



Formation : programmes Intégration de contenus de formation dans les programmes des différents cours de formation postgrade et continue dans la santé

Étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP, dans le cadre du programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé » 2017–2020

Bref résumé

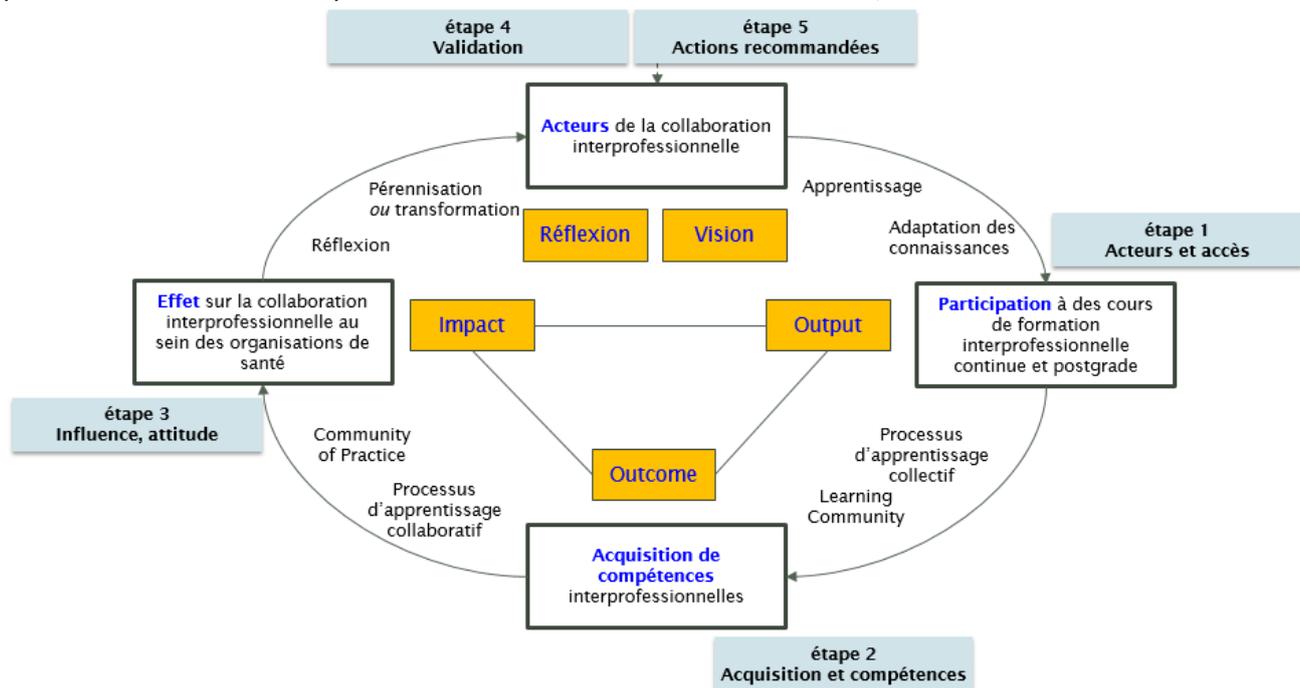
Prof. Andrea Gurtner
Prof. Bianca Tokarski
Prof. Isabelle Clerc
Lena Scheidegger

1 Contexte et objectifs de l'étude

La proportion croissante de personnes en situation de polymorbidité, corollaire du vieillissement démographique, ainsi que l'introduction de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques font que les processus de traitement se complexifient, alors que la pénurie de personnel qualifié s'exacerbe et que les coûts de la santé subissent une hausse disproportionnée. Dans ces conditions, la **collaboration interprofessionnelle (CIP)** promet d'optimiser la qualité de la prise en charge et d'accroître l'efficacité sur le plan économique. Ce qui amène à se demander **comment il y a lieu d'aménager les processus de formation continue et postgrade interprofessionnelle (enseignement interprofessionnel, EIP), pour obtenir un meilleur degré de CIP au sein des organisations du secteur de la santé**. La CIP ne déploie d'effets durables que dans le quotidien professionnel, soit dans le champ d'action des organisations. Ainsi les processus d'apprentissage interprofessionnel ont lieu tant en amont, dans le cadre d'offres institutionnalisées s'inscrivant dans la formation continue et postgrade, que dans les organisations même où les professions de la santé concernées exercent leur activité pratique. Afin d'identifier les approches conceptuelles envisageables pour la formation continue et postgrade interprofessionnelle, il convient donc de distinguer entre :

- la réaction immédiate, sous forme de **participation** à un EIP (output) ;
- le **changement d'état d'esprit** et l'**acquisition de compétences interprofessionnelles** (outcome) ;
- le **changement d'attitude**, et donc l'**effet** sur la CIP au sein de l'institution de santé (impact).

Ces trois niveaux de résultats se réfèrent au modèle scientifique de base du cycle de l'apprentissage organisationnel d'après Kuhlmann et Sauter (2008), sur lequel repose la présente étude. Quant à l'analyse des compétences interprofessionnelles, elle va au-delà du niveau individuel des personnes en formation, pour inclure le niveau du système et celui des ressources (Reischmann, 2016).



Modèle d'apprentissage et d'actes interprofessionnels (d'après Kuhlmann et Sauter, 2008)

Dans ce contexte, le **présent projet a pour but** d'indiquer :

- quels acteurs proposent quels formats de formation continue et postgrade ;
- quels formats et contenus de formation continue et postgrade éveillent chez des participants un état d'esprit interprofessionnel et leur enseignent les méthodes de travail correspondantes ;

- quelles offres de formation continue et postgrade permettront d'améliorer, à l'avenir, le degré et la qualité de la collaboration interprofessionnelle au sein des organisations de santé.

2 Résultats

Sur la base du cycle de l'apprentissage interprofessionnel, le présent projet de recherche recourt à des méthodes mixtes pour répondre aux questions soulevées par les objectifs susmentionnés :

- Des recherches sur Internet menées au niveau suisse ont servi à identifier les prestataires d'EIP.
- Afin d'examiner l'EIP et ses effets sur la CIP, une enquête a été menée dans dix cliniques représentatives des soins aigus ainsi que des soins de longue durée, dans les domaines des soins somatiques et psychiatriques.
- Un groupe de discussion formé de responsables spécialement choisis dans les cliniques participantes a validé les résultats obtenus.
- Les auteurs ont formulé sur cette base les actions recommandées.

2.1 Prestataires des formats de formation continue et postgrade

Les recherches sur Internet ont révélé l'existence de nombreux prestataires de formation continue et postgrade. Si l'on s'en tient à la définition de l'OMS d'une formation qui « s'adresse à deux professions ou davantage... », on trouve près de 600 prestataires, parmi lesquels les associations professionnelles et les groupes hospitaliers dominant, aux côtés des hôpitaux de soins aigus ou universitaires. Mais si l'on précise qu'il doit s'agir d'offres traitant expressément de l'interprofessionnalité, l'offre se réduit à 80 acteurs parmi les 600 susmentionnés.

2.2 Formats de la formation continue et postgrade, et prédicteurs d'un état d'esprit ou d'une méthode de travail interprofessionnels

Les participants ont pris part à une enquête à la fois transversale et longitudinale, en complétant des questionnaires en ligne. Une procédure en deux étapes a conduit à examiner tant le **principal EIP des douze mois précédents** indiqué par les participants (output), avec son effet sur l'état d'esprit et l'acquisition de compétences interprofessionnelles (outcome), que son **impact sur la collaboration interprofessionnelle au quotidien** (impact).

Au total, 462 professionnels de la santé ont accepté de répondre aux questions. Selon une ventilation par **groupes professionnels**, 53 % étaient issus du secteur des soins (sages-femmes comprises), 26 % du corps médical (psychiatrie comprise), 10 % de la physiothérapie ou de l'ergothérapie, 6 % de la psychologie et de la psychothérapie, 4 % du travail social et de la pédagogie et 1 % d'autres professions. L'âge moyen était de 40 ans (entre 19 et 64 ans), et un tiers des enquêtés assumait une fonction dirigeante.

Les **formations** constituent le format d'EIP privilégié (23 % de réponses). Il s'agit dans deux tiers des cas d'événements uniques, dont la durée n'excède généralement pas une demi-journée ou un jour complet. L'employeur finance la majeure partie des formations, qui ont lieu le plus souvent au sein du service ou de l'institution de santé, plus rarement à l'extérieur.

Un cinquième à peine des participants désignent les **simulations** comme principal format d'EIP. Les simulations fréquentées ont lieu une fois par an voire tous les six mois, plus rarement chaque trimestre. Elles durent en général une journée complète, plus rarement une demi-journée. Les simulations sont presque exclusivement financées par l'employeur et ont lieu au sein du service ou de l'institution de santé, plus rarement à l'extérieur.

Les **conférences et congrès** constituent le principal format d'EIP pour 16 % des personnes interrogées. De telles manifestations sont organisées une fois par an et durent entre une demi-journée et cinq jours. L'employeur couvre les frais de participation dans deux tiers des cas, alors que dans 10 % des cas ils sont pris en charge par des sources externes. Environ 10 % des participants prennent en charge la totalité des coûts à titre privé, et 10 autres en partie.

Dans environ un quart des cas, de telles manifestations sont organisées au sein de la clinique (19,3 %) ou de l'établissement de santé (7,0 %). Les conférences et les congrès externes ont lieu dans un autre

établissement de santé (22,8 %), auprès d'un autre prestataire de formation (21,1 %), auprès d'une association professionnelle (21,1 %), ou dans une université (8,8 %).

Les **discussions interprofessionnelles de cas** sont pour 13 % des participants le principal format d'EIP fréquenté. Elles interviennent une seule fois, ou alors hebdomadairement, mensuellement ou à chaque trimestre, et durent en général au maximum un demi-jour. Le financement est la plupart du temps interne, et de telles discussions ont lieu au sein du service ou de l'institution de santé.

Les **liens** entre la participation à des activités d'EIP (output), le changement d'état d'esprit et l'acquisition de compétences interprofessionnelles tant à titre individuel qu'au niveau de l'équipe (outcome), ainsi que le changement d'attitude et donc l'effet sur la CIP (impact), ont fait l'objet d'analyses à la fois longitudinales et transversales. Leurs résultats étant comparables, il n'y a pas lieu de les commenter séparément.

Comme on pouvait s'y attendre, les compétences interprofessionnelles sont des prédicteurs centraux de la CIP, tant au niveau individuel que sur le plan des équipes.

- Au niveau individuel, **l'état d'esprit à l'égard de la CIP ainsi qu'une bonne connaissance des rôles et tâches des autres membres de l'équipe** s'avèrent essentiels pour le **développement d'une conception commune des tâches**.
- **Une fructueuse CIP requiert une telle conception commune des tâches, ainsi que la capacité de se mettre à la place des autres membres de l'équipe.**
- Les meilleurs prédicteurs d'une fructueuse CIP sont les **conditions-cadres (temps à disposition, connaissances professionnelles, soutien des collègues et de la hiérarchie et accès à la formation continue et postgrade)**, ainsi qu'une **collaboration d'égal à égal dans les équipes**.

Toutefois, contrairement aux attentes, il n'a guère été possible de prouver l'influence directe des activités d'EIP suivies. Seule la **participation à des formations** est positivement corrélée tant au développement d'une conception commune des tâches dans l'équipe qu'à une fructueuse CIP. Enfin, seule la participation à des conférences ou congrès présente un faible lien avec la CIP, contrairement à tous les autres EIP examinés, à leurs contenus et à leurs méthodes d'apprentissage.

2.3 Validation dans un groupe de discussion

Afin de valider les résultats de l'analyse quantitative et de formuler concrètement à partir de là des actions recommandées pour la pratique, un groupe de discussion a été constitué avec des cadres ou dirigeants recrutés dans les organisations de santé participantes.

De l'avis des experts consultés la CIP, définie ici comme la capacité de se mettre à la place des autres et de changer de perspective au-delà des frontières entre groupes professionnels, reste rare dans le quotidien hospitalier. Il faut dire qu'à l'heure actuelle, la CIP possède encore un faible ancrage structurel dans les flux de processus. Les conditions préalables à l'émergence de la CIP seraient notamment de bonnes relations entre les collaborateurs, une solide confiance de chacun dans sa propre expertise, ainsi qu'une culture de la communication et d'entreprise connotée positivement, grâce à la réduction des hiérarchies organisationnelles. Il incombe ici au corps médical en particulier, et de façon générale à tout le personnel dirigeant, d'abandonner les prétentions au pouvoir que leur confère traditionnellement leur fonction, afin qu'une culture de confiance basée sur la réciprocité puisse émerger. Des cadres prenant les devants et « proches du front ou de la base », des structures hiérarchiques horizontales, ainsi que des tandems de conduite mixtes sont considérés comme autant de facteurs contextuels propices à la CIP. Même si l'initiative en matière de CIP revient souvent aux infirmiers ou thérapeutes, il ne s'agit pas d'une forme de travail « issue de la base ou tombant du ciel », et il faut que les dirigeants exigent et encouragent expressément sa mise en place. En particulier, il incombe aux dirigeants d'identifier les champs thématiques ou les processus nécessitant la CIP, puis de prévoir des mesures de formation postgrade appropriées pour la concrétiser. Malgré des ressources souvent limitées, « le système se prête bien davantage à la CIP que beaucoup de protagonistes ne l'imaginent ». Toutefois, il faut coordonner les ressources de manière plus efficiente et réaménager les processus existants de façon à ce qu'ils offrent la liberté nécessaire à la CIP. Par ailleurs, elle implique selon les experts un effort initial à ne pas sous-estimer. Les spécialistes impliqués doivent ainsi trouver un langage commun, planifier et définir ensemble les processus. Or l'investissement en temps nécessaire réduit le temps à disposition pour les formations postgrades individuelles spécifiques au métier exercé.

Il faudrait naturellement aussi mettre en place le dossier électronique du patient, avec des droits d'accès dûment précisés pour les professionnels impliqués. Et les patients devront également être informés de

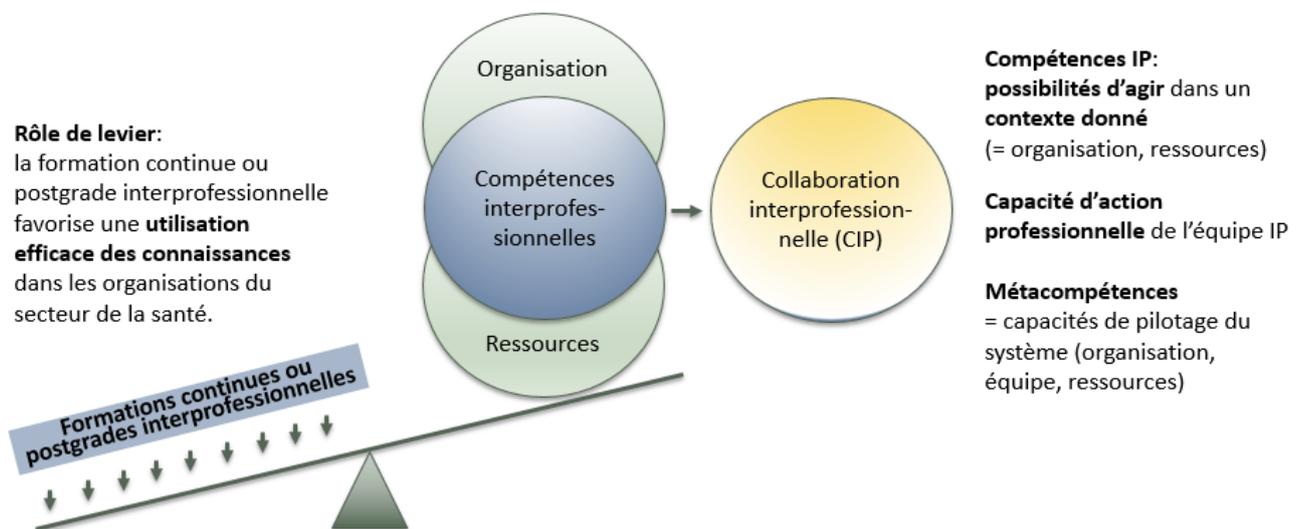
l'approche de la CIP et de ses avantages. Ils pourraient sinon s'imaginer qu'elle n'est qu'une nouvelle mesure d'économies qui réglemente, entrave ou rend impossible l'accès (coûteux) aux médecins.

Il convient encore d'agir au niveau social et politique, pour tempérer les attentes démesurées à l'égard de la CIP. Selon les participants à la discussion, on aurait tort de croire qu'elle aboutira d'emblée à une baisse des coûts. Par contre, il se peut que la CIP permette l'émergence de nouveaux profils professionnels. Par exemple, le recrutement d'infirmiers de pratique avancée au lieu de personnel médical réduirait les coûts.

3 Actions recommandées

Tant l'enquête quantitative que l'approche qualitative du groupe de discussion montrent que la CIP et l'habilitation en la matière des organisations représentent des champs d'action complexes. Outre les compétences et aptitudes individuelles des acteurs, les niveaux du système et des ressources sont également des facteurs essentiels à la réalisation de l'interprofessionnalité.

Pour que la CIP aboutisse, il faut miser sur la formation continue et postgrade interprofessionnelle. Cette dernière joue un rôle de levier, en favorisant essentiellement le bon usage des connaissances dans les organisations du secteur de la santé. Les organisations constituent par ailleurs des plateformes pour la circulation des connaissances, qui pourront également être mises en commun en fonction des besoins concrets des patients et échangées entre les acteurs, selon la situation, de façon à trouver des solutions.

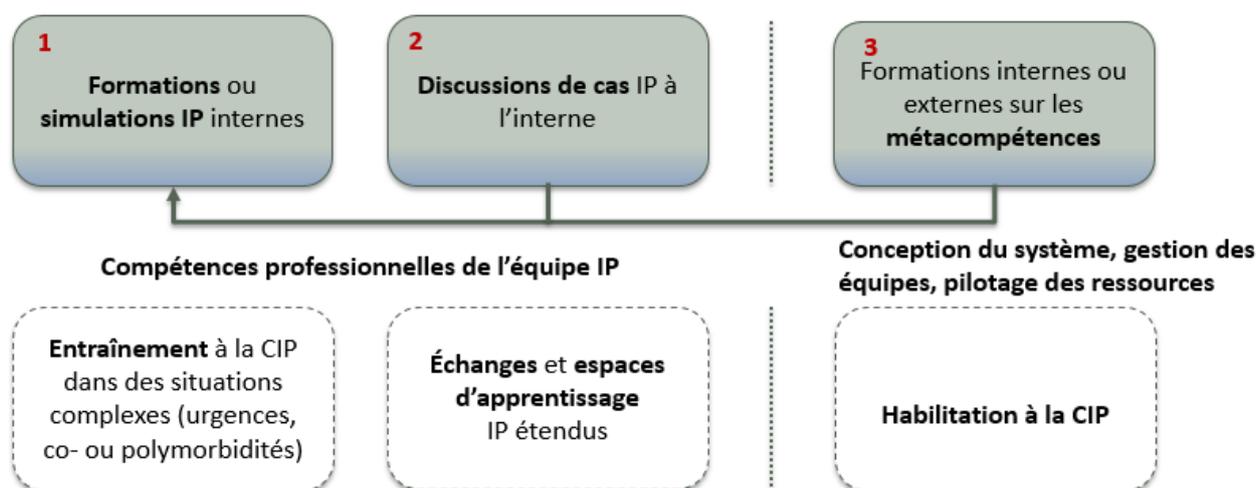


Fonction de levier de l'apprentissage interprofessionnel pour une fructueuse CIP

L'apprentissage interprofessionnel perd de son efficacité, si l'on n'envisage pas simultanément les niveaux de **l'organisation et des ressources** : les compétences interprofessionnelles doivent toujours être considérées comme autant de possibilités d'agir dans un contexte donné. Les idées maîtresses sont ici l'utilité du patient et l'allocation efficiente des ressources. Une CIP réussie génère une valeur supplémentaire dans l'optique du patient, tout en mobilisant beaucoup de ressources, en raison de la complexité des processus de coordination, des besoins de communication accrus et notamment aussi des activités de formation continue et postgrade requises dans ce contexte.

Pour que les formats de formation continue et postgrade interprofessionnelle soient réellement profitables, il faut donc commencer par une analyse approfondie de l'organisation : quelles situations de prise en charge nécessitent une étroite coordination entre les compétences de plusieurs professions, voire demandent leur présence simultanée ? Où se situent les interfaces concrètes entre les champs d'activité des différentes professions dont l'interprofessionnalité permettrait d'accroître concrètement l'utilité pour le patient ainsi que l'efficience ? Or plus les interfaces entre les domaines d'activité de plusieurs professions sont importantes, et plus une CIP accompagnée de processus d'apprentissage communs est indiquée.

Un apprentissage interprofessionnel efficace, en termes d'utilité pour le patient et d'utilisation des ressources, est à l'ordre du jour notamment dans les situations complexes exigeant un fonctionnement bien rodé de l'équipe interprofessionnelle. À l'instar par exemple des soins d'urgence à des patients polytraumatisés, ou des traitements complexes liés à une comorbidité ou à une polymorbidité. Les catégories d'apprentissage interprofessionnel à privilégier sont avant tout les **formations ou les simulations internes** qui, par leur proximité du champ d'application, permettent de tester divers scénarios (p. ex. soins d'urgence). Les **discussions de cas internes** servent par ailleurs aux échanges interprofessionnels en tant qu'espace d'apprentissage élargi (formation informelle), dans le but d'améliorer à l'avenir les processus et la qualité. Un EIP efficace devrait en outre viser au développement des **métacompétences**, qui encouragent potentiellement un fructueux pilotage de la CIP au niveau des processus. Ces métacompétences relèvent principalement de la conduite, du développement de l'organisation et du pilotage des processus, ainsi que de la communication.



Catégories d'apprentissage professionnel privilégiées

La présente étude a conduit à formuler trois **champs d'action centraux, avec à chaque fois deux actions recommandées (AR)** en vue d'un EIP efficace dans la pratique :

1. **Définir les compétences** interprofessionnelles (AR 1 et AR 2), 2. **Aménager des espaces d'apprentissage** interprofessionnel (AR 3 et AR 4), 3. **Accompagner les processus d'apprentissage** interprofessionnel (AR 5 et AR 6).



AR 1:

L'apprentissage interprofessionnel devrait se concentrer, en milieu hospitalier notamment, sur les domaines de prestations complexes et à forte intensité de ressources, où l'équipe interprofessionnelle est en mesure d'accroître le bénéfice pour le patient par une CIP fructueuse.

Les compétences requises seront expressément inventoriées, et l'apprentissage interprofessionnel correspondant rendu accessible.

AR 2:

La compétence de conduite d'équipes interprofessionnelles, l'adoption d'autres perspectives, l'amélioration des conditions organisationnelles (aplatissement des hiérarchies, intégration des processus liés aux prestations) et la compétence de pilotage des ressources (ressources humaines, prise en compte des restrictions financières, extension de la numérisation) sont d'importantes métacompétences à encourager dans le cadre de l'enseignement et de l'apprentissage interprofessionnels.

**Aménager des
espaces
d'apprentissage
interprofessionnel
(2)**

AR 3:

Les activités de formation internes au service ou à l'organisation sont une condition importante pour une fructueuse collaboration interprofessionnelle et devraient donc être davantage encouragées et soutenues comme espaces d'apprentissage, par la mise à disposition de ressources supplémentaires.

AR 4:

Il convient d'encourager l'acquisition de méta-compétences en dehors de l'organisation, si le processus d'enseignement et d'apprentissage permet aux participants de réfléchir au contexte de leur institution (lien individuel à la pratique).

**Accompagner les
processus
d'apprentissage
interprofessionnel
(3)**

AR 5:

Les établissements du secteur de la santé devraient davantage envisager leurs offres internes d'apprentissage interprofessionnel comme une opportunité d'établir une collaboration interprofessionnelle, et la faire systématiquement accompagner de manière professionnelle par des chargés de la formation continue et postgrade.

AR 6:

L'interprofessionnalité devrait faire partie intégrante des activités tant internes qu'externes de formation continue et postgrade des établissements du secteur de la santé.