orateur présentait chaque recherche, en utilisant ou non un support de type diaporama. Les étudiants étaient libres de questionner ou nuancer les propos.

B. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative est utile dans le domaine de la santé et de l'interprofessionnalité du fait de leur complexité. (33) Elle permet de saisir les représentations des interrogés et de s'ouvrir à de nouveaux thèmes selon une progression logique, sans reposer sur des critères trop rigides qui manqueraient de pertinence. (34)

La nature souvent informelle des échanges peut difficilement être anticipée avec précision. L'objectif était cependant d'atteindre le niveau 2a (perception) de l'échelle étendue de Kirkpatrick dans l'évaluation de la formation.

Les recherches initiales sur le sujet ont été faites dans la littérature scientifique à l'aide des outils de bases de données Pubmed et Google scholar, en utilisant des termes comme "interprofessional education" (IPE), "interdisciplinary studies" en incluant les synonymes et les articles connexes plus spécifiquement dédiées aux domaines médicaux et paramédicaux, ainsi qu'en interrogeant la base SUDOC de manière similaire pour les éventuels travaux de thèse français.

La question de recherche était : Quelles sont les attentes et les perceptions des étudiants et enseignants en kinésithérapie et médecine générale à Nantes à propos d'une formation interprofessionnelle, recueillies par analyse de focus groups (entretiens de groupe focalisés) ?

C. Recrutement

Le recrutement s'est fait parmi les participants volontaires aux 2 journées de formation interprofessionnelle ayant eu lieu le 2 février et le 9 mars 2021. Les enseignants et les étudiants étaient informés de notre présence en tant que chercheurs et de leur participation éventuelle à une recherche à posteriori. Nous les avons contactés par courriels et leur avons proposé des sondages pour établir des dates d'entretiens de groupe dans les 3 mois suivant la formation.

Pour les étudiants, une salle a été réservée en présentiel à la faculté de médecine de Nantes le 18 mai 2021. Faute de disponibilité des enseignants en journée et en raison de couvre-feu sanitaires pendant la pandémie de Covid-19, nous avons dû organiser pour eux une visioconférence en ligne le 26 mai 2021 en soirée.

D. Focus groups ou Entretiens de groupe focalisés

Les étudiants et enseignants inclus ont été informés de la recherche et ont donné leur accord à l'oral. Une notice d'information écrite et signée leur a été présentée, disponible en annexe 2, les informant que la recherche serait enregistrée puis analysée de manière anonyme dans le cadre d'une thèse de médecine générale et d'un mémoire de kinésithérapie. Il leur était possible de s'abstenir de répondre ou d'arrêter l'entretien.

Pour le groupe étudiants en présentiel, j'assurais le rôle d'animateur lors des échanges, en tant que médecin généraliste non thésé, associé à ma co-chercheuse étudiante en kinésithérapie observatrice, chargée de la bonne fonction du matériel et de notes éventuelles. Cet entretien a duré environ 1 heure et 15 minutes.

Pour le groupe des enseignants par visioconférence, ma co-chercheuse assurait cette fois le rôle d'animateur et j'en observais le déroulé. Cet entretien a duré environ 1 heure et 45 minutes.

Les thèmes abordés n'étant pas de l'ordre de l'intime, des entretiens de groupe semblaient plus adaptés que des entretiens individuels. Il n'y avait pas d'autres personnes directement présentes, en dehors des enquêteurs et des interrogés.

L'entretien de groupe focalisé utilisé dans cette étude suivait une logique d'entretien semi dirigé. Ce guide d'entretien est présenté en annexe 1. La première itération de ce guide a été critiquée en amont par un groupe d'enseignants au sein du département de médecine générale de Nantes. Il a ensuite été testé en pratique auprès de 4 étudiants de la session prototype de 2020 mais cela n'a pas été analysé en raison d'un groupe trop restreint et d'un biais de mémorisation trop important à un an de la formation.

Les entretiens analysés cette année ont eu lieu dans un délai de 3 mois suivant la formation.

E. Analyse des résultats

Les entretiens ont été enregistrés, transcrits verbatim et analysés au fur et à mesure selon un double codage par moi, étudiant en année thèse de médecine générale et ma co-chercheuse Lara Gendron, étudiante en troisième année du diplôme d'état de kinésithérapie, dans le cadre de son futur mémoire de fin d'études dirigé par le Professeur Guillaume Le Sant. Les verbatims sont disponibles sur demande.

Concernant notre expérience du sujet, j'avais été présent l'année précédente lors du prototype de cette formation et m'étais formé par la lecture de la littérature en prévision de cette thèse (34). J'ai participé à des ateliers méthodologiques organisés par le département de médecine générale dans le courant de l'année. Je détiens un Master 1 de recherche en biologie m'ayant permis d'appréhender les bases de la recherche en complément de ma formation médicale en médecine générale. Des groupes d'échange de pratique organisés par le département de médecine générale de Nantes pour les internes ont également permis la mise en forme de recherches régulières liées à des problématiques de soin.

Au moment de la proposition de collaboration pour cette étude, ma co-chercheuse était quant à elle en avant dernière année de son diplôme d'état de masso-kinésithérapie et était impliquée dans l'association nationale des étudiants en masso-kinésithérapie, participant à la rédaction de guides d'information pour sa discipline et d'autres corporations.

Le logiciel d'aide à l'analyse qualitative Transana a été utilisé pour coder des citations issues du verbatim. Lorsqu'il y avait désaccord sur leur sens, nous avons discuté et retravaillé chaque terme utilisé afin de parvenir à un accord. Les codes obtenus ont été catégorisés et classés par thèmes selon une logique inspirée de la théorisation ancrée (36).

Nous avons opéré une triangulation des données avec nos directeurs de recherche pour la suite de l'analyse et l'organisation du plan de nos écrits respectifs. Ces données ont permis de modéliser un schéma et une théorie explicatifs présentés dans les résultats.

Plusieurs réunions et des notes prises dans un journal de bord ont étayé la réflexion sur le long terme, avant, pendant et après les entretiens. Nous avons également envisagé d'effectuer une soutenance commune de ce travail étant donné le cœur interprofessionnel de l'étude. Des contraintes d'échéances personnelles et réglementaires entre les deux filières ne l'ont pas permis.

F. Aspects réglementaires et éthiques

Les participants étaient prévenus dès le premier jour de la formation de leur participation potentielle à une recherche. Cette formation et son évaluation étaient facultatives et gratuites.

Nous n'avons pas reçu de financement pour ce travail. Nous ne déclarons pas de conflit d'intérêt. Cependant il est à noter qu'un des enseignants volontaires pour les entretiens est le directeur de cette thèse. Toutefois il a été interrogé de manière indifférenciée au sein d'un groupe et l'enseignement a été construit collectivement de manière interprofessionnelle et égalitaire.

Je ne connaissais pas personnellement les participants à la recherche avant ce travail, en dehors de mon directeur de thèse, mais nous avons donc fait en sorte que ma co chercheuse soit animatrice et moi observateur lors de l'entretien avec les enseignants. A l'inverse, elle connaissait personnellement certains des étudiants participants par le biais de sa promotion de kinésithérapie, elle était donc observatrice lors de cet entretien. Les questions étaient construites de sorte à garder un objectif de neutralité.

Concernant nos motivations, l'interprofessionnalité est un sujet qu'il nous semble important de développer dans nos formations, d'où l'idée de mener une analyse conjointe malgré des manuscrits séparés pour contrainte réglementaire.

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration initiale de conformité à la CNIL en suivant une méthodologie non interventionnelle MR4, sur un thème de pédagogie en santé, et a reçu un avis éthique favorable en commission CERNI, grâce à la demande du Professeur Guillaume Le Sant.

III. Résultats

A. Diagramme de flux

Sur 40 participants éligibles contactés, dont 32 étudiants et 8 enseignants, 9 étudiants et 5 enseignants se sont portés volontaires pour la tenue de focus groups dans la limite de 3 mois après la formation.

Ce recrutement a eu lieu par courriel et les dates se sont organisées par sondage en ligne. Un rappel a été envoyé une semaine avant les entretiens, puis la veille dans les deux groupes. 2 étudiants ont été exclus : l'un n'a suivi qu'une demie-journée de la formation et l'autre a eu un imprévu le jour de l'entretien.

Au total 2 focus groups, à 7 étudiants et 5 enseignants ont donc pu être tenus respectivement les 18 et 26 mai 2021.

D'autres étudiants de cette année et de la précédente, désireux de nous aider mais indisponibles ont pu nous transmettre leur ressenti par écrit pour enrichir notre réflexion. Ces propos ne sont pas analysés ici car hors méthode et individuels.

Ci après, le diagramme de flux récapitulatif.

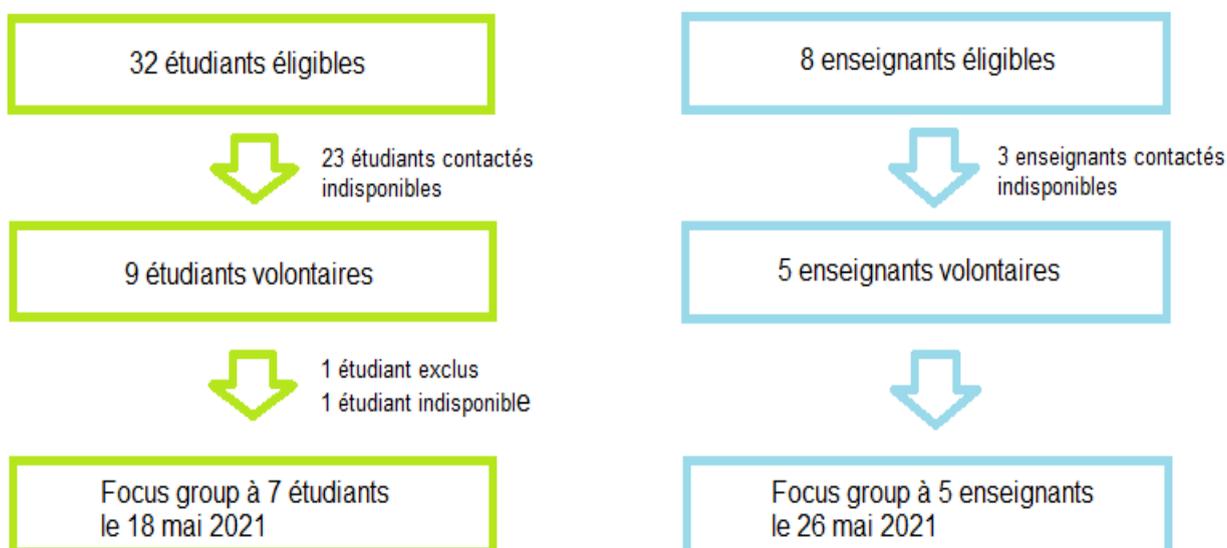


Figure 1. Diagramme de flux.

B. Population d'étude

Les caractéristiques du groupe étudiants sont décrites dans le tableau 1.

ETUDIANT	Sexe, âge (en années)	Profession, année du cursus	Expérience interprofessionnelle antérieure
SM1	F, 24	Médecin généraliste, 7ème	Oui
SK1	H, 22	Masseur kinésithérapeute, 4ème	Non
SK2	F, 23	Masseur kinésithérapeute, 4ème	Non
SK3	H, 32	Masseur kinésithérapeute, 4ème	Non
SK4	F, 38	Masseur kinésithérapeute, 4ème	Non
SK5	F, 23	Masseur kinésithérapeute, 4ème	Non
SM2	F, 27	Médecin généraliste, 9ème	Oui

Tableau 1. Caractéristiques des étudiants. Légende : H Homme, F Femme, SK "Student"/Etudiant Kinésithérapeute, SM "Student"/Etudiant Médecin

La moyenne d'âge des étudiants interrogés était de 27 ans, rehaussée par deux d'entre eux ayant effectué des reconversions à un âge avancé. Il y avait 2 hommes pour 5 femmes, 2 médecins pour 5 kinésithérapeutes. Ils étaient pour la plupart dans la dernière année de leur cursus respectifs, à l'exception d'une médecin.

2 étudiants sur 7 avaient participé à au moins une formation interprofessionnelle auparavant : en parlant avec les kinésithérapeutes, ceux inclus ont pu dire avoir été en contact avec des infirmiers lors d'un cours mais ils nous ont dit que le peu d'interactions réelles entre les disciplines les a spontanément poussé à répondre non à cette question.

Les étudiants présents ont traité les questions de recherche suivantes lors de la formation :

- Quel est le bénéfice des maisons pluriprofessionnelles pour le patient ?
- Comment prescrire de la kinésithérapie sans limiter les soins du patient et sans que cela soit délétère sur la cotation des actes du kinésithérapeute ?

- Comparatif de pratiques lors de la première séance du kinésithérapeute et du médecin généraliste dans l'entorse de la cheville
- Quels principes d'éducation thérapeutique aux neurosciences de la douleur dans le cadre d'une lombalgie ?
- Quels sont les "drapeaux jaunes" dans la lombalgie chronique ?

Les caractéristiques du groupe d'enseignants sont décrites dans le tableau 2.

ENSEIGNANT	Sexe, âge (en années)	Profession, années d'exercice	Exemples de questions de recherche traitées dans le groupe
EK1	H, 56	Masseur kinésithérapeute, 25	Comment orienter selon l'examen clinique médecin / kiné ? Délai de prise en charge entre médecin et kiné ? A partir de quand rediriger un patient avec rupture de coiffe ? Quel traitement médical pour optimiser la rééducation ?
EM1	H, 49	Médecin généraliste, 21	Les conditions d'accès direct au MK pour une entorse de cheville au sein d'une structure type MSP ?
EK2	F, 33	Masseur kinésithérapeute, 11	Quelle est l'influence des facteurs psychosociaux sur la lombalgie ? Quels sont les conseils d'hygiène du dos ? Quels sont les traitements efficaces pour la lombalgie?
EK3	F, 54	Masseur kinésithérapeute, 33	Quelle prescription serait la plus optimale pour une prise en charge kiné ciblée sur l'autonomie sans desservir le patient ni le kiné dans sa cotation d'acte ?
EM2	F, 40	Médecin généraliste, 14	Les conditions d'accès direct au MK pour une entorse de cheville au sein d'une structure type MSP ?

Tableau 2. Caractéristiques des enseignants. Légende : H Homme, F Femme, EK Enseignant Kinésithérapeute, EM Enseignant Médecin.

La moyenne d'âge des enseignants interrogés était de 46 ans. Il y avait 2 hommes pour 3 femmes, 2 médecins pour 3 kinésithérapeutes.

5 enseignants sur 5 avaient participé à au moins une formation interprofessionnelle auparavant, que ce soit le cours proposé lui-même ou le plus souvent dans le cadre de congrès ou de leur formation continue.

C. Analyse des résultats

1. Modélisation des résultats

Les participants interrogés sur leur vision de l'interprofessionnalité ont établi des constats sur la réalité de leur pratique professionnelle et de leur formation initiale. L'analyse des résultats permet d'évoquer des similitudes avec le processus de changement défini par Prochaska et Di Clemente (37). Leur mise en contact semble briser un état de pré-contemplation de ces problématiques abstraites, voire inconnues. Le cours proposé et sa possibilité d'échange permettent un processus de changement en opérant une réunion des deux disciplines. Cela semble entraîner une détermination à améliorer les liens interprofessionnels au quotidien.

Ce cours inhabituel est construit sur des principes de pédagogie active. Le format et son ressenti par les étudiants et les enseignants diffèrent en effet d'un enseignement dirigiste, vertical.

Des attentes initiales différentes entre les étudiants des deux disciplines ont convergé vers un avis similaire sur le dispositif. En observant un effacement du corporatisme, les deux professions se sont reconnues comme légitimes, développant une confiance mutuelle. Elles ont cherché toujours plus de façons de se rencontrer (temps informels, lieux, stages).

Des limites surtout logistiques ont été mises en évidence mais c'est surtout un appétit frustré de ne pas pouvoir en faire plus dans le temps imparti qui prédomine.

Des pistes pour l'avenir ont émergé : à la fois pour le cours, mais aussi pour la formation initiale. Les échanges des étudiants et des enseignants ont dessiné les traits d'une identité interprofessionnelle.

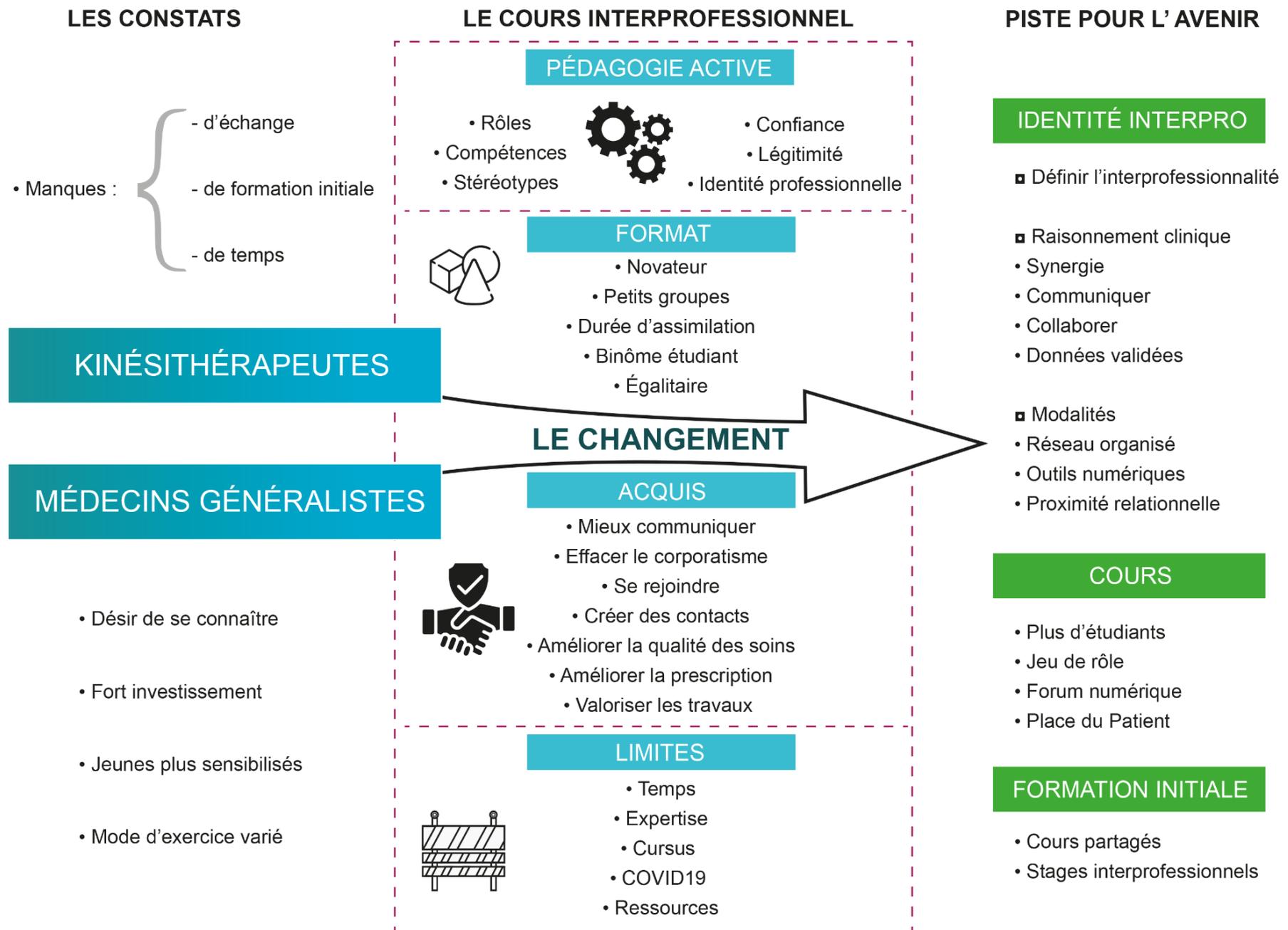


Figure 2. Modélisation des résultats

2. Le changement

a) Constats initiaux (entrée dans le changement)

La plupart des participants interrogés sur leur vision de l'interprofessionnalité, étudiants comme enseignants, ont exprimé des constats sur la situation actuelle de leurs disciplines. Tout d'abord **un manque d'échange dans la pratique professionnelle.**

SM1 : "j'ai jamais reçu en stage de bilan d'un kiné donc c'est vrai qu'on fait des ordonnances et puis après on sait pas vraiment ce qu'il se passe."

SK5 : "Mes tuteurs se plaignaient souvent du même truc c'était "Ah l'ordonnance là elle est hyper galère pour nous et pour le patient, ça bloque" ... je sentais qu'il y avait pas d'échange avec le médecin."

EM2 : "Je ne reçois aucun bilan de kiné."

Un enseignant évoque la difficulté à traiter un surplus d'informations.

EK3 : "on tourne autour du médical, du paramédical et puis aussi du social parce que le patient est à facettes multiples également. Donc l'idéal peut aussi être une usine à gaz, et donc il faut aussi être vigilant à avoir les bonnes infos et ne pas se noyer."

Les enseignants ont perçu un écart entre les représentations des étudiants.

EM2 : "les ateliers mettent en jeu le fait qu'on leur demande de faire "Et si t'étais médecin nin nin nin" "Et si t'étais kiné tu ferais quoi ?" donc inverser un peu les rôles et en faisant ça on découvre tout de suite les représentations qu'ils ont les uns des autres et c'est marrant parce qu'il y a des gaps incroyables."

Le constat est fait d'**un manque d'interprofessionnalité dans la formation initiale** des étudiants comme des enseignants.

SK1 : "C'est quelque chose qui manque de manière générale dans nos études."

SK5 : *“C’était des choses qu’on a appris sur mon futur métier aussi et c’est assez surprenant qu’on en ait jamais parlé comme ça à l’école.”*

EK3 : *“Au sein de l’école on a jamais eu de cours où on était par exemple en neurologie où on pouvait chacun intervenir, avoir un champ de compétence, avec des réflexions communes autour d’une seule pathologie. Souvent le métier d’ergo était cité en annexe [...] mais on ne sait pas du tout ce qu’ils font, par exemple. Alors que pourtant, on était dans la même école.”*

Des liens plus rapprochés sont évoqués en enseignement et en recherche.

EK1 : *“A l’école de kiné on croise évidemment beaucoup nos collègues enseignants en pédicurie podologie donc on a des temps de formation plus à l’enseignement, à la pédagogie [...] l’accompagnement des mémoires par exemple dans les deux filières [...] mais j’ai pas eu d’expérience de formation technique autre que dans le champ de la kinésithérapie.”*

Le manque de temps pour l’interprofessionnalité dans la pratique professionnelle est évoqué :

SM1 : *“je suis arrivée en stage en SASPAS donc en cabinet en autonomie avec beaucoup d’idéaux, et je me rends compte j’ai 25 patients par jour [...] finalement prendre ton téléphone pour discuter avec le kiné, pour avoir l’infirmière qui passe à la maison t’as pas forcément le temps.”*

Toutefois il est noté dans les deux groupes **l’influence du mode d’exercice**, l’exercice de l’interprofessionnalité semblant plus aisé en tant que salarié, au sein d’une structure.

EK3 : *“Je travaille en salariat et en EHPAD donc on est vraiment dans le mode de la coopération pluriprofessionnelle. C’est vrai que là je fais peut-être plus attention à tous les professionnels et à aider au maximum le médecin.”*

EK2 : *“Ce serait un idéal à atteindre de pouvoir collaborer avec différentes professions pour avoir différentes facettes de la même personne en soins. Et que c’est un idéal pas facile à atteindre, en institution mais aussi et surtout en libéral.”*

SK3 : *“C’est quelque chose qui pourrait être plus faisable en structure, mais l’interprofessionnalité je pense que c’est aussi un patient qui voit plein de*

gens en libéral et là pour le coup c'est là que le challenge est encore un cran au dessus.”

Un enseignant kinésithérapeute libéral parle cependant d'une **spécificité médecin/kinésithérapeute** pouvant être facilitatrice.

EK1 : “Je collabore évidemment beaucoup plus au quotidien avec des médecins prescripteurs qu'ils soient généralistes ou peu importe mais c'est en général mon interlocuteur de choix, j'ai rarement d'échange avec d'autres professionnels.”

La place du patient et son autonomie dans les soins ont été discutés.

EK3 : “Il est aussi responsable quelque part de ses progrès ou de ses difficultés qu'il peut engendrer en ne respectant pas certaines consignes ou autre, donc on doit être autour de lui mais aussi le laisser prendre ses responsabilités.”

EM2 : “Dans certaines définitions de l'interpro, le patient est considéré à égalité par tous les autres professionnels de santé dans le projet de soin par exemple. C'est un autre professionnel de santé sauf que c'est lui le sujet.”

Les enseignants soulignent qu'**un échange avec le patient uniquement est insuffisant** pour faire une interprofessionnalité efficace.

EM1 : “avant même que l'interprofessionnalité soit à la mode, le patient voyait le kiné et racontait au médecin ce qu'il faisait avec le kiné ou avec une autre profession [...] je pense que pour être sur de la vraie interprofessionnalité il faut peut-être toucher un niveau au dessus où vraiment tu travailles avec les gens et que tu n'as pas que le patient en commun.”

b) Le chemin (contemplation)

Cette entrée dans la problématique a permis **une prise de conscience du métier de l'autre** et a permis d'en apprécier les différentes composantes.

SK1 : “Ce genre de formation à laquelle on a pu assister c'est un bon début parce qu'on n'est pas forcément au courant de comment chaque professionnel de santé travaille.”

La notion de **médecin généraliste coordinateur** a été renforcée auprès des étudiants kinésithérapeutes.

SK5 : “j’ai pu comprendre par exemple comment peut fonctionner un médecin généraliste [...] son rôle de coordinateur et du coup comprendre qu’il y a pas que le kiné, il peut pas avancer que avec le kiné, il a tout un tableau clinique de son patient à gérer et que ça va être à nous aussi de faire un pas pour améliorer la communication”

L’expertise et l’**autonomie du kinésithérapeute** dans les troubles musculo-squelettiques ont été soulignés dans les échanges par l’abord de l’accès direct et du bilan diagnostique de kinésithérapie, méconnus des étudiants médecins.

SM1 : “je me dis qu’il y a plein de choses on passe peut être à côté en fait justement on a pas forcément conscience de toutes les compétences que vous avez, [...] j’apprends que les kinés peuvent voir des entorses de cheville sans passer par les médecins”

SM2 : “j’ignorais totalement qu’il y avait toute une première séance avec bilan et qu’ils écrivent des pages et des pages et puis les tests, déjà ça j’ai appris, et ce qui me montre qu’ils sont bien plus performants dans le diagnostic par exemple pour une entorse ou une lombalgie que nous.”

Cette expertise et cette autonomie sont aussi mieux perçues par les étudiants kinésithérapeutes :

SK5 : “c’est au kiné de choisir ses propres techniques.”

SK5 : “une ordonnance assez large pour laisser plus de choix aux connaissances du kiné et donc éviter de brider la prise en charge.”

L’un d’eux a témoigné avoir appris sur sa propre discipline des éléments de législation et de rédaction du bilan diagnostique kinésithérapique.

SK5 : “on a compris déjà qu’en tant que kiné normalement on est obligé de faire un bdk et que s’il y avait plus de 5 séances de kiné on doit le renvoyer au médecin et c’est vraiment écrit dans la législation [...] que l’ordonnance, aujourd’hui y a plus le droit par exemple de mettre les techniques à faire [...] de mettre un nombre de séances particulier”

L’**à priori d’un médecin indisponible** a pu être remis en cause auprès des étudiants kinésithérapeutes :

SK4 : *“De mon expérience de stage, j’en ai ressorti que mes tuteurs ne renvoyaient rien à leur médecin, ne communiquaient pas du tout avec eux, parce qu’ils m’ont dit d’un côté, “ça prend du temps, et de toute façon le médecin il s’en fiche” [...] en fait non les médecins ils s’en fichent pas, il y en a peut être qui s’en fichent, mais y en a peut être une majorité qui en fait a envie d’avoir un retour.”*

SK4 : *“on m’a plutôt vendu que voilà il fallait pas embêter le médecin, fallait pas le déranger parce qu’ils sont occupés et que finalement en parlant avec les médecins qui étaient là, bah que non en fait on pouvait, un mail voilà ça se lit quand on est dispo, on est pas obligés de s’appeler forcément.”*

Les enseignants ont pu souligner la **remise en question de l’identité professionnelle par le dispositif**, dans un enseignement plus fluide où l’étudiant est acteur de sa formation.

EM2 : *“c’était assez formateur pour leur identité professionnelle globalement et que c’était aussi un des points forts [...] parce qu’ils sont obligés de réfléchir sur ce qu’ils font, aussi ce qu’ils savent ou ce qu’ils ne savent pas et comment ils communiquent avec les autres.”*

EK2 : *“ils ont sorti des choses très innovantes et ils ont cherché sur leurs croyances, leurs représentations et bouger ces lignes là”*

Le **désir de connaître l’autre** a été perçu par un enseignant et associé à la curiosité, qualité jugée comme inhérente au métier de soignant.

EM1 : *“Ils sont curieux les uns des autres pour différentes raisons, notamment pour connaître les champs de compétence, mais aussi pour connaître les études parce que finalement y en a certains qui ont peut être voulu faire la profession de l’autre à un moment [...] je crois que pour être professionnel de santé il faut avoir une certaine curiosité ou une ouverture à l’autre qu’on a avec nos patients.”*

Cette connaissance de l’autre a permis **le développement d’une confiance mutuelle**.

SK4 : *“j’ai vraiment cette sensation qu’on a tous envie de communiquer ensemble et ça c’est finalement plutôt rassurant et ça va vraiment me motiver à plus aller vers l’autre, vers le médecin notamment du coup alors qu’avant j’avais plus de restrictions.”*

Cela a pu renforcer **un sentiment de légitimité réciproque** entre les deux disciplines, vu par un étudiant et un enseignant.

SK4 : “on avait un de nos profs kiné et un médecin généraliste et du coup peut-être qu’on aurait posé des choses différentes s’ils n’avaient pas été là.”

EM2 : “les étudiants kinés, pour certains, intègrent le fait que le médecin quand même “sait”. Et c’est rigolo de voir les étudiants médecins dire “Mais nan ! pas du tout on ne sait pas !. [...] Et ce renversement si tu veux d’autorité, de légitimité hein il y a la question de la légitimité qui je pense est apparue dans ces cours.”

La complémentarité des compétences entre les deux disciplines a été discutée par tous :

EM1 : “c’est aussi pour aider le patient, essayer de partager et de voir à quel endroit sont nos champs de compétence respectifs, à quel endroit il y a des choses que telle profession ne gère pas du tout, telle profession gère complètement et puis il y a des endroits où ça se chevauche.”

SM1 : “il y a vraiment des compétences qu’on partage et d’autres qu’on partage pas et on a tous des choses à s’apprendre.”

Le dispositif permet **la création de contacts** et un début de réseau professionnel.

SM1 : “cette formation je l’ai trouvé hyper intéressante dans le fait, de la communication, le fait de travailler en petits groupes, on rencontre d’autres spécialités, c’est intéressant de créer du contact tout ça.”

c) Vers une amélioration (détermination)

L’intérêt du cours pour **mieux communiquer en pratique** a été mis en avant. Quand on leur demande ce que cela a pu changer en eux, les étudiants répondent :

SK2 : Je ferai attention à ma communication avec les médecins et j’aurai plus tendance à essayer de créer un lien professionnel quitte à aller les voir pour me présenter si je m’installe et essayer d’être visible”

SK1 : “ça m’a apporté pas mal d’infos et de petits trucs que je pourrai mettre en place plus tard pour faciliter la communication donc vraiment du positif en

tout cas. [...] plus facile ce sera derrière de communiquer naturellement quand on sera vraiment en pratique professionnelle”

Ils invoquent la cohérence vis à vis du patient :

SK2 : “Je pense qu’il faut, en tant que professionnel de santé, avoir un même discours quitte à mon avis à ce qu’il y ait un référent qui parle principalement au patient.”

Cette cohérence est recherchée par une enseignante à propos d’une autre activité d’enseignement entre kinésithérapeutes et ergothérapeutes :

EK3 : “on va se rencontrer justement tous pour harmoniser un petit peu nos propos pour éviter justement de mettre en questionnement les étudiants [...] même si à la base on a pas eu le même organisme de formation initiale.”

Un autre enseignant à propos de la communication médecin-kinésithérapeute :

EM2 : “J’ai aussi eu au moins une fois depuis la dernière session un kiné qui m’a appelé pour me dire où est ce qu’il en était. [...] on a échangé j’ai trouvé ça très sympa hein ça a pris quelques secondes [...] ça m’a paru absolument naturel et c’était peut être moins le cas avant.”

L’intérêt du cours pour **modifier les pratiques** à travers **des moyens existants** et simples à mettre en œuvre (courrier, téléphone, courriel ...) a été mis en évidence, pour peu qu’une motivation et une détermination existent.

SM2 : “Il y a vraiment un réel manque de communication entre toutes les professions de santé [...] Il y a des solutions assez faciles, écrire des mails via des messageries sécurisées, ou même appeler enfin y a vraiment un moyen simple de résoudre ce problème là, mais faut qu’on ait envie de le résoudre.”

Un enseignant l’évoque dans sa pratique :

EK2 : “je décroche plus mon téléphone maintenant. [...] on a un échange et là on est d’accord et ça va débloquent certaines situations [...] notamment après la 2ème session.”

Une étudiante médecin s’étonne d’une différence de communication médicale et paramédicale :

SM1 : “Nous la question se pose même plus quand on envoie aux spés, on fait un courrier c’est comme ça. Je pense que ça peut être étendu à toutes les autres professions paramédicales.”

Les enseignants ont souhaité rendre plus systématique une invitation au contact dans leur pratique professionnelle.

EM2 : “Parfois je mets un petit mot manuscrit en marge de l’ordonnance [...] ça m’est arrivé d’écrire “Je serai très intéressé par le retour de votre bilan”.”

Une **envie et une capacité à mieux synthétiser** est évoquée quel que soit le mode d’exercice :

SK5 : “s’il y a jamais de retour, il n’y aura pas la connaissance derrière et du coup voilà on m’a dit d’essayer de renvoyer un document très synthétique de 5 lignes où j’explique un peu mes objectifs en tant que kiné et pas forcément tous les moyens”

EK1 : “j’ai changé un tout petit peu ma façon de faire mes courriers, mes bilans, de manière un peu plus synthétique avec toujours offrir une opportunité de rentrer en contact un petit peu plus, notamment par téléphone, pour des éléments complémentaires si besoin.”

EK2 : “Après la première session j’ai fait plus de bilans, j’ai plus envoyé mes bilans. Et après cette deuxième là j’ai changé en les raccourcissant également comme EK1.”

L’intérêt du cours a été noté dans sa propension à **améliorer la prescription et la cotation**. A force de contact avec d’autres disciplines, ces avantages deviennent réflexes :

SM2 : “il y a comment prescrire aussi, qu’en fonction de ce qu’on mettait sur l’ordonnance ils pouvaient coter ou pas les choses derrière donc ça m’a appris ça surtout.”

SM1 : “depuis je vais plus souvent mettre des petits mots sur l’ordonnance si je change le traitement d’un patient. [...] pour que le pharmacien ait bien compris que je ne l’ai pas oublié, que j’ai décidé de l’arrêter, donc des choses auxquelles je pensais pas forcément avant”

Les participants ont émis l’hypothèse de **l’amélioration de la qualité du soin par l’interprofessionnalité**.

SK5 : “Je me disais que c’était super dommage parce que cet échange-là est indispensable pour le patient et puis pour les deux professions.”

EK1 : “tout ça c’est au bénéfice du patient, toujours, qu’on puisse collaborer certes, et puis penser toujours au maximum à se coordonner, à se donner des billes les uns les autres, de manière à faire avancer au mieux les traitements et qu’on sorte les plus bénéficiaires possibles.”

SK4 : “en stage, j’ai toujours trouvé finalement la prise en charge plus juste quand j’étais en centre de rééducation parce qu’il y avait des transmissions toutes les semaines et chaque professionnel avait son temps de parole, sur ce qu’il pensait du patient, les objectifs c’est quoi, et comment on peut y arriver et par exemple des fois le kiné avait demandé à un ergo de faire ce genre de chose parce que lui pouvait pas.”

Par ailleurs certains étudiants étaient étonnés que nous utilisions le mot “formation” dans nos questions, faisant **discuter la définition même d’un cours** et traduisant son aspect inhabituel.

SK3 : “c’est pas quelque chose qui a été vendu comme formation [...] sans que ce soit un mot péjoratif mais c’est la première fois qu’on entend ce mot”

Un enseignant au sein de son groupe figure cette réflexion en parlant des objectifs de la formation.

EK2 : “Après on ne voulait pas non plus que ça se transforme en un cours quoi c’était pas ça le but.”

3. Le cours

a) Pédagogie active

(1) Format

Le cours a été perçu comme **un dispositif innovant et inhabituel**.

SK5 : “j’ai vraiment beaucoup aimé parce que ... les cours sur la pathologie bon bah on en bouffe tout le temps parce qu’on a pas le choix et c’est important ... mais là ça sortait du quotidien quoi, [...] on me donne un cours en médecine générale bah malheureusement je suis un peu bête et méchant et je pense que je vais aller m’installer à côté de mes copains de classe et puis je vais prendre des notes et écouter ce cours là et puis je vais repartir [...] cette formation-là, en fait le coeur même c’est l’interprofessionnalité”

Il utilisait des éléments de pédagogie active et permettait un échange plus direct entre enseignants et étudiants tout comme entre les étudiants eux-mêmes. Le **format des petits groupes** de 8 étudiants et 2 enseignants a semblé adapté, à la fois pour l’échange qu’il permet et son côté pratique.

SK3 : “Le côté petits groupes était super intéressant pour favoriser l’échange”

EM1 : “La difficulté c’est que c’est un petit groupe. Alors c’est à la fois un avantage parce que du coup très vite la mayonnaise prend mais à la fois un désavantage parce qu’on ne peut pas toucher tous les étudiants.”

EM2 : “est-ce qu’il faut faire plus de sessions ou est-ce qu’il faut faire plus d’étudiants par session ... ça risque de nous mettre en difficulté en tout cas je verrai pas plus de 10”

L'**équilibre des professions** entre les groupes (notamment comparé au prototype de l’année 2020, déséquilibré en termes d’effectifs) a aussi été souligné.

EM1 : “un groupe cette année [...] qui était plus mature, qui avait plus de connaissances et surtout qui était plus équilibré.”

La tenue de **plusieurs journées** couplées a aussi été valorisée pour permettre une durée de réflexion et d'assimilation.

SM1 : "J'ai trouvé ça bien effectivement qu'il y ait deux journées d'écart."

SK3 : "ça permet de, entre guillemets, digérer un petit peu les échanges qui ont pu être fait la première fois, se reposer des questions et du coup de pouvoir échanger sur les nouvelles questions"

Le renforcement de l'itération du dispositif par **l'inclusion systématique des focus groups** eux-mêmes a été proposé par un enseignant.

EM2 : "ce focus group c'est aussi un temps de retour à distance de la formation sur ce que ça a pu éventuellement faire évoluer ... voilà qu'est ce que ça a implanté en fait pour eux quelques semaines plus tard, et que ce temps là c'est un temps d'échange à nouveau, un temps de consolidation aussi des acquis"

L'**intérêt du binôme étudiant** pour la recherche demandée a été discuté comme un point positif.

SM1 : "comme on était en binôme médecin généraliste/kinésithérapeute, ça permettait de rencontrer vraiment l'autre, de discuter, enfin nous du coup on avait pu se voir 2 fois pour faire notre recherche et au final on a discuté de vachement plus de trucs de kiné, de médecine générale et je pense que le but de cette formation c'est aussi de créer un peu du lien."

Cela avait été envisagé en amont lors de la création du cours :

EM2 : "Je pense que s'ils sont actifs c'est parce qu'on les met en binôme [...] déjà la structure elle-même de la recherche elle est dans l'échange et le mélange justement de ces 2 cultures pour trouver des réponses communes."

Il est important de noter que certains étudiants ont semblé ne pas avoir bénéficié de cet aspect collaboratif. Cela a diminué l'appréciation positive de ce travail.

SK4 : "la question de recherche le but c'était de travailler ensemble, donc je ne sais pas si tous les binômes c'était comme ça mais on était toutes les deux occupées, donc en fait moi je l'ai fait de mon côté, elle l'a fait du sien et elle m'a donné des notes la veille pour le lendemain et voilà donc c'était pas finalement le plus intéressant"

(2) Ressenti

Il a été ressenti un **désir des étudiants de se connaître**, ainsi qu'une **forte implication**.

SK5 : "J'ai ressenti un engagement aussi bien de la part des médecins généralistes que des kinés qui étaient là pour qu'il y ait un vrai échange et un vrai questionnement sur nos pratiques, [...] une envie de connaître l'autre, de connaître le travail de l'autre."

EK1 : "Je suis toujours un peu étonné, agréablement surpris de voir que les étudiants s'investissent très rapidement dans la formation, [...] il n'y a pas eu tellement de temps à s'approprier, à se regarder."

Le recrutement par le **volontariat** a pu être ciblé par des étudiants comme un **biais bénéfique à la formation**.

SK1 : "généraliser un peu la formation c'est vrai que je pense que ce serait plutôt positif même si là c'est vrai qu'on était que des volontaires [...] ça reste des temps d'échange où c'est moins des cours magistraux, donc c'est quand même des choses interactives qui en général plaisent un peu plus."

SK3 : "on était tous là sur la base du volontariat et donc à partir de là il y a plus de chance en tout cas que tout le monde soit volontaire et ait envie d'échanger."

Le **goût de l'apprentissage horizontal** a ainsi été largement mis en avant, comparant un principe de table ronde durant la formation à des cours habituellement vécus de manière plus descendante :

SK5 : "on reçoit du savoir de quelqu'un qui possède ce savoir et qui nous l'instruit alors que là au final vu qu'il y avait un échange, moi personnellement j'ai reçu du savoir mais d'une autre façon, d'une façon beaucoup plus agréable qui je pense va rester plus longtemps aussi en tête" et23

SK3 : "je n'ai à aucun moment ressenti un truc descendant où on est venu m'expliquer : "le médecin fait ça ... le kiné fait ça ... il faudrait faire ça pour améliorer ... ". J'ai jamais ressenti ça, c'était vraiment quelque chose de super horizontal."

Le **bénéfice collectif de la synthèse des recherches** a été souligné par les étudiants, malgré les difficultés rencontrées en visioconférence cette année à cause de la pandémie de Covid-19.

SK4 : “c’était bien de regarder le diapo de tout le monde en fait, d’avoir une vraie trace écrite ça c’était plus intéressant.”

Un enseignant va jusqu’à imaginer **une valorisation des recherches à l’extérieur** pour le reste de la promotion même s’il en appréhende plus loin la difficulté logistique à le faire.

EM2 : “C’est à dire que nos 16 étudiants en médecine nos 16 étudiants en kiné [...] que ça fasse partie un peu de la formation pluripro, qu’ils fassent bénéficier aux autres de leur promotion ce qu’ils ont pensé de cette formation, ce qu’ils ont appris [...] faire un mini congrès des internes.”

La **place de l’enseignant et de son expertise** dans ce format a été discutée. Tour à tour spectateur, expert ou guide, le paradoxe a été perçu dans les deux groupes entre laisser l’échange libre avoir lieu d’une part, et l’expertise à fournir dans le cours d’autre part. Par exemple, une enseignante qui se forçait à ne pas intervenir lors de certains échanges :

EK2 : “C’est vrai que ça démange, de temps en temps [...] Et des fois ils se tournaient vers nous aussi pour nous demander.”

Un second qui souligne l’importance de ces interventions :

EM2 : “c’est quand même des données, des informations que vous donnez en tant qu’expert, au sujet de questions qu’ils se sont posés eux, et qu’ils ont investis donc c’est le moment où jamais de la donner cette expertise.”

Ici l’impression d’être spectateur :

EK3 : “J’avais l’impression d’être plutôt spectateur à un moment donné parce qu’ils se renvoyaient la balle avec une telle spontanéité que finalement ça avançait très très bien.”

Une synthèse de cette difficulté :

EM1 : “C’est cette complexité en fait de trouver le bon dosage de ce que tu amènes et de ce qu’ils vont amener [...] sur la première session de pas leur amener trop de billes pour qu’ils aient des recherches à faire”

Les étudiants ont pu nuancer cette idée eux-mêmes :

SK3 : “je pense que volontairement pour favoriser l’échange, ils ne sont quasiment pas intervenus, je pense que ça c’était une volonté, mais du coup le fait de pas avoir fait ça bah ça a causé peut être de la frustration, parce qu’il y a des questions qui sont restées en suspens.”

(3) Vécu par les enseignants

Les enseignants ont pu vivre ce cours comme **un dispositif agréable et reposant**.

EM2 : “c’est un enseignement qui est assez reposant parce que tu les regardes tu relances vaguement, tu fais une moitié d’expertise.”

EM1 : “il n’y a pas de travail à faire en amont parce que finalement on va les faire travailler sur la recherche et finalement nous on a pas un boulot énorme c’est plutôt effectivement très agréable de ce côté-là, très efficace”

Ils se sont même **auto congratulés sur le dispositif** qui leur a semblé convaincant.

EM2 : “Je trouve qu’on s’est pas mal congratulé et qu’on trouve que ça fonctionne bien donc j’ai pas trop envie d’y toucher effectivement.”

L’appréhension de certains freins en rapport avec l’expérience professionnelle s’est effacée devant une accroche rapide des participants aux discussions, un **investissement vécu comme une bonne surprise**.

EK1 : “on a notre vécu déjà de gens un peu plus expérimentés [...] que les étudiants aient les mêmes freins que nous on pouvait avoir les uns envers les autres. Et moi j’ai trouvé que très vite en fait ils se sont trouvés sur un pied d’égalité”

Certains ont pu se sentir formés eux-mêmes par le cours qu’ils encadraient grâce à la diversité des échanges.

EK2 : “j’ose dire, je pense que c’était utile pour les étudiants mais aussi pour moi, à titre personnel cette expérience.”

L'intérêt du binôme interprofessionnel d'enseignants a été relevé, notamment pour compenser certains **doutes sur la qualité d'animateur**. Cela a pu poser la question de la formation des intervenants à la pédagogie.

EK3 : "j'étais un petit peu, des fois un peu dépassée mais plus parce que n'étant pas du tout formatrice dans le cadre scolaire, je pense que j'aurais pas eu mon bon binôme là j'aurai peut être ... le groupe aurait peut être été moins performant mais plus parce que je n'aurais pas su le guider efficacement."

b) Se rejoindre à travers le cours

(1) Par le jugement porté sur le cours

Les étudiants se sont réunis à travers le cours : les **attentes initiales étaient différentes** entre les deux disciplines. Interrogés sur leur motivation initiale, les kinésithérapeutes y ont perçu en premier lieu un terrain d'échange.

SK5 : "Si je vais à cette formation-là, peut être que je vais comprendre pourquoi il n'y a pas d'échange et trouver un moyen pour qu'il y ait de l'échange [...] j'aimerais bien pratiquer d'une manière plus ouverte sur les autres professionnels de santé"

SK3 : "C'était une journée d'échange interprofessionnel, donc aller voir ce que font les autres, qu'ils nous expliquent un petit peu ce qu'ils font et puis que nous aussi on puisse démontrer qu'on sait faire des choses."

Les médecins ont plutôt semblé y chercher des connaissances.

SM1 "J'aurai bien aimé juste par exemple, qu'on dise rapidement, c'est quoi les études de kiné, c'est quoi le programme en fait en 4 ans."

Cette impression est relatée par le souvenir d'un enseignant en fin de session.

EM2 : "J'avais entendu aussi une étudiante dire qu'elle s'attendait à plus de... peut-être plus d'expertise [...] Comme si on fournissait finalement le cadre, l'animation, les ateliers, le contenant de leur cheminement et de leur travail et qu'en termes de contenu justement et d'expertise, j'avais l'impression qu'elle avait été légèrement frustrée de ça."

Au final, on observe **une convergence des avis des étudiants** durant le focus group, à travers un cours globalement apprécié et profitable. La **possibilité d'échanger librement ou de manière informelle lors d'occasions multiples**, a été largement évoquée tout au long des entretiens :

SK4 : “on sentait cette envie de poser des questions un peu interdites, qu'on poserait pas à un médecin généraliste avec qui on travaille et comme ça de dire, par exemple autour d'un café.”

SK3 : “ça a renforcé ma certitude du fait que l'interprofessionnalité est hyper importante et qu'en libéral [...] des choses un peu informelles mais pour vraiment échanger et savoir ce que fait l'autre et puis mettre au courant de ce que nous on fait, comment on travaille et ça pourrait effacer un petit peu à la fois ces incertitudes et à la fois favoriser après la communication [...] s'il y avait ce truc qui était entretenu, je pense qu'une fois diplômé dans la pratique ce serait quelque chose de totalement naturel.”

EK1 : “j'aimais bien ce que tu disais EK2 justement sur les temps un peu informels, de repas, de pause où on se croise et on échange sur notre façon de travailler ou notre façon de voir certaines choses mais en dehors d'un cadre un peu plus institutionnalisé [...] on apprend pas forcément à travailler mais on apprend à se connaître, à savoir qui est l'autre, ce qu'il fait, comment il le fait”

À cet égard, d'éventuels documents guidant la journée ont pu être jugés bridant par les étudiants. À l'inverse, leur intérêt comme annexe au cours pour des données contextuelles a été soulevé :

SK5 : “ça aurait peut-être un peu bridé au final d'avoir des documents.”

SM1 : “j'aurai bien aimé avoir des documents même si on nous les donne à la fin par exemple de la journée de formation [...] par exemple, c'est quoi les études de kiné, c'est quoi le programme [...] peut être une partie justement sur les compétences propres, sur tout ce qui est législation, [...] aussi sur la cotation des actes”

Les jeunes étudiants se sont sentis **mieux sensibilisés à l'interprofessionnalité** par rapport à leurs aînés.

SK4 : “je vais généraliser un peu là mais, les plus jeunes diplômés (note : médecins) on va dire ont plus cette envie d'aller vers les kinés, vers l'interprofessionnalité, même nous quoi on est plus formés à ça parce que moi

aussi de mon expérience de stage, j'en ai ressorti que mes tuteurs ne renvoient rien à leur médecin"

(2) Le relationnel à travers le cours

Ce traitement interprofessionnel, d'égal à égal, semble avoir opéré un **effacement du corporatisme** chez les étudiants.

EK3 : "à un moment donné je ne savais plus qui était kiné, qui était interne sauf quand ils parlaient après dans leurs spécificités là je revenais."

Les deux professions se sont reconnues mutuellement dans leurs attentes.

SK1 : "le côté intéressant c'était, d'un côté comme de l'autre, de savoir les attentes des médecins généralistes vis à vis des kinés et les kinés vis à vis des médecins généralistes."

Ce changement de statut, par la confiance et la légitimité, a permis de favoriser un **réseau pour l'avenir**.

SK3 : "un outil qui serait déjà en place ça s'appelle le réseau [...] je connais un médecin généraliste, j'ai confiance en lui, je sais quelle est sa manière de voir les choses [...] c'est beaucoup beaucoup plus facile derrière de bosser comme ça et dans leur sens c'est pareil ils connaissent des kinés en qui ils peuvent avoir confiance et bah ils peuvent orienter."

Alors qu'un enseignant faisait le constat de ne pas recevoir de bilan de kinésithérapie, il note le développement de cette confiance :

EM2 : "j'en ai reçu un d'un jeune qui s'est installé à côté et du coup ça m'a fait adresser des patients plus vers lui parce que j'ai trouvé que du coup il faisait bien son travail [...] ça m'a donné confiance en lui."

Un véritable **désir de démontrer son expertise et son lieu de formation** a été évoqué, au-delà d'une relation contractuelle.

SK2 : "permettre aux étudiants en médecine de venir à des TP ou de reproduire une heure de TP qu'on peut avoir, et puis que nous on puisse aussi aller les voir sur une demie journée [...] pour vraiment que chacun réalise ce que fait l'autre."

Un enseignant formule une invitation dans le focus group, remarquant que le cours a été organisé à la faculté de médecine.

EK1 : “j’aimerais bien vous inviter sur les locaux de l’école de kiné [...] que les étudiants en médecine puissent voir comment ça se passe dans nos locaux.”

c) Limites du cours

Des points négatifs, majoritairement logistiques, ont été évoqués par les deux groupes à propos du cours. Par exemple, un **appétit frustré** par le **manque de temps** et d'approfondissement :

SM1 : “j’ai ressenti un peu de frustration parce qu’il y a des trucs que j’aurai aimé creuser un peu plus en profondeur sur votre rôle de kiné.”

SK1 : “on aurait pu garder la question de recherche et faire les jeux de rôle par exemple, aller approfondir un peu plus et même avoir des temps d’échange complètement libres”

SK5 : “le temps sur place pour ma part aurait pu être un peu plus conséquent en fait, (SM1 acquiesce) [...] en termes d’organisation peut être plus compliqué mais en fait doubler pratiquement le temps de formation, ça m’aurait pas choqué.”

SM2 : “on a pas eu assez de temps de formation peut être, [...] faire aussi d’autres pathologies, enfin voir plus sur le long terme des cours un peu plus étalés dans le temps.”

EK1 : “à chaque fois et d’autant plus à la 2ème session, on était très contraint par le temps [...] dans notre groupe avec EM2, on essayait de les speeder pour qu’ils fassent leur retour des recherches dans la dernière session parce que derrière on savait qu’il fallait qu’on se rejoigne en plénière [...] je crois que c’est un bon révélateur que tout le monde s’est beaucoup intéressé.”

Les étudiants auraient aimé **un retour plus long et plus riche en expertise sur les recherches**, générant une certaine frustration :

SK4 : “on est passé rapidement sur les réponses la deuxième journée donc c’était un peu ce côté frustrant d’avoir une question qui pouvait être intéressante.”

L'impact du niveau des étudiants dans leur propre cursus a pu jouer sur le ressenti de la formation. Les étudiants ont senti un écart entre les deux professions sur leur expérience réelle du patient.

SK3 : “on est en troisième année, sur quatre ans, donc on est pas du tout au même stade que vous sur votre formation où vous êtes médecin [...] on a pas la même expérience que vous et je pense qu'on est un petit peu moins, à ce stade là de notre formation, apte à répondre à toutes vos questions, par rapport à des kinés qui seraient déjà en pratique [...] qui auraient peut être plus réfléchi à ces questions d'interprofessionnalité.”

Il est intéressant de noter que la vision des enseignants a été différente sur ce point. S'ils sont conscients du problème dans d'autres formations, par exemple entre infirmiers et médecins, il leur a semblé que le contact médecine/kinésithérapie se soit produit avec peu de résistance :

EK3 : “en dernière année d'infirmière, même s'ils sont encore jeunes dans leur tête à 22 ans - 23, ils sont quand même en posture préprofessionnelle avancée. Je pense qu'il n'y a pas que l'âge physique qui peut intervenir. C'est aussi là où on place ça dans la formation.”

EM1 : “J'arrive pas à savoir pourquoi ça marche là médecin/kiné alors que les années, les âges sont pas tout à fait les mêmes.”

Les **agendas difficiles à concilier entre les cursus de formation initiale** sont perçus dans les deux groupes.

SM1 : “que ce soit vraiment inscrit dans la formation parce que sinon on a tous plein de trucs à faire.”

EK1 : “c'est d'autant plus compliqué de matcher au niveau des emplois du temps. Là on a déjà eu des difficultés sur deux filières.”

Le problème est perçu comme s'étendant à d'autres disciplines de santé, par exemple entre infirmiers et médecins.

EM2 : “On est sur des temporalités très différentes c'est-à-dire qu'ils sont en stage alors que l'école d'infirmiers ils sont quinze jours en cours. [...] il y a vraiment une collision d'organisation presque insurmontable.”

EM1 : “ça serait très intéressant de faire avec d’autres professionnels mais ça nécessite à ce moment là d’autres moments ou d’autres situations. [...] en fonction des écoles etc on a l’expérience que ça peut être un peu compliqué.”

Les restrictions liées à **la pandémie de Covid-19** ont également été évoquées comme influant négativement l’appréciation du cours. La plénière de fin a dû se tenir par visioconférence à la place d’une plénière générale en présentiel, afin de réduire le nombre d’étudiants dans une même salle.

SM1 : “c’était pas allé assez loin, peut être qu’aussi avec le contexte sanitaire c’était un petit peu plus compliqué [...] l’an prochain ce sera sûrement mieux.”

EM2 : “la session finale d’échange où on a voulu mettre en commun les points et donner l’occasion de nouvelles questions bon c’était un petit peu compliqué techniquement à cause de la covid mais c’est pareil elle paraît fondamentale”

4. Les pistes pour l’avenir

a) L’avenir du cours

Sur le cours lui-même, les deux groupes ont souhaité **toucher plus d’étudiants** :

SK4 : “ce serait pas mal entre guillemets d’obliger tout le monde à faire ce genre de choses [...] y en a qui n’étaient peut-être pas volontaires mais qui finalement auraient quand même bénéficié de cette expérience.”

EM2 : “ça serait bien de toucher plus d’étudiants, j’espère que c’est apprécié en tout cas c’est apprécié par nous déjà”

Bien que les enseignants n’aient pas discuté cette notion, les étudiants ont évalué que **le jeu de rôle** aurait pu être renforcé dans le dispositif :

SK4 : “j’aurai bien aimé aussi plutôt un jeu de rôle”

SM2 : “des fois c’était frustrant je m’attendais pas forcément à ce qu’on fasse des questions de recherche ou des choses comme ça mais plus qu’on aille dans les jeux de rôle.”

SK2 : “Ce que j’aurai rajouté effectivement c’est un cas pratique sur le thème de chaque groupe, simple mais pour que le médecin et le kiné puissent montrer ce qu’il fait quand il voit arriver un patient [...] qu’il y ait des incompréhensions qui se lèvent et des questionnements qui soient résolus.”

Une étudiante évoque des éléments de jeu de rôle déjà présents dans les ateliers proposés.

SM1 : “ça ressemblait quand même le côté où justement “chacun dit ...” [...] les kinés devaient se dire qu’est ce que le médecin ferait et à l’inverse les médecins devaient se dire qu’est ce que le kiné ferait, ça j’ai trouvé que c’était une bonne idée de se mettre à la place des autres.”

Elle rebondit sur la possibilité d’une autre sorte d’atelier, probablement de photolangage, qu’elle a pu voir dans une autre formation.

SM1 : “un outil pédagogique qui est intéressant où on met des photos [...] on dit par exemple au médecin généraliste : “choisissez une image qui vous fait penser à la profession de kiné” et puis chacun choisit son image et on explique pourquoi [...] ouvrir la formation par un truc comme ça c’est intéressant parce que du coup on voit un petit peu quelles sont les représentations”

Un enseignant évoque la place qu’aurait pu prendre les étudiants à la base du dispositif, en recourant cette fois à des situations vécues et rapportées à la façon d’un groupe d’échange de pratiques :

EK2 : “demander aux étudiants des retours de leurs expériences [...] parce que là nous on proposait un cas clinique, fictif, et du coup pour investir un peu plus le sujet, que ça vienne d’eux.”

L’utilisation d’**outils numériques pour le cours** a été proposée chez les enseignants :

EM2 : “peut être qu’animer un forum dans les 4 semaines qui suivent en posant des questions en faisant un truc un peu en ligne [...] on fait une petite animation, ou on demande à des étudiants.”

Si les étudiants ont fait l’impasse sur cette notion, les enseignants ont évoqué **la place du patient dans le processus pédagogique**.

EM2 : “le patient est au centre de ça, et je me dis dans l’interprofessionnalité s’il y avait une innovation que je mettrais ce serait de mettre un patient dans les groupes en fait. Pour venir aussi donner cette expertise là.”

Il évoque le vécu d’une formation similaire en addictologie, où les patients témoignaient :

EM2 : “en racontant leur histoire, ils ont répondu à toutes les questions que les étudiants s’étaient posées pendant les échanges. Sans que les étudiants aient à poser les questions. C’était un peu magique”

La **difficulté du recrutement** a été soulignée par les enseignants, pour des promotions de centaines d’étudiants.

EK3 : “essayer d’intégrer plus de professionnels pour être un peu plus souple, pour pouvoir compléter aussi plus facilement les binômes.”

EM2 : “quand on en touche 16 c’est bien mais c’est faible. Il y a cette question du nombre qui ne remet absolument pas en question le dispositif en lui-même et qui interroge sur les moyens qu’on se donne au contraire pour le diffuser [...] Il faut des gens qui adhèrent au concept de la formation et qui soient prêts à y passer 2-4 demies journées par an pour le faire et qu’ils soient payés pour le faire et qu’ils aient la dispo pour le faire. C’est toujours pareil d’ailleurs c’est pas spécifique à cette formation.”

b) L’avenir de la formation initiale

Des perspectives ont émergé sur la formation initiale : par exemple, **davantage de cours magistraux et de travaux pratiques partagés.**

SM1 : “dès l’externat, pour les étudiants en médecine, ce serait intéressant d’avoir des cours en commun (e.g. sur les pathologies) [...] il y a peut être des TP, les examens des articulations, [...] pour voir aussi un petit peu les différences.”

SK1 : “on a des profs en commun avec les 2ème, 3ème (i.e. : années) et les externes aussi donc avoir des cours en commun tout au long de nos formations je pense que ça peut être vraiment intéressant.”

Il a semblé important au groupe d’étudiants de préciser à nouveau la nuance entre simple apprentissage commun et véritable interprofessionnalité.

SM1 : “les cours magistraux peuvent permettre déjà de mieux comprendre le métier de l’autre, effectivement c’est pas ça qui va permettre de la meilleure communication mais déjà de bien comprendre les domaines de compétences de l’autre.”

Une plus grande **intégration de l’interprofessionnalité dans la maquette des stages** est évoquée :

SM1 : “les internes qui sont en SASPAS ou stage prat niveau 1, une demie journée vous allez dans un cabinet avec un kiné et puis ensuite vous notez toutes vos impressions, tous vos retours et puis on fait un débrief à la prochaine formation [...] ce serait bien qu’une demie journée vous (i.e. les kinés) suiviez un interne pour voir un peu comment ça se passe.”

Ainsi que l’importance des contacts ciblés dans l’autre profession :

SM1 : “en tout cas qu’on ait une liste de kinés par exemple qui travaille justement avec le DMG, qui sont prêts à nous recevoir [...] Si déjà on nous donne des contacts, c’est déjà plus facile je pense, de les saisir.”

Le **service sanitaire des étudiants en santé** récemment mis en place est apparu comme un levier interprofessionnel potentiel :

SK2 : “C’est totalement l’esprit du SSES qu’on essaie de développer nous actuellement en tant qu’étudiants à l’école de kiné [...] y aurait besoin d’application quoi, sur l’interdisciplinarité des étudiants en santé.”

c) L’identité interprofessionnelle dessinée par les échanges

(1) Définir et former, préoccupations des enseignants

Les enseignants ont discuté de la **définition de l’interprofessionnalité dans le champ médico-social**. Les notions de **complémentarité et de concurrence** ont été comparées entre les disciplines, au-delà du cadre du cours. Par exemple, le vécu d’une formation continue partagée entre pharmaciens, médecins et infirmières :

EM1 : “Les généralistes disent aux infirmières très simplement bah en fait on pense que c’est vous qui savez mieux que nous sur les pansements parce que vous en faites tous les jours [...] on fait que le prescrire et on s’est aperçu

que les pharmaciens étaient un peu dans cette situation là aussi, de délivrer ce qu'on leur disait mais sans forcément avoir toujours l'expertise."

Un point sur la relation entre kinésithérapeute, ergothérapeute et podologue.

EK3 : "les podologues, ils interviennent aussi de plus en plus sur les troubles de l'équilibre qui est aussi un champ de compétence des kinés. Il y a même les ergos maintenant [...] on est pas des concurrents on a simplement des points de vue et des abords différents qui sont tout aussi valables. Avec les médecins là ce qu'on a fait ensemble, on était plus dans du complément que dans du chevauchement de champ de compétences."

Les étudiants ont eux aussi remarqué cela entre leurs deux professions.

SM1 : "je me suis dit que vous aviez sûrement des infos complémentaires aux nôtres et que c'était vraiment des infos qu'il fallait qu'on partage absolument."

L'inclusion d'un sociologue et de travailleurs sociaux dans la définition de l'interprofessionnalité en santé n'était pas consensuelle. Ici l'exemple d'une présence en congrès paramédical :

EK2 : "ce qu'il disait (i.e. : le sociologue), que les professions, les travailleurs sociaux, que ça fait partie du champ médico-social. [...] lui son rôle de sociologue c'est d'être observateur et il est à l'extérieur et ce sont les travailleurs sociaux donc l'assistante sociale qui ont leur place là-dedans, mais lui non, il ne fait qu'observer."

EM2 : "à partir du moment où il est pas soignant et qu'il est pas non plus assistante sociale [...] j'aurais envie de l'exclure de cette définition là tout en voulant l'inviter aux congrès."

Et l'inclusion du patient dans cette définition :

EM2 : "dans certaines définitions de l'interpro, le patient est considéré à égalité par tous les autres professionnels de santé dans le projet de soin."

La manière de former les étudiants à l'interprofessionnalité était une autre de leurs préoccupations. L'exemple d'un enseignant médecin qui évoque une formation à venir en commun avec les sage-femmes :

EM2 : "les sages-femmes font des choses que les médecins généralistes font également : comment on se répartit les tâches ou pas, et est-ce que on peut

former nos étudiants en commun parfois. Comment on se rencontre aussi avec cette catégorie de soignant ?”

Le rôle majeur des organismes de **formation médicale continue** a été pressenti à ce sujet :

EM1 : “c’est par là que les choses avanceront mais il faut que les organismes de formation insistent là-dessus.”

(2) Notion de raisonnement clinique interprofessionnel

L’intérêt partagé de réfléchir à plusieurs professions de santé pour résoudre les problèmes cliniques nous est apparu comme une entité à part entière au fur et à mesure de l’analyse. Ce que nous avons appelé **raisonnement clinique interprofessionnel**, en opposition à un raisonnement uni professionnel.

Évoquée en filigrane par les participants, la capacité à réfléchir à plusieurs professions sur les soins et non plus seulement dans son domaine pourrait réaliser **une synergie des compétences** des uns et des autres. Une enseignante évoque son expérience stimulante en formation continue :

EK3 : “dans pas mal de domaines par exemple les soins palliatifs, la douleur, les accompagnements de fin de vie [...] j’étais souvent la seule kiné d’ailleurs, avec des AS, des ASH, des infirmiers [...] déceler, importer des éléments à certaines problématiques et de voir aussi les problématiques des autres. Pas spécialement les résoudre [...] mais en tout cas les prendre en considération.”

Un autre enseignant raconte un échange à propos des sage-femmes :

EM2 : “le fait d’échanger ce que quelqu’un sait bien faire et de recevoir cette information-là, bah ça fait monter aussi ton propre niveau à ta petite échelle [...] si une sage femme parle des positions d’allaitement alors que ça fait longtemps que je les ai pas révisées, bah, à travers le patient qui me le raconte je vais réapprendre plusieurs positions d’allaitement.”

Une étudiante à propos d’une autre formation liant pharmacie et médecine.

SM1 : “il fallait justement que le médecin et le pharmacien se mettent en communication pour essayer de résoudre le problème du patient et du coup ça permettait de voir comment les pharmaciens voyaient les choses de leur

point de vue, comment nous les médecins on voyait ça, comment on pouvait faciliter la communication.”

Les échanges ont pu dessiner une identité interprofessionnelle. Elle est fondée sur des capacités **de communication, de respect et de synthèse**.

EK3 : “il y a une notion d’écoute interprofessionnelle, et puis il y a aussi un respect. Et éviter quand même le jugement de valeur ou de capacités. C’est pas évident non plus [...] on ne connaît pas spécialement les compétences des autres.”

Un étudiant envisage la possibilité que ce type de formation puisse révolutionner la communication entre les deux professions :

SK5 : “rentré chez moi je me suis dit que les choses allaient peut être changer, bon après c’était un peu utopique peut-être. [...] j’ai l’impression que ça pouvait révolutionner la communication interprofessionnelle [...] ça peut être une expérience à Nantes et après que ça puisse s’étendre.”

La volonté de partager des données validées ou EBP (Evidence Based Practice) est une condition importante mise en avant par un étudiant kinésithérapeute..

SK3 : “Il y a des choses qu’on apprend [...] on sait que c’est plus forcément des choses recommandées ou que c’est des recommandations assez basses [...] si les médecins généralistes viennent à un TP sur la lombalgie où on va apprendre des choses un petit peu éculées, moi en tant que futur kiné ça va me gêner je pense.”

La capacité de collaboration est valorisée :

SM2 : “c’est vraiment collaborer ensemble pour le patient, l’interprofessionnalité.”

SM1 : “Il s’agit pas juste qu’il y ait plusieurs personnes qui suivent un patient mais que ces professionnels soient vraiment dans la relation entre eux donc ça nécessite la connaissance de ce que chacun fait, une bonne communication, ce qu’il n’y a pas forcément dans la pluriprofessionnalité.”

SK3 : “cette différenciation pluriprofessionnalité versus interprofessionnalité, c’est travailler ensemble mais pas travailler côte à côte.”

Les problèmes évoqués prennent alors **un aspect concret, résoluble**, dans l'intérêt du patient :

SK5 : "ces problèmes de communication, on avait l'impression qu'ils étaient résolubles finalement grâce à cette formation"

SK4 : "on nous le vend en fait comme étant quelque chose de génial (ie : l'interprofessionnalité) mais qu'on nous donne aucun outil pour arriver bah là au moins c'est un peu plus concret."

Les étudiants ont mis l'accent sur **le rôle des outils numériques dans le développement de la collaboration interprofessionnelle** :

SM1 : "on vit quand même à l'ère d'Internet et on l'exploite pas assez justement. Ce serait hyper intéressant de faire des groupes facebook interprofessionnels sur Nantes où on pourrait mettre les médecins [...] toutes les professions paramédicales dès justement la vie étudiante déjà de manière formelle ou un peu moins formelle pour se rencontrer, pour créer des liens et puis ensuite quand on rentre vraiment dans la vie active pour se demander des conseils"

L'importance de **la qualité d'un réseau professionnel organisé** est discutée. A ce titre, la proximité **géographique pour faciliter l'interprofessionnalité** est évoquée.

SM1 : "si je suis dans une maison de santé pourquoi pas créer des espèces de staff toutes les 2 semaines [...] pour discuter de certains patients qui posent soucis, et puis si je reste travailler à l'hôpital, c'est plus facile déjà, là j'étais en gériatrie et on discutait vachement avec les kinés [...] j'aimerais bien réussir à appliquer ça en ville, et je pense que si déjà on est dans une même structure c'est plus facile."

EM1 : " Il y a aussi une question de territoire quand même dans l'affaire, de travailler avec des gens qui sont autour de soi c'est quand même probablement plus facile. Dans l'interprofessionnalité on peut aller chercher des gens loin mais c'est quand même une question de proximité qui évitera quand même les usines à gaz."

Toutefois un certain paradoxe à propos de la formation initiale a pu émerger :

EK1 : "sur l'école de kiné ça se fait de manière institutionnelle avec l'école d'infirmière effectivement donc il y a des journées d'échanges qui se font déjà depuis plusieurs années, qui sont pareil très bien perçues, et assez

étonnamment d'ailleurs y a pas de formation interpro avec l'école de pédicurie podologie qui est pourtant dans les mêmes locaux."

Cela fait écho à l'expérience négative d'un enseignant sur la réalisation d'une structure pluriprofessionnelle entre kinésithérapeutes, podologues, urgentistes, médecins du sport et orthopédistes :

EK1 : "Je pense que l'erreur qu'on a faite c'est de vouloir travailler sur les mêmes locaux. On s'est heurté à des gros problèmes organisationnels et très clairement financiers avec des gens qui ne sont pas du tout sur la même planète."

Plus que la proximité géographique, **la proximité relationnelle** semble rester incontournable.

EK1 : "la proximité c'est sûr mais pas que parce que dans notre volonté d'avoir des acteurs experts bah forcément on élargit un petit peu le rayon mais par contre on se rencontre [...] c'est plus des petites soirées d'information et des choses un peu plus conviviales, des échanges avec les professionnels [...] la collaboration de plusieurs centres d'expertises ensemble plutôt que de rassembler tout le monde en une seule et même structure que ce soit MSP ou autre [...] la motivation est toujours là pour coordonner les choses, mais la forme à y donner pour l'instant on a pas trouvé chaussure à notre pied."

IV. Discussion

A. Résultats principaux et implications en médecine générale

Nous avons montré que les étudiants ont pu faire évoluer leur perception de l'interprofessionnalité. Ils partaient de constats problématiques initiaux comme le manque d'échange et de temps, en pratique professionnelle et dans leur formation initiale. Un besoin d'interprofessionnalité peut s'expliquer selon les participants par le fait qu'un patient seul ne suffit pas pour communiquer entre acteurs de santé.

Le cours semble avoir initié une prise de conscience du métier de l'autre par la mise en contact des deux professions dans le cadre d'un travail collaboratif. Cela a pu transformer certaines représentations comme l'à priori d'un médecin indisponible ou d'un kinésithérapeute non autonome. Le développement de sentiments de confiance et de légitimité s'est raffermi par la mise en évidence de la complémentarité de leurs compétences. Plus qu'un contact, il s'agit d'une rencontre et d'un début de réseau professionnel.

Ces éléments entraînent une détermination à changer les choses : mieux communiquer, mieux synthétiser, mieux prescrire et coter les actes de soins. Les participants font, in fine, l'hypothèse d'une amélioration de la qualité des soins prodigués. Les participants ont postulé que cette modification des pratiques, encouragée par le cours, peut d'ores et déjà se faire au moyen d'outils existants (courriels, courriers, téléphone).

Ils ont discuté la définition même d'une formation et de son caractère horizontal ou descendant : le format du cours, novateur pour certains, utilisait des outils de pédagogie active le plus souvent appréciés. Des petits groupes équilibrés, deux sessions couplées à un mois d'intervalle ont permis l'assimilation des données. La formation de binômes a favorisé un travail collaboratif malgré certaines inégalités.

Tous ont ressenti une forte implication des participants, favorisée par une présence volontaire. Un goût de l'apprentissage horizontal et des échanges libres s'est manifesté. L'intérêt collectif des recherches a été souligné. La place complexe de l'expertise de l'enseignant en pédagogie active a été discutée : frein à l'animation ou nécessité d'enseignement par exemple.

Malgré cette difficulté les enseignants ont vécu un dispositif agréable et reposant, où le fort investissement d'étudiants acteurs de leur démarche fût une bonne surprise.

Partant d'attentes initiales différentes, les étudiants se sont réunis dans leur jugement porté sur le cours, notamment en promouvant l'échange libre et les temps informels. Ils se sont sentis mieux sensibilisés à l'interprofessionnalité que leurs aînés. L'effacement d'un corporatisme par la reconnaissance d'attentes mutuelles a consolidé un désir de rencontre et de démonstration des fondamentaux de chaque profession.

Certaines limites ont été notées. Le cours a souvent été jugé trop court, en particulier le temps consacré au retour sur les recherches des étudiants. Les différences de cursus sont mises en cause dans les échanges, mettant en évidence un écart d'expérience professionnelle et des agendas difficiles à concilier entre spécialités. Enfin, il a été relevé l'impact négatif des restrictions sanitaires liées à l'épidémie de Covid-19.

La remise en question de leur identité professionnelle et de leur perception de l'interprofessionnalité a permis de définir des pistes pour l'avenir du cours, de la formation initiale et de la pratique professionnelle.

La portée du cours augmenterait par une montée en effectif des participants malgré la difficulté à recruter plus d'enseignants. L'intégration de plus d'ateliers collaboratif comme des jeux de rôle, l'utilisation d'outils numériques, ou encore l'inclusion de patients témoins ont été proposées.

Au sein de la formation initiale les participants auraient souhaité se rencontrer plus tôt, par exemple par le biais de cours magistraux et de travaux pratiques partagés, et poursuivre plus tard avec des cours comme celui-ci. Un plus grand apport d'interprofessionnalité et de contact dans les stages a été souhaité, à l'image d'un Service Sanitaire des Etudiants en Santé imaginé en ce sens.

Les contours d'une identité interprofessionnelle et d'un mode de raisonnement clinique à plusieurs ont pu être dessinés. Ce profil inclut des capacités de communication, d'écoute, de synthèse et de collaboration. Le professionnel intégrerait un réseau structuré soutenu par des données scientifiques validées. Il communiquerait par des moyens simples ou développés par le numérique. Plus qu'une proximité géographique, une proximité relationnelle semble prioritaire pour réussir en tant qu'équipe de soins.

Nous avons noté lors de cette étude que les étudiants interrogés faisaient preuve de réflexivité sur la signification et la valeur de leur participation à cette formation, comme sur leur pratique professionnelle présente et à venir. À titre d'exemple, ils ont pu identifier le biais du volontariat et le paradoxe entre échange libre et expertise vécu par les enseignants en pédagogie active. Bien que subjectives, leurs opinions ont donc paru pertinentes par leur mesure des enjeux et processus en place.

B. Forces et limites de l'étude

Les entretiens de groupe focalisés permettent une information de qualité orientée vers un but précis, plus complet qu'un entretien dirigé et plus pertinent qu'un entretien libre (38). L'utilisation de ce type d'entretien a notamment permis la mise en place de programmes interprofessionnels à l'étranger, sur la base d'autres éléments évoqués dans cette thèse (39).

En regard des lignes directives du COREQ (40), ce travail présente les forces suivantes :

- Les enquêteurs, leur titre, activité, genre, expérience et leurs tâches lors des entretiens ainsi que leurs relations avec les participants sont décrits.
- Les effectifs et le déroulé de la formation sont décrits.
- Le cadre méthodologique, la sélection des participants, le contexte de la recherche et du recueil de données sont précisés.
- L'analyse des données a été décrite, en accord avec les résultats et leur discussion.

Les limites suivantes ont été rencontrés :

- Nous n'avons effectué qu'un retour partiel de vérification de la transcription ou des résultats auprès des participants.
- Il nous est difficile de parler de saturation des données étant donné le faible nombre de volontaires et de groupes menés. Le guide d'entretien aurait pu gagner en pertinence par la répétition d'autres groupes. Nous nous sommes cependant efforcés d'épuiser les relances potentielles en bénéficiant de l'effet de groupe pour faire émerger des thèmes d'intérêt.

Il existe le biais de recrutement des participants, volontaires pour le cours et le groupe focalisé.

La survenue de la pandémie de Covid 19 a imposé un hiatus à cette thèse en mettant arrêt à l'évaluation du prototype de l'année passée et a nécessité l'utilisation d'un groupe distanciel pour les enseignants en raison des restrictions sanitaires.

À ce propos, des écrits existent déjà dans l'objectif d'identifier des effets de la pandémie en éducation interprofessionnelle : Jones et al. ont étudié en 2020 le passage brusque à la visioconférence d'un cours d'IPE proposé à plus de 600 étudiants de 17 disciplines de santé en Oregon, Etats Unis. Alors qu'il était effectué depuis plusieurs années en présentiel, les auteurs évoquent une meilleure transparence et honnêteté des participants sur le format en ligne, compensant le manque d'interactions en face à face. Ils l'expliquent en partie par une forme d'union des disciplines en réponse à la distanciation sociale et du besoin de se rencontrer à nouveau (41).

Une autre limite de notre étude est liée à la méthode qui se limite aux niveaux 1 à 2a de l'échelle adaptée de Kirkpatrick. Ces résultats apportent donc des appréciations subjectives sans apporter d'informations sur le comportement réel des apprenants en pratique (niveau 3) ou les résultats sur le système de soins (niveau 4).

C. Comparaison avec la littérature

Parce que l'analyse a montré un changement des participants, nous avons choisi de rapprocher les processus du cours du changement théorisé par Prochaska et al., décrivant les états suivants :

- Précontemplation
- Contemplation
- Détermination
- Action
- Maintien, et risque de rechute à l'état antérieur à tous les niveaux (37)

Dans cette étude, les constats initiaux sont comparés à une contemplation des problématiques. Nous faisons l'hypothèse qu'au sein de leurs disciplines respectives, la réflexion des participants ne dépassait pas le stade de précontemplation, plus abstrait.

Ce serait par la mise en contact puis les échanges que les disciplines ont pu atteindre une détermination et imaginer les changements à apporter à leur pratique. Bien que minoritaires, des actions concrètes sont rapportées, notamment par les enseignants.

Les principales capacités collaboratives identifiées par Way et al. en 2001 sont la coopération, l'assertivité, la responsabilisation, l'autonomie, la communication, la coordination, la confiance mutuelle et le respect (42). D'Amour et al. en 2004 y ont précisé des facteurs clés comme la compréhension des rôles, une bonne capacité de négociation, la volonté de travailler ensemble, la confiance en ses propres capacités et celle des autres.

L'intérêt de l'éducation interprofessionnelle pour le travail d'équipe et la collaboration à travers la meilleure compréhension des rôles et le développement de l'identité professionnelle des étudiants est le plus souvent mis en évidence de manière subjective, selon la méta-analyse de Rodrigues da Silva Noll Gonçalves et al. en 2021 (43). Riskiyana et al. en 2018 l'ont également mis en évidence par des méthodes plus objectives dans une revue systématique de la littérature excluant les auto-évaluations. Les véritables processus à l'œuvre dans l'amélioration des compétences en formation restent méconnus selon les auteurs (44).

Il nous paraît remarquable que les participants de notre étude ont identifié des capacités essentielles évoquées dans cette littérature pour la création d'équipes interprofessionnelles (communication, partage d'informations, capacité à décrire le rôle et les responsabilités de l'autre, habileté à collaborer avec lui dans l'intérêt du patient).

Les résultats positifs de l'éducation interprofessionnelle semblent démontrés à l'étranger, en particulier en Amérique du nord et au Royaume-Uni. Certains auteurs déplorent le faible nombre de publications ailleurs dans le monde et l'hétérogénéité des interventions, parfois non décrites (44).

L'alignement des objectifs collaboratifs avec les ateliers employés durant la formation est évoqué comme un point crucial de la réussite des interventions interprofessionnelles (45). Le dispositif de cours que nous étudions ici a semblé respecter ces principes d'alignement. Par exemple, la recherche en binôme est une activité collaborative interprofessionnelle. L'exercice de "vie ma vie" est un début d'identification des buts et contraintes du métier de l'autre. L'élaboration des questions est une occasion de dialogues et de travail collaboratif etc.

Nous retrouvons de nombreux résultats de l'étude de Fiquet et al. en 2015 à Rennes (29) : un goût des étudiants pour ce type de formation, une démarche novatrice, une meilleure collaboration, l'évolution des préjugés et l'intérêt des échanges libres. Comme dans notre expérience, la formation touchait à leur identité professionnelle

et stimulait leur volonté de développer d'autres projets dans le futur. Cela suggère qu'il existe une certaine reproductibilité des résultats entre nos régions.

Visser et al. évoque en 2017 que les professions de santé semblent plus ouvertes que d'autres à ce type d'interventions. Les facilitateurs identifiés étaient le respect, la confiance, la clarté de la compréhension du rôle de l'autre, ainsi que l'emphase sur le travail d'équipe et non la pure connaissance professionnelle (46). Darlow et al. identifiaient en 2016 par une méthode de focus group parmi des participants en diététique, médecine, kinésithérapie et radiothérapie, des facteurs de succès de la formation interprofessionnelle : la multiplication des professions, leur équité, un temps conséquent accordé aux étudiants pour qu'ils se présentent étaient recommandés. La formation permettait aux étudiants de se projeter plus facilement dans leur future collaboration (47).

Nos résultats retrouvent ces notions comme le respect, la confiance, la compréhension du rôle de l'autre, l'équité des professions et le temps important à accorder à la formation. Plus d'apport de connaissances professionnelles et un retour plus approfondi sur les recherches étaient en revanche réclamés par les étudiants médecins nantais interrogés (moins chez les étudiants kinésithérapeutes).

O'Reilly et al. ont cherché des barrières aux formations interprofessionnelles et ont déterminé que les étudiants montraient le plus souvent une attitude initiale positive envers la formation. Les ressentis négatifs à son issue pouvaient être attribués à des attentes élevées, à la confrontation des stéréotypes de métiers différents, et ce quel que soit le genre (48). Le poids ressenti de la hiérarchie entre les professions, notamment entre infirmiers et médecins, a aussi été évoqué. (49).

Dans notre étude, il a semblé que la perception positive des participants envers la formation se soit maintenue de leur inscription jusqu'à son évaluation. Les difficultés évoquées sont plutôt d'ordre logistique. Dans la littérature, ces difficultés paraissent plus nombreuses dans les formations entre médecins et infirmiers et il existe des controverses sur l'ouverture à ce type de formation selon l'âge des participants (46). Nous n'avons pas mis en évidence d'obstacle majeur à la rencontre entre médecine générale et kinésithérapie ni identifié de propos radicalement différents sur l'évaluation du cours selon le genre ou l'âge des interrogés.

Rodrigues da Silva Noll Gonçalves et al. décrivent que l'apprentissage uni professionnel comporte le risque de stéréotyper la perception des étudiants vis-à-vis des autres professions. La confrontation interprofessionnelle révèle ces stéréotypes tout en aidant à s'en défaire (43). Homeyer et al. en 2018 ont ainsi montré que l'éducation interprofessionnelle entre infirmiers et médecins peut encourager des attitudes positives mutuelles ainsi qu'une meilleure compréhension de leurs rôles

professionnels. La barrière à l'implantation de ces formations la plus notable a été la coordination des cursus (50), comme nos résultats l'ont signifié cette fois entre kinésithérapie et médecine générale.

Le timing idéal des interventions interprofessionnelles par rapport au cursus des étudiants est discuté. Par exemple au Royaume-Uni, Carlisle et al. en 2004 avaient mis en avant l'intérêt d'une éducation interprofessionnelle prodiguée tôt dans le cursus, pour éviter le développement d'un corporatisme entre les disciplines (51). À l'opposé, des études ultérieures ont montré qu'une formation interprofessionnelle placée trop tôt dans le cursus est mal accueillie par les étudiants car source de confusion. Plus l'introduction serait tardive, plus les étudiants sembleraient en bénéficier, profitant mieux de leur propre expérience (26). Les étudiants plus âgés semblent plus actifs dans ce type de formations (12).

La formation interprofessionnelle est un équilibre complexe entre compétences - que les jeunes étudiants surévaluent souvent en début de cursus - et vécu de chacun dans leurs disciplines respectives. Les éducateurs devraient en être conscients pour garantir une expérience positive (52).

Reeves et al. supposaient déjà en 2005 qu'un environnement sécurisant était nécessaire à une formation efficace. L'expression devait être libre, avec un soutien institutionnel, un statut comparable des participants, des attentes positives, une atmosphère coopérative, un travail en commun efficace et un accent mis sur la compréhension des rôles. Ces critères auraient permis d'améliorer la perception des étudiants de ce type de formation (42). Les auteurs réitèrent ces principes dans la revue du BEME de 2016 en mettant en avant les temps informels comme la cafétéria, le covoiturage etc. ainsi que l'usage de petits groupes de 4 à 8 étudiants équilibrés, évoqués par Brickell et al. dès 1997 (12) (53).

Nous supposons donc que le travail en commun, l'accent mis sur la compréhension des rôles, et un positionnement tardif dans les cursus a permis d'améliorer la perception du dispositif par les étudiants, le format étant en accord avec ces points de la littérature.

Nous avons cependant évoqué un décalage de perception sur ce timing entre les participants kinésithérapeutes et les médecins. Plus que l'année du cursus, il nous a semblé que l'expérience face au patient, déjà évoquée comme facteur dans l'étude de Carlisle en 2004 (51), était prédominante pour expliquer cette différence. Les stages pratiques sont en effet présents en plus grand nombre dans la formation initiale des étudiants en médecine français, comparé aux kinésithérapeutes.

Strohschein et al. ont montré l'intérêt du jeu de rôle dans une revue des modèles éducatifs en kinésithérapie. L'intérêt d'intégrer ce type d'activité à l'avenir a été retrouvé dans les désirs de nos participants. L'effort structuré d'échanger les rôles des uns et des autres fait travailler les compétences de communication, de collaboration et de réflexion utiles à l'exercice professionnel (54). Van Lankvekd et al. ont émis l'hypothèse en 2019 qu'un enseignement en kinésithérapie auto-dirigé par les étudiants n'apportait pas significativement plus de connaissances qu'un apprentissage descendant opéré par l'enseignant. Ce type de formation peut en outre améliorer la confiance des étudiants en leurs capacités de travail (55), dans notre étude les étudiants ont relevé un apport de connaissances facilité par ces échanges, peut-être en lien avec son aspect novateur pour eux.

Les formats étudiés dans la littérature sont multiples et hétérogènes bien que le plus souvent en présentiel. A titre d'exemple :

- un programme de plus de 600 étudiants entre 17 disciplines basées sur 3 rencontres de plusieurs heures durant l'année en groupes de 12 à 15, avec un travail en intersession (41)
- un programme basé sur une présentation introductive de 2h et 4 ateliers collaboratifs de 2h pendant 1 mois avec 442 médecins, infirmiers, et ergothérapeutes (56)
- des rencontres hebdomadaires pendant 9 semaines entre 96 d'infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et personnel obstétrique (57)
- un cours de 2 jours variable selon les années avec entre 195 et 650 médecins, infirmiers, pharmaciens, audioprothésistes, psychologues, obstétriciens, orthophonistes, assistants sociaux (58)
- 3 sessions d'une journée concernant 30 médecins, pharmaciens et infirmiers (59)
- un atelier en 2 sessions de 50 minutes avec 420 médecins, infirmiers et biologistes (60)
- une intervention annuelle entre 3 et 8h chaque année concernant 3089 médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, audioprothésistes, diététiciens, psychologues, assistants sociaux, orthophonistes (61) etc.

L'itération des sessions avec du temps d'assimilation, comme rapporté par nos étudiants, a semblé être un point important à leur succès. Cela semble également pertinent dans la pratique avec la nécessité d'un délai de maturation dans une équipe pluriprofessionnelle (62).

D. Hypothèses, ouverture

Ce travail présente des résultats encourageants et incite à développer des dispositifs similaires à l'avenir en prenant en compte ses forces et limites.

Concernant les attentes et la perception de cette édition, nous proposons que le recrutement des professeurs s'opère sur la base de leur expérience interprofessionnelle et non seulement sur un partage de leur pratique quotidienne. De plus, les enseignants devraient pouvoir harmoniser leurs interventions interprofessionnelles sur la base d'une bibliographie choisie, résumée et facilement disponible.

La recherche en binôme pour les questions de l'inter-session n'a pas été systématiquement profitable à la collaboration des étudiants : il serait intéressant d'identifier les conditions interférant avec son succès. Il est possible que le manque de temps au sein de leurs disciplines et la plus grande importance donnée à leur cursus de base soient responsables. Insister auprès des étudiants sur la nature collaborative de ce travail et ses bénéfices attendus pourrait être important lors de l'animation. Une stimulation par mail pourrait renforcer son utilité.

En plus de développer le nombre de places d'étudiants pour ce dispositif pédagogique, l'inclusion de patients témoins pourrait être une piste d'amélioration, en accord avec les recommandations de la synthèse de l'OMS. La participation systématique aux focus groups quelques semaines après le cours, tout en nourrissant les recherches faites, pourrait permettre d'améliorer la consolidation des acquis. Il s'agirait d'un temps de dialogue supplémentaire qui permettrait de s'approprier le bilan collectif ou les avancées individuelles des autres participants.

En répétant l'étude, le dispositif et les questions de recherche abordées pourraient faire l'objet d'une comparaison avec d'autres groupes d'étudiants voire d'enseignants. Observer les changements permis à long terme sur le comportement professionnel des participants et les résultats sur le système de soins pourraient faire l'objet d'études ultérieures.

Pour un changement durable et "maintenu" face aux difficultés liées à l'interprofessionnalité, il nous paraît souhaitable de continuer de créer ces occasions de rencontre et de formation interprofessionnelle tout au long de nos carrières.

À l'heure de l'hyper spécialisation des disciplines médicales et paramédicales et de la volonté de couvrir des besoins en santé toujours croissants, il est essentiel de maintenir et de développer les liens existant entre professionnels de santé tout comme avec le patient. S'il n'est pas absolument certain que toutes les disciplines tirent bénéfice d'un contact direct entre elles, ces résultats à Nantes entre kinésithérapie et médecine générale sont encourageants pour décloisonner certains cursus et favoriser l'approche globale centrée patient.

V. Bibliographie

1. Organization WH. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. 2010 [cité 5 févr 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>
2. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lenaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart Br Card Soc.* juill 2005;91(7):899-906.
3. 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 9 juill 2021]; Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
4. Reeves S. A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems: Effects of interprofessional education. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. déc 2001 [cité 9 juill 2021];8(6). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1351-0126.2001.00420.x>
5. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach.* janv 2007;29(8):735-51.
6. Millennium Development Goals (MDGs) [Internet]. [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
7. Larivaara P, Taanila A. Towards interprofessional family-oriented teamwork in primary services: the evaluation of an education programme. *J Interprof Care.* 1 mai 2004;18(2):153-63.
8. Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci.* mars 2018;34(3):160-5.
9. Dyess AL, Brown JS, Brown ND, Flautt KM, Barnes LJ. Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. *J Educ Eval Health Prof.* 23 oct 2019;16:33.
10. Boelen C. Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine. *Sante Publique (Bucur).* 5 sept 2011;Vol. 23(3):247-50.
11. Cooper H, Carlisle C, Gibbs T, Watkins C. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2001;35(2):228-37.
12. 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.* 2 juill 2016;38(7):656-68.
13. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care.* 1 sept 2014;28(5):393-9.
14. Illingworth P, Chelvanayagam S. The benefits of interprofessional education 10 years on. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 27 juill 2017;26(14):813-8.

15. Herath C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z. A comparative study of interprofessional education in global health care: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. sept 2017;96(38):e7336.
16. 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.
17. Robben S, Perry M, Nieuwenhuijzen L van, Achterberg T van, Rikkert MO, Schers H, et al. Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. *J Contin Educ Health Prof*. 2012;32(3):196-204.
18. Sytsma TT, Haller EP, Youdas JW, Krause DA, Hellyer NJ, Pawlina W, et al. Long-term effect of a short interprofessional education interaction between medical and physical therapy students. *Anat Sci Educ*. 2015;8(4):317-23.
19. Bridges D, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online*. 1 janv 2011;16(1):6035.
20. Black EW, Romito L, Pfeifle A, Amy V. Establishing and sustaining interprofessional education: Institutional infrastructure. *J Interprofessional Educ Pract*. juill 2021;100458.
21. Contact and conflict in intergroup encounters. Cambridge, MA, US: Basil Blackwell; 1986. xiii, 231 p. (Hewstone M, Brown R. Contact and conflict in intergroup encounters).
22. Lave J, Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press; 1991. 144 p.
23. O'Brien BC, Battista A. Situated learning theory in health professions education research: a scoping review. *Adv Health Sci Educ*. 1 mai 2020;25(2):483-509.
24. Carpenter J, Dickinson C. Understanding interprofessional education as an intergroup encounter: The use of contact theory in programme planning. *J Interprof Care*. 2 janv 2016;30(1):103-8.
25. Ateah CA, Snow W, Wener P, MacDonald L, Metge C, Davis P, et al. Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse Educ Today*. 1 févr 2011;31(2):208-13.
26. Harris DL, Starnaman SM, Henry RC, Bland CJ. Multidisciplinary education outcomes of the W.K. Kellogg Community Partnerships and Health Professions Education initiative. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. oct 1998;73(10 Suppl):S13-15.
27. Hean S, Green C, Anderson E, Morris D, John C, Pitt R, et al. The contribution of theory to the design, delivery, and evaluation of interprofessional curricula: BEME Guide No. 49. *Med Teach*. 3 juin 2018;40(6):542-58.
28. Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : le cahier des charges régional [Internet]. [cité 5 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/communautes-professionnelles-territoriale-s-de-sante-cpts-le-cahier-des-charges-regional>
29. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2015;16(2):105-17.

30. Castelain M, Deleplanque D, Université du droit et de la santé (Lille / 1969-2017). Évaluation d'un séminaire interprofessionnel à Lille en 2017. 2017.
31. Renaut P, Fiquet L, Allory E, Chapron A, Hugé S, Annezo F. Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. Vo U M E. 2015;8.
32. Chapron A, Fiquet L, Allory E, Brinchault G, Hugé S, Pommier J. Quels sont les facteurs prioritaires à mettre en œuvre pour développer une démarche éducative en médecine générale ? Sante Publique (Bucur). 14 mars 2017;Vol. 29(1):21-9.
33. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2009;10(4):293-304.
34. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. 1 mars 2004;10(1):79-86.
35. Lebeau J-P. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Puteaux] [Paris: Global média santé CNGE productions; 2021.
36. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
37. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promot. 1 sept 1997;12(1):38-48.
38. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;102(3):23-34.
39. Zirn L, Körner M, Luzay L, Sandeck F, Müller-Fröhlich C, Straub C, et al. Design and evaluation of an IPE module at the beginning of professional training in medicine, nursing, and physiotherapy. GMS J Med Educ [Internet]. 29 avr 2016 [cité 11 mars 2020];33(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895859/>
40. 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.
41. Jones TA, Vidal G, Taylor C. Interprofessional education during the COVID-19 pandemic: finding the good in a bad situation. J Interprof Care. oct 2020;34(5):633-46.
42. Oandasan I, Reeves Sc. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. J Interprof Care. 1 mai 2005;19(sup1):21-38.
43. Rodrigues da Silva Noll Gonçalves J, Noll Gonçalves R, da Rosa SV, Schaia Rocha Orsi J, Moysés SJ, Iani Werneck R. Impact of interprofessional education on the teaching and learning of higher education students: A systematic review. Nurse Educ Pract. 1 oct 2021;56:103212.
44. Riskiyana R, Claramita M, Rahayu GR. Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. Nurse Educ Today. juill 2018;66:73-8.
45. Vuurberg G, Vos JAM, Christoph LH, de Vos R. The effectiveness of interprofessional classroom-based education in medical curricula: A systematic review. J Interprofessional Educ Pract. juin 2019;15:157-67.
46. Visser CLF, Ket JCF, Croiset G, Kusurkar RA. Perceptions of residents,

- medical and nursing students about Interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Med Educ.* 3 mai 2017;17(1):77.
47. Darlow B, Donovan S, Coleman K, McKinlay E, Beckingsale L, Gallagher P, et al. What makes an interprofessional education programme meaningful to students? Findings from focus group interviews with students based in New Zealand. *J Interprof Care.* 3 mai 2016;30(3):355-61.
 48. O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS One.* 2017;12(5):e0177026.
 49. Feather RA, Carr DE, Reising DL, Garletts DM. Team-Based Learning for Nursing and Medical Students: Focus Group Results From an Interprofessional Education Project. *Nurse Educ.* août 2016;41(4):E1.
 50. Homeyer S, Hoffmann W, Hingst P, Oppermann RF, Dreier-Wolfgramm A. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration – a qualitative study. *BMC Nurs.* 10 avr 2018;17:13.
 51. Carlisle C, Cooper H, Watkins C. "Do none of you talk to each other?": the challenges facing the implementation of interprofessional education. *Med Teach.* 1 sept 2004;26(6):545-52.
 52. Pollard KC, Miers ME, Gilchrist M, Sayers A. A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the results of a 3-year intervention. *Health Soc Care Community.* 2006;14(6):541-52.
 53. Brickell J, Huff F, Fraley T. Educating for collaborative practice. *Clin Lab Sci J Am Soc Med Technol.* déc 1997;10(6):311-4.
 54. Strohschein J, Hagler P, May L. Assessing the Need for Change in Clinical Education Practices. *Phys Ther.* 1 févr 2002;82(2):160-72.
 55. van Lankveld W, Maas M, van Wijchen J, Visser V, Staal JB. Self-regulated learning in physical therapy education: a non-randomized experimental study comparing self-directed and instruction-based learning. *BMC Med Educ.* 8 févr 2019;19(1):50.
 56. Cooper H, Spencer-Dawe E, Mclean E. Beginning the process of teamwork: Design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. *J Interprof Care.* 1 janv 2005;19(5):492-508.
 57. Lindqvist S, Duncan A, Shepstone L, Watts F, Pearce S. Case-based learning in cross-professional groups – the development of a pre-registration interprofessional learning programme. *J Interprof Care.* 1 janv 2005;19(5):509-20.
 58. Anderson ES, Lennox A. The Leicester Model of Interprofessional Education: Developing, delivering and learning from student voices for 10 years. *J Interprof Care.* 1 nov 2009;23(6):557-73.
 59. Saini B, Shah S, Kearey P, Bosnic-Anticevich S, Grootjans J, Armour C. An Interprofessional Learning Module on Asthma Health Promotion. *Am J Pharm Educ [Internet].* 10 mars 2011 [cité 28 oct 2021];75(2). Disponible sur: <https://www.ajpe.org/content/75/2/30>

60. Winkle LJV, Bjork BC, Chandar N, Cornell S, Fjortoft N, Green JM, et al. Interprofessional Workshop to Improve Mutual Understanding Between Pharmacy and Medical Students. *Am J Pharm Educ* [Internet]. 12 oct 2012 [cité 28 oct 2021];76(8). Disponible sur: <https://www.ajpe.org/content/76/8/150>
61. Vanier M-C, Therriault P-Y, Lebel P, Nolin F, Lefebvre H, Brault I, et al. Innovating in Teaching Collaborative Practice with a Large Student Cohort at Université de Montréal. *J Allied Health*. 8 déc 2013;42(4):97E-106E.
62. Weiss DF, Tilin FJ, Morgan MJ. *The Interprofessional Health Care Team: Leadership and Development*. Jones & Bartlett Publishers; 2014. 255 p.

Icônes utilisées dans la figure 2 :

mechanical-gears-.png www.flaticon.com/fr/auteurs/freepik

mains.png www.flaticon.com/fr/auteurs/smashicons

shapes.png www.flaticon.com/fr/auteurs/freepik

VI. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, nous sommes Alexandre Carlier et Lara Gendron, étudiants en médecine générale et kinésithérapie. Nous réalisons une thèse et un mémoire sur la formation interprofessionnelle que vous avez vécue.

Nous voulons recueillir votre sentiment suite à celle-ci. Soyez libres de vous exprimer sur le sujet : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, le but étant d'avoir un aperçu réel de votre expérience. N'hésitez pas à réagir directement entre vous car cela en sera d'autant plus riche.

Nous enregistrons par audio cet entretien de groupe : pour des raisons pratiques nous vous demandons de vous nommer brièvement à chaque fois que vous prenez la parole. Les résultats seront anonymisés lors de l'étude.

1. Quelle est votre vision de l'interprofessionnalité en santé ?
 - a. Quelle importance pour la pratique, l'efficacité, le patient ?
 - b. Quelles autres formations interprofessionnelles avez-vous suivies ?
2. Qu'avez-vous pensé de cette formation ?
 - a. Qu'est-ce qui vous a motivé à vous inscrire à cette formation ?
 - b. À quoi vous attendiez-vous avant de participer ?
 - c. Que pensez-vous du format utilisé (sessions, durée, groupes et thèmes différents, nombre d'étudiants et d'encadrants, plénière, documents) ?
 - d. Qu'aurait pu contenir un dossier documentaire ?
 - e. Quels changements apporteriez-vous à cette formation (forme, fond) ?
3. Quels bénéfices vous a apporté cette formation ?
 - a. Sur les questions des recherches, connaissances ?
 - b. Sur le rôle de l'autre profession ?
 - c. Sur votre collaboration ?
4. (Pour les encadrants) Que pensez-vous de votre rôle d'encadrant dans cette formation ?
 - a. Quels outils ou méthodes d'enseignement supplémentaires souhaiteriez-vous utiliser ?
5. En quoi cela a-t-il affecté votre collaboration pratique avec l'autre profession ?
6. Quels sont vos autres projets interprofessionnels ?
7. Quelle conclusion tirez-vous de cette formation et que désiriez-vous pour l'avenir ? Des remarques ?

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

"Évaluation qualitative d'une formation interprofessionnelle adressée aux étudiants de kinésithérapie et de médecine générale."

Investigateurs :

Nicolas Hommey (nicolas.homme@univ-nantes.fr)

Guillaume Le-Sant (guillaume.le-sant@ifm3r.eu)

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

Lara Gendron (lara.gendron@ifm3r.eu)

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. A conserver.

Vous avez suivi ou encadré une formation facultative adressée aux étudiants en médecine générale et en kinésithérapie organisée par le département de médecine générale conjointement avec l'institut de kinésithérapie (IFM3R) de Nantes.

Nous sommes deux étudiants respectivement en médecine générale et kinésithérapie et rédigeons une thèse et un mémoire portant sur ce sujet pédagogique.

L'objectif de notre travail est de recueillir vos perceptions et attentes sur le sujet, à l'aide d'entretiens de groupe, que nous enregistrons puis retranscrivons à l'écrit pour analyse en anonymisant vos données. Celles-ci pourront être utilisées dans le cadre des écrits et de leur éventuelle publication à des fins scientifiques.

Il vous est cependant possible de vous retirer de l'étude à tout moment, sans conséquence sur votre formation. Cette étude respecte une méthodologie MR4 disponible sur le site de la CNIL. Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique. Pour cela, contactez les investigateurs de l'étude.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser l'étude qui vous est présentée. L'investigateur qui vous a donné les informations nécessaires à votre participation peut répondre à vos questions et vous informer sur demande des principaux résultats de l'étude.

Notice remise par les investigateurs à la date du ... / ... / 2021

Vu, le Président du Jury,
Professeur Benoît LE-GOFF

Vu, le Directeur de Thèse,
Professeur Nicolas HOMMEY

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur Pascale JOLLIET

NOM : CARLIER

PRÉNOM : Alexandre

Titre de thèse : **Evaluation qualitative par focus groups d'une formation interprofessionnelle adressée aux étudiants de masso-kinésithérapie et de médecine générale.**

RÉSUMÉ

Introduction : L'interprofessionnalité en santé est promue par l'OMS pour améliorer la qualité des soins. Les formations interprofessionnelles participent à son développement. L'objectif de cette thèse est d'évaluer un enseignement proposé aux étudiants en formation initiale de masso-kinésithérapie et de médecine générale.

Méthodes : Recherche qualitative par deux entretiens de groupe focalisés à deux chercheurs auprès de volontaires étudiants d'une part, et enseignants d'autre part. Les deux métiers étaient équitablement représentés parmi les participants présents lors de la formation interprofessionnelle qui s'est tenue entre février et mars 2021 à Nantes. Les entretiens transcrits verbatim ont fait l'objet d'une analyse qualitative avec double codage et triangulation des données inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats : 7 étudiants et 5 enseignants volontaires ont été inclus dans deux entretiens de groupes séparés. Les participants se sont rapprochés dans leur conception de leur métier et leur vision de l'interprofessionnalité présente et à venir. Le format du cours a été apprécié pour les activités proposées et la rencontre professionnelle qu'il permet malgré leurs limites. Tous ont validé sa place en formation initiale. Des capacités de collaboration, de communication et la notion de raisonnement clinique interprofessionnel ont été identifiés. Des axes d'amélioration ont émergé des échanges.

Discussion : Les activités de pédagogie active, incluant ateliers collaboratifs et dialogues, orientent vers un changement d'identité professionnelle de santé pour l'interprofessionnalité. Cette formation est perçue comme profitable par les étudiants comme les enseignants de kinésithérapie et de médecine générale et incite à des développements pour renforcer ces liens.

MOTS-CLÉS

Recherche qualitative. Éducation interprofessionnelle. Éducation en santé.