



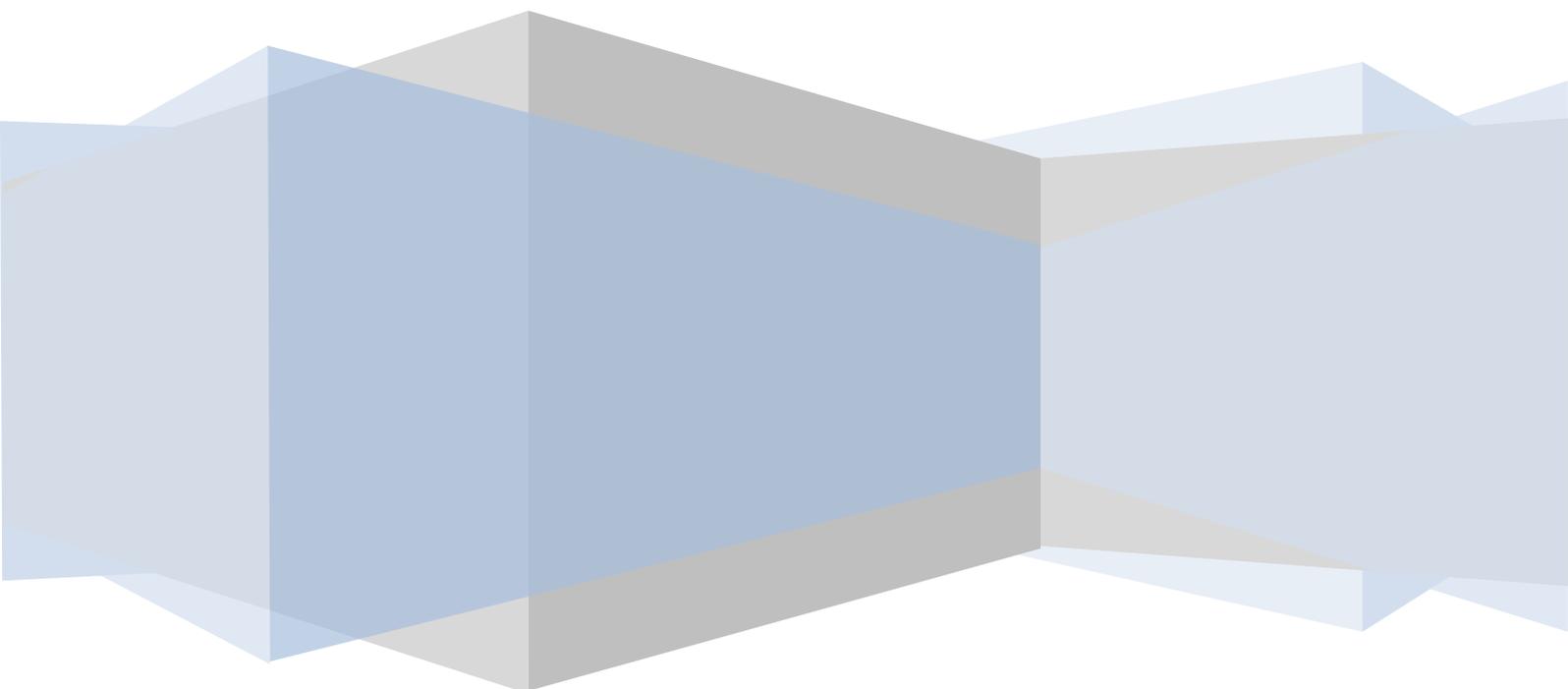
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

dialogue plate-forme
de la politique permanente de
nationale la confédération
de la santé et des cantons

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad 2020

Rapport du groupe thématique „Interprofessionnalité“



1 Table des matières

1	Table des matières.....	2
2	Executive summary.....	4
3	Introduction.....	7
3.1	Définitions.....	7
3.1.1	Formation interprofessionnelle / pratiques collaboratives.....	8
3.1.2	Compétences génériques et professionnelles spécifiques.....	8
3.2	Analyse du mandat.....	9
3.2.1	Description du produit final.....	11
3.2.2	Modèles d'IPC prévus.....	11
3.3	Bibliographie.....	12
4	Le contexte interprofessionnel actuel en Suisse.....	13
4.1	Contexte législatif.....	14
4.2	Contexte professionnel.....	14
4.2.1	Problématique et défis concrets en médecine de premier recours ambulatoire.....	14
4.2.2	Rôles et profils professionnels.....	17
4.3	Contexte éducatif.....	17
4.4	Profils professionnels.....	19
4.4.1	Médecine.....	20
4.4.2	Pharmacie.....	21
4.4.3	Professions de la santé non-universitaires.....	22
4.4.4	Compétences génériques pour les professions de la santé non-universitaires.....	22
4.5	Bibliographie.....	23
5	Pratique interprofessionnelle – collaborative practice.....	26
5.1	Analyse bibliographique.....	26
5.2	Éléments constitutifs d'une pratique interprofessionnelle réussie.....	27
5.2.1	Vision commune du patient et de son parcours.....	27
5.2.2	Définition et connaissance des rôles professionnels.....	27
5.2.3	Organisation / structuration de l'équipe interprofessionnelle.....	28
5.2.4	Compétences, responsabilités.....	28
5.2.5	Point de départ de la collaboration IP.....	29
5.2.6	Suivi du patient dans son parcours sanitaire.....	29
5.3	Barrières et limitations à une pratique IP réussie.....	30
5.4	Bibliographie.....	30
6	Formation / éducation interprofessionnelle.....	32
6.1	Analyse bibliographique.....	32
6.2	Apprentissage progressif de l'interprofessionnalité.....	32
6.3	Éléments constitutifs d'un enseignement IPE.....	34
6.3.1	Valeurs.....	34
6.3.2	Processus.....	35
6.3.3	Outcomes.....	35
6.4	Quand débiter avec un enseignement interprofessionnel.....	36
6.4.1	Formation prégrade des médecins.....	36
6.4.2	Formation postgrade des médecins.....	36
6.4.3	Formation des partenaires interprofessionnels.....	37
6.5	Quelles méthodes d'enseignement utiliser.....	37

6.6	Quelles méthodes d'évaluation utiliser.....	37
6.7	Barrières et limitations au développement d'un enseignement IPE.....	38
6.8	Bibliographie.....	38
7	Concept pour une introduction à la collaboration inter-professionnelle IPC.....	40
7.1	Objectifs.....	40
7.2	Vision et principes généraux.....	40
7.2.1	Visions.....	40
7.2.2	Groupes-cibles.....	41
7.2.3	Principes généraux pour le développement des modèles et des modules.....	41
7.2.4	Matrice des compétences.....	42
7.2.5	Mise en œuvre du concept / du modèles aux modules.....	42
7.3	Organisation pratique de l'enseignement / Portfolio général.....	43
7.3.1	Portfolio général.....	43
7.4	Modèle 1 : médecine de famille.....	43
7.4.1	Module 1a :.....	43
7.4.2	Module 1b :.....	44
7.4.3	Module 1c :.....	44
7.5	Modèle 2 : situations d'urgence.....	44
7.5.1	Module 2a :.....	44
7.5.2	Module 2b :.....	45
7.5.3	Module 2c :.....	45
7.5.4	Module 2d :.....	45
7.6	Modèle 3 : IPC séquentielle.....	45
7.6.1	Module 3a :.....	45
7.6.2	Module 3b :.....	45
7.6.3	Module 3c :.....	46
7.6.4	Module 3d :.....	46
7.7	Modèle 4 : patientes et patients polymorbides.....	46
7.7.1	Module 4a :.....	46
7.7.2	Module 4b :.....	47
7.7.3	Module 4c :.....	47
7.8	Modèle 5 : Soins palliatifs.....	47
7.8.1	Module 5a :.....	47
7.8.2	Module 5b :.....	47
7.8.3	Module 5c :.....	48
7.9	Modèle 6 : Prévention.....	48
7.9.1	Module 6a :.....	48
7.9.2	Module 6b :.....	48
7.9.3	Module 6c :.....	48
7.9.4	Module 6d :.....	48
7.10	Autres possibilités de modèles.....	49
7.11	Bibliographie.....	49
8	Conclusions et recommandations.....	50
9	Liste des annexes.....	52

2 Executive summary

FOPH (Federal Office of Public Health) presented a draft mandate, previously discussed with the Swiss Conference of the Cantonal Ministers of Public Health, planning the launch of a thematic group "Interprofessionality". The majority of the Platform decided to approach the questions from the training angle. During the meeting of the 25th of January 2012, the Platform confirmed the mandate of the 14th of September 2011 within the following framework:

- base the work on the questions related to education
- develop concrete solutions that are likely to be put in place in short term, as a priority for medical training.
- occasionally associate with these works a support group and a steering group, the composition of which was defined by the Platform.

The members of the thematic group decided to develop a learning concept for interprofessional education (IPE) based on concrete examples of collaborative practice (IPC), taken from the health care models and from the chain of care of current patients or predictable in the medium term, coming mainly from ambulatory primary care, centred on the patient, orientated according to skills, based on the health problem and the journey of the patient through the health care system.

1. IPC within a primary care structure
2. IPC in an acute care team, respectively in an emergency situation
3. IPC "sequential" (ambulatory aftercare of a patient after hospital)
4. IPC in primary care medicine for polymorbid patients, under particular consideration of the "bio-psycho-social" aspects.
5. IPC in a regional network for patients in palliative care
6. IPC as preventive purpose within a primary care structure or a medico-social establishment.

Apart from the IPE training, which is a prerequisite for any IPC, it is important to gather all the tools essential to the success of a collaboration between professional health care partners. A lot of information about such tools can be found in national and international publications. The essential elements were put together as a tool-box for a global interprofessional training from the first to the sixth year of medical school, which allows the development of progressive IPE modules (early-to-late approach) which takes into account the increasing level of skills of the student(s) and learner(s).

This didactic tool should give enough leeway to the training institutions for the realisation of the IPC modules and allow them to be adapted according to the needs and the regional possibilities, or even be put in place together with the Higher education institutions or Vocational and Professional Education institutions in Health Care.

The purpose of this report is to establish a concept for an interprofessional teaching that includes recommendations regarding the skills and the training objectives common to all the professions involved in collaborative practices. It also offers methodological recommendations regarding the transmission of the training contents (interprofessional modules, learning in teams) which take into account existing mediums on the university level but also the systematic and usable mediums for the secondary and third level, as well as the various skills, responsibilities and legal provisions in force (LPMéd = medical professions act, LHES = Higher education institutions Act, LAU= University funding Act, LFPr = Vocational and Professional Education and Training Act).

These recommendations can be incorporated as part of the programmes and the objectives of the undergraduate medical education. They, however, consider the same standards as regards to the basic training of the health care professions that are led to work with them interprofessionally.

The concept in question represents the first step of a structured and coordinated introduction of the IPE in the medical studies at university and the training for health care professions. The experts of the thematic group recommend the Platform to continue the operationalisation of this concept on a

national level as part of a second mandate.

Résumé

NB : en français, le terme *interprofessionalité* est un néologisme qui correspond au terme anglais *interprofessionality*. Dans certains documents francophones, le terme *interprofessionnalisme* est également utilisé, qui ne nous semble pas adéquat compte tenu du sens du mot *professionnalisme*, se référant plutôt à une compétence générique dans le cadre de ce travail.

Lors de la séance de la Plateforme « Avenir de la formation médicale » du 14 septembre 2011, l'OFSP a présenté un projet de mandat, préalablement discuté avec la Conférence des Directeurs Sanitaires (CDS), prévoyant le lancement d'un groupe thématique « Interprofessionnalité ». La majorité de la plateforme a décidé d'aborder les questions sous l'angle de la formation. Dans séance du 25 janvier 2012, la plateforme a confirmé le mandat du 14 septembre 2011 dans le cadre suivant :

- axer les travaux sur les questions relatives à la formation
- développer des solutions concrètes et susceptibles d'être mises en œuvre à court terme, en priorité pour la formation médicale.
- associer ponctuellement à ses travaux des groupes d'accompagnement et un groupe de pilotage, dont la plateforme a défini la composition.

Les membres du groupe thématique ont décidé de développer un concept d'apprentissage de l'interprofessionnalité (IPE) fondé sur des exemples concrets de collaboration interprofessionnelle (IPC), tirés des modèles de soins et de la chaîne de prise en charge des patients actuels ou prévisibles à moyen terme, principalement issus de l'exercice de la médecine de premier recours ambulatoire, centrés sur le patient, orientés selon les compétences, axés sur le problème de santé et le trajet du patient dans le système de santé.

1. IPC au sein d'une structure de premier recours,
2. IPC en équipe de soins aigus, respectivement en situation d'urgence,
3. IPC « séquentielle » (suivi ambulatoire d'un-e patient-e sorti-e d'un établissement hospitalier),
4. IPC en médecine de premier recours pour patients polymorbides, sous considération particulière des aspects « bio-psycho-sociaux »,
5. IPC en réseau régional pour patient en soins palliatifs,
6. IPC à but préventif au sein d'une structure de premier recours ou un établissement médico-social.

En dehors de la formation IPE, qui représente un prérequis à toute IPC, il est important de réunir les instruments indispensables à la réussite d'une collaboration entre partenaires professionnels de la santé. On trouve de nombreuses informations sur de tels outils dans des publications internationales et nationales. Les éléments essentiels ont été groupés sous forme d'une « tool-box » pour un enseignement interprofessionnel global de la 1^{ère} à la 6^e année de médecine, permettant de développer des modules IPE progressifs (early-to-late approach) qui tiennent compte du niveau de compétences croissant des étudiant-e-s et apprenant-e-s.

Cet instrument didactique devrait donner assez de liberté aux établissements de formation dans la réalisation des modules IPC pour pouvoir être adaptés selon les besoins et les possibilités régionales, voire mis en place en commun avec des hautes écoles ou des écoles professionnelles supérieures des professions de la santé.

Le but de ce rapport est d'établir un concept pour un enseignement interprofessionnel incluant des recommandations concernant les compétences et les objectifs de formation communs à toutes les professions engagées dans des pratiques collaboratives. Il propose également des recommandations méthodologiques en matière de transmission des contenus de formation (modules interprofessionnels, apprentissage en équipes) qui tiennent compte des supports existants au niveau universitaire, mais également de la systématique et des supports valables pour le niveau secondaire et tertiaire, ainsi que des différentes compétences, responsabilités et prescriptions légales en vigueur (LPMéd, LHES,

LFPr, etc).

Ces recommandations peuvent être intégrées dans le cadre des programmes et des objectifs de formation universitaire des médecins. Elles tiennent toutefois compte des mêmes critères en matière de formation de base des professions de la santé amenées à travailler avec eux de manière interprofessionnelle.

Le présent concept représente une première étape d'introduction structurée et coordonnée de l'IFE dans les études médicales universitaires et la formation aux professions de la santé. Les experts du groupe thématique recommandent à la Plateforme de poursuivre l'opérationnalisation de ce concept sur le plan national dans le cadre d'un second mandat.

3 Introduction

En septembre 2010, la Plateforme „Avenir de la formation médicale“ a été inaugurée sur mandat du Dialogue national sur la politique de la santé. Elle regroupe des représentant-e-s de 16 organisations nationales concernées les questions de formation des médecins.

Lors de la séance du 14 septembre 2011, l'OFSP a présenté un projet de mandat, préalablement discuté avec la CDS, prévoyant le lancement d'un **groupe thématique « Interprofessionnalité »**.

Les participants ont longuement débattu de la priorisation de deux thèmes principaux : questions relatives à la formation (modules interprofessionnels, compétences communes, etc.) ou répartition future des tâches et des compétences entre les professions de la santé (*skill mix / grade mix*).

La composition du groupe thématique a également été discutée, notamment la proportion des représentants de la formation ou des soins, la nécessité d'une répartition régionale des membres, de l'intégration de cercles directement concernés (étudiants en médecine, apprenant-e-s des autres professions de santé) ou encore la représentation de certains métiers de la santé (p. ex. personnel médico-technique). En ce qui concerne la composition des groupes thématiques et d'accompagnement, voir Annexe 2..

La majorité de la plateforme a décidé d'aborder les questions sous l'angle de la formation médicale. L'OFSP a donc été chargé de réexaminer l'orientation à assigner au mandat, de préciser le dit mandat et de soumettre une nouvelle proposition de composition du groupe thématique.

Réunis en séance le 26 octobre 2011, l'OFSP et la CDS ont tenté d'élaborer une proposition qui satisfasse les différentes exigences exprimées – à savoir intégrer tant le volet de la formation que celui de la pratique, inclure tous les groupes de professions concernés, associer les bénéficiaires de la formation, tenir compte équitablement de la répartition géographique, etc. – tout en garantissant que la taille du groupe thématique ne dépasse pas un seuil critique, au-delà duquel le travail devient impossible.

Cette proposition a été envoyée aux membres de la plateforme le 10 novembre 2011 pour qu'ils prennent position. Les responsables désignés du groupe thématique, Nadine Facchinetti et Olivier Glardon, ont évalué les réponses reçues et adapté en conséquence la structure et la composition du groupe. Par ailleurs, un concept visant à préciser le mandat a été élaboré. L'objectif était de trouver un compromis qui convienne à toutes les parties, afin que les travaux puissent commencer rapidement.

Dans séance du 25 janvier 2012, la plateforme a confirmé le mandat du 14 septembre 2011, en y apportant les précisions suivantes :

- **Le groupe thématique doit clairement axer ses travaux sur les questions relatives à la formation et non sur celles relevant de la politique sanitaire.**
- **Son objectif est de développer des solutions concrètes et susceptibles d'être mises en œuvre à court terme, en priorité pour la formation médicale.**
- **Pour ce faire, il associe ponctuellement à ses travaux des groupes d'accompagnement et un groupe de pilotage, dont la plateforme a défini la composition.**

3.1 Définitions

Le terme **Interprofessionnalité** comprend deux aspects complémentaires (WHO 2010), la **formation interprofessionnelle** (Interprofessional Education, IPE) qui mène à une **pratique collaborative ou interprofessionnelle** (Interprofessional collaboration, IPC) centrée sur le patient.

Le terme **interdisciplinarité** définit une collaboration dont les partenaires font partir d'une même profession (p. ex. médecins de différentes spécialités). Nous n'avons pas fait de distinction entre interprofessionnalité et interdisciplinarité pour le développement des modèles et des modules IPC, notamment parce que les propositions s'adressent en premier lieu à des étudiants en formation

universitaire et non postgrade spécialisée.

3.1.1 Formation interprofessionnelle / pratiques collaboratives

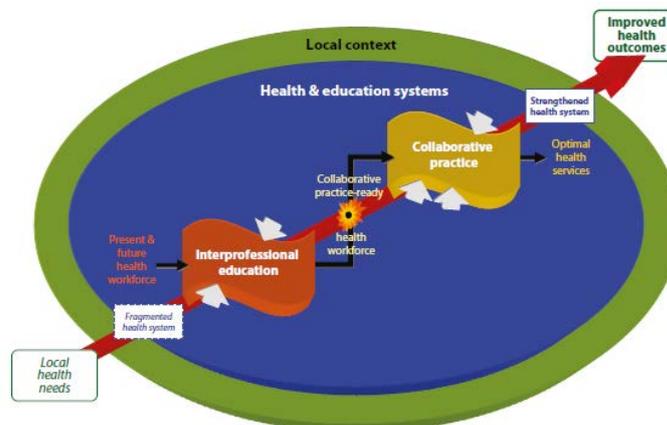
Selon la définition proposée par le Centre for the Advancement of Interprofessional Education du Royaume-Uni (CAIPE 1997 et 2006)¹, il y a **formation interprofessionnelle** (*Interprofessional Education, IPE*) lorsque deux professions ou davantage sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins.

Il s'agit d'une étape nécessaire à la préparation des professionnels de la santé à une pratique collaborative mieux à même de répondre aux besoins sanitaires locaux (**collaborative practice-ready health workforces**, cf Illustration 1).

Selon la définition internationale, les **pratiques collaboratives** (Interprofessional Collaboration, IPC) se produisent lorsque plusieurs professionnels de la santé issus de différentes origines professionnelles collaborent entre eux, avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté pour offrir la meilleure qualité de soins. Cela permet aux professionnels de la santé de collaborer avec toute personne dont les compétences facilitent la réalisation des objectifs sanitaires locaux.

Il est toutefois important de ne pas confondre *interprofessionnalité* et *mutualisation* de compétences ou de certains éléments de formation. Dans le premier cas, **l'interaction entre les professionnels** (qui implique une définition des rôles et une reconnaissance / acceptation des compétences mutuelles) est primordiale et elle seule permet d'obtenir le résultat fixé respectivement de **répondre aux besoins du patient**. Dans le second cas, chaque professionnel met ses compétences à disposition du groupe, mais l'interaction n'est pas l'élément central de la collaboration. C'est donc une forme affaiblie d'IPC que nous ne prendrons pas en compte dans ce concept.

Illustration 1 : contexte interprofessionnel des professions médicales et de la santé



3.1.2 Compétences génériques et professionnelles spécifiques.

Le terme de **compétence** est fréquemment utilisé dans le cadre interprofessionnel. De nombreuses définitions existent². Dans le cadre du présent concept, les définitions proposées par Sottas (2010), Frank et al (2010) et du Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) ont été reprises comme base de réflexion :

- **Compétences génériques** : appelées aussi *compétences non-spécifiques*, *compétences transverses*, elles caractérisent l'exercice professionnel aux travers de sept rôles conformément

¹ <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>

² <http://australie.uco.fr/~cbourles/OPTION/Competences/Comptran.htm>

au modèle CanMEDs³. Elles servent d'objectif généraux d'apprentissage (SCLO II⁴ pour les professions médicales, respectivement Compétences finales des professions de la santé) et sont communes à toutes les professions. Elles correspondent aux attentes des autorités envers les professionnels exerçant leur métier dans un même domaine (médecine, santé, travail social) et sont valables pour toutes professions réglementées. **L'intégration au sein d'une équipe IP implique donc non seulement leur acquisition préalable, mais aussi d'adapter son activité professionnelle conformément à la fonction et au rôle attribué ou assumé au sein du groupe.**

- *Compétences professionnelles spécifiques* (appelées aussi *compétences exclusives*) : définies selon des standards reconnus sur le plan international et national, elles caractérisent les connaissances, aptitudes et capacités correspondant au niveau du diplôme considéré (également appelées day-1 competencies). Elles décrivent ainsi l'envergure et le profil de l'exercice de la profession.
- *Qualifications ou Compétences clés* (Schlüsselkompetenzen) : ce terme désigne des compétence qui peuvent être acquises (aussi bien sur le plan cognitif qu'affectif). Elles permettent d'agir et facilitent l'utilisation des connaissances professionnelles. On distingue plusieurs catégories, telles que compétences personnelles = apprendre à être (p.ex. éthique), compétences d'action (p.ex. orientation selon le résultat = apprendre à faire), compétences sociale (apprendre à vivre ensemble, p.ex. pour le travail en équipe, la communication interpersonnelle, la solution de problèmes, le dialogue, etc) ou encore compétences méthodiques et médiatiques = apprendre à apprendre / savoir (lecture critique de publication, etc). Dans le cadre du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (2010), six domaines de compétences sont particulièrement pris en compte ; la communication interpersonnelle, les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et la résolution de conflits interprofessionnels

Dans le cadre de ce concept, aucune priorisation / valorisation des compétences à acquérir en cours d'IPE n'a été établie pour les différentes professions. Les membres du groupe thématique ont considéré que cet aspect de l'IPE et de l'IPC dépendait des caractéristiques principales de chaque module de formation IPE. Dans la mesure où il appartiendra aux responsables des écoles et des facultés de les développer à partir des six modèles de soins proposés, c'est également eux qui fixeront les objectifs et les priorités, conformément à leur propre concept IPE.

3.2 Analyse du mandat

Lors de sa première séance, le groupe thématique a procédé à une analyse du mandat défini par la Plateforme. Il a été considéré que le cadre de travail correspondait aux critères fixés par le WHO (2010) en matière d'enseignement interprofessionnel (Interprofessional Education), à savoir favoriser l'acquisition des compétences nécessaires à un exercice professionnel adéquat en tant que « **Collaborative practice-ready health workforce** » (cf Illustration 2). Il s'agit donc d'une introduction à l'IPC en tant que mode de fonctionnement professionnel individuel (conformément au profil et au rôle professionnel) et collectif (équipe IP, réseau de soins IP, etc) (Davies et al., 2011)

Illustration 2 : formation interprofessionnelle



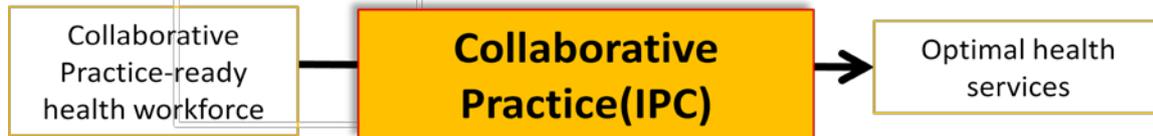
L'acquisition des compétences nécessaires à la délivrance de soins optimaux dans le cadre d'une

³ <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>

⁴ SCLO = Swiss Catalogue of Learning Objectives; SCLO, Swiss Catalogue of Learning Objectives; <http://scllo.smifk.ch/>

pratique collaborative (Illustration 3) constitue une seconde étape et relèverait d'un mandat ultérieur. Rien n'empêche toutefois d'utiliser des modèles de pratique collaborative pour illustrer les modules d'enseignement interprofessionnel à développer. C'est dans ce sens que ce concept a été développé.

Illustration 3 : pratique collaborative



En conséquence, les membres du groupe thématique sont unanimement arrivés à la conclusion que les objectifs fixés seraient atteints si le groupe thématique (après consultation des groupes d'accompagnement et du groupe de pilotage) pouvait :

- faire une proposition concrète pour une introduction de l'IPE au niveau universitaire⁵ (= « produit final » du groupe thématique), qui mette en évidence la réalité, les besoins et les exigences interprofessionnels du système de santé suisse actuel et futur. Le but n'étant pas d'apprendre les principes fondamentaux et la théorie de l'enseignement et de la collaboration interprofessionnels en général (D'Amour et al., 2008), mais les principes permettant de développer respectivement de renforcer en cours de formation les compétences nécessaires à une IPC de qualité,
- formuler des recommandations à l'intention des facultés sur l'introduction de modules IPE dans la formation médicale universitaire et sa coordination avec la formation IPE / IPC des autres professions de santé,
- formuler une liste de propositions (à l'intention de la plateforme) pour la suite du travail sur l'IPE / IPC en Suisse et en collaboration internationale (notamment en ce qui concerne l'IPE au cours de la formation postgrade des professions médicales).

À cet effet, il a été décidé de **développer un concept d'IPE fondé sur des exemples concrets**, qui sont tirés des modèles de soins et de la chaîne de prise en charge des patients actuels ou prévisibles à moyen terme, tels qu'ils sont décrits dans le rapport de la CDS et de l'OFSP⁶.

Les experts du groupe thématique se sont donc appliqués à définir et à prendre en compte les principales compétences nécessaires au travail interprofessionnel (IPC), en les répartissant au sein des différents modèles de soins et modules IPC (voir Annexe 3, Portfolio général, Matrice des compétences).

Le travail a été ciblé en priorité sur le **champ d'activité ambulatoire de premier recours**, et sur les interfaces entre l'ambulatoire et l'hospitalier. La formation à l'IPC en domaine hospitalier, outre les compétences non-spécifiques et transversales déjà prises en compte dans le présent concept, requiert en effet des compétences spécifiques et méthodiques que les étudiants n'abordent généralement qu'au cours de leurs stages cliniques, puis surtout de leur formation postgrade. Il convient alors à ce stade d'envisager en plus les questions de compétences décisionnelles, qui impliquent un minimum d'expertise et d'expérience professionnelle.

L'IPC est en outre fortement influencée par les directives et procédures d'assurance de qualité mises en place par les différents établissements hospitaliers ou médico-sociaux. Il serait donc prématuré de s'y référer dans le cadre de ce mandat.

Il a également été jugé préférable de cibler les modèles et les modules IPC sur les niveaux de formation bachelor / master pour les étudiant-e-s en médecine, et sur le niveau bachelor pour les

⁵ L'expression française « formation universitaire et formation postgrade » traduit l'expression allemande "Aus- und Weiterbildung" lorsqu'il s'agit d'une formation au niveau universitaire; dans les autres cas, il faudra lire « formation de base et formation post-diplôme », respectivement « formation formelle et formation non-formelle »

⁶ cf. groupe de travail « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours » CDS, 2011.

Internet : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/MMtlg/BT_Versmod_pub_20120402_f.pdf

filières des hautes écoles spécialisées ou le niveau diplôme professionnalisant pour les filières ES correspondantes. L'accent a donc été mis sur le niveau tertiaire en incluant selon besoins des professions participant à des activités de soins interprofessionnelles⁷.

Les membres du groupe thématique sont conscients de l'existence respectivement de la préparation de filières master et de filières de type Advanced Practice pour plusieurs professions de la santé⁸ (OFFT 2012 ; Delamaire et al., 2010), respectivement de concepts pour un accès direct des patients à certaines professions de la santé (physiothérapie p.ex.)⁹. Les modèles proposés en tiennent implicitement compte, de manière à permettre une adaptation facile selon besoins des facultés et des écoles. Il a toutefois été considéré que cette question relevait plus du champ d'activité professionnel que de l'apprentissage de l'interprofessionnalité, et dans ce sens ne faisait pas partie du mandat ni n'apportait de réelle plus-value à une introduction à l'IPC. Ils conseillent toutefois d'inclure cette problématique dans une deuxième étape d'opérationnalisation du concept national IPE / IPC en Suisse. Les réflexions du groupe de travail sur la Loi sur les professions de la santé (LPSan / GesBG ; préparée par le SEFRI et l'OFSP) ainsi que celles des organisations professionnelles respectives^{10, 11} pourront alors également servir de base à un tel concept.

3.2.1 Description du produit final

Compte tenu de ce qui précède, il a été convenu que le travail du groupe thématique se présenterait sous forme de trois documents principaux :

- Proposition de modèles et de modules d'IPC (voir Annexes 4 – 9), principalement issus de l'exercice de la médecine de premier recours ambulatoire, **centrés sur le patient, orientés selon les compétences, axés sur le problème de santé et le trajet du patient dans le système de santé**, qui permettent d'aborder, de comprendre et d'exercer les éléments caractéristiques du travail interprofessionnel (compétences, résultats attendus, professions inter-agissantes, communication, coordination / conduite / suivi de la prise en charge du patient, etc.). Ces modèles prennent en compte aussi bien la chaîne des soins (**Pflegepfad**) et la chaîne de traitement (**Behandlungspfad**) que les principales possibilités d'**entrée dans le système de santé**.
- Proposition d'une tool-box pour un enseignement interprofessionnel global de la 1^{ère} à la 6^e année de médecine (voir Chapitre 5 et Annexe 3 : portfolio général IPE), permettant de développer des modules IPE progressifs (early-to-late approach¹²) qui tiennent compte du niveau de compétences croissant des étudiant-e-s et apprenant-e-s. Cet instrument didactique devrait donner assez de liberté aux établissements de formation dans la réalisation des modules IPC pour pouvoir être adaptés selon les besoins et possibilités régionales, voire mis en place en commun avec des hautes écoles ou des écoles professionnelles supérieures des professions de la santé.
- Proposition d'un concept IPC / IPE national (voir Chapitre 7) servant de référence à une réflexion sur une plus large échelle en matière d'IPC future dans le cadre de l'évolution des pratiques de soins, et au développement de l'IPE que cette évolution rend nécessaire.

3.2.2 Modèles d'IPC prévus

Le concept originel proposé à la plateforme prévoyait l'élaboration de cinq modèles de soins. Les discussions au sein du groupe et avec les experts invités ont incité à ajouter un sixième modèle, dans le domaine de la prévention. Celui-ci a l'avantage de prendre en compte des éléments importants de santé publique immédiatement abordables par des étudiants des semestres inférieurs, ce qui facilite la

⁷ Concernant les assistantes médicales, voir sous <http://www.odamed.ch>

⁸ <http://swiss-anp.ch/w/pages/fr/actualites.php>

⁹ http://www.zhaw.ch/fileadmin/php_includes/popup/projekt-detail.php?projektnr=1086

¹⁰ <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/0default/frameset.htm?webseiten/deutsch/0default/aktuell.htm>

¹¹ <http://swiss-anp.ch/w/media/Aktuelles/Positionspapier-ANP-DBfK-OeGKV-SBK-2013-final.pdf>

¹² http://www.educationforhealth.net/publishedarticles/article_print_93.pdf (disponible en anglais)

répartition de l'IPE entre les années Bachelor et Master des études universitaires. Les thèmes principaux suivants ont donc été choisis :

1. IPC au sein d'une structure de premier recours de différents niveaux (cabinet individuel, cabinet de groupe, prestations de santé communautaires),
2. IPC en équipe de soins aigus, respectivement en situation d'urgence,
3. IPC « séquentielle » répondant aux besoins de suivi ambulatoire d'un patient récemment sorti d'un établissement hospitalier (réhabilitation, soutien psycho-social, etc),
4. IPC en médecine de premier recours pour patients polymorbides nécessitant un suivi chronique et, à court ou moyen terme, un placement en institution médico-sociale, sous considération particulière des aspects « bio-psycho-sociaux »,
5. IPC en réseau régional pour patient en soins palliatifs,
6. IPC à but préventif au sein d'une structure de premier recours ou d'un établissement médico-social.

3.3 Bibliographie

- Canadian Interprofessional Health collaborative (2010), Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, Internet : www.cihc.ca
- D'Amour D., Goulet L., Labadie J.-F., San Martin-Rodriguez L., Pineault R. (2008), A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations, *MBC Health Service Research*, 8:188-201.
- Davies K., Harrison K., Clouder D.L., Gilchrist M., McFarland L., Earland J. (2011), Making the transition from physiotherapy student to interprofessional team member , *Physiotherapy* 97(2):139-44.
- Delamaire M.-L., Lafortune G. (2010), Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries, *OECD Health Working Paper No 54*, DELSA/HEA/WD/HWP(2010)5.
- Frank J.R. et al. (2010), Competency based medical education, *Med Teach*, 32(8) :638-645
- OFFT (2012), Masterplan "Formation aux professions des soins" - rapport intermédiaire.
- Sottas B. (2010), Les compétences génériques et les compétences spécifiques – rapport intermédiaire du projet « Compétences finales des professions de la santé HES », 10^{ème} Journée de travail Professions de santé : quelles formations pour quel besoin ?, Workshop No 5.
- Sottas B. (2011), Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine konzeption, *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 28(1):Doc 11.
- WHO (2010), Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice

4 Le contexte interprofessionnel actuel en Suisse

La commission du Lancet¹³ a récemment repris à son compte une revendication énoncée dès 1973 par l'OMS, qui plaidait pour un exercice interprofessionnel plus étendu en médecine. Pour ce faire, il s'agirait non seulement de promouvoir l'IPE et de lutter contre le cloisonnement des professions, mais de constituer, partout où cela est possible et utile, des équipes non hiérarchisées fondées sur le principe de l'IPC.

Illustration 4: interaction entre IPE, IPC et qualité des soins



Pour assurer une prise en charge efficace des soins, correspondant aux besoins et aux attentes des patients actuels et futurs, tous les acteurs concernés doivent faire preuve d'une **capacité de travailler en équipe**, d'une **bonne connaissance des rôles revenant aux autres professions** et d'une **attitude positive à l'encontre de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire** (Hammick et al., 2009). Cela ne s'improvise pas, car en plus des connaissances techniques, il convient de promouvoir chez les étudiants en cours de formation universitaire respectivement dans les hautes écoles spécialisées des compétences génériques¹⁴ particulières (Frenk et al., 2010).

Or l'échange d'information tout comme la prise conjointe de décisions médicales ne peut être réalisée que si elle est apprise de manière interprofessionnelle et régulièrement pratiquée. Voilà où réside le défi posé par l'interprofessionnalité, d'autant plus difficile à relever que malgré de nombreuses publications, les évidences manquaient encore il n'y a pas si longtemps pour prouver par des études scientifiques dans des classes factuelles supérieures les avantages que tous les professionnels travaillant en mode interprofessionnel constatent de manière empirique (amélioration de la qualité du travail, de la qualité des soins, valorisation professionnelle, motivation personnelle, amélioration des contacts avec les patients, simplifications des procédures, etc.).

Il n'en reste pas moins que sans planification d'un enseignement interprofessionnel sur la pratique collaborative, basé sur une **vision factuelle (evidence-based) commune de l'interprofessionnalité dès la formation de base de toutes les professions de la santé**, les mentalités et les habitudes ne changeront pas (Olenick et al. 2013).

Pour ce faire, une analyse des besoins et une définition factuelle (evidence-based) des avantages et désavantages de l'IPC respectivement l'IPE serait utile. Ce qui impliquerait d'identifier explicitement, de discuter et de cerner par des concepts communs les changements intervenus dans le travail quotidien dans toutes les professions de la santé.

Conformément au mandat de la plateforme, cette question, traitée plus en détail dans les chapitres 5 et 6 de ce rapport, a été abordée de manière indirecte, par le développement de six modèles de soins et les discussions qui l'ont précédé.

¹³ La « Commission du Lancet » est une commission scientifique indépendante internationale mise sur pied par la revue spécialisée réputée « The Lancet » et chargée de faire le point sur l'état de la formation médicale au 21^e siècle.

¹⁴ Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice, Interprofessional Education Collaborative, May 2011. Site internet: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipereport.pdf>

4.1 Contexte législatif

En Suisse, la loi sur les professions médicales (LPMéd, art. 4, al. 2, let. c et f ; art. 6, al. 1, let. d et f ; art. 7, let. a et c ; art. 8, let. d, e, f et g.), ainsi que la loi sur les professions de la santé en préparation (LPSan / GesBG) soulignent l'importance d'une formation à orientation interprofessionnelle.

La LPMéd stipule que la formation universitaire et la formation postgrade doivent doter les futurs médecins des compétences nécessaires pour collaborer avec des membres d'autres professions et pour communiquer de façon adéquate et en fonction de l'objectif à atteindre (Ayer et al., 2009).

Les compétences requises à cet effet (capacité de s'organiser, de coopérer; connaissances transdisciplinaires, capacité de déléguer des tâches, compétence de mettre sur pied ou d'activer un réseau interprofessionnel, etc.) devraient être acquises de manière progressive, en adéquation avec l'augmentation des compétences professionnelles spécifiques.

De fait, une partie des « objectifs généraux » et des « problèmes comme points de départ de l'enseignement » du Swiss Catalog of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training (SCLO II, 2008)¹⁵ tiennent compte de ces exigences. Ils sont malheureusement encore loin d'être appliqués partout, et ne font pas l'objet d'une évaluation systématique, qui demanderait des efforts importants pour être fiable et validable (Bandiera et al., 2006).

Dans l'intérêt de la sécurité des patients, ces objectifs devraient être pris en compte sur le plan national, notamment lors de définition de nouvelles bases normatives. La mise en application de textes légaux existants, en cours de révision ou en préparation devrait être coordonnée sur ce plan (LPMéd, LPSan [en préparation], LEHE / HFKG¹⁶).

4.2 Contexte professionnel

Les membres des différentes professions de la santé apportent tous à leur niveau une contribution essentielle à la qualité des soins dispensés en Suisse. Ils travaillent tous pour le bien des patients et ils coopèrent aussi étroitement que possible entre eux. **Dans la réalité pratique, de nombreuses équipes de soins travaillent déjà en mode interprofessionnel.** Dans l'exercice ambulatoire, cette collaboration s'organise toutefois le plus souvent sur des **bases empiriques**, plus proches d'une mutualisation des compétences que d'une réelle interprofessionnalité (voir Chapitre 5).

Des études ont en outre montré des divergences de vues et d'attitudes entre les professions concernant l'IPC, qui représente un obstacle majeur à la réalisation d'une collaboration IPC en profondeur (Braithwaite et al., 2013).

Ce domaine ne relève pas directement du mandat du groupe thématique. Dans la mesure où l'IPE a pour but premier de préparer les apprenants à cette forme de collaboration, il est néanmoins important de connaître et d'utiliser à titre d'exemples pratiques les modèles de collaboration IPC actuellement en vigueur, ne serait-ce que pour discuter au sein des groupes interprofessionnels de formation IPE les moyens d'améliorer l'IPC et de faire évoluer la pratique de la médecine de premier recours dans ce sens. Il ne serait toutefois pas raisonnable de le faire sans prendre en compte les contingences institutionnelles et structurelles qui concernent toutes les professions appelées à collaborer (voir chapitre 8, Conclusions).

4.2.1 Problématique et défis concrets en médecine de premier recours ambulatoire

Les professionnels de la médecine humaine ne sont pas isolés dans l'exercice de leur profession. Ils font partie d'un système en mutation constante (Cruess, 2008). La santé publique a connu des développements qui ont d'ores et déjà profondément transformé le quotidien et les profils professionnels des personnels médicaux, et qui continueront de le faire (Bauer et al., 2007 et 2011) Plusieurs changements sociétaux méritent d'être signalés, qui influencent la collaboration présente et

¹⁵ <http://scllo.smifk.ch/>

¹⁶ Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz, HFKG, 2011). Internet: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2011/7455.pdf>

future entre les différentes professions de la santé, et, du même coup, la formation médicale, dont on attend qu'elle transmette les compétences requises pour cette collaboration (Julio et al., 2010 ; Iglehart, 2010 ; Penfornis 2010 ; Schoen et al., 2009 ; Randin, 2010 ; Inkster et al., 2005 ; Pruitt et al. 2005).

- Pénurie de personnel de santé, notamment dans la prise en charge ambulatoire de premier recours, en psychiatrie, pour les soins chroniques et palliatifs ou l'accompagnement de patients à domicile (Jaccard et al., 2009). Les pressions politiques se multiplient pour trouver des solutions, comme le démontrent les nombreuses interventions au niveau fédéral et cantonal¹⁷. Cette pénurie peut être atténuée par de nouveaux modèles de collaboration interprofessionnelle, garantissant que chaque professionnel de la santé assure les prestations qu'il est le mieux à même de proposer et en mettant ses compétences au profit d'un groupe apte à répondre aux besoins du patient dans le cadre d'une organisation institutionnelle (p.ex. Spitex) ou ad hoc (cabinet de groupe, réseau régional) (Künzi et al., 2007).
- Multimorbidité : dans un récent rapport, l'OCDE constate que les personnels de la santé sont mis à rude épreuve par ce problème, qui impose des efforts supplémentaires afin que la prise en charge des patients continue à répondre aux besoins de la population (Plochg et al., 2011). Les auteurs critiquent une spécialisation et une fragmentation des tâches excessives, et plaident pour des formes de collaboration plus intégrées et plus généralistes. Dans ce sens, la question d'une base d'enseignement commune à l'intention tant des médecins, des pharmaciennes et pharmaciens que du personnel soignant devrait être abordée à large échelle (mutualisation de l'apprentissage de connaissances de base (p. ex. anatomie, physiologie de la locomotion, éthique, communication, etc), aptitudes, terminologie).
- Impératifs croissants en matière d'assurance de qualité des soins (audits, certification, accréditation des unités de soins, statistiques des Critical Incidents Reporting Systems CIRS) qui influencent les procédures de travail. Or, non seulement les pathologies deviennent plus complexes, mais la technique et les connaissances qu'elles requièrent ne cessent de progresser et imposent de nouvelles compétences pour toutes les professions de la santé. La prise en charge des patients ne peut en effet être optimale que si les différentes professions sont au clair sur les rôles respectifs de chacune. C'est ce qu'atteste une étude réalisée aux Etats-Unis, selon laquelle jusqu'à 98 000 personnes par an décèdent des suites d'erreurs médicales évitables, dont une partie serait due à une communication déficiente entre différents groupes professionnels (Kohn, 2000). Une étude australienne aboutit à des conclusions similaires pour 40 à 60 % des patients souffrant de maladies chroniques (Chan et al., 2010).
- Internationalisation des systèmes de santé : avec le nombre croissant de médecins et de personnel soignant étranger, de même que de patients provenant d'autres milieux culturels, les professionnels doivent être capables d'adapter leur conduite et leurs modes de collaboration à ces nouveaux besoin- (compétence transculturelle)s. La question de la culture sanitaire (health literacy, Gesundheitskompetenz) des patients se pose de manière de plus en plus aiguë dans ce cadre, hors duquel les efforts de prévention sont peu efficaces.
- Impact croissant de considérations économiques en médecine, notamment suite à l'introduction des SwissDRG au 1^{er} janvier 2012. Parallèlement à la réorganisation de la planification hospitalière en cours dans pratiquement tous les Cantons, et qui est partiellement à l'origine de la fermeture de structures stationnaires sur lesquelles s'appuyaient les médecins de premier recours

¹⁷ La motion 08.3608 déposée par Jacqueline Fehr appelle à l'élaboration d'une « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours ». Plusieurs requêtes parlementaires, de même que l'initiative « Oui à la médecine de famille », font état de la « pénurie de médecins » et du « numerus clausus », telles que la motion Fetz 08.4048; l'interpellation Graf-Litscher 09.4031, le postulat Bättig 09.4070, le postulat Lustenberger 09.4299, la motion de la Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national 10.3886 ou la motion Häberli 11.3526. En approuvant la révision partielle de la LAMal-Managed Care, le Parlement a par ailleurs ouvert les portes à un changement de paradigme dans la prise en charge médicale.

(Hoppeler et al., 2012), une réorganisation de la chaîne de soins et de traitement, ainsi qu'une redéfinition des interfaces entre le domaine ambulatoire et stationnaire est prévisible, qu'une collaboration interprofessionnelle régionale permet d'aborder de manière optimale (Bourgueil et al., 2007)¹⁸.

- Évolution de la pratique médicale déterminée par des tendances socio-politiques, telles que modification des rapports familiaux (OECD 2012), isolation socio-médicale, affaiblissement de la culture sanitaire, multiplication de l'offre de prestations non-conventionnelle, intérêt croissant pour des interventions de maintien de la santé (wellness) ou de convenance (esthétique, anti-ageing, etc.).
- Définition d'une stratégie globale Santé2020 du Département fédéral de l'intérieur¹⁹, qui implique une extension progressive de l'activité curative pure aux domaines préventifs, réadaptatif et palliatif. À la lumière des éléments nouveaux apportés par le projet « La médecine en Suisse demain »²⁰ et le récent document « médecine durable »²¹ de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM /SAMW), et pour mettre en œuvre la « *Stratégie globale 2020* », la garantie de la qualité et la sécurité des patients, ainsi que la gestion de la qualité et le risque clinique doivent être abordés aussi bien en cours de formation universitaire, que de formation postgrade et continue des professions médicales universitaires.
- Diversification des possibilités d'entrée dans le système de soins. Deux visions s'opposent actuellement. L'une, traditionnelle, cherche à revaloriser le rôle du médecin de premier recours ou médecin de famille comme portier (Gate-keeper). L'autre, plus progressiste et fondée sur les réalités socio-économique, souhaite introduire une diversification des possibilités d'entrée, d'une part en substituant la notion de « porte d'entrée » (cabinet médical individuel ou de groupe, pharmacie, réseau de soins communautaires, etc) à celle de « portier » (profession médicale uniquement), d'autre part en autorisant des membres de professions non-médicales à recevoir des patients en premier recours (par exemple dans le cadre des Advanced Practices / Advanced Roles (Delamaire et al., 2010), prestations actuellement non remboursées par l'assurance obligatoire de soins). C'est notamment important pour les personnes socio-économiquement affaiblies, qui s'adressent déjà actuellement à des non médecins (pas de médecin de famille, situations d'urgence, etc.) pour leurs problèmes de santé. D'où l'importance de développer un **concept d'accompagnement du patient tout au long de son trajet au travers du système de santé et de soins**, tenant compte des compétences et des profils professionnels de chaque profession médicale ou de la santé. Dans le cadre de ce concept, les propositions faites par l'organisation professionnelle des pharmaciens d'officine pour une participation plus étendue à la délivrance de prestations de premier recours, notamment dans le domaine de la prévention, ont été prises en compte.
- Implication des proches dans l'accompagnement des malades à domicile, qui impose une nouvelle approche interprofessionnelle des soins avec le soutien d'un réseau interprofessionnel institutionnel (local, régional) ou ad hoc. Les exigences de responsabilisation des patients et de co-décision en matière de soins et de traitements imposent également une réorientation de la communication et de la collaboration entre médecins, professionnels de la santé et patients. À cela s'ajoute le concept d'accompagnement médico-social tout au long de la vie dont il est question dans la Feuille de route 2012 « Médecine durable » de l'ASSM, qui va dans la même direction.
- Développement d'outils électroniques d'aide à la décision clinique et potentiel de développement de l'e-health au service de modèles de prise en charge intégrée (interprofessionnelle et

¹⁸ <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

¹⁹ <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=fr>

²⁰ <http://www.samw.ch/fr/Projets/archiv-s/La-medecine-en-Suisse-demain.html>

²¹ ASSM (2012), Médecine durable – Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Internet : http://www.samw.ch/dms/fr/Publications/Feuilles-de-route/f_Nachhaltige_Medizin.pdf

interdisciplinaire), qui imposent à moyen terme une reconfiguration des méthodes de travail, tout en favorisant l'approche interprofessionnelle des patients et de leurs dossiers.

4.2.2 Rôles et profils professionnels

Le débat qui porte sur les nouveaux modèles de soins et sur les nouvelles formes de collaboration est l'occasion de réexaminer les rôles respectifs des médecins, des autres professionnels de la santé, la manière dont se répartissent les activités de soins respectives (Larson 2012 ; Okie 2012), voire comment envisager d'éventuels transferts de compétences lorsqu'il semble nécessaires (Buff 2006). Les profonds changements intervenus ces dernières années dans la formation et dans la politique de la santé ont entraîné une redéfinition des rôles et des profils professionnels qui n'a pas été sans déstabiliser le monde médical, mais qui, d'un autre côté, a fait surgir des processus novateurs et qui ménage une place plus centrale aux enjeux de l'interprofessionnalité (Ponzer et al., 2004).

On ne peut toutefois pas occulter certains aspects de politique professionnelle (mise en avant de compétences professionnelles et redéfinition des droits et devoirs (McDonald K., 1995), respectivement de responsabilité civile et pénale qui en dépendent). À cela s'ajoute pour les médecins une redéfinition de leur relation au patient, qu'impose un transfert de compétences lié à une pratique interprofessionnelle étendue.

Il n'est cependant pas souhaitable que le débat sur l'IPE soit instrumenté par des groupes professionnels cherchant améliorer leur positionnement sur l'échiquier de la politique de santé (Samuelson et al., 2012), ni par des instances politiques trop unilatéralement centrées sur les aspects économiques de l'exercice de la médecine (Travaglia et al., 2011). Les membres du groupe thématique se sont efforcés de se tenir à distance de ce genre de discussions.

4.3 Contexte éducatif

Tant les représentant-e-s du corps médical que celles et ceux du monde des soins dans les groupes thématique et d'accompagnement s'entendent pour considérer que la formation de base et la formation postgrade doivent être dorénavant plus nettement placées sous le sceau de l'interprofessionnalité. Il revient dès lors aux responsables de la formation, au niveau professionnel, universitaire, non-universitaire et post-universitaire, d'engager un dialogue et de s'entendre sur une appréhension commune des modèles de rôles et des attentes à l'encontre des autres professions de la santé, puis de déterminer quels sont le meilleur moyen et le meilleur moment pour les communiquer et qui est le mieux placé pour le faire (Sottas et al 2012).

La mise sur pied du groupe thématique a été l'occasion d'engager cette discussion. La plateforme a choisi de mettre l'accent sur des questions liées à la formation et non à la politique de santé et d'approvisionnement en soins; celles-ci ont été traitées en particulier par le groupe de travail « Nouveaux modèles de soin dans la médecine de premier recours » placé sous l'égide de la CDS et relèvent plutôt de la formation postgrade. Le groupe thématique a toutefois pris en compte la réflexion engagée par la CDS, de même que des publications d'experts (Giger et al., 2008).

La plupart des hautes écoles (HES) et des écoles professionnelles ont ainsi instauré un enseignement interprofessionnel, impliquant les étudiant-e-s des professions dont elles assurent la formation (principalement soignant-e-s, physiothérapeutes, sages-femmes, ergothérapeutes, diététicien-ne-s). Des concepts formatifs et des modules ont été développés, parfois sur la base de collaborations régionales (voir Annexe 9).

Il s'avère malheureusement difficile d'impliquer les facultés de médecine et de permettre à leurs étudiant-e-s de participer à cette forme d'enseignement autrement que sur une base volontaire et ponctuelle. Les concept d'enseignement interprofessionnel mis sur pied par la HES-SO, la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne et le CHUV (Michaud et al., 2012), ainsi que le projet en cours de réalisation entre l'HES, la CMU et la Faculté de médecine de Genève représentent des exceptions notoires, tant par leur étendue, que par le travail interprofessionnel qui a précédé la mise en œuvre de

ces enseignements²².

En ce qui concerne les professions médicales, la LPMéd prévoit que la formation universitaire fournisse les fondements nécessaires à l'exercice à titre dépendant de la profession choisie. En matière d'interprofessionnalité, on peut donc considérer que la formation universitaire a pour premier objectif une introduction aux réalités de la pratique collaborative, alors que l'apprentissage de la pratique interprofessionnelle spécifique à chaque spécialité relève de la formation postgrade.

Le choix de mettre sur pied un enseignement interprofessionnel ou non, dépend des possibilités et de la volonté des établissements de formation, dans le cadre des objectifs d'apprentissages fixés par la SMIFK (SCLO II). Cela ne peut toutefois être réalisé que si les responsables de ce type de formation sont prêts à investir beaucoup d'énergie et de temps, et sont déterminés à conduire leur projet à terme (*champions* de la formation interprofessionnelle). Un soutien institutionnel des responsables est donc indispensable.

Un certain nombre d'activités IP ont déjà été réalisées en Suisse aussi bien en milieu hospitalier qu'ambulatoire (Allin et al., 2010 ; Gaspoz et al., 2011). Elles sont résumées dans le tableau 1, que nous avons axé sur l'enseignement universitaire conformément au mandat au groupe de travail. On trouvera le détail des activités IPE pré- et postgraduée dans les principaux établissements de formation universitaires ou des professions de la santé en Annexe 9.

Tableau 1 : résumé synoptique des activités IPE des facultés de médecine et les Hautes Écoles voisines en Suisse (état au 10.08.2013)

	GE		LS		BE		BS		ZH	
	Uni	HES	Uni	HES	Uni	FH/ HF	Uni méd	INS	Uni	ZHA W
Introduction à l'IP	X	X	X	X	*	X	*	X		X
Contacts interprofessionnels (IPE occasionnel)			X	X	*	X	*	X	*	X
Enseignement IPE établi						X		X		X
Collaborative practice (stages IPC) établie	(x)	(x)								X
Modules d'enseignement communs	(x)	(x)							*	

(*) = électif (x) = fin 2013 (notamment dans le CIS = centre interprofessionnel de simulation en santé, inauguré le 20.11.2013)

(Uni méd) = formation des médecins (INS) = Institute for Nursing Sciences de la faculté de médecine

On ne constate toutefois sur le plan national ni réelle concertation, ni coordination des efforts de formation entre les Universités, respectivement entre Universités et Hautes Écoles / écoles professionnelles supérieures, responsables de la formation aux professions de la santé. Cette approche peu structurée pourrait avoir les conséquences suivantes :

- Manque d'études adéquates permettant d'obtenir des données validées (evidence-based),
- Multiplication d'expériences régionales, sans coordination ni concertation à plus grande échelle,
- Analyse et étude des mécanismes IPC / IPE à un niveau inférieur, sans corrélation avec la réalité de la pratique, respectivement de l'enseignement actuel en médecine ou dans les professions de la santé (prise en compte des questions de culture professionnelle, notamment pour les questions de responsabilités, de rôles et de décisions en matière médicale)
- Absence de vision commune du patient entre des professions différentes (soignantes, médicales, médico-sociales, etc)

²² <http://www.hesav.ch/docs/400-coups/10h45-11h15-gepi-hesav-8-11-2012-final.pdf?sfvrsn=0>

Une réflexion fondamentale sur le plan national pourrait soutenir les efforts faits en vue d'un apprentissage explicite de l'interprofessionnalité au cours de la formation médicale universitaire et aider à mieux répondre aux exigences légales et à la stratégie « Santé 2020 » définie par le Conseil fédéral, de manière similaire à celle suivie pour l'implémentation des soins palliatifs en Suisse²³. La tâche dépasse cependant le mandat du groupe thématique. Ce rapport se limite donc à émettre des recommandations et à proposer des actions à l'attention des organisations partenaires et de la plateforme.

Dans ce sens, il conviendrait d'accorder à l'avenir plus d'importance aux considérations suivantes :

- les compétences de fin d'études pour les différents groupes professionnels en matière d'IPE devraient être définies en commun et de manière coordonnée sur le plan universitaire et non universitaire, de même que les moyens d'apprentissages respectifs à disposition,
- les objectifs de formation concernant l'IPC devraient être harmonisés au moment de l'élaboration des programmes d'études pour la formation de base et pour la formation postgrade des professions médicales comme des professions de la santé,
- les profils professionnels proposés au futur personnel médical devraient être clairs et transparents. L'IPE devrait permettre de connaître les perspectives professionnelles dans les autres professions, de manière à ce que chacun soit au clair sur les conditions dans lesquelles le travail y est organisé et les compétences dont disposent les partenaires IPC.
- Les éléments de formation pratique (en particulier l'année de stages des étudiant-e-s en médecine et les stages en institutions des professions de la santé non-universitaires) devraient mieux être mis à profit et structurés sur le plan didactique pour une meilleure utilisation dans les unités de formation interprofessionnelle.
- Le potentiel de nouveaux moyens d'enseignement et d'apprentissage (instrument de simulation de gestes et de procédures techniques, e-learning, skillslabs, etc.) devrait être mis à profit pour favoriser une approche interprofessionnelle du patient et de ses problèmes de santé, sans les risques et les difficultés liées à l'enseignement de ces aptitudes (skills) sur des patients réels.
- L'enseignement IP devrait également permettre aux étudiant-e-s de toutes les professions d'acquérir une vision commune du patient et de ses besoins, dans le cadre du système de santé national, et le cas échéant (drop-out, échecs aux examens, souhaits de réorientation professionnelle) de profiter de passerelles entre formation aux professions médicales et formation aux professions de la santé, de manière à ne pas perdre tout le potentiel de savoir reçu des suites d'un changement d'orientation.

Dans les pays germanophones, la Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) a créé un groupe de travail international IPE / IPC et lui a donné entre autres le mandat de collecter les bases scientifiques nécessaires à l'établissement d'un enseignement et d'une collaboration IP. Leur rapport écrit devrait paraître dans le courant 2013. Les informations intermédiaires présentées lors du congrès GMA 2012²⁴ montrent que l'ensemble des aspects importants de l'IPE ont été pris en compte. Plus particulièrement :

- wissenschaftliche Ergebnisse zur IP,
- IP Ansätze / Konzepte / Projekte in der Praxis = Perspektive Gesundheitsversorgung,
- IP Ansätze / Konzepte / Projekte in der Ausbildung = Perspektive Didaktik,
- Theoretische Grundlagen / Begriffe rund um die Gesundheitsberufe,
- IP Kompetenzentwicklung / Metakognition / Professionelles handeln / Berufliche Identität / Kompetenz (siehe auch Wissenschaftsrat, 2012)

4.4 Profils professionnels

Même si ce rapport est centré sur la formation IPE des médecins, il est important que tout enseignement tienne compte des profils et de l'exercice professionnels d'autres professions

²³ OFSP (2012), Concept national de formation « soins palliatifs et formation » - document stratégique (recommandations)

²⁴ Proceedings GMA Jahrestagung 2012, Aachen

impliquées dans l'IPC. Le groupe thématique est parti du principe que l'opérationnalisation de chaque module doit soit inclure ces informations, soit prévoir un temps de travail en groupe IPE pour définir ces compétences respectives des différents participants.

Ce rapport se limite donc à la présentation succincte des profils professionnels pour les professions médicales et diverses professions de la santé. Le catalogue de compétences spécifiques pour les professions de la santé se trouve en Annexe 10.

On relèvera toutefois qu'en médecine, les profils professionnels sont définis par les sociétés de disciplines et sont donc liés à la spécialisation (y compris celle menant au titre de médecin de famille).

Avec l'introduction de la nouvelle loi sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles (LEHE / HFKG) la Confédération a perdu la compétence de réglementation du contenu et de contrôle de la formation professionnelle aux métiers de la santé dans les hautes écoles spécialisées. La nouvelle loi sur les professions de la santé (LPSan / GesBG) rédigée conjointement par le DEFR / SEFRI et le DFI / OFSP devrait définir des standards minimaux pour la formation et l'exercice professionnel, par analogie aux standards de la LPMéd pour les professions médicales.

Ces standards font l'objet d'un consensus national assez large pour le niveau Bachelor. Nous en tenons donc compte ci-après. En ce qui concerne les compétences relatives au Master, dans les professions de la santé où ils sont délivrés, la discussion est encore ouverte. Le groupe de travail propose donc d'utiliser cette opportunité comme exercice au sein des groupes de formation IPE, sous forme d'une réflexion sur les pratiques actuelles et sur de possibles développements, notamment dans le domaine ambulatoire.

4.4.1 Médecine

Les objectifs et les **compétences génériques** fixés par la LPMéd sont pour toutes les professions médicales :

- *prodiguer aux patients des soins individuels complets et de qualité (article 4, alinea 2, lettre a LPMéd),*
- *traiter les problèmes en recourant à des méthodes reconnues scientifiquement, en prenant en considération les aspects éthiques et économiques, puis de prendre les décisions qui s'imposent (article 4, alinea 2, lettre b LPMéd),*
- *communiquer, de manière adéquate et en fonction de l'objectif à atteindre, avec les patients et les autres personnes concernées (article 4, alinea 2, lettre c LPMéd),*
- *assumer leurs responsabilités dans le domaine de la santé et au sein de la collectivité de manière conforme aux spécificités de leur profession (article 4, alinea 2, lettre d LPMéd),*
- *exercer les tâches d'organisation et de gestion qui leur incombent dans le cadre de leur activité professionnelle (article 4, alinea 2, lettre e LPMéd),*
- *tenir compte des compétences des personnes exerçant d'autres professions de la santé reconnues (article 4, alinea 2, lettre f LPMéd),*
- *disposer des bases scientifiques nécessaires pour prendre des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation (article 6, alinea 1, lettre a LPMéd),*
- *savoir reconnaître et évaluer les facteurs de maintien de la santé et en tenir compte dans leur activité professionnelle (article 6, alinea 1, lettre c LPMéd),*
- *être capables de conseiller, de suivre et de soigner leurs patients en collaboration avec les membres d'autres professions (article 6, alinea 1, lettre d LPMéd),*
- *être capables d'analyser les informations médicales et les résultats de recherches, d'évaluer leurs conclusions de façon critique et de les appliquer dans leur activité professionnelle (article 6, alinea 1, lettre e LPMéd),*
- *savoir tirer des enseignements de la collaboration interdisciplinaire avec les membres d'autres professions (article 6, alinea 1, lettre f LPMéd),*
- *connaître les bases légales régissant le système suisse de protection sociale et de la santé publique et savoir les appliquer dans leur activité professionnelle (article 6, alinea 1, lettre g LPMéd),*
- *être capables de déterminer si les prestations qu'ils fournissent sont efficaces, adéquates et économiques, et savoir se comporter en conséquence (article 6, alinea 1, lettre h LPMéd),*

- *comprendre les rapports entre l'économie, d'une part, ainsi que la santé publique et les structures de soins, d'autre part (article 6, alinea 1, lettre i LPMéd),*
- *reconnaître et respecter les limites de l'activité médicale ainsi que leurs propres forces et faiblesses (article 7, lettre a LPMéd),*
- *appréhender la dimension éthique de leur activité professionnelle et assumer leurs responsabilités envers l'individu, la société et l'environnement (article 7, lettre b LPMéd),*
- *respecter le droit à l'autodétermination des patients dans le cadre du traitement (article 7, lettre c LPMéd),*

En ce qui concerne spécifiquement la médecine humaine, en vertu des objectifs et des **compétences spécifiques** fixés par la LPMéd, il s'agit de

- *être capable de résumer et de communiquer leurs observations et leurs interprétations (article 8, lettre e LPMéd),*
- *comprendre les problèmes de santé de façon globale et savoir identifier en particulier les facteurs et les conséquences de nature physique, psychique, sociale, juridique, économique, culturelle et écologique, et en tenir compte dans la résolution des problèmes de santé aux niveaux individuels et collectif (article 8, lettre f LPMéd),*
- *œuvrer en faveur de la santé humaine en donnant des conseils et en prenant les mesures de prévention et de promotion nécessaires dans leur champ d'activité professionnel (article 8, lettre h LPMéd).*

En relation avec la formation interprofessionnelle, il s'agit donc pour les étudiants d'une part d'apprendre à définir leur futur rôle professionnel de médecin individuellement et au sein d'une équipe interprofessionnelle. D'autre part d'en appréhender la portée et les limites dans le cadre d'une approche interprofessionnelle d'un patient et de ses problèmes de santé, en incluant les points de vue préventif, réhabilitatif et palliatif.

Pour la définition des modèles et des modules de formation interprofessionnelle, le groupe de travail s'est basé sur le catalogue de compétences CanMed's et les principaux objectifs de formation correspondant du SCLO. La matrice des compétences prises en compte et leur répartition dans chaque modèle et module est incluse dans le portfolio général (voir Chapitre 5 et Annexe 3).

Pour des raisons didactiques (niveau de compétences qui peut être acquis en fin de formation universitaire), il est conseillé de ne tenir compte des aspects curatifs spécifiques des modèles et des modules que dans le cadre de la formation postgrade. Le présent rapport se réfère pour cette raison peu au niveau d'expertise des apprenants (voir Annexes 4 à 9 : lignes « Niveau de formation médecin » et « Niveau de formation autres professions »). Si la question de la prise de responsabilités décisionnelles en pratique collaborative devait être abordée dans le cadre d'un enseignement interprofessionnel médical universitaire, il conviendrait de tenir compte du concept des Entrusted Professional Activities (Carraccio et al., 2010 ; Mulder et al., 2010 ; ten Cate et al. 2007), qui dépassait le cadre de notre mandat.

4.4.2 Pharmacie

En ce qui concerne la formation universitaire interprofessionnelle des pharmaciens, les objectifs et les compétences génériques sont les mêmes que pour les médecins. Les compétences spécifiques fixées par la LPMéd prévoient qu'ils puissent

- *être en mesure de donner des conseils pharmaceutiques aux membres d'autres professions de la santé et contribuer avec ces derniers à conseiller les patients sur les questions de santé (article 9, lettre e LPMéd),*
- *connaître les thérapies non médicamenteuses les plus importantes pour l'être humain et l'animal (article 9, lettre d LPMéd),*
- *contribuer à la promotion et au maintien de la santé ainsi qu'à la prévention des maladies.*

Les pharmaciens en tant que profession médicale, mais aussi en tant que responsables d'une

pharmacie, qui représente de plus en plus souvent une porte d'entrée dans le système de soins pour les patients, sont donc un partenaire interprofessionnel important pour les autres professions médicales et de la santé (Guntern, 2012 ; Bugnon et al., 2012).

4.4.3 Professions de la santé non-universitaires

NB: le terme „non-universitaire“ est certes formellement correct (Burla et al. 2012). Il ne tient toutefois pas assez compte du fait que des filières de bachelor et de master des professions de la santé peuvent être suivies dans des hautes écoles, aussi bien universitaires que spécialisées. Pour être complet, il convient de préciser ici que les universités de Bâle, dès 2000, et de Lausanne, dès 2008, proposent des études de niveau master en sciences infirmières (nursing sciences).

En ce qui concerne les professions de la santé, dans le cadre de ce rapport, et sans présumer du détail de la LPSan / GesBG, en cours d'élaboration par le SEFRI et l'OFSP et devrait prendre en compte les impératifs interprofessionnels rendus nécessaires par l'évolution du système de santé suisse et des modèles de soins actuels et futurs, les compétences et les profils professionnels correspondant au niveau de formation du bachelor ont été retenus.

Des compétences relevant plutôt du niveau master (de type Infirmière de pratique avancée²⁵, qui ne font pas encore l'objet d'un consensus entre tous les établissements de formation) ne sont prises en compte que dans le cadre d'un travail prospectif sur de nouveaux modèles de soins proposés aux participant-e-s à un enseignement IPE (Gut 2007). Il s'agit dans ces cas avant tout d'une réflexion commune au sein de groupes de travail, plus que d'une recherche de solution interprofessionnelle pour un patient ou une situation sanitaire concrète (Jovic et al., 2009).

Les profils de compétences et rôles professionnels mentionnés en Annexe 10 se basent sur le document élaboré pour la conférence des Recteurs des Hautes Écoles spécialisées suisses (Ledergerber et al., 2009 ; Sottas, 2011), qui sont reconnus par le SEFRI comme base pour les filières de formation. Les rôles du modèle CanMeds ont été utilisés pour le développement de ces compétences finales. Une base commune correspondant à la formation médicale universitaire est ainsi à disposition. Des compléments issus de documents élaborés par des associations professionnelles ou dans d'autres pays ont également été pris en compte (Künzi et al., 2007), de manière à refléter les avis représentés au sein du groupe thématique, et à élargir le spectre de cas pris en compte dans les différents modules de formation.

Des informations sur le profil professionnel des assistantes médicales (Medizinische Paraxis-AssistentInnen MPA) ont été ajoutées pour compléter la liste des professions actuellement le plus souvent engagées dans une collaboration interprofessionnelle avec les médecins. Des informations sur d'autres professions pouvant participer à l'IPC sont à disposition sur les sites des OrTra / OdA Santé respectives et du SEFRI²⁶, notamment en ce qui concerne les Plans d'études Cadres (PEC).

4.4.4 Compétences génériques pour les professions de la santé non-universitaires

Tout en tenant compte du fait que les compétences respectivement le niveau d'expertise des professionnels de la santé dépendent du niveau de leur formation et de l'avance de leurs études (différences entre niveaux Bachelor / Master), une liste des compétences génériques est proposée, que les étudiant-e-s devraient acquérir en cours de formation professionnelle (Ledergerber et al., 2009) :

- *Un savoir approprié aux défis de la politique de santé*

²⁵ Réglementation de l'exercice de l'infirmière de pratique avancée APN: Résumé et motifs justifiant une réglementation particulière / spécifique. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK/ASI), swiss ANP, Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP/APS), CHUV Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS). Bern, 10. Oktober 2012.

²⁶ <http://www.sbf.admin.ch/bvz/index.html?lang=fr> et <http://www.sbf.admin.ch/berufsbildung/01472/01487/index.html?lang=fr>

- elles connaissent les bases légales et les priorités de la politique de santé régissant le système suisse de soins et de protection sociale ainsi que les principes de son pilotage et ses limites
- elles savent mener leur activité professionnelle dans le respect des bases légales, tout en évaluant l'efficacité et l'économicité ainsi que la qualité et l'adéquation des prestations fournies ou initiées
- *Une expertise professionnelle et des compétences méthodologiques*
 - elles disposent des connaissances scientifiques nécessaires pour prendre des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation
 - elles sont initiées aux méthodes de la recherche scientifique dans le domaine de la santé et à la pratique orientée vers l'Evidence Based Practice
 - elles connaissent les déterminants qui maintiennent et favorisent la santé individuelle et de la population et elles sont capables d'initier des mesures qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie
 - elles maîtrisent le raisonnement clinique et elles sont aptes à élaborer des mesures qui s'insèrent de manière systémique dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne
 - elles sont capables d'être des acteurs du système de santé qui garantissent la qualité de la prise en charge conformément aux spécificités et à la meilleure pratique de la profession
- *Un comportement professionnel et responsable*
 - elles assument la responsabilité pour leurs actes et elles reconnaissent et respectent leurs propres limites
 - elles démontrent un engagement envers les individus, la société et l'environnement par une pratique respectueuse de l'éthique et elles respectent le droit à l'autodétermination des personnes
 - elles sont à même d'innover et de développer leur activité professionnelle par l'acquisition de savoirs scientifiques et elles peuvent mener une réflexion permanente de leur pratique et qui conduit à l'actualisation des connaissances et aptitudes tout au long de la vie
 - elles sont aptes à participer aux recherches et à intégrer les données probantes dans la pratique professionnelle
 - elles pratiquent de manière autonome sur la base d'une évaluation professionnelle
- *Des aptitudes à communiquer, à interagir et à documenter*
 - elles cherchent activement la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec les autres acteurs du système de soins
 - elles sont capables de conduire une relation professionnelle appropriée envers les personnes et leur entourage et de les conseiller de manière appropriée
 - elles sont à même de présenter et documenter leurs actes de manière pertinente et à être compris par les autres et elles connaissent des instruments eHealth pour la gestion des patients et des soins

4.5 Bibliographie

- Allin A-C., Bonvin R. (2010), Favoriser la culture commune entre soignants et médecins, Courrier du médecin vaudois, 3:7
- Ayer A, Kieser U, Poledna T, Sprumont D. Medizinalberufegesetz (MedBG), (2009), Loi sur les professions médicales (LPMéd). Bâle: Editions Helbling Lichtenhahn.
- Bandiera G., Sherbino J., Frank J.R. (2006), An Introductory Guide to Assessment Methods for the CanMEDS Competencies
- Bauer W, Allaz A-F, Bader C, Gassmann B, Gyger P., de Haller J et al. (2007), Les futurs profils

professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique. Rapport 2007, SAeZ, 88(46):1942-52, et commentaires (2011), SAeZ, 92(26) :993-996. Internet : http://www.samw.ch/dms/fr/Publications/Feuilles-de-route/f_Berufsbilder_2011.pdf

- Braithwaite J., Westbrook M., Nugus P., Greenfield D., Travaglia J., Runciman W., Foxwell A.R., Boyce R.A., Devinney T., Westbrook J. (2013), Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing system-wide interprofessionalism, *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1):8-15.
- Buff A. (2006), Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations, Mémoire DESS en économie et management de la santé (Master in health economics and management), Lausanne.
- Bugnon O., Buchmann M. (2012), Pharmacie d'officine et médecine interne générale à la croisée des mêmes chemins : des opportunités à saisir, *Revue médicale suisse*, 8 :2287-91.
- Burla L., Widmer M. (2012), Datenlage bei den nicht universitären Gesundheitsberufen, Obsan, Neuchâtel.
- Carraccio C., Burke A.E. (2010), Beyond Competencies and Milestones: Adding Meaning Through Context, *J Grad Med Educ*, 2(3):419-422.
- Chan BC, Perkins D, Wan Q, Zwar N, Daniel C, Crookes P et al.(2010), Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals. *Int J Qual Health Care*; 22(6): 519.
- Cruess RL, Cruess SR. (2008), Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspect Biol Med*;51:579-98.
- Delamaire M.L., Lafortune G. (2010), Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries, OECD Health Working Paper No. 54. Site internet: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-health-working-papers_18152015
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. (2010), Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376 (9756):1923-1958.
- Gaspoz J.-M., Junod Perron N. (2011), Le futur sera interprofessionnel ou ne sera pas !, *Revue Médicale Suisse*, 7 :1843-44.
- Giger M, De Geest S. (2008), De nouveaux modèles de soins et de nouvelles compétences sont nécessaires. *BMS*; 89(43): 1839-1843
- Guntern A. (2012), Apotheken als erste Anlaufstelle, *Care Management*, 5(2):13-15.
- Gut C. (2007), Nurse practitioners in der medizinischen Grundversorgung der Schweiz ?, *Schweizerische Ärztezeitung*, 88:51-52.
- Hammick M, Olckers L, Champion-Smith C. (2009), Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Med Teach*, 31(1):1-12.
- Hoppeler H., Richner O., Bieri M., Müller J. (2012), Kosten und Nutzen kleiner Spitäler, *Schweiz. Ärztezeitung*, 93(43):1580-1583.
- Iglehart JK. (2010) Health Reform, Primary Care and Graduate Medical Education. *N Engl J Med*, 363(6):584-90.
- Inkster M., Montgomery A., Donnan P., MacDonald T., Sullivan F., Fahey T. (2005), Organisational factors in relation to control of blood pressure – an observational study, *British Journal of General Practice*, 55:931-937.
- Jaccard Ruedin H, Weaver F. (2009), Ageing Workforce in an Ageing Society. Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030 ? Obsan (éd.), 2009. Neuchâtel.
- Jovic L., Guenot C., Naberes A., Maison P. (2009), Pratiques avancées des professionnels paramédicaux – étude exploratoire dans la région Île-de-France, *Recherche en soins infirmiers*, 99 :117-132.
- Julio F, Lincoln C, Zulfiqar AB, et al. (2010), Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*;376:1923-58.
- Kohn LT. (2000), To err is human : building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press, 2000.
- Künzi K., Detzel P. (2007), Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, Obsan, Arbeitsdokument 27.
- Larson E.L. (2012), New rules for the game: interdisciplinary education for health professionals, *Nurs Outlook* 60:264-271.
- Ledergerber C., Mondoux J., Sottas B. (2009), Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES, Rapport final à l'intention de la Conférence des recteurs des Hautes Écoles Spécialisées suisses (KHF)

- McDonald K. (1995), *The Sociology of the Professions*, Éditions Sage, Londres.
- Michaud P.-A., Teike Lüthi F., Clerc M., Gachoud D., Chapuis J., Allin A.-C., Wagnières S., Morin D., (2011), *L'éducation interprofessionnelle pour tous... Une expérience de sensibilisation pour des étudiants vaudois en formation prégraduée*, *Rev Med Suisse*, 7:2363-2365.
- Mulder H., Ten Cate O., Daalder R., Berkvens J. (2010), *Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: the case of physician assistant training*, *Med Teach*, 32(10):e453-e459.
- OECD (2012), *The Future of Families to 2030*. OECD Publishing, Paris.
- Okie S. (2012), *The Evolving Primary Care Physician*, *N Engl J Med*, 366(20):1849-1853.
- Olenick M., Allen L.A. (2013), *Faculty intent to engage in interprofessional education*, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6:149-161.
- Penfornis A. (2010), *Éditorial : La coopération des professions de santé : une triple nécessité et une triple exigence*, *ADSP*, No 70.
- Plochg T, Klazinga NS, Schoenstein M, Starfield B. (2011), *Reconfiguring Health Professions in Times of Multi-Morbidity: Eight Recommendations for Change*. 7-6-2011. OECD.
- Ponzer S., et al. (2004), *Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards*, *Medical Education*, 38:727-736..
- Pruitt S.D., Epping-Jordan J.E. (2005), *Preparing the 21st century global healthworkforce*, *BMJ*, 330:637-639.
- Randin J.-P. (2010), *Déléguer les actes médicaux, une nécessité et une réalité*, *Courrier du médecin vaudois*, 3 :8.
- Samuelson M., Herzig L., Widmer D. (2012), *L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise*, *Revue médicale suisse*, 8 :2254-9.
- Schoen C., Osborn R., Doty M.M., Squires D., Peugh J., Applebaum S. (2009), *A survey of Primary Care Physicians in eleven Countries, 2009: Perspectives on Care, costs and Experiences*, *Health Affairs*, 28(6):w1171-w1183.
- Sottas B. (2011), *Abschlusskompetenzen für alle Gesundheitsberufe: das schweizerische Rahmenwerk und seine Konzeption*, *GMS Z Med Ausbild.*, 28(1):Doc 11.
- Sottas B., Höppner H., Kickbusch I., Pelikan J., Probst J. (2012), *Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik*, *Careum working paper 7*, Careum, Zürich. Internet: <http://www.careum.ch/web/guest/neue-gesundheitsbildungspolitik>
- Ten Cate O., Scheele F. (2007), *Academic Medicine*, 82(6):542-547.
- Travaglia J., Nugus P., Greenfield D., Westbrook J., Braithwaite J. (2011), *Contested innovation: the diffusion of interprofessionalism across a health system*, *International Journal for Quality in Health Care*, 23(6):629-636.
- Wissenschaftsrat (2012), *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*, Drs. 2411-12, Berlin.

5 Pratique interprofessionnelle – collaborative practice

5.1 Analyse bibliographique

Fondamentalement, comme le résume le groupe de travail canadien sur l'interprofessionnalité (Canadian Interprofessional Health Collaborative, CIHC²⁷), à l'heure actuelle :

Aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe des besoins de nombreux usagers des services de santé.

En d'autres termes, dans un système de santé efficace et orienté selon la qualité des soins chaque professionnel devrait avant tout effectuer les prestations qu'il ou elle est le mieux à même de réaliser, dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire et interprofessionnelle des patients. Plusieurs activités effectuées jusqu'à maintenant exclusivement par des médecins pourraient être à l'avenir et selon cette vision de la santé être réalisées par d'autres professionnels (Buff 2006).

Une meilleure coordination et une meilleure répartition des prestations sur l'ensemble de la chaîne de soins pourraient améliorer l'efficacité et la sécurité des soins, en limitant la surmédicalisation, le nombre de consultations médicales ou les séjours hospitaliers non indispensables, ou en réduisant les doublons et les risques d'interactions négatives entre différents traitements.

Ceci ne doit cependant pas faire perdre de vue le principe de médecine d'urgence qui veut que **le triage doit impérativement être fait par les professionnels disposant de la plus grande expérience clinique**. Il n'en reste pas moins qu'une délégation des compétences, dans un cadre interprofessionnel, ne peut qu'être profitable à l'ensemble du système de santé.

Sur le plan scientifique, de nombreuses études ont été réalisées, qui constatent des effets positifs dans la plupart des cas de collaborative practice IPC (Kilminster et al. 2004, Vanier 2011, Martinez et al. 2012, Zwarenstein et al. 2000, Hammick et al. 2007). Nous n'en mentionnerons que deux plus en détail :

- Reeves et al (2012) ont passé en revue systématique l'efficacité de la formation IPE. Sur six études remplissant les critères fixés, cinq d'entre elles démontraient des impacts positifs.
- Morey et al (2002) ont fait la preuve d'une réduction des erreurs et une amélioration de la performance dans les services d'urgence par le biais d'une formation spécifique au travail en équipe, inspirée des cours donnés aux pilotes. Les éléments suivant sont mis en évidence :

Paramètre évalué	Comparaison avant – après l'intervention
Qualité du travail en équipe	Meilleure dans le groupe intervention
Taux d'erreurs observées	Moindre dans le groupe intervention
Auto-évaluation du travail en équipe	Meilleure dans le groupe intervention
Auto-évaluation du soutien apporté par les collègues et superviseurs	Plus de soutien dans le groupe intervention

Globalement, selon le WHO²⁸ et plusieurs autres auteurs, les résultats suivants peuvent être attendus :

- approche des problèmes médicaux centrée sur le patient et ses proches, qui permet de mieux cibler les soins,
- meilleure accessibilité des soins de premier recours (Vannier et al., 2011),
- recours aux spécialistes plus adéquat,
- amélioration de la qualité des soins et de la santé des malades chroniques,
- amélioration de la prévention et promotion de la santé, ce que les cabinets de médecine de famille conventionnels actuels ne peuvent pratiquement pas assumer seuls de manière équivalente,
- amélioration des résultats des interventions médicales pour plusieurs types de problèmes de santé (Traynor et al., 2003),

²⁷ www.cihc.ca

²⁸ WHO (2010), Framework for Action on IPE and IPC.

- amélioration de la qualité et de la sécurité des interventions (Behandlungssicherheit), notamment en ce qui concerne le taux de complications, et le risque d'erreurs ou d'incidents critiques,
- augmentation de la satisfaction des patients face aux interventions médicales, de même que leur coopération et leur collaboration avec les intervenants.

Pour les intervenants, en particulier les professionnels de la santé, on constate en outre une :

- augmentation de la satisfaction et la motivation professionnelle,
- meilleure compréhension entre professionnels intervenants, et par conséquent augmentation de la confiance mutuelle,
- amélioration et facilitation de la prise de décisions communes.

5.2 Éléments constitutifs d'une pratique interprofessionnelle réussie

On parle d'IPC lorsque l'équipe soignante ou médicale s'entend sur une stratégie concertée, et si le plan d'intervention est ajusté en fonction des informations transmises par les intervenants des milieux communautaires et de la santé (Spitex, assistance sociale, professionnels des soins indépendants). Cette manière de travailler demande des efforts coordonnés et concertés de plusieurs professionnels qui œuvrent au même endroit ou dans des endroits différents. Des structures IPC ont déjà été mises en place dans plusieurs pays européens (France, Suède, Finlande, UK, NL, Allemagne, Norvège) et peuvent servir d'exemple pour notre système de santé (Schoen et al., 2009, Bourgueil et al, 2007).

En dehors de la formation IPE, qui représente un prérequis à toute IPC, il est important de réunir les instruments indispensables à la réussite d'une collaboration entre partenaires professionnels de la santé (Cooper B. et al 2003 ; Schroeder 2009). De tels outils ont notamment été développés par le Collège des médecins de famille du Canada²⁹ (Nolte et al., 2005) ou par la Haute Autorité de Santé en France. On trouvera de nombreuses informations pratiques sur leurs sites internet respectifs^{30, 31}. Les éléments essentiels sont résumés ci-dessous, et devraient faire partie des informations délivrées aux apprenants de toutes professions participant à un enseignement IPE. Le concept du groupe thématique, tel que développé dans les modèles et les modules (voir Annexe 4 à 9), en tient compte.

5.2.1 Vision commune du patient et de son parcours

C'est sans doute l'élément le plus important et la pierre d'angle de toute collaboration IPC en médecine de premier recours ambulatoire. **L'ajustement de cette perception des besoins de santé du patient demande un gros travail interprofessionnel en amont, et représente généralement une remise en question pour les médecins**, que leur formation prépare souvent insuffisamment à cette optique (Jablow 2013).

Malgré l'importance apparente de l'effort personnel de chaque participant-e, et les besoins en temps et en planification, cette étape permet de poser les bases de la compréhension et de la confiance mutuelle au sein de l'équipe IP. Il s'agit donc en réalité d'un investissement dont le « rendement » se confirme aussi longtemps que dure la collaboration ou le réseau interprofessionnel.

5.2.2 Définition et connaissance des rôles professionnels

Chaque corps professionnel a ses propres idées sur la meilleure façon d'organiser la collaboration avec les autres professionnels de la santé et la prise en charge des patients. C'est pourquoi tous les groupes professionnels concernés (médecins et infirmier-e-s diplômé-e-s, mais aussi physiothérapeutes, pharmacien-ne-s, assistant-e-s médicales, psychologues, diététicien-ne-s, sages-femmes, ainsi que, le cas échéant, les professions médico-techniques, le personnel administratif et d'autres professions) doivent se livrer ensemble à une **réflexion critique relative à leurs propres compétences, à leurs attentes et à leurs craintes, de même qu'aux revendications des autres**

²⁹ www.eicp-acis.ca

³⁰ <http://toolkit.cfpc.ca/fr/index.php> (trousse de mise au point) ou www.eicp.ca/fr/toolkit/default.asp

³¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi

groupes professionnels.

Cet exercice ne peut être couronné de succès que si les différents partenaires sont prêts à collaborer dans un esprit de respect mutuel. Pour ce faire, les changements qui s'imposent et les problèmes qui apparaissent doivent être soumis à un examen critique, en discutant ouvertement des problèmes de concurrence et de hiérarchie. Dans cette perspective, le point de vue des médecins ne doit pas oblitérer celui du personnel soignant ou de l'administration.

5.2.3 Organisation / structuration de l'équipe interprofessionnelle

Il s'agit également d'un investissement en temps et personnel important pour la plupart des intervenants. C'est aussi un des maillons faibles de toute collaboration interprofessionnelle et une source non négligeable de conflits et d'angoisse personnels et professionnels.

Nous nous limitons à citer ici certains principes fondamentaux à prendre en compte au moment de mettre sur pied une équipe interprofessionnelle (Vannier et al., 2011) et, dans la mesure du possible, à préciser dans les différents établissements et institutions sous forme de directives :

- Évaluer les besoins spécifiques de la clientèle et choisir les professionnels pertinents en conséquence,
- Constituer l'équipe IP en intégrant graduellement les différents professionnels,
- Apprendre à se connaître (personnellement et professionnellement),
- Favoriser l'émergence d'un esprit d'équipe, basé sur une vision commune de la collaboration
- Mettre sur pied des stratégies de communication et d'information mutuelle,
- Définir clairement les attentes et les rôles de chacun
- Réévaluer régulièrement les fondements de la collaboration,
- Définir une politique de personnel, administrative et salariale transparente,
- Mettre au point des protocoles d'intervention,
- Insérer l'équipe au sein d'une structure de soins locale ou régionale ; vérifier et coordonner avec ce qui existe au niveau médico-social,
- Aménager des lieux physiques adéquats facilitant les interactions entre les différents professionnels, soignants et autres,
- Prévoir des rencontres d'équipe régulières (administratives et cliniques),
- Utiliser un dossier patient unique (si possible informatisé)
- Prévoir des activités interprofessionnelles de formation,
- Créer des occasions de rencontres à caractère social, hors du milieu de travail,

5.2.4 Compétences, responsabilités

Cet aspect de la structuration et de l'organisation de l'équipe ou du réseau IP doit également être précisé de manière détaillée, aussi bien entre les équipes interprofessionnelles qu'à l'intérieur de chaque équipe. Il faut dans ce cadre tenir compte des prescriptions légales, ainsi que des principes réglant la tarification et le remboursement des prestations médicales ou de soins.

Il convient également d'accorder une attention particulière aux interfaces entre les activités des respectives des membres du groupe IPC et à la coordination des tâches.

Pour les médecins, qui ont souvent été formés dans une optique d'**autonomie professionnelle** (professional autonomy), il s'agit d'une évolution majeure vers une optique de **gouvernance** clinique (clinical governance = responsabilité pour la chaîne décisionnelle médicale au sein d'une équipe interprofessionnelle) impliquant des changements personnels et professionnels (Hewitt et al. 2007) qu'il n'est pas toujours facile d'accepter, et que certains patients ne sont pas non plus prêts à accepter.

Dans la définition des modèles et des modules, le groupe thématique s'est efforcé de distinguer entre

- Responsabilité médicale ³²
- Responsabilité organisationnelle

³² www.eicp-acis.ca

- Responsabilité administrative
- Responsabilité juridique, civile et pénale
- Responsabilité individuelle personnelle et professionnelle des partenaires de l'équipe
- Compétence de décision et allégeances (institutionnelles, structurelles, ad hoc) au sein de l'équipe et entre l'équipe de le système de soins dans lequel elle est insérée.

Dans la mesure du possible, l'impact des décisions administratives et des questions de responsabilités sur la prise en charge des patient méritent d'être prises en compte dans la préparation des apprenants en formation IPE de toutes les professions (y compris les impératifs de gestion du risque, de culture de l'erreur, d'aménagement de l'organisation de l'équipe, de remise en question de décisions, etc.).

On ne saurait éluder le fait qu'actuellement, en Suisse, le poids de la responsabilité du traitement médical reste essentiellement du côté des médecins, quand bien même d'autres professions médicales ou de la santé obtiennent de plus en plus de compétences en matière de soins ou d'interventions thérapeutiques. Il est compréhensible que les médecins voient là une forme de discrimination, dans les cas où un élargissement du champ de compétences et d'activités n'est pas lié à une redéfinition ou une nouvelle répartition des responsabilités respectivement de la responsabilité civile. Il convient d'en discuter au sein du groupe en veillant à respecter les bases légales, au moment de la répartition des rôles, des tâches et des compétences, respectivement dans le cadre d'une délégation de compétence d'une des professions à l'équipe IPC.

5.2.5 Point de départ de la collaboration IP

Il n'y a pas de règle fixe pour le point de départ d'une collaboration interprofessionnelle. Même si, de manière idéale, elle devrait pouvoir commencer dès l'entrée du patient dans le système de santé (ce qui implique une grande autonomie de décision de tous les partenaires professionnels impliqués), tout dépend de la nature et du rôle de l'équipe IPC.

Fondamentalement, trois situations peuvent intervenir, illustrées par les modèles et les modules développés par le groupe thématique :

- IPC initiée à la demande du patient ou de ses proches,
- IPC initiée par un membre de l'équipe ou du réseau IP constitué ou ad hoc,
- IPC initiée en réponse aux besoins / à la demande de responsables du système de santé local ou régional (réseau institutionnel)

Le groupe de travail considère que l'objectif d'un concept national IPE / IPC devrait être que quelque soit le professionnel appelé à initier une collaboration interprofessionnelle ou interdisciplinaire, et quelle que soit la nature et raison de cette collaboration, les structures et les pratiques de soins IPC soient organisées de manière à permettre une mise sur pied sans délai et adaptée aux besoins du patient.

5.2.6 Suivi du patient dans son parcours sanitaire

Dans ce cas aussi, il n'y a pas de règle fixe, et les principes de fonctionnement de l'équipe devraient permettre de répondre à cette question, et de s'adapter aux besoins des patients en conséquence.

Fondamentalement, trois situations peuvent se présenter, illustrées par les modèles et les modules développés par le groupe thématique :

- Itinéraire déterminé par le patient décidant
- Itinéraire influencé par des proches co-décidants
- Itinéraire proposé par l'équipe interprofessionnelle décidant

Il est important de se donner, au sein de l'équipe ou du réseau IPC, les moyens d'un feedback régulier et d'analyser des exemples concrets positifs et négatifs, de manière à adapter périodiquement les structures et l'organisation du travail, respectivement les voies et les principes de communication

interprofessionnels.

5.3 Barrières et limitations à une pratique IP réussie

Les meilleures intentions et la meilleure formation IPE ne suffisent pas à prévoir, à détecter à temps et à surmonter les problèmes et les difficultés liées à toute collaboration interprofessionnelle. À l'évidence, il est non seulement important de résoudre les conflits potentiels dès qu'ils apparaissent et selon une stratégie établie, mais il est aussi important d'identifier et d'appréhender les sources de conflits ou de réticences à la collaboration IPC.

C'est un thème qu'il convient de mettre régulièrement au programme de discussions au sein de l'équipe ou du réseau. Plusieurs publications donnent des clés et les indicateurs principaux dans ce domaine sensible (Reese et al. 2001), dont nous résumons les principaux :

- Uni-professionnalisme (mission, profils professionnels, codes éthiques, définis pour une seule profession, à l'exclusion d'autres)
- Manque de connaissance des compétences des autres professionnels
- Prise en charge ad hoc de rôles et d'activités professionnelles d'autres professions sur la base d'une formation on-the-job
- Sentiment d'infériorité liée à une valorisation des connaissances au détriment des capacités, habiletés ou attitudes professionnelles
- Différences structurelles et socio-économiques entre professions
- Conceptions théoriques et pratiques différentes sur le patient et la délivrance de soins
- Normes négatives au sein d'un groupe interprofessionnel
- Manque d'identification au groupe interprofessionnel
- Manque de volonté de partager de manière équivalente les activités, les charges et les responsabilités
- Refus de se conformer aux choix et décisions du groupe interprofessionnel
- Différences et divergences de rôles et d'autorité au sein du groupe
- Mauvaise réponse des patients ou mauvaise interprétation de l'attitude des patients vis-à-vis de l'équipe
- Lourdeur administrative au sein de l'équipe
- Voies / moyens de communication compliqués, mal adaptés.

5.4 Bibliographie

- Bourgueil Y., Marek A., Mousques J., Falcoff H., Chevreul K. (2007), Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives, IRDES, Rapport n° 537 (biblio n° 1675), Paris.
- Buff A. (2006), Transferts de compétences entre professionnels de santé : état des connaissances théoriques et exemples d'expérimentations, Mémoire DESS en économie et management de la santé (Master in health economics and management), Lausanne.
- Cooper B., Fishman E. (2003), The interdisciplinary team in the management of chronic conditions: has its time come ?, Partnership for solutions, Baltimore. Internet: http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/TEAMSFINAL3_1_.pdf
- Hammick M., Freeth D., Koppel I., Reeves S, Barr H. (2007), A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide No 9, Medical Teacher, 29:735-751.
- Hewitt J., Thomas P. (2007), The Impact of Clinical Governance on the Professional Autonomy and Self-Regulation of General Practitioners: Colonization or Appropriation ?, 5th International Critical Management Studies Conference, Manchester. <http://www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot/cmsconference/2007/proceedings/newperspectives/thomas.pdf>
- Jablow P. (2013), How to Foster Interprofessional Collaboration Between Physicians and Nurses ?, Robert Wood Johnson Foundation – Incorporating lessons learned in pursuing a consensus, Program Results Grant # 70224.
- Kilminster S., Hale C., Lascelles M., Morris P., Roberts T., Stark P., Sowter J., Thistlethwaite J.

- (2004), Learning for real life: patient-focused interprofessional workshop offer added value, *Medical Education*, 38:717-726.
- Martinez N., Berchtold P., Busato A., Egger M. (2012), Effectiveness of integrated care programmes in adults with chronic care conditions: a systematic review, Institute for Social and Preventive Medicine (ISPM), Bern.
 - Morey J.C. et al. (2002), Error Reduction and Performance Improvement in the Emergency Evaluation Results of the MedTeams Project, *Health Services Research* 37:6.
 - Nolte J., Tremblay M. (2005), Enhancing Interdisciplinary collaboration in primary Health Care in Canada, EICP Initiative, Web site: www.eicp-acis.ca
 - Reese, D. & Sontag, M-A. (2001). Barriers and solutions for successful inter-professional collaboration on the hospice team. *Health and Social Work*, 26, (3), 167-175.
 - Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner S, Simmons B (2012) Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. *Work*; 41:233-245.
 - Reeves-S., Zwarenstein-M., Goldman-J., Barr-H., Freeth-D., Koppel-I., Hammick-M. (2010), The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review, *Journal of Interprofessional Care*, 24(3):230-241.
 - Schoen C., Osborne R., Doty M.M., Squires D., Peugh J., Applebaum S. (2009), A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, Perspectives on Care, Costs, and Experiences, *Health Aff*, 28(6):1171-1183.
 - Schroeder G. (2009), Interprofessionalität in der Umsetzung. *Pflegewissenschaft*, 01/10:18-23.
 - Traynor B.J. et al (2003), Effects of a multidisciplinary amyotrophic lateral sclerosis (ALS) clinic on ALS survival: a population based study, 1996 – 2000, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74:1258-1261.
 - Vanier M.C., Rivest J., Boucher S. (2011), Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne – rêve ou réalité ?, *Le Médecin du Québec*, 46(2) :55-61.
 - Zwarenstein M., Reeves S., Barr H., Hammick M., Koppel I., Atkins J. (2000), Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

6 Formation / éducation interprofessionnelle

6.1 Analyse bibliographique

De très nombreuses études ont été faites en matière d'enseignement et de développement de programmes IPE (Barr 2003 ; Cullen 2003 ; Bridges 2011 ; Parsell 1997 ; Morikawa 2007 ; Reese et al. 2001 ; Pollard et al. 2004). Conformément au mandat de la plateforme, le groupe thématique part du principe que les choix didactiques appartiennent aux différents établissements de formation, indépendamment de la profession considérée. C'est pour cette raison que les six modèles de soins ont été illustrés chacun par trois ou quatre modules ou trajets de patient dans le système de santé, correspondant à des situations cliniques ou sanitaires concrètes et aussi réalistes que possible.

La réalité actuelle du système de soins de premier recours ambulatoire a été prise en compte, comme ses plus probables évolutions, telle qu'elles ont été décrites par les experts du groupe thématique.

Nous nous contentons donc dans le cadre de ce chapitre de mentionner les principes généraux proposés par le Center for the Advancement of the Interprofessional Education CAIPE³³ et le „European Interprofessional Education Network“ (EIPEN)³⁴, qui font référence en matière d'enseignement. On trouvera de nombreuses références bibliographiques récentes notamment dans les publications de Vyt (2009), Gallant et al. (2011), Reeves et al. (2012), Virani (2012) et Abu-Rish et al. (2012), Barr et Low (2013)..

On notera toutefois que le terme d'IPE englobe deux entités. La **formation à l'interprofessionnalité** (ou collaboration interprofessionnelle) et la **formation en interprofessionnalité**, qui consiste à donner un enseignement commun pour des étudiants de filières différentes (mutualisation des connaissances ou réelle formation commune et interactive IPE). Les données factuelles étant à ce jour encore insuffisantes pour justifier une généralisation d'un enseignement en interprofessionnalité au cours des études universitaires de médecine, le groupe thématique a concentré son activité sur la formation à l'interprofessionnalité.

6.2 Apprentissage progressif de l'interprofessionnalité

La formation médicale devrait familiariser, dès leurs études universitaires, les futurs professionnels de la médecine humaine avec l'IPC, par exemple par le biais de **modules d'apprentissage interprofessionnels**. Il en va de même pour toute profession appelée à jouer un rôle dans un cadre interprofessionnel.

Pour que le travail en équipe, respectivement la mise en réseau des soins et du suivi du patient portent leurs fruits, il s'agit non seulement de favoriser le développement de **compétences génériques** (capacité de s'organiser, de coopérer ; connaissances transdisciplinaires ; capacité de déléguer) prévues par les objectifs d'enseignement des professions respectives (en médecine humaine, SCLO II), mais aussi de donner aux apprenants la possibilité de **se confronter à un contexte réaliste**.

Dans la mesure où l'enseignement IPE prégradué en médecine reprend et permet de renforcer pour l'essentiel des compétences déjà prévues dans le programme d'études, **un tel enseignement ne représente pas une augmentation du nombre de matières à enseigner** pour les facultés. Il convient toutefois de planifier soigneusement les modules IPE et de les intégrer dans l'enseignement existant, de manière à **libérer des valences** et donc des heures réservées à l'acquisition de compétences non-spécifiques et génériques, que l'enseignement IPE permet d'acquérir de manière plus efficace et mieux adaptée à la réalité pratique.

Ceci ne peut se faire de manière pertinente que par le moyen d'une **spirale d'apprentissage**³⁵, au cours de laquelle les compétences sont successivement présentées, puis définies, puis utilisées.

En d'autres termes, dans la mesure du possible, il convient de concevoir un enseignement IPE sous

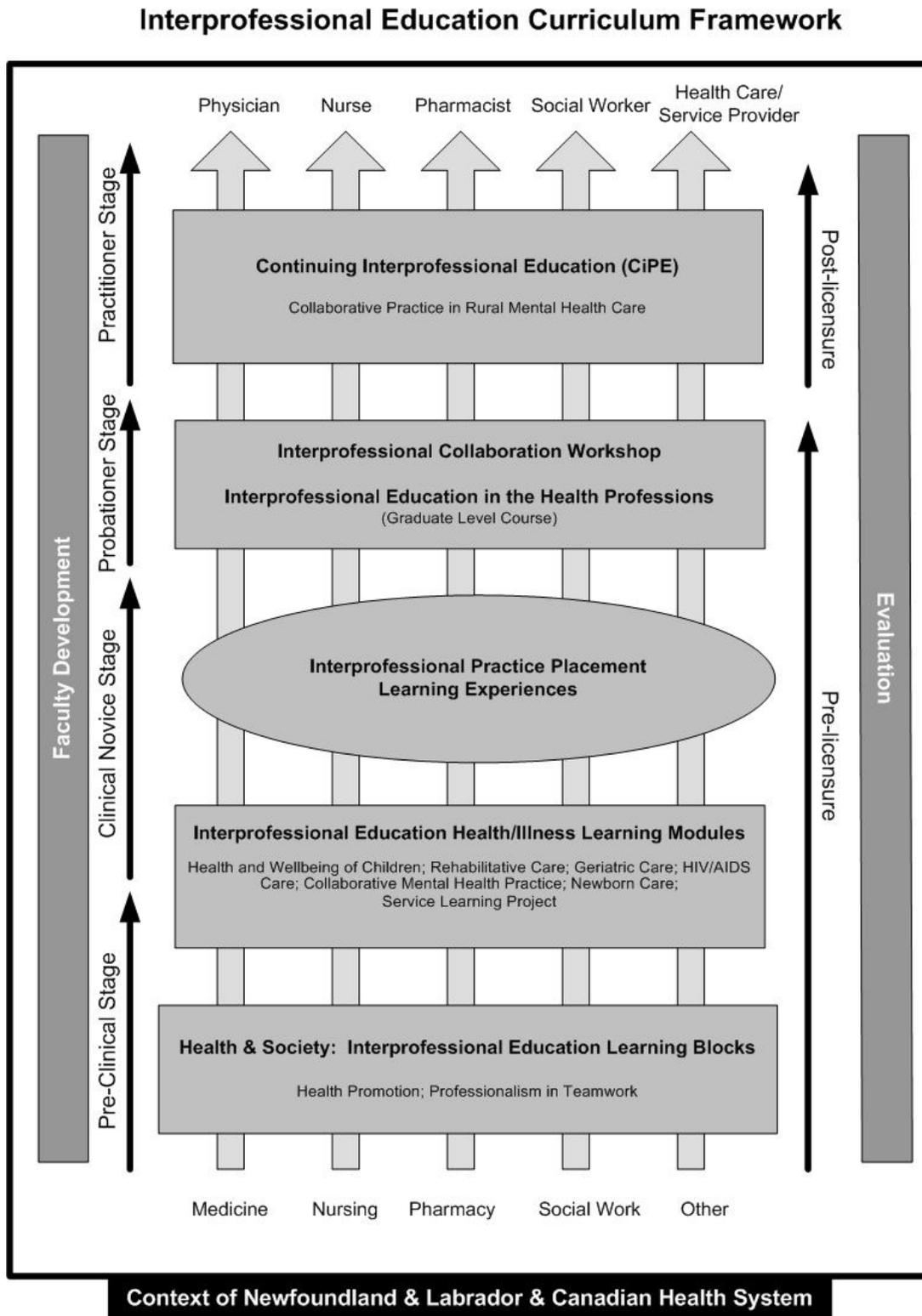
³³ <http://www.caipe.org.uk/>

³⁴ <http://www.eipen.org>

³⁵ Spirale d'apprentissage = répétition itérative de contenus / compétences selon un niveau de détail / d'expertise croissant

forme de **niveaux de compétences croissants** en ce qui concerne la complexité des situations des patients et de l'interactivité entre les professions (Illustration 5). Le principe de curriculum développé par le Center for collaborative Health Professional Education of Memorial University of Newfoundland, Canada (Curran et al., 2007) est présenté ci-dessous comme modèle.

Illustration 5 : Interprofessional Education Curriculum Framework (Curran et al. 2007)



Il est aussi important de **donner aux étudiants le temps et les moyens de réflexion** qui concernent

les implications d'une pratique IPC sur leur propre travail professionnel futur et son organisation. Ou, comme le précise Pollard (2008)³⁶ :

There is a need for Interprofessional Education to go further, in that it should also make students explicitly aware of how organisational factors can affect interprofessional working (and) it is necessary to get students to start thinking about how interprofessional working happens within different organisational contexts; and, in particular, to encourage a habit of thinking creatively about strategies for change within all situations.

Les étapes éducatives suivantes sont donc recommandées selon principe de la spirale d'apprentissage, dans la mesure du possible dans une **continuité de la formation universitaire (pour les médecins) à la formation postgrade et continue** :

- Premiers contacts interprofessionnels (introduction à l'IPC, modules IPE (cours et travaux pratiques) dans les sciences de bases (anatomie, physiologie, etc),
- Réflexion interprofessionnelle sur des cas concrets, impliquant la définition des rôles individuels au sein de l'équipe IP sur la base des profils professionnels,
- Réflexion personnelle sur les rôles et le profil professionnels (positionnement individuel),
- Implications concrètes, évolution personnelle,
- Contacts IPC / IPE suivants (niveau de complexité supérieur)

Dans le contexte de la formation universitaire des futurs médecins ou de la formation professionnelle aux métiers de la santé, le type de pathologies et la définition clinique des problèmes médicaux proposés comme exemples dans un cadre IPE ne sont pas primordiaux. Ou, comme l'ont déjà relevé Freth et al (2005) : "Arguably, process is more important in interprofessional education than content. (...) The essential outcome is the development of transferable skills relevant to collaboration and teamwork skills, such problem solving, and initiating and improving care and the embedding of these in practice". Il n'en reste pas moins que le „content is nevertheless important (in providing) motivation to learn, by filling recognized gaps in the learners' knowledge, or by capturing their imaginations and harnessing the energy of this enthusiasm. This means that content should be relevant to learners' concerns and professional practice"

De l'avis du groupe de travail, il serait même préférable que ces éléments du contenu (diagnostic détaillé, thérapie correspondante, etc) n'interviennent qu'au niveau de la formation postgrade. C'est dans ce sens qu'ont été conçus les modèles développés par le groupe thématique et les modules qui les illustrent.

6.3 Éléments constitutifs d'un enseignement IPE³⁷

Les discussions au sein du groupe thématique ont montré que, globalement, les éléments indiqués par le CAIPE (Barr 2011 ; Barr et al. 2011) sont également valables dans les conditions d'enseignement suisses. Nous nous contentons donc de les citer ci-après :

6.3.1 Valeurs

Interprofessional Education:

- Focuses on the needs of individuals, families and communities to improve their quality of care, health outcomes and wellbeing; *Keeping best practice central throughout all teaching and learning*
- Applies equal opportunities within and between the professions and all with whom they learn and work; *Acknowledging but setting aside differences in power and status between professions*
- Respects individuality, difference and diversity within and between the professions and all with whom they learn and work; *Utilizing distinctive contributions to learning and practice*

³⁶ Pollard (2008), Report for the Higher Education Academy of Health Science and Practice Subject Centre in London

³⁷ Barr H., Low H. (2011), CAIPE – Principles of Interprofessional Education. Internet: <http://www.caipe.org.uk/resources/principles-of-interprofessional-education/>

- Sustains the identity and expertise of each profession; *Presenting each profession positively and distinctively*
- Promotes parity between professions in the learning environment; *Agreeing ‘ground rules’*
- Instills interprofessional values and perspectives throughout uniprofessional and multiprofessional learning. *Permeating means and ends for the professional learning in which it is embedded*

6.3.2 Processus

Interprofessional Education:

- Comprises a continuum of learning for education, health, managerial, medical, social care and other professions; *Sequencing interprofessional learning progressively throughout pre-registration and post-experience studies*
- Encourages student’ participation in planning, progressing and evaluating their learning; *Including them with teachers and others in working groups*
- Reviewing policy and practice critically from different perspectives; *Subjecting policy and practice to critical analysis against experience and evidence*
- Enables the professions to learn with, from and about each other to optimize exchange of experience and expertise; *Facilitating interaction, exchange and co-reflection as they compare perceptions, values, roles, responsibilities, expertise and experience*
- Deals in difference as it searches for common ground; *Showcasing different yet mutually reinforcing roles and expertise in collaborative practice grounded in mutual understanding working towards shared objectives*
- Integrates learning in college and the work place; *Teachers and practice supervisors planning, delivering, assessing and evaluating classroom and practice-based learning together*
- Synthesizes theory and practice; *Deriving theory from and applying it to practice*
- Grounds teaching and learning in evidence; *Citing findings from research including those in systematic reviews of process and outcomes from interprofessional learning*
- Includes discrete and dedicated interprofessional sequences and placements; *Building in dedicated interprofessional learning based on these principles*
- Applies consistent assessment criteria and processes for all the participant professions; *Including summative assessment by the same means to the same standards*
- Carries credit towards professional qualifications; *Negotiating ways in which satisfactory fulfilment of interprofessional assignments meets requirements for professional awards*
- Involves service users and carers in teaching and learning; *Including them in planning, delivery, assessing and evaluating teaching*

6.3.3 Outcomes

Interprofessional Education:

- Engenders interprofessional capability; *Devising outcome-led learning delivering collaborative capabilities*
- Enhances practice within each profession; *Enabling each profession to improve its practice to complement that of others*
- Informs joint action to improve services and instigate change; *Applying critical analysis to collaborative practice*
- Improves outcomes for individuals, families and communities; *Responding more fully to their needs*
- Disseminates its experience; *Contributing to the advancement and mutual understanding in interprofessional learning in response to enquiries, at conferences and via the professional and interprofessional literature*
- Subjects developments to systematic evaluation and research; *Collecting data systematically to test against the requirements and expectations of stakeholders, funding, validating and regulatory bodies and to contribute to the evidence base*

6.4 Quand débiter avec un enseignement interprofessionnel

6.4.1 Formation prégrade des médecins

Parsell et Bligh (1998)³⁸ ont postulé que la formation IPE, pour être efficace, devrait remplir un certain nombre de critères :

- involve all participating departments in planning and implementation
- be seen as relevant by learners
- have balanced group membership
- have participants of equal status
- clarify learners' previous experience
- use common tasks with clear objectives
- use interactive approaches to learning
- use real-life clinical problems to
- stimulate interprofessional problem-solving
- use experiential learning methods
- use small group methods of learning
- provide feedback to learners
- recruit teachers experienced in interprofessional working
- provide appropriate pre-course information to participants
- demonstrate support from senior management
- be evaluated

L'élément principal mis en avant est que les apprenants de quelque profession médicale ou de la santé que ce soit, doivent se sentir en sécurité dans leur rôle et leur identité de professionnels en formation et donc se sentir sur un pied d'égalité avec les autres. Il apparaît d'autre part qu'un enseignement IPE pertinent et efficace devrait être basé sur des situations cliniques réalistes, auxquelles les apprenants peuvent s'identifier, tout en comprenant le rôle des autres professionnels (Finch, 2000).

Tout ceci est remis en question par la constatation que même au début des études les étudiants des différentes filières ont déjà leur propre « vision » de leur identité professionnelle et que celle-ci est très stéréotypée (Tunstall-Pedoe et al., 2003). L'expérience montre qu'il convient donc plutôt d'introduire l'IPE très tôt afin de « casser » ces stéréotypes (McNair 2005 ; Horsburgh 2001).

Néanmoins, outre les considérations éducatives, l'approche IPE dans les semestres des filières Bachelor devrait aussi conduire à une augmentation de la perméabilité entre filières médicales et de la santé.

6.4.2 Formation postgrade des médecins

L'effort de formation IPE doit être poursuivi avec sur la base du contexte clinique, la spécialisation progressive et en adéquation avec la filière de formation postgrade choisie (médecine interne générale, chirurgie, gynécologie, pédiatrie, etc.). La matrice de compétences développée pour l'IPE pré-graduée tient compte des objectifs d'enseignement SCLO II, qui est basé sur le CanMeds. Pour l'enseignement postgrade, il conviendrait de définir une nouvelle matrice de compétence, en tenant compte des priorités correspondant aux besoins des professionnels en formation postgrade et des professionnels en exercice.

Le groupe thématique recommande de rester orienté sur la matrice CanMeds et de l'utiliser pour l'ensemble des professions et dans la longitudinalité (formation pré-, post-graduée et continue). C'est d'autant plus pertinent que les objectifs généraux du SCLO font partie intégrante de la Réglementation pour la formation post-graduée (WBO) de la FMH. Ainsi la continuité et la cohérence entre la formation universitaire et la formation postgrade sont prises en compte, de la manière prévue par la LPMéd.

³⁸ <http://pmj.bmj.com/content/74/868/89.full.pdf+html>

6.4.3 Formation des partenaires interprofessionnels

Elle ne diffère fondamentalement pas de celle proposée pour les étudiants en médecine. D'autant plus que dans l'idéal les enseignements universitaires et professionnels devraient être coordonnés au sein de modules IPE communs.

Dans les cas où le nombre d'apprenants est insuffisant pour constituer des groupes IPE équilibrés, il convient d'envisager d'inviter des professionnels des différents métiers de la santé à participer aux travaux de groupe en tant que facilitateurs, -trices, qui mettent leurs compétences professionnelles à disposition des personnes en formation participant au module IPE. Il peut être également utile d'intégrer des apprenant-e-s de niveau spécialisé (master advanced practices) dans l'encadrement des participant-e-s à l'enseignement IPE de base.

6.5 Quelles méthodes d'enseignement utiliser

La littérature fournit de nombreux exemples de méthodes d'enseignement IPE (Bridges et al. 2011, Lerner et al. 2009, Schmitt M. et al. 2013). Ainsi, à l'Université Karolinska de Stockholm (Ponzer et al. 2004), un *Educational Ward* a été constitué au sein de l'hôpital universitaire (Södersjukhuset), dans lequel les patients qui le souhaitent sont pris en charge exclusivement par des groupes interprofessionnels d'étudiant-e-s de différentes professions de la santé. Les enseignements n'assurent que la supervision. Il en est de même, depuis 1986 à Linköping en Suède, où au cours d'un enseignement IPE total de douze semaines en médecine, une rotation de deux semaines est organisée dans un service interprofessionnel³⁹.

Fondamentalement, les méthodes d'enseignement IPE ne devraient pas varier en fonction de la filière d'études. Le plus important est qu'il soit orienté selon le problème de santé du patient (problem-based), réalisé dès le début sous forme interprofessionnelle, en petits groupes, avec un enseignement interactif associant les pratiques simulées (Hean et al. 2012 ; D'Eon 2004 ; Curran et al. 2007 ; Kilminster et al. 2004 ; Cooper et al. 2001).

Dans le cadre de ce concept, le groupe thématique propose d'envisager plus particulièrement les méthodes suivantes :

- Conférences d'introduction
- Discussion plénières
- Analyse et discussion de matériel vidéo en groupe IPE
- Travail de groupe sur la base de vignettes, correspondant au niveau de formation des apprenants (la solution diagnostique ou thérapeutique du cas n'est pas l'élément principal au niveau de la formation prégrade. Elle devrait être réservée aux niveaux de formation postgrade ou professionnel supérieur (Master, advanced practices)).
- Interventions / présentation de patients ou de proches de patients
- Jeux de rôles sur des exemples concrets, bien ciblés et centrés sur un nombre limité d'objectifs d'apprentissage ou de compétences à développer / partager.
- e-learning, en tant que partie d'un enseignement à distance, prolongeant et complétant l'enseignement IPE de base
- Journal IPE personnel, notamment dans le cadre des stages et des rotations cliniques interprofessionnelles
- Self-directed learning (dans la mesure du possible sous supervision de facilitateurs issus des milieux de la pratique professionnelle)

6.6 Quelles méthodes d'évaluation utiliser

À l'heure actuelle, l'enseignement IPE n'étant pas établi de même manière dans toutes les facultés de médecine, les hautes écoles spécialisées et les écoles professionnelles supérieures, les méthodes d'évaluation varient. La règle qui veut que tout enseignement / apprentissage devrait faire l'objet d'une

³⁹ <http://www.hu.liu.se/pedagogisktcentrum/interprofessionellt-larande?l=en>

évaluation (formative ou sommative), ne devrait pas avoir d'exception pour l'IPE.

En ce qui concerne les filières prégraduées de médecine, il conviendrait d'évaluer la possibilité d'inclure un élément interprofessionnel dans le cadre de l'examen de diplôme fédéral de médecine (sommatif).

Pour les filières de formation postgrade médicales qui ont introduit cette méthode d'évaluation, l'enseignement IPE et des compétences qui y correspondent devraient faire l'objet d'un feedback 360° (Meng et al 2009), ou de toute autre méthode correspondant aux objectifs des sociétés de discipline.

6.7 Barrières et limitations au développement d'un enseignement IPE

En matière de développement et d'introduction de modules interprofessionnels, des obstacles existent que nous souhaitons évoquer ici. Notamment :

- Manque de développement commun des curricula
- Manque d'intégration des compétences dans le courant du curriculum complet
- Manque de ressources au sein de l'institution (locaux, logistique, financement, etc)
- Manque de soutien des responsables au sein de l'institution (reconnaissance des prestations pour la carrière d'enseignant, décharge pour l'enseignement et la recherche).
- Manque de „champions“ motivés pour l'IPE, à l'intérieur comme à l'extérieur des institutions,
- Information insuffisante des étudiants et du corps enseignant de l'institution
- Coordination et réseautage insuffisants au sein de l'institution (développement des modules, conférences d'introduction), entre institutions (universitaire et non-universitaire) amenées à mettre sur pied l'enseignement IPE, et entre les institutions et les facilitateurs de la pratique professionnelle.
- Manque de relation entre les compétences et l'exercice professionnel (voir concept des Entrustable Professional Activities EPAs)

6.8 Bibliographie

- Abu-Rish. E., Kim S., Choe L., Varpio L., Malik E., White A.A., Craddick K., Blondon K., Robins L., Nagasawa P., Thigpen A., Chen L., Rich J. and Zierler B. (2012), Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review, *Journal of Interprofessional Care*, 26(6):444-451.
- Barr H. (2003), Undergraduate Interprofessional Education, CAIPE, Education Committee Discussion Document Number 0.1.
- Barr H., Helme M., D'Avray L. (2011), Developing Interprofessional Education in health and social care courses in the UK: a progress report. Occasional Paper 12, Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Subject Center, London.
- Barr H., Low H. (2013), Introducing Interprofessional Education, CAIPE, Fareham, UK.
- Bridges D.R., Davidson R.A., Odegard P. S., Maki I.V., Tomkowiak J. (2011), *Medical Education Online*, 16:6035.
- Cooper H., Carlisle C., Gibbs T., Watkins C. (2001), Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 35(2):228-37.
- Cullen L., Fraser D., Symonds I. (2003), Strategies for interprofessional education: the Interprofessional Team Objective Structured Clinical Examination for midwifery and medical students, *Nurse Education Today*, 23:427-33.
- Curran V.R., Sharpe D. (2007), A Framework for Integrating Interprofessional Education curriculum in the Health Sciences, *Education for Health*, 20(3): 1-7.
- D'Eon M. (2004), A blueprint for interprofessional learning, *Medical Teacher*, 26(7):604-609.
- Finch (2000), Interprofessional education and teamworking: a view from the education providers, *BMJ*, 321:1138-1140.
- Freth D., Hammick M., Reeves S., Koppel I., Barr H (2005), *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford, Blakwell.
- Gallant S., Clerc M., Gachoud D., Morin D. (2011), *Apprendre ensemble pour travailler*

ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?, Rech Soins Infirm, 106 :20-6.

- Horsburgh M., Lamdin R., Williamson E. (2001), Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning, *Medical Education*, 35:876-83.
- Kilminster S., Hale C., Lascelles M., Morris P., Roberts T., Stark P., Sowter J., Thistlethwaite J. (2004), Learning for real life: patient-focused interprofessional workshop offer added value, *Medical Education*, 38:717-726.
- Lerner S., Magrane D., Friedman E. (2009), Teaching Teamwork in Medical Education, *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76:318-329.
- McNair R. (2005), The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education, *Medical Education*, 39:456-64.
- Meng L., Metro D., Patel R. (2009), Evaluating Professionalism and Interpersonal and Communication Skills: Implementing a 360-Degree Evaluation Instrument in an Anesthesiology Residency Program, *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2):216-20. Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2931243/pdf/i1949-8357-1-2-216.pdf>
- Morikawa-Won S. (2007), Developing New Curriculum Modules for Enhancing Interprofessional Teamwork and communication Skills to Improve Patient Care and Safety at the University of California, San Francisco, Master Thesis in Organisational Psychology. ;
- Parsell G., Bling (1998), Interprofessional learning, *Postgrad Med J.*, 74:89-95.
- Pollard K.C. (2008), Non-formal learning and interprofessional collaboration in health and social care: the influence of the quality of staff interaction on student learning about collaborative behaviour in practice placements, *Learning in Health and Social Care*, 7(1):12-26.
- Pollard, K. C., Miers, M. E., & Gilchrist, M. (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health & Social Care in the Community*, 12(4), 346-358.
- Ponzer S., et al. (2004), Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards, *Medical Education*, 38:727-736.
- Reese, D. & Sontag, M-A. (2001). Barriers and solutions for successful inter-professional collaboration on the hospice team. *Health and Social Work*, 26, (3), 167-175.
- Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner S, Simmons B (2012) Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. *Work*; 41:233-245.
- Schmitt M.H., Gilbert J.H.V., Brandt B.F., Weinstein R.S. (2013), The Coming Age for Interprofessional Education and practice, *The American Journal of Medicine*, 126(4):284-8.
- Tunstall-Pedoe, Rink, Hilton (2003), Students attitude to undergraduate interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 17(2):161-72.
- Virani T. (2012), Équipe de collaboration interprofessionnelle, [Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé \(FCRSS\)](http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Virani-Interprofessional-FR.sflb.ashx). Internet: http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Virani-Interprofessional-FR.sflb.ashx
- Vyt A. (2009), Exploring quality assurance for interprofessional education in health and social care, Garant, Antwerpen.

7 Concept pour une introduction à la collaboration inter-professionnelle IPC

7.1 Objectifs

Le but de ce document est de faire des recommandations concernant les compétences et les objectifs de formation communs à toutes les professions engagées dans des pratiques collaboratives. Il propose également des recommandations méthodologiques en matière de transmission des contenus de formation (modules interprofessionnels, apprentissage en équipes) qui tiennent compte des supports existants au niveau universitaire, mais également de la systématique et des supports valables pour le niveau secondaire et tertiaire, ainsi que des différentes compétences, responsabilités et prescriptions légales en vigueur (LPMéd, LHES, LFPr, etc).

Ces recommandations peuvent être intégrées dans le cadre des programmes et des objectifs de formation existants. En ce sens, elles ont pour but de compléter les données présentées au chapitre 5 et 6, sans les citer ni les énumérer à nouveau. Les références bibliographiques permettront aux intéressé-e-s de compléter leur documentation.

Le mandat de la plateforme prévoit que le groupe de travail se concentre sur la formation universitaire des médecins. Le présent concept tient toutefois compte de la formation de base des professions de la santé amenées à travailler avec eux de manière interprofessionnelle.

7.2 Vision et principes généraux

7.2.1 Visions

Le concept proposé par le groupe thématique est basé sur une vision élargie de l'interprofessionnalité en Suisse, qui inclut l'évolution probable des modèles de soins, et par conséquent de l'IPC respectivement, de manière parallèle, de l'IPE. **Il s'insère donc dans un processus dynamique, dont il constitue le premier élément sur le plan national.**

Les experts du groupe thématique recommandent aux responsables de la plateforme et des facultés de médecine de se donner les moyens de soutenir un tel processus de développement des pratiques de collaboration interprofessionnelles et interdisciplinaires, importantes pour l'avenir et la qualité de l'exercice professionnel médical, et donc de la qualité des soins dans notre pays (Olenick et al. 2013). Elles représentent aussi le fondement d'une formation post-graduée efficace, qui relève de la compétence des organisations professionnelles et des établissements hospitaliers. Les experts proposent que la vision de l'interprofessionnalité présentée dans ce rapport serve de base de discussion pour les prochains travaux et les décisions qui y feront suite.

- Il existe sur le plan national une compréhension uniforme de l'interprofessionnalité dans le sens de pratique collaborative et d'enseignement interprofessionnel. Cela implique la prise en compte et la combinaison des approches, des modes de pensée et des méthodes spécifiques aux différentes orientations, et la création de synergies améliorant la qualité des soins.
- L'IPC répond aux besoins actuels des patientes et des patients et chaque membre d'une structure interprofessionnelle peut y contribuer, indépendamment de son niveau de formation, de son rôle ou de sa fonction dans le système de soins, respectivement l'équipe IPC.
- Les compétences transversales communes aux différents groupes professionnels doivent être acquises et développées par des méthodes d'apprentissage adaptées (modules interprofessionnels, transfert théorie – pratique, supervision, approche centrée sur le patient, intégration des proches dans la définition des besoins du patient, etc).
- Les professionnels exerçant dans des structures interprofessionnelles disposent de compétences spécifiques (professionnelles), génériques (notamment communicatives et sociales) et de

l'autonomie professionnelle nécessaires et suffisantes pour assurer le rôle qui leur incombe au sein de l'équipe ou du réseau IPC. Ils sont formés à tenir compte de la multi-dimensionnalité (physique, psychique, sociale, culturelle, spirituelle) dans leur approche globale du patient.

- L'IP fait partie intégrante et obligatoire de la formation de base, postgrade et continue des professions médicales universitaires (après révision de la LPMéd); elle fait également partie de la formation de base, post-diplôme et continue dans les professions de la santé (notamment tertiaire A et B dans le cadre de la LPSan). Dans la mesure du possible elle est intégrée aux formations d'autres professions appelées à agir dans le cadre du système de santé (médico-social, psychologie, etc.)
- Le développement d'un concept de formation commun pour toutes les catégories professionnelles du domaine de la santé impliquées dans des activités interprofessionnelles et la création d'un organisme de réseautage et d'encouragement national constitué sur le modèle utilisé pour les soins palliatifs, respectivement le CAIPE, sont envisagés. Celui-ci pourrait favoriser la recherche dans les domaines relatifs à l'IP et l'IPC, et participer au financement d'activités IP remarquables (voir aussi le programme de la Robert-Bosch Stiftung⁴⁰ pour le soutien de la collaboration interprofessionnelle).

7.2.2 Groupes-cibles

Le présent document est rédigé à l'intention de la plateforme, dans le cadre du mandat qu'elle a attribué au groupe thématique. Il s'adresse cependant de manière plus générale aux responsables des professions médicales et de la santé actifs dans l'enseignement et l'exercice professionnel. Ceci concerne notamment les universités, les hautes écoles, les écoles professionnelles supérieures, les organisations du monde du travail, les institutions médico-sociales et de santé, engagées dans la formation de base, postgrade et continue des professionnels de la santé.

Leurs responsables ont été invité-e-s à participer au sein des groupes d'accompagnement et de pilotage à l'élaboration du présent concept par le moyen des consultations que le groupe thématique a organisées.

Dans un deuxième temps, le groupe thématique espère qu'une large diffusion de ce rapport permettra de toucher un plus grand nombre de spécialistes et de faire évoluer les mentalités en matière d'interprofessionnalité dans l'enseignement et le système de santé suisse.

7.2.3 Principes généraux pour le développement des modèles et des modules

Le groupe thématique s'est basé sur des principes de pratique professionnelle généralement reconnus par les professions médicales et soignantes dans leurs rapports aux patients et à leur problème de santé. Ils correspondent à la réalité actuelle de l'exercice professionnel, mais prennent également en compte des éléments appelés à se développer ou à évoluer dans le cadre de l'adaptation des pratiques et des structures de premier recours aux besoins des nouveaux modèles de soins. Il est important que les apprenant-e-s soient formés dès le début à tenir compte de ces impératifs, notamment au cours des travaux de groupes.

- Égalité de traitement pour tous les patients,
- Mise en réseau institutionnelle ou situative (ad hoc) des soins ambulatoires conformément aux besoins du patient dès son entrée dans le système de santé, quelle que soit la porte d'entrée dans le système de soins,
- Reconnaissance et prise en considération des interfaces (patient, entourage du patient, monde du travail, cabinet individuel, cabinet de groupe, spécialiste, pharmacie, structure médico-sociale, établissement hospitalier, établissement médico-social, etc) qui influencent le trajet d'un patient dans le système de santé,

⁴⁰ <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/44080.asp>

- Communication ouverte et appropriée entre professionnels, avec le patient et avec son entourage, conformément aux règles éthiques, de consentement éclairé et à d'éventuelles décisions anticipées,
- Soutien qualifié lors des processus de décision, incluant la liberté de choix thérapeutique du patient ou de ses proches si nécessaire (approches conventionnelles et non-conventionnelles),
- Prise en considération de l'environnement personnel et de l'ensemble du système de santé permettant une approche multidimensionnelle des problèmes de santé du patient,
- Respect des règles de confidentialité et de sécurité des données personnelles tout au long de la chaîne de soins et du trajet du patient dans le système de soins.

7.2.4 Matrice des compétences

Le travail du groupe thématique est structuré autour d'une matrice de compétences (voir Annexe 3, Portfolio général), réalisée sur la base des catalogues CanMeds et SCLO II. Les compétences qui correspondent le mieux aux spécificités de l'IPC et l'IPE en Suisse ont été sélectionnées par les experts du groupe thématique, puis réparties entre les différents modèles et les modules qui les illustrent.

Il s'agit d'une proposition visant à faciliter le travail des responsables de la formation IPE pour les futurs médecins, qui correspond néanmoins également aux objectifs de formation des professions de la santé.

D'autres aspects peuvent être pris en compte suivant les besoins et les possibilités de chaque établissement de formation. Il reste néanmoins important de commencer le développement des modules par une liste des compétences similaire.

Quels que soient les choix des établissements de formation, les experts du groupe thématique recommandent de rester orienté sur la matrice CanMeds et de l'utiliser pour l'ensemble des professions (médicales et de la santé) et dans la longitudinalité (tout au long de la formation pré-, post-graduée et continue).

7.2.5 Mise en œuvre du concept / du modèles aux modules

Le présent concept représente une première étape d'introduction structurée et coordonnée de l'IP dans les études médicales universitaires et la formation aux professions de la santé. Les **six modèles de soins** proposés tiennent compte des impératifs de la pratique collaborative actuelle et future. Ils correspondent à la réalité de la médecine de premier recours ambulatoire.

Les modèles et les modules qui les illustrent sont conçus de manière à pouvoir être implémentés de la première à la sixième année de médecine (principe de la spirale de formation). En tenant compte de la préparation des participants à l'enseignement IP, chaque modèle correspond approximativement à 1 crédit ECTS. Il peut être proposé sous forme de week-ends de formation ou de jours (demi-jours) isolés en cours d'année.

Dans le cas idéal, **le groupe thématique recommande de proposer un modèle IPE par année d'étude de médecine**. En adaptant les méthodes d'enseignement, l'année de stage ne devrait pas représenter d'obstacle majeur à une continuité dans la planification de l'IPE. **Le groupe thématique recommande au contraire de tirer profit des contact IPC concrets que vont expérimenter les étudiants pendant leurs stages, pour développer certaines compétences spécifiques ou réaliser un projet IPC concret et pratique**, et en rendre compte par exemple sous forme d'un rapport de stage.

Chaque modèle proposé par le groupe thématique se compose de trois à quatre modules d'enseignement, que les établissements de formation universitaire peuvent développer selon leurs spécificités, leurs missions, leurs besoins et leurs possibilités de collaboration avec d'autres établissements de formation.

7.3 Organisation pratique de l'enseignement / Portfolio général

Comme le montre l'exemple de l'UniL / CHUV / HES-SO, la planification et la mise en œuvre de l'IPE doit être entreprise par un groupe de travail interprofessionnel. Les documents proposés dans le portfolio général (notamment le cahier du facilitateur) devraient permettre une standardisation de ce travail. Il appartient toutefois à chaque établissement de formation, respectivement à chaque groupe de travail IP chargé de mettre en place un tel enseignement, de développer ses propres instruments d'enseignement et d'évaluation (Hean et al.2012 ; Cooper 2001 ; D'Eon 2004 ; Curran et al. 2007).

7.3.1 Portfolio général

Il s'agit du document principal, indispensable à l'élaboration d'un enseignement IPE. C'est habituellement aussi le premier élément préparé en commun, de manière interprofessionnelle, par les différents intervenant-e-s (enseignant-e-s, facilitateurs –trices, responsables des filières, etc). Se basant sur leur propre expérience et sur les propositions de plusieurs experts qui ont été invités à participer aux délibérations du groupe thématique, quelques exemples de documents sont proposés pour constituer le portfolio général.

- Choix des participants, constitution des groupes interprofessionnels (tirage au sort, « bourse des professions », jeux de rôles)
- Accompagnement des apprenants par des spécialistes (facilitateurs, -trices)
- Choix et accompagnement / formation des facilitateurs, -trices (enseignants, professionnels, patients simulés ou réels, organisateurs, -trices, etc)
- Briefing / debriefing des étudiants, le cas échéant soutien personnel / psychologique pour certains modules de formation
- Documentation, dossier des participants pour l'ensemble de l'enseignement et pour chaque module de formation
- Bibliographie générale, liste de publications et de documents pour chaque module, concept et moyens de recherche bibliographique par les participants aux modules de formation
- Formation des formateurs, facilitateurs, briefing / debriefing lors des modules de formation (Pollard 2008)
- Organisation temporelle de l'ensemble de l'enseignement IPE (bachelor, master) et de chaque module de formation
- Problèmes logistiques, auditoriums, salles de travail en groupe, repas, pauses, nuitées, etc
- Financement de l'enseignement IPE et des modules de formation, parrainage éventuel
- Évaluations intermédiaire et finale des participants, des facilitateurs, de chaque module de formation, de l'enseignement IPE
- Thèmes généraux d'introduction et d'approfondissement de la théorie IPC / IPE
- Programme général et déroulement de chaque module de formation IPE

7.4 Modèle 1 : médecine de famille

Structure IPC : Cabinet médical de premier recours, ambulatoire

Objectifs de formation :

- Mettre en évidence les visions et les représentations des professions impliquées
- Appréhender et intégrer les formes d'interactions formelles et informelles, y compris les potentiels de conflits
- Développer des stratégies de collaboration interprofessionnelle
- Évaluer si le modèle peut être appliqué en cabinet médical individuel

7.4.1 Module 1a :

Trajectoire du patient : Entrée du patient dans le système de soins, premiers contacts

Scenario : Patient pédiatrique en cabinet individuel ; arrive avec sa mère pour un écoulement nasal de 2 jours

Objectifs de formation :

- Prendre le patient en charge (premier recours, entrée système de soins), identifier ses besoins
- Reconnaître la gravité d'une situation et savoir référer
- Communiquer clairement avec un autre professionnel (écrit et oral)
- Communiquer, expliquer et informer le patient et sa famille
- Traiter des documents administratifs et médicaux (dossier, facturation)

7.4.2 Module 1b :

Trajectoire du patient : Entrée dans le système de soins ; premier contact ou cas de suivi en consultation ambulatoire

Scenario : Patient urologique âgé (>80), vient accompagné de sa femme car démence débutante ; cas d'infection urinaire simple

Objectifs de formation :

- Savoir initier une démarche organisationnelle à l'équipe
- Connaître les règles de prescription médicale
- Discuter et expliquer un médicament, ses effets et contre-indications
- Initier une organisation des soins à domicile
- Transmettre une information pertinente aux collaborateurs dans ce contexte
- Informations avant sortie du patient : comment réagir en cas de complications, prochain rendez-vous

7.4.3 Module 1c :

Trajectoire du patient : 1^{er} contact par pharmacie

Scenario : Patient sportif en BSH, présente des lombalgies basses suite à un faux mouvement

Objectifs de formation :

- Savoir faire du conseil en pharmacie (reconnaître des « red flags » dans les lombalgies)
- Savoir conseiller une prise d'antalgiques
- Donner des consignes claires au patient pour une éventuelle consultation (si nécessaire consultation Medgate)
- Informer correctement le médecin, se faire conseiller pour le patient
- Savoir référer au médecin en synthétisant un cas, si requis

7.5 Modèle 2 : situations d'urgence

Cadre IPC : Situations d'urgence, patient capable ou incapable de décisions, équipe / structure de soins IPC préexistante

Objectifs de formation :

- Communiquer et collaborer efficacement avec les autres professionnels de l'équipe (teamwork, importance du langage)
- Appréhender et intégrer les formes d'interactions formelles et informelles, y compris les potentiels de conflits
- Prendre le leadership du traitement de manière situationnelle
- Définir les gestes fondamentaux pour la survie du patient (sécurité des soins aussi à distance et surcharge de travail)

7.5.1 Module 2a :

Trajectoire du patient : Évolution critique d'un état de santé

Scenario : Patiente obstétrique en maternité ; péjoration des paramètres vitaux après l'accouchement (p.ex. atonie utérine, saignements importants).

Objectifs de formation :

- Confrontation avec des directives et protocoles de soins
- Transmission d'informations professionnelles pertinentes
- Prise en charge en urgence, bases de la réanimation

7.5.2 Module 2b :

Trajectoire du patient : Entrée dans le système de soins ; et/ou premier contact

Scenario : Prise en charge post-traumatique Jeune motard AVP (en ville ou en campagne)

Objectifs de formation :

- Connaître les règles d'engagement et de travail d'une équipe SAMU / REGA
- Réanimation en site extra-hospitalier
- Communication et collaboration avec des professionnels non-sanitaires

7.5.3 Module 2c :

Trajectoire du patient : Évolution critique nocturne d'un patient hospitalisé

Scenario : Patiente de 82 ans, en EMS, tombe en se relevant la nuit, coupure au front et contusions multiples

Objectifs de formation :

- Sécurité des soins
- Formulation d'informations professionnelles pertinentes
- Reconnaître les dangers d'un langage idiomatique (propres à une seule profession)

7.5.4 Module 2d :

Trajectoire du patient : Entrée dans le système de soins suite aggravation subite de l'état de santé

Scenario : Enfant présentant une convulsion fébrile (possible méningite ?) ; demande d'aide de la mère par téléphone au cabinet médical

Objectifs de formation :

- Reconnaître et maîtriser une situation émotionnellement lourde
- Servir de lien / transmission entre l'ambulatoire et l'hospitalier

7.6 Modèle 3 : IPC séquentielle

Cadre IPC : Collaboration interprofessionnelle séquentielle, réseau IP ad hoc selon besoins du patient

Objectifs de formation :

- Maîtriser le langage et les modes de fonctionnement professionnel de chaque profession
- Adapter sa communication au patient (y c prise en compte de la culturalité du patient)
- Adapter sa communication aux autres professions
- Connaître les rôles et compétences des différents intervenants IP du système de soins ambulatoires

7.6.1 Module 3a :

Trajectoire du patient : Retour à domicile avec suivi interprofessionnel

Scenario : Patiente obstétrique après naissance de son premier enfant (év. ne parle pas le français)

Objectifs de formation :

- Maîtriser le langage des autres professions
- Connaître les différents intervenants IP possible dans le suivi médical mère – enfant
- Comprendre l'interface Communication et multiculturalité

7.6.2 Module 3b :

Trajectoire du patient : Retour à domicile avec réhabilitation interprofessionnelle et réinsertion psychosociale

Scenario : Jeune chômeur vivant seul, suite AVP avec traumatisme locomoteur, séquelles psychologiques post-traumatiques

Objectifs de formation :

- Adapter la communication aux (besoins des) autres professions
- Connaître les différents intervenants IP possible dans le système de soins ambulatoires post-traumatique

7.6.3 Module 3c :

Trajectoire du patient : Assurer le suivi des soins pour un patient âgé multimorbide après séjour hospitalier aigu

Scenario : Patient de 90 ans marié, de retour à la maison après traitement d'un traumatisme crânien, suite à une chute due à un diabète mal équilibré ou une insuffisance cardiaque terminale.

Objectifs de formation :

- Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins
- Directives anticipées et impact légaux
- Comment éviter des ré-hospitalisations par une optimisation du réseau interprofessionnel autour du patient

7.6.4 Module 3d :

Trajectoire du patient : Suivi interprofessionnel d'un cas de douleurs chroniques

Scenario : Mère de famille de 35 ans, souffrant depuis plusieurs années de polyarthrite rhumatoïde

Objectifs de formation :

- Acquérir des informations scientifiques interprofessionnelles sur une affection mal connue (du praticien)
- Favoriser et entretenir l'activité IP au profit d'une patiente

7.7 Modèle 4 : patientes et patients polymorbides

Structure IPC : Patient multimorbide, interfaces entre prise en charge ambulatoire et stationnaire, réseau IP ad hoc et / ou institutionnel

Objectifs de formation :

- Définir une vision IP du patient et de ses problèmes de santé
- Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins, tout en maintenant les règles de confidentialité
- Anticiper et formuler les besoins interprofessionnels
- Anticiper le « doctor-shopping »

7.7.1 Module 4a :

Trajectoire du patient : Analyser les problèmes d'un patient âgé multimorbide en cabinet de premier recours

Scenario : Veuve de 83 ans, souffrant de signes de démence / dépression, de cystites récidivantes et de constipation chronique (y compris situation de précarité sociale)

Objectifs de formation :

- Définir une vision IP du patient et de ses problèmes de santé
- Notions de délégation de responsabilités dans les prises en soins ?

NB : dans ce contexte, pourrait également être envisagé le cas d'un patient / une patiente polymorbide, nécessitant des soins à domicile (par ex. suite à une hémiplégie), dont les soins seraient principalement assurés par Spitex en collaboration avec les membres d'une équipe soignante et, le cas échéant, l'intervention de personnes d'autres professions de la santé. Le suivi médical, souvent assuré par un médecin de famille, se fait plutôt de manière ponctuelle (Spitex 3x / semaine, physio- et

ergothérapie selon besoins, visite médicale tous les six mois ou selon besoins, par exemple en cas d'apparition de nouveaux problèmes médicaux ou d'aggravation de l'état du patient). Pour de tels cas, les soins ne sont pas une composante du suivi du traitement médical, mais un facteur important de continuité. En conséquence, le lead pourrait par exemple être assumé par Spitex. L'intervention médicale s'appuyant dans le cas idéal sur l'évaluation et les informations des professionnels des soins infirmiers, qui l'initient.

7.7.2 Module 4b :

Trajectoire du patient : Préparer en IP l'entrée en institution médico-sociale d'un patient âgé multimorbide

Scenario : Patient marié de 77 ans, présentant des signes de démence avec agressivité, difficultés locomotrices suite à des complications de prothèse de la hanche.

Objectifs de formation :

- Anticiper et formuler les besoins interprofessionnels
- Perceptions et attentes de l'entourage, réponse par planification IP (y compris prévention du doctor-shopping)

7.7.3 Module 4c :

Trajectoire du patient : Gérer un cas multimorbide infectieux hors institution

Scenario : Patiente mariée de 67 ans, souffrant de MRSA urinaire

Objectifs de formation :

- Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins
- Par extension, connaître les lois sur les épidémies et la législation relative aux maladies transmissibles

7.8 Modèle 5 : Soins palliatifs

Cadre IPC : Collaboration IP à des soins palliatifs, réseau IP ad hoc et / ou institutionnel

Objectifs de formation :

- Définir le cadre d'accompagnement (y compris légal, éthique, etc.) d'un patient en soins palliatifs
- S'adapter à l'approche de la mort du patient (« end of life » Gespräche)
- Accepter le non soin (directives anticipées)
- Définir et garantir les besoins de confidentialité

7.8.1 Module 5a :

Trajectoire du patient : Patient en cabinet médical

Scenario : Travail en cabinet sur un patient atteint de maladie chronique intraitable s'informant des directives anticipées

Objectifs de formation :

- Accepter le non soin (directives anticipées)
- Garantir la dignité du patient

7.8.2 Module 5b :

Trajectoire du patient : Patient de retour à domicile pour fin de vie (év situation possibilité / souhait de suicide assisté)

Scenario : Patiente cancéreuse en fin de vie, de retour à domicile pour fin de vie ; gestion des soins palliatifs, notamment de la douleur

Objectifs de formation :

- Définir le cadre d'accompagnement (y compris légal, éthique, etc.)

7.8.3 Module 5c :

Trajectoire du patient : Patient en fin de vie devant entrer en institution de soins palliatifs

Scenario : Mère de famille sidéenne en fin de trithérapie ou patiente souffrant d'un cancer du sein en phase terminale

Objectifs de formation :

- S'adapter à l'approche de la mort du patient

7.9 Modèle 6 : Prévention

Cadre IPC : Participation interprofessionnelle à la prévention, dans un cadre ambulatoire (premier recours) et / ou stationnaire

Objectifs de formation :

- Comprendre le mode de décision interprofessionnel en cabinet ou en institution
- Expliquer le rôle et l'importance de l'IP dans la prise de mesures préventives pour un groupe de patients à risque
- Connaître le rôle de la médecine non-conventionnelle dans le maintien de la santé (prévention primaire) pour certains groupes de patients à risque

7.9.1 Module 6a :

Trajectoire du patient : Gestion de groupes de patients à risque d'un cabinet médical

Scenario : Formation d'opinion (Meinungsbildung) sur des thèmes de prévention primaire (vaccins, préparation à la naissance, HIV, tabac, alcool) préparée par l'assistante en formation postgrade

Objectifs de formation :

- Sensibilisation IP à des problèmes médico-sociaux (p.ex. violence domestique)
- Comprendre le mode de décision interprofessionnel en cabinet

7.9.2 Module 6b :

Trajectoire du patient : Entrée dans le système de soins pour contrôle de routine

Scenario : Patient adulte dans le cadre d'un check-up ou prévention primaire (campagne de screening Pharma / FMH / OFSP) ; découverte d'un diabète léger ou surcharge pondérale

Objectifs de formation :

- Communiquer au patient les options de prévention tertiaire

7.9.3 Module 6c :

Trajectoire du patient : Gestion de risques pour les patients d'une institution (prévention secondaire)

Scenario : Mise en place IP d'un concept de prévention des chutes en établissement médico-social

Objectifs de formation :

- Participer à la prise de mesures préventives IP pour un groupe de patients à risque

7.9.4 Module 6d :

Trajectoire du patient : Collaboration à une prévention primaire pour patients à risque

Scenario : Patiente âgée demandant conseil de maintien de santé au sortir d'une consultation de routine chez son médecin de famille.

Objectifs de formation :

- Connaître le rôle de la médecine non-conventionnelle dans le maintien de la santé (prévention primaire) pour certains groupes de patients

7.10 Autres possibilités de modèles

Cadre IPC : Soins palliatifs (selon concept national), nouveaux modèles de soins incluant des pratiques avancées (infirmières, physiothérapeutes, sages-femmes), structure d'imagerie médicale (IPC avec TRM / MTRA)

Objectifs de formation :

- Mettre sur pied une IPC sur la base des rôles professionnels envisagés
- Définir des rôles professionnels possibles sur la base d'IPC envisagée

7.11 Bibliographie

- Cooper H., Carlisle C., Gibbs T., Watkins C. (2001), Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 35(2):228-37.
- Curran V.R., Sharpe D. (2007), A Framework for Integrating Interprofessional Education curriculum in the Health Sciences, *Education for Health*, 20(3): 1-7.
- D'Eon M. (2004), A blueprint for interprofessional learning, *Medical Teacher*, 26(7):604-609.
- Hean S., Craddock D., Hammick M. (2012), Theoretical insights into interprofessional education, *AMEE Guide No 62*: 78-101 and *Medical Teacher*, 34(2):158-160.
- Olenick M., Allen L.R. (2013), Faculty intent to engage in interprofessional education, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6:149-161.
- Pollard K.C. (2008), Non-formal learning and interprofessional collaboration in health and social care: the influence of the quality of staff interaction on student learning about collaborative behaviour in practice placements, *Learning in Health and Social Care*, 7(1):12-26.

8 Conclusions et recommandations

Les membres des différentes professions de la santé apportent tous à leur niveau une contribution essentielle à la qualité des soins dispensés en Suisse. Ils travaillent tous pour le bien des patients et ils coopèrent aussi étroitement que possible entre eux. Dans la réalité pratique, de nombreuses équipes de soins travaillent en effet déjà en mode interprofessionnel, sur la base de compétences acquise pendant la formation postgraduée. Afin que les processus thérapeutiques puissent être optimisés pour le bien du patient, que des erreurs puissent être évitées, et que la pénurie de personnel de santé puisse être atténuée par une collaboration efficace, il faut que les différents groupes professionnels se mettent à temps à mettre en évidence de manière explicite à la fois à leur propre rôle, leurs tâches et leurs responsabilités, et ceux qui reviennent aux autres groupes professionnels.

Les profonds changements intervenus ces dernières années dans la formation et dans la politique de la santé ont entraîné une redéfinition des rôles et des profils professionnels qui n'a pas été sans déstabiliser le monde médical, mais qui, d'un autre côté, a fait surgir des processus novateurs et qui ménage une place plus centrale aux enjeux de l'interprofessionnalité.

Tant les représentant-e-s du corps médical, des pharmaciennes et des pharmaciens que celles et ceux du monde des soins s'entendent pour considérer que la formation de base et la formation postgrade doivent être dorénavant placées sous le sceau de l'interprofessionnalité. Il revient dès lors aux responsables de la formation, au niveau non-universitaire, universitaire et post-universitaire, d'engager un dialogue et de s'entendre sur une appréhension commune des modèles de rôles et des attentes à l'encontre des autres professions de la santé, puis de déterminer quels sont le meilleur moyen et le meilleur moment pour les communiquer et qui est le mieux placé pour le faire. Des conditions-cadre (financières, personnelles, organisationnelles) devraient également être définies pour les hôpitaux et autres institutions de soins stationnaires, qui rendent possibles des pratiques interprofessionnelles centrées sur les besoins des patients.

La plupart des hautes écoles (HES) et des écoles professionnelles supérieures ont ainsi instauré un enseignement interprofessionnel, impliquant les étudiant-e-s des professions dont elles assurent la formation (principalement soignant-e-s, physiothérapeutes, sages-femmes, ergothérapeutes, diététicien-ne-s). Les facultés de médecine commencent à mettre sur pied des modules d'enseignement qui dépassent la seule base volontaire et ponctuelle. Une réflexion fondamentale sur le plan national pourrait soutenir ces efforts faits en vue d'un apprentissage explicite de l'interprofessionnalité au cours de la formation médicale universitaire et aider à mieux répondre aux exigences légales et à la stratégie « Santé 2020 » définie par le Conseil fédéral.

L'intégration au sein d'une équipe IP implique donc non seulement l'acquisition préalable de compétences génériques, mais aussi d'adapter son activité professionnelle (et donc ses compétences spécifiques) conformément à la fonction et au rôle attribué ou assumé au sein du groupe.

Les experts du groupe thématique se sont donc appliqués à définir et à prendre en compte les principales compétences nécessaires au travail interprofessionnel, en les répartissant au sein des différents modèles de soins et modules IPC.

Ceux-ci ont été ciblés sur les niveaux de formation bachelor / master pour les étudiant-e-s en médecine, et sur le niveau bachelor pour les filières des hautes écoles spécialisées, respectivement le niveau de diplôme professionnalisant pour les filières ES correspondantes.

C'est pourquoi les responsables de la formation devraient commencer par mener des échanges nationaux et régionaux approfondis pour déterminer les contenus d'enseignement interprofessionnel dont l'apprentissage peut être mis en commun et qui pourraient, par exemple, être enseignés dans des modules interprofessionnels. La meilleure coordination entre filières de formation des différentes professions de la santé devrait constituer un élément central d'une telle démarche.

Le concept proposé par le groupe thématique est basé sur une vision élargie de l'interprofessionnalité en Suisse, qui inclut l'évolution probable des modèles de soins, et par conséquent de l'IPC respectivement, de manière parallèle, de l'IPE.

Les experts recommandent donc à la plateforme « Avenir de la formation médicale » de

- Soutenir toutes les initiatives des facultés de médecine visant à une **introduction rapide d'un enseignement interprofessionnel** en collaboration avec les responsables de la formation des autres professions de la santé.
- Organiser dans les prochains mois une **conférence nationale au sujet de l'IPE / IPC**, présentant le présent rapport et le concept développé par le groupe thématique, ainsi que les possibles suites à lui donner,
- **Mandater un nouveau groupe thématique de la Plateforme « Avenir de la formation médicale » pour le développement d'un concept « Interprofessionnalité en formation post-graduée et continue ».**

À l'intention du « Dialogue de la Politique nationale de Santé » (Dialog Nationale Gesundheitspolitik), les experts du groupe thématique recommandent également de:

- **Mandater un groupe de travail élargi pour l'élaboration d'un concept IPE / IPC basé sur ce rapport, qui prenne en compte toutes les professions de la santé.**

En tant que vision à long terme, le groupe thématique pourrait envisager :

- **Un « livre blanc » national sur l'interprofessionnalité dans la formation de base, post-graduée et continue, ainsi qu'en exercice professionnel quotidien**, incluant notamment des éléments de politique de la santé, de politique professionnelle et de méthodologie de formation.
- **Un soutien aux innovations et à la recherche** en matière d'IPE / IPC.

Liebefeld, le 28 octobre 2013

9 Liste des annexes

Annexe 1: Mandat Themengruppe Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

Annexe 2: Organigramme et fonctions des groupes impliqués dans le concept IP de la plate-forme

Annexe 3: Portfolio général « Introduction à l'IP en médecine » - matrice de compétences

Annexe 4: Dossier modèle 1

Annexe 5: Dossier modèle 2

Annexe 6: Dossier modèle 3

Annexe 7: Dossier modèle 4

Annexe 8: Dossier modèle 5

Annexe 9: Dossier modèle 6

Annexe 10: Zusammenfassung IP Lehre (nicht-medizinische Gesundheitsberufen) in der Schweiz
(Stand 10.08.2013)

Annexe 11: Compétences spécifiques pour les professions de la santé

Annexe 1

Annexe 1: Mandat du groupe thématique « Interprofessionnalité »

La plateforme « Avenir de la formation médicale » confie au **groupe thématique « Interprofessionnalité »** le mandat suivant :

Afin que tous les professionnels de la santé puissent répondre aux exigences à venir, notamment dans le cadre des nouveaux modèles de soins, il ne suffit pas de clarifier la question des futures compétences que doivent acquérir les membres des différents groupes professionnels ; ces derniers doivent, en outre, et ce dès leur formation universitaire et postgrade, aborder à la fois leur propre profil et celui des autres professions de la santé. Un groupe de travail de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) préconise cette approche.

Concrètement, le groupe thématique devra identifier les champs d'action et les interfaces entre les filières de formation des différentes professions de la santé, examiner les contenus et compétences clés qui peuvent faire l'objet d'un enseignement commun et qui se prêtent à la création de modules de formation interprofessionnels. Ensuite, il devra mettre au point des ébauches de modules interprofessionnels et élaborer des recommandations à l'attention de la plateforme « Avenir de la formation médicale », dans le but de voir le sujet abordé explicitement dans les filières de formation des professions de la santé et d'arriver à une meilleure coordination entre ces filières.

Les propositions de solutions élaborées par les groupes thématiques feront ensuite l'objet de discussions au sein de la plateforme ; les décisions quant à leur mise en œuvre restant du ressort des organisations partenaires concernées.

Contexte / problématique

- Dans certains domaines de la santé publique, une pénurie de personnel médical est d'ores et déjà prévisible. Cette pénurie peut être atténuée par de nouveaux modèles de collaboration interprofessionnelle affectant à chaque professionnel de la santé la responsabilité des prestations qu'il est le mieux à même de proposer. Il se constitue en même temps de nouvelles interfaces qui doivent être gérées à bon escient.
- Le personnel de la santé est mis à rude épreuve par le nombre croissant de patients multimorbides pour lesquels il est nécessaire de déployer des efforts supplémentaires afin qu'ils continuent de bénéficier d'une prise en charge répondant à leurs besoins. C'est ce qui amène l'OCDE à réclamer une réorientation vers des formes de collaboration plus intégrées. Une telle réorientation implique la nécessité de définir pour toutes les professions de la santé des programmes d'études capables de faire face à l'avenir et placés sous le signe de l'interprofessionnalité.
- La garantie de la qualité et la sécurité des patients, de même que la gestion de la qualité et du risque clinique doivent être abordées au cours de la formation universitaire, de la formation postgrade et de la formation permanente des professions médicales universitaires. Les résultats obtenus dans ces deux domaines dépendront beaucoup de la qualité de la collaboration entre les différentes professions de la santé.
- Il n'y a pas que les pathologies qui deviennent plus complexes. La technique et les connaissances qu'elle requiert ne cessent de progresser. Voilà qui invite à de nouvelles formes de collaboration, mais qui constitue en même temps un défi permanent pour le personnel de santé.
- L'impact croissant des considérations économiques a lui aussi d'ores et déjà profondément transformé le quotidien professionnel et continuera de le faire. En 2012, les forfaits par cas liés aux prestations feront leur entrée en Suisse avec les Swiss DRG, et on peut s'attendre à ce que les prestations jusqu'ici dispensées dans le domaine stationnaire soient transférées dans le domaine ambulatoire, avec les exigences nouvelles qui en découlent pour le personnel de santé.

- Les compétences dont les professionnels ont besoin pour relever ces défis doivent être transmises dès la formation universitaire et la formation postgrade. En Suisse, la mise en œuvre et la propagation d'un modèle de formation médicale à orientation interprofessionnelle, harmonisé avec les formations des autres professions de la santé, se heurtent cependant encore à différents obstacles (résistances, cloisonnements, structures sclérosées, pénurie de ressources, manque de temps et d'argent). La collaboration est certes vécue au quotidien, mais la formation est encore en reste lorsqu'il s'agit d'aborder explicitement le sujet de l'interprofessionnalité, d'en débattre et de l'incarner concrètement dans des concepts communs. C'est pourquoi les responsables de la formation doivent mener des échanges approfondis pour, d'une part, identifier les interfaces qui existent entre les différentes professions de la santé et, d'autre part, déterminer les contenus et compétences dont l'apprentissage peut être mis en commun et qui pourraient par exemple être enseignés dans des modules interprofessionnels.

Tâches et organisation

- Nadine Facchinetti (OFSP) dirige le groupe thématique.
- Pour des questions spécifiques, le groupe thématique peut, avec l'accord de l'OFSP, consulter des spécialistes.
- L'OFSP assume le financement et le soutien administratif.
- Le mandat du groupe thématique prend fin au printemps 2013 et peut, si besoin est, prorogé par la plateforme. Le groupe thématique établit le calendrier de ses travaux.

Décision

- Le groupe thématique élabore des propositions mûres pour une décision qu'il soumet à la plateforme. Celle-ci procédera au vote en vue de son adoption.

Approuvé le 14 septembre 2011 par la plateforme « Avenir de la formation médicale »

Annexe 2

Annexe 2: Organigramme des groupes impliqués dans le concept IP de la plate-forme

Comme le prévoit son mandat, le **groupe restreint** doit être formé en premier lieu de **responsables de la formation** des universités et des hautes écoles spécialisées. Il cible les experts chevronnés, à l'instar des responsables des programmes d'enseignement, des représentants de la direction des études, etc.

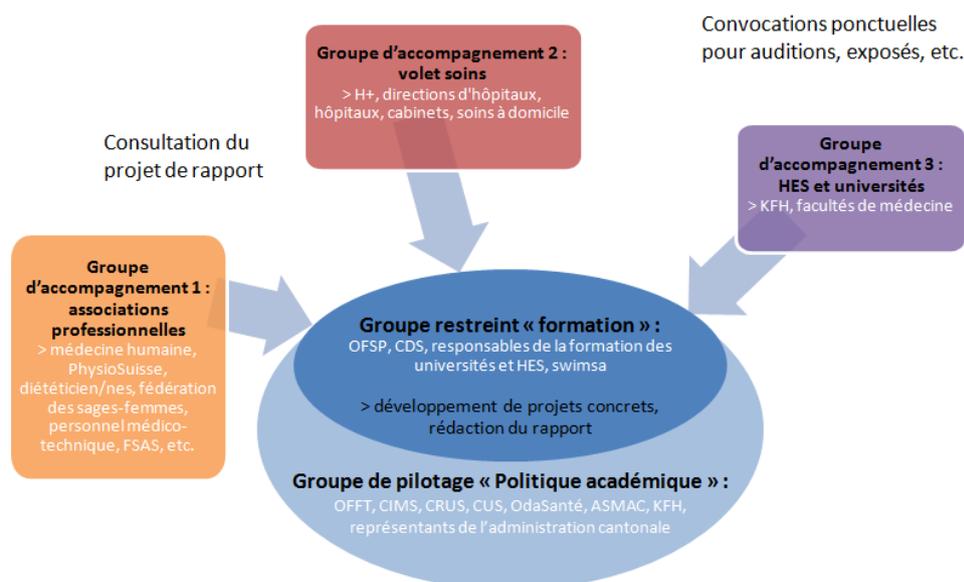
Les **décideurs en matière de politique académique** des organisations compétentes (Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), Commission interfacultés médicales suisse (CIMS), Conférence des recteurs des universités suisses (CRUS), etc.) sont, en tant que **groupe de pilotage**, régulièrement tenus au courant de l'état des travaux et invités, au besoin, à prendre position par écrit. Ils obtiennent en outre la possibilité de s'exprimer au sujet du rapport du groupe thématique dans le cadre de la consultation finale. **Il n'est toutefois pas prévu d'organiser des séances propres au groupe de pilotage.**

Le groupe restreint sera secondé par différents **groupes d'accompagnement**, qui seront conviés ponctuellement. Cette solution permet de préserver l'efficacité du groupe de travail, tout en garantissant à tous les partenaires qu'ils seront entendus. Il est prévu d'inviter séparément chaque groupe d'accompagnement dans son ensemble à une séance du groupe restreint et de convoquer individuellement différents membres de ces groupes en fonction du thème abordé et des besoins (p. ex., exposés). Les membres des groupes d'accompagnement se voient en outre confier des mandats concrets et sont consultés par courrier électronique, en particulier dans le cadre de la consultation portant sur le rapport final. **Il n'est toutefois pas prévu d'organiser des séances propres aux groupes d'accompagnement.**

Illustration 1 : Groupe thématique « Interprofessionnalité » – proposition de structure

Structure du groupe – proposition :

un groupe restreint axé sur la formation, secondé par un groupe de pilotage et des groupes d'accompagnement



Composition du groupe noyau (Kerngruppe) :

- 1) **Nadine Facchinetti (OFSP, direction du groupe)**
- 2) **Olivier Glardon (OFSP, directeur suppléant du groupe)**

- 3) Peter Frey (coordinateur des études de la Faculté de médecine de l'Université de Berne)
- 4) Werner Bauer (président ASSM/ISFM) / Raphael Stolz (membre comité ISFM)
- 5) Marcel Mesnil (PharmaSuisse)
- 6) D^r Monika Brodmann Maeder, responsable de la formation médicale, Hôpital de l'Ile, Berne
- 7) Elisabeth van Gessel, maître d'enseignement et de recherche, Université de Genève
- 8) Rene Schwendimann, collaborateur de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle
- 9) Emanuel Feusi, responsable d'une filière d'études à la Haute école de sciences appliquées de Zurich, Département Santé
- 10) Daniela Schibli (CDS> AG « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours ») en alternance avec Ewa Mariétoz (CDS)
- 11) Philippe Carruzzo, président de la swimsa
- 12) Peter Marbet, directeur Berner Bildungszentrum Pflege

Composition du groupe de pilotage :

- 1) Corina Wirth, représentante du SEFRI
- 2) Simone Hofe, représentante du SEFRI,
- 3) Rainer Weber, représentant de la CMIS
- 4) Kurt Wechsler, représentant de la CUS, de la CRUS ou du Collège des Doyens
- 5) Michèle Graf, représentante de la KFH
- 6) Heinz Frey, représentant de l'OdaSanté,
- 7) Mio Savic, représentant de l'ASMAC,

Groupe d'accompagnement 1 : associations professionnelles

- 1) Marc Müller, représentant de la médecine humaine et la médecine de famille
- 2) Dr. Jürg Nadig, représentant de la médecine humaine dans le secteur hospitalier
- 3) Brigitte Neuhaus, représentante de la Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS)
- 4) Susanne Clauss, représentante de la Fédération suisse des sages-femmes,
- 5) Gabi Fontana, représentante de l'Association suisse des diététicien/nes diplômé/es,
- 6) Bruno Gutknecht, représentant des assistant-e-s médicaux / médicales SVA
- 7) Claudia Galli, représentant des ergothérapeutes

Groupe d'accompagnement 2 : volet soins

- 1) Robert Paul Meier, représentant de H+,
- 2) Rita Ziegler, représentante des hôpitaux (universitaires, privés et cliniques)
- 3) Maja Mylaeus-Renggli, représentant de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile,
- 4) D^r Marc-André Raetzo (Réseau Delta, Genève) ou Philippe Schaller, représentant des cabinets, voir aussi Réseau Rétis avec Pharma
- 5) David Gachoud, CHUV

Groupe d'accompagnement 3 : hautes écoles spécialisées et universités

- 1) Omega Huber, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW
- 2) Klaus Grätz, Medizinische Fakultät Zürich
- 3) Cornelia Oertle, représentante de la KFH,
- 4) Nicole Seiler, représentante de la HES-SO
- 5) Martina Merz-Staerke, Fachhochschule SG
- 6) Theresa Scherer (directrice de la filière d'études Soins infirmiers à la FHS bernoise)
- 7) Ernst Schläpfer, Bildungszentren Gesundheit + Soziales

Expert-e-s convié-e-s à des séances de travail du groupe thématique

Catherine Piguet, Mme Katharina Fierz, Mme Anita Manser

Annexe 3

Portfolio Interprofessionnalité –

Documentation pour la préparation des modèles

Teach the teacher	
Critical points	Éléments principaux auxquels accorder une attention particulière (risques de blocages, difficultés de compréhension, manque de compétences préliminaires, etc) But général et objectifs spécifiques : <ul style="list-style-type: none">• Niveau du savoir• Niveau du savoir-faire• Niveau de l'être
Bibliographie	Liste de documents correspondant au modèle et à la préparation des modules
Questions-clé	Liste de questions concernant le modèle permettant de guider la préparation des modules (accompagnement des étudiants, des tuteurs, etc)
Hot-spot	Sujets généraux d'interprofessionnalité, mais qui peuvent être corrélés avec le modèle (à envisager sous forme de travail de groupe ou de conférence introductive)
Forum = Prise de contact entre participants (ouverture du séminaire)	La prise de contact peut être proposée sous forme de forum interactif (avec recherche de réponses à des questions, la formation / profession de chaque participante / participant étant indiquée par un badge de couleur), de jeu de rôle genre « speed dating », de bourse aux métiers pour la constitution d'équipes IPC, d'ateliers conduits par des facilitateurs, de recherche individuelle ou en groupe de documentation factuelle sur un module (internet, documents dans les salles de travail) ou tout autre moyen interactif d'entrer en contact et de dialoguer de manière interprofessionnelle.
Prerequisites students	
Connaissances, compétences	Liste de connaissances / expériences pratiques utiles / nécessaires pour le suivi du modèle
Bibliographie, documentation préliminaire	Liste des documents à lire avant le séminaire interprofessionnel

Distribution des rôles pour les modules	Dans certains cas, les étudiants en médecine devront assumer des rôles d'autres professions (manque d'autres professions participantes, meilleure compréhension interprofessionnelle, etc). Une documentation sur le profil professionnel concerné leur est fournie
Evaluation	
Connaissances, compétences des participants	Travail de validation sur un des modules (en groupe ou individuel)
Objectifs IP généraux	Évaluation suite à une définition préalable d'indicateurs, liés aux modèles et aux modules choisis. Envisager des indicateurs communs entre certaines facultés (benchmarking)
Objectifs du séminaire et des modules	Évaluation globale du week-end ou du séminaire, si possible sous forme d'évaluation 360o (par les formateurs, par les étudiants, par les facilitateurs et autres participants (patients, patients simulés, etc)

Portfolio Interprofessionnalité –

Exemple de documentation pour la préparation des modules*

Teach the teacher	
Critical points	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le patient en charge (premier recours, entrée système de soins), identifier ses besoins • Reconnaître la gravité d'une situation et savoir référer
Bibliographie	<ul style="list-style-type: none"> • Chan B. et al. (2010), Finding common ground ? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals, <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 22(6):519-24. • Hay A.D., Gorst C., Montgomery A., Peters T.J., Fahey T. (2007), Validation of a clinical rule to predict complications of acute cough in preschool children: a prospective study in primary care, <i>British Journal of General Practice</i>, 57:530-537.
Questions-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Comment communiquer, expliquer et informer la famille du patient la nécessité d'une consultation chez un spécialiste
Hot-spot	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer clairement avec assistante médicale (écrit et oral) pour préparer le dossier à l'intention du spécialiste
Prerequisites students	
Connaissances, compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de connaissance médicales particulières • Pas de compétences particulières
Bibliographie, documentation préliminaire	<ul style="list-style-type: none"> • Kreienbühl S. (2012), Ich wollte einfach mehr wissen, <i>Care Management</i>, 5(3) :6-7. • Schalch E. (2011), Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin ?, <i>SÄZ</i>, 92(43):1665-67. • Spirig R. (2012), Nurse practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin – oder Best Practice für Patienten ?, <i>SÄZ</i>, 93(8):295-97. • Okie S. (012), The Evolving Primary Care Physician, <i>New England Journal of Medicine</i>, 360(20):1849-53. • Zaroni U. (2011), Das FUTURO-Betreuungsprogramm:DIE Lösung, <i>PrimaryCare</i>, 11(1):7-8. • ZHAW Dokumentation –CAS in Pädiatrischer Pflege (Nov. 2012)
Distribution des rôles pour les modules	À définir en relation avec liste des participants

*exemple Modèle 1 – module 1 (premier recours, enfant)

Répartition des *CanMEDS Roles* et des *Key competencies* entre les modèles / modules

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	SCLO competencies / ME The physician is able to...	
		1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	6	6		6
Medical Expert	Functions effectively as consultant -> patient-centered medical care <i>Integrate all the CanMEDS-FM roles in order to function effectively as generalists</i>	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	... elicit a relevant, concise and accurate history from the patient and other sources ... conduct an effective physical examination
	Maintains appropriate clinical knowledge <i>Establish and maintain clinical knowledge, skills and attitudes required to meet the needs of the practice and patient population served</i>																						...analyze and interpret data to establish a differential and a working diagnosis and construct a management plan ... carry out under supervision relevant procedures and organize further investigations ... demonstrate appropriate medical data and information management
	Performs assessment to his/her practice <i>Demonstrate proficient assessment and management of patients using the patient-centered clinical method</i>																						... deliver good quality medical care and ensure patient safety ... demonstrate safe prescribing
	<i>Provide comprehensive and continuing care throughout the life cycle incorporating preventive,</i>																						... foster infection control ... promote health of patients and the community

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / COM The physician is able to...
Communicator	Develops relationship with patients and families <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i>																						... develop rapport, trust, and ethical therapeutic relationships with patients and families
	Elicits and synthesizes info of patients and other professionals <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families, colleagues and other professionals</i>																						... accurately elicit and synthesize relevant information and perspectives of patients and families, colleagues, and other professionals
	Convey information to patients and other professionals <i>Accurately convey needed information and explanations to patients and families, colleagues and other professionals</i>																						... accurately convey relevant information and explanations to patients and families, colleagues and other professionals and foster the development of a common understanding on issues, problems and plans to develop a shared plan of care
	Develops common understanding on problems with patients and other professionals																						... convey effective oral and written information about a medical encounter

	<p><i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i></p>		Yellow		Grey	Grey	Grey	Grey		Yellow	Yellow		Grey	Yellow	Grey		Yellow		Grey	Grey	Grey	Grey	
	<p>Convey effective information about a medical encounter <i>Convey effective oral and written information</i></p>				Grey	Grey	Orange	Grey		Yellow			Grey	Grey	Yellow				Grey	Grey	Grey	Grey	<p>CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 21 general objectives for the communicator</p>

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / COLL
Collaborator	Participates in an interprofessional healthcare team <i>Participate in a collaborative team-based model and with consulting health professionals in the care of patients</i>	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to...
	Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts <i>Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team members, and community agencies</i>																						... contribute effectively to other interdisciplinary team activities
	<i>Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care</i>																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 12 general objectives for the collaborator

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / MAN The physician is able to...
Manager	Participates to contribute to the effectiveness of healthcare organizations <i>Participate in activities that contribute to the effectiveness of their own practice, healthcare organizations and systems</i>																						... utilize personal time and resources effectively in order to balance patient care, learning needs, and private activities outside the workplace, and to protect her/his own health ... use effectively under supervision finite healthcare resources, while acting in the best interest of the patient
	Manages practice and career effectively																						... work effectively and efficiently in a healthcare organization
	Allocates <i>finite</i> healthcare resources appropriately																						... effectively utilize information technology for patient care, self-learning and other activities ... assure and improve the quality of care and patient safety
	<i>Serve in administration and leadership roles, as appropriate</i>																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 18 general objectives for the manager

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / HA
		1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to...
Health advocate	Responds to individual patients <i>health needs and issues as part of patient care</i>																						... identify the important determinants of health that affect individual and population health, so as to have basic abilities to contribute to improving individual and societal health in Switzerland
	Responds to health needs of the community <i>that they serve</i>																						... recognize issues, settings, circumstances, or situations which require advocacy on behalf of patients, professions, or society
	Identifies the determinants of health of the population / <i>within their communities</i>																						
	Promotes the health of <i>individual patients, communities and populations</i>																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 7 general objectives for the health advocate

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / SCHO
Scholar	Performs ongoing learning <i>Maintain and enhance professional activities through ongoing self-directed learning based on reflective practice</i>	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to... ... develop, implement, and document a personal continuing education strategy
	Critically evaluates information and applies this to practice decisions <i>Critically evaluate medical information, its sources, and its relevance to their practice, and apply this information to practice decisions</i>																						... apply basic principles of critical appraisal to sources of medical information. This involves developing scientific curiosity and use of scientific evidence in clinical decision making
	Facilitates the learning of patients, families, and other collaborators <i>Facilitate the education of patients, families, trainees, other health professional colleagues, and the public, as appropriate</i>																						... facilitate the learning of patients, students and other health professionals ... contribute to the development, dissemination, and translation of new knowledge and practices
	Contributes to the creation, dissemination application and translation of new knowledge and practices																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 15 general objectives for the scholar

CanMEDS Role	Key competencies <i>Family Medicine Key competencies</i>	M 1	M 1	M 1	M 2	M 2	M 2	M 2	M 3	M 3	M 3	M 3	M 4	M 4	M 4	M 5	M 5	M 5	M 6	M 6	M 6	M 6	SCLO competencies / PROF
Professional	Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through ethical practice	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	The physician is able to...
	Idem, through <i>participation in</i> profession-led regulation																						... deliver under supervision high quality care, exhibiting appropriate personal and interpersonal professional behavior
	Demonstrate a commitment to physician health and sustainable practice																						CAVEAT: Under these competencies identified, one finds 23 general objectives for the professional
	<i>Demonstrate a commitment to reflective practice</i>																						

Keys competencies = CanMed general / family doctor

Concerne les médecins

Concerne d'autres professions

Cadre pour la programmation des séminaires (exemple sur un week-end)

Premier jour

08 :30 – 09 :00 Come together
09 :00 – 09 :15 Salutations, introduction
09 :15 – 10 :00 Introduction à l'interprofessionnalité (théorie IP)
10 :00 – 10 :45 Présentation du modèle et des modules A et B (ou A et A')
10 :45 – 11 :45 Forum
11 :45 – 12 :15 Mise en place du module A

12 :15 – 13 :30 Lunch

13 :30 – 15 :00 Module A
15 :00 – 15 :30 Pause
15 :30 – 16 :15 Debriefing Module A en groupe avec tuteurs
16 :15 – 17 :00 Discussion générale
17 :00 Fin du premier jour de séminaire

Deuxième jour

08 :30 – 09 :00 Come together
09 :00 – 09 :15 Salutations, introduction, questions sur le premier jour
09 :15 – 10 :00 Introduction à l'interprofessionnalité (théorie IP) ou conférence Hot-spot
10 :00 – 10 :45 Présentation du modèle et des modules A et B (ou A et A')
10 :45 – 11 :45 Forum
11 :45 – 12 :15 Mise en place du module B

12 :15 – 13 :30 Lunch

13 :30 – 15 :00 Module B
15 :00 – 15 :30 Pause
15 :30 – 16 :15 Debriefing Module B en groupe avec tuteurs
16 :15 – 17 :00 Discussion générale
17 :00 Fin du séminaire

Thèmes possibles d'introduction à l'interprofessionnalité

1. Wahrnehmung einer Situation
2. Assurer le leadership en collaboration
3. Rollenklärung, Rollenverständnis, Rollenschaffung
4. Reconnaissance de l'équivalence des professions collaborantes
5. Collaborative practice – interprofessionnal learning : effets validés sur la qualité de l'apprentissage et la qualité des soins
6. Gruppendynamik, travail en équipe: Stärken und Problemen
7. Core competencies – Kompetenzprofile
8. Résolution de conflits au sein d'une équipe interprofessionnelle
9. Relation entre Compétences et Entrustable Professional Activities

Annexe 4

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 1 (Cabinet généraliste)

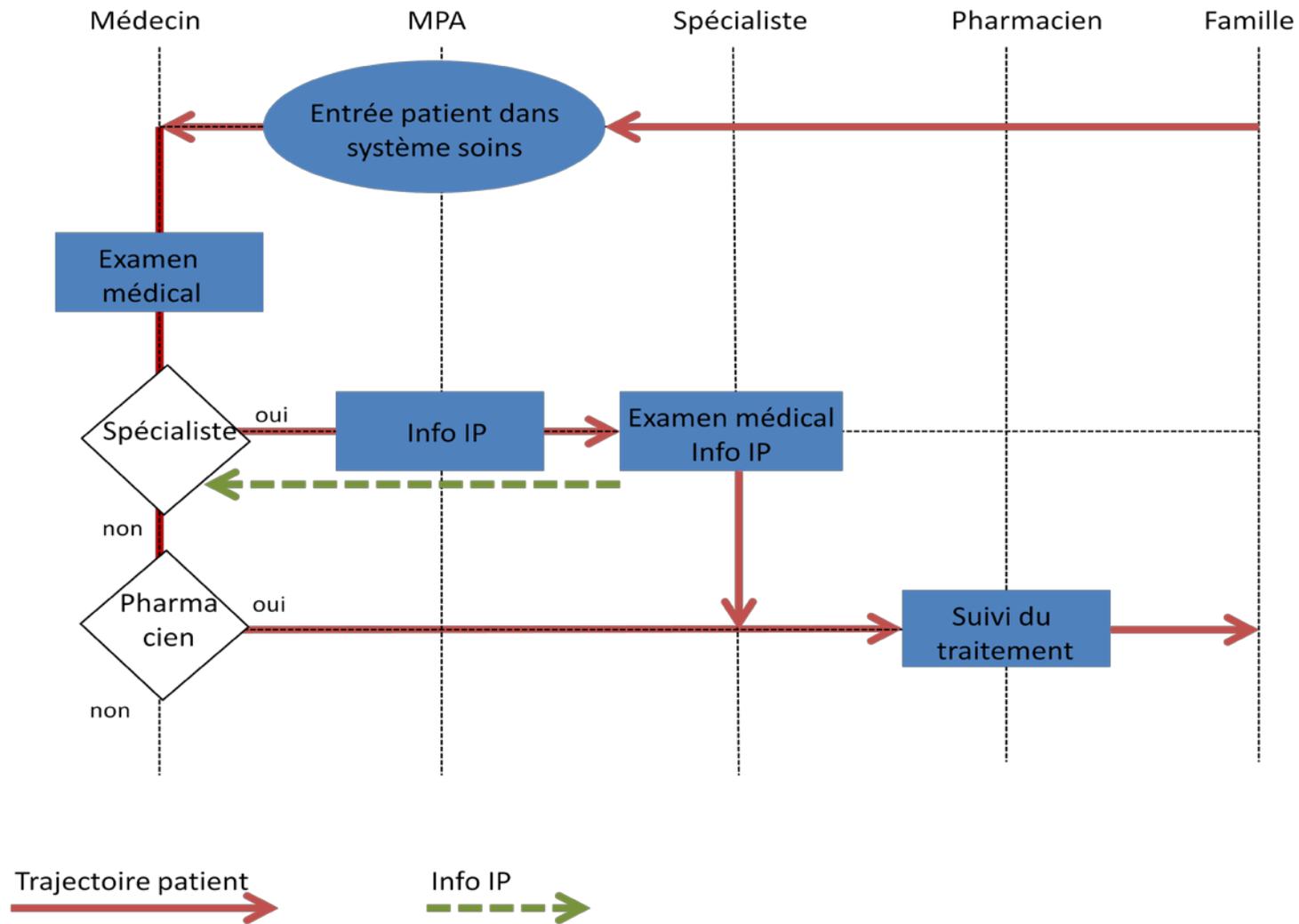
Modèle 1	Module Cabinet-Cas1	Module Cabinet-Cas2	Module Cabinet-Cas3
Objectifs de formation du Modèle 1 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en évidence les visions et les représentations des professions impliquées ○ Appréhender et intégrer les formes d'interactions formelles et informelles, y compris les potentiels de conflits ○ Développer des stratégies de collaboration interprofessionnelle ○ Évaluer si le modèle peut être appliqué en cabinet médical individuel 			
Trajectoire du patient	Entrée dans le système de soins ; et/ou premier contact	Entrée dans le système de soins ; et/ou premier contact Peut aussi être un cas de suivi en consultation ambulatoire	Pharmacie : 1 ^{er} contact
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Patient pédiatrique en cabinet individuel ; arrive avec sa mère pour un écoulement nasal de 2 jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient urologique âgé (>80), vient accompagné de sa femme car démence débutante ; cas d'infection urinaire simple 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient sportif en BSH, présente des lombalgies basses suite à un faux mouvement
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, médecin consultant/spécialiste, famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, pharmacien, famille, infirmières de soins à domicile, ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacien + assistante pharmacie ; Médecin et assistante médicale
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacien + cabinet médical + physio
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacien

Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – médecin • Patiente – assistante médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient / famille – généraliste • Patient / famille – assistante médicale • Généraliste – infirmière de soins à domicile • Généraliste – ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – pharmacien / assistante en pharmacie • Pharmacien – assistante médicale • Pharmacien – généraliste • Patient – ergothérapeute
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur • Collaborateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicateur • Collaborateur • Manager • Health Advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert* • Communicateur* • Professionnel* <p>* = pour le pharmacien</p>
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Integrate all the CanMEDS-FM roles in order to function effectively as generalists</i> • <i>Provide coordination of the patient care including collaboration and consultation with other health professionals and caregivers</i> • <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families, colleagues and other professionals</i> • <i>Participate in a collaborative team-based model and with consulting health professionals in the care of patients</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • <i>Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care</i> • <i>Allocates finite healthcare resources appropriately</i> • <i>Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Functions effectively as consultant → > patient-centered pharmaceutical care • Seeks consultation from other health professionals (own limits) • Convey info to patients and other professionals • Demonstrates commitment to patients, profession, society through ethical practice
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le patient en charge (premier recours, entrée système de soins), identifier ses besoins • Reconnaître la gravité d'une situation et savoir référer • Communiquer clairement avec un autre professionnel (écrit et oral) • Communiquer, expliquer et informer 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir initier une démarche organisationnelle à l'équipe • Connaître les règles de prescription médicale • Discuter et expliquer un médicament, ses effets et contre-indications • Initier une organisation des soins à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir faire du conseil en pharmacie (reconnaître des « red flags » dans les lombalgies) • Savoir conseiller une prise d'antalgiques • Donner des consignes claires au patient pour une éventuelle consultation (si nécessaire consultation Medgate)

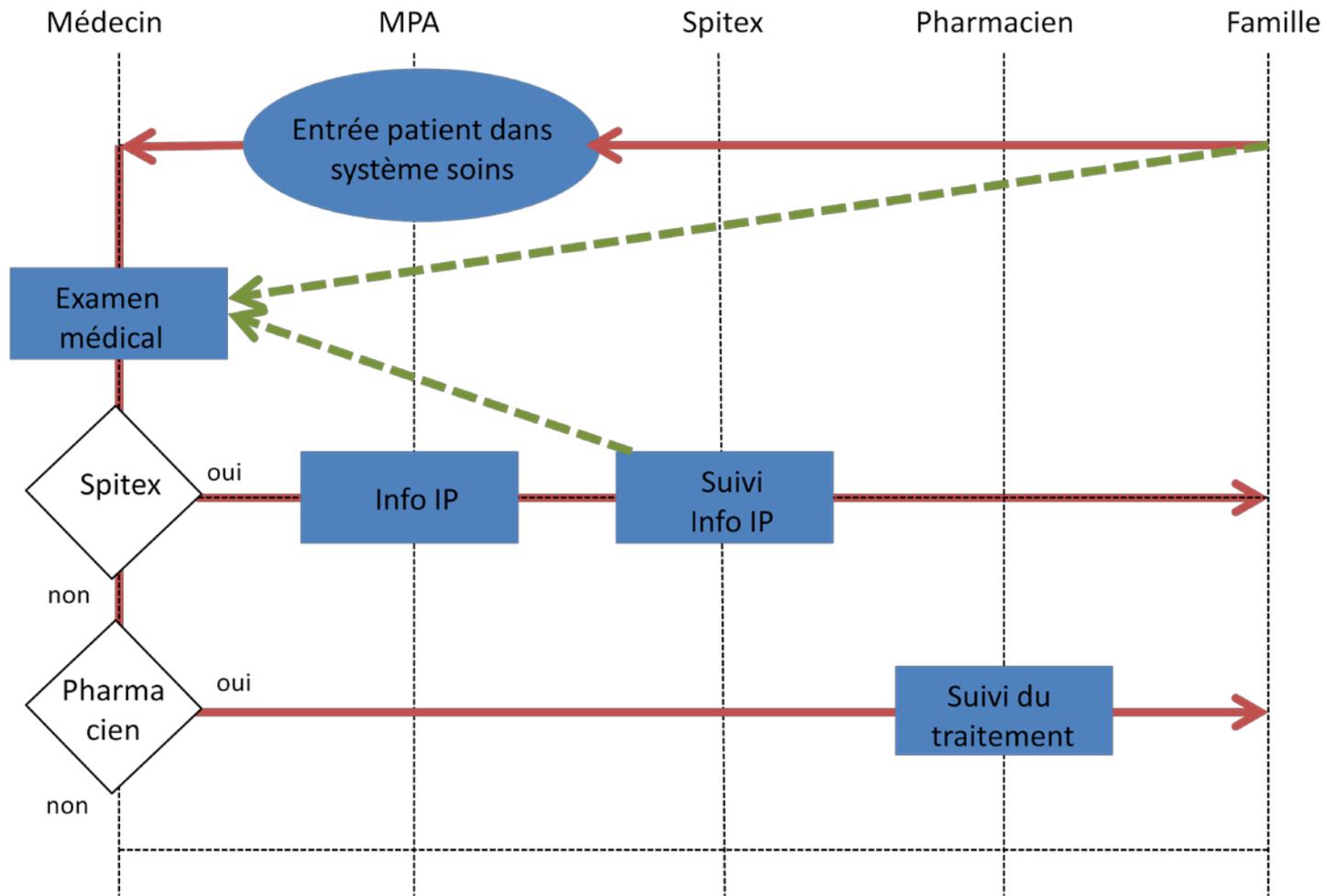
	<ul style="list-style-type: none"> le patient et sa famille Traiter des documents admin. et médicaux (dossier, facturation) 	<ul style="list-style-type: none"> Transmettre une information pertinente aux collaborateurs dans ce contexte Informations avant sortie du patient : comment réagir en cas de complications, prochain rdv 	<ul style="list-style-type: none"> Informier correctement le médecin, se faire conseiller pour le patient Savoir référer au médecin en synthétisant un cas, si requis
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> Le dossier médical et les informations importantes Le résumé d'un cas pour une communication professionnelle Les factures via les points tarmed ?? 	<ul style="list-style-type: none"> Une prescription (selon les règles de l'art) Si les besoins d'aide ont été identifiés auprès d'autres professionnels de la santé La démarche organisationnelle : p.ex. contrôle agendé 	<ul style="list-style-type: none"> Communication et information au patient Communication et information au médecin/professionnel de santé autre
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 5^{ème} – 6^{ème} année (CAVE : = médicalement difficile) 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} – 4^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère} – 2^{ème} année Bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> 2^{ème} – 3^{ème} année Bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère} – 2^{ème} année Bachelor
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Mise en situation de communication, filmée (type station ECOS) + Feed-back Utilisation du dossier patient informatisé 	<ul style="list-style-type: none"> Jeux de rôle oral (tel) Travail en groupe (écriture de prescription) Utilisation de document divers (ordonnances, demandes de soins, communication...) 	<ul style="list-style-type: none"> Jeux de rôle oral (tel) Mise en situation de communication, filmée (type station ECOS) + Feed-back
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> Extrait de dossier médical Recherche informatique selon eb-médecine Brèves directives organisationnelles (cf livre blanc du cabinet) 	<ul style="list-style-type: none"> Extrait de dossier médical Accès à des informations sur infections urinaires simples / compliquées 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de dossier médical Connaissance des « red flags » Savoir comment obtenir des informations (p. ex up-to-date)
Exemple de références bibliographiques	<ul style="list-style-type: none"> Kreienbühl S. (2012), Ich wollte einfach mehr wissen, Care Management, 5(3) :6-7. Okie S. (2012), The Evolving Primary Care Physician, N Engl J Med, 366(20):1849-1853 Weber H., Langewitz W. (2011), Basler 	<ul style="list-style-type: none"> Schalch E. (2011), Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin ?, SÄZ, 92(43):1665-67. Spirig R. (2012), Nurse practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin oder Best Practice für Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> Niquille Charrière A., Ruggli M., Buchmann M., Jordan D., Bugnon O. (2012), Die Auswirkung der Qualitätszirkel Ärzte – Apotheker auf die Medikamentenverschreibungen von 1999 bis 2010, PrimaryCare, 12(2):27-28.

	<p>Visitenstandard – Chance für eine Gelingende Interaktionstriade patient – Arzt – Pflegefachperson, Psychother Psych Med, 61:193-95.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hay A., Gorst C., Montgomery A., Peters T., Fahey T. (2007), Validation of a clinical rule to predict complications of acute cough in preschool children, British Journal of General Practice, 57:530-537.	<p>?, SÄZ, 93(8):295-295.</p> <ul style="list-style-type: none">• Zaroni U. (2011), Das FUTURO-Betreuungsprogramm: DIE Lösung, PrimaryCare, 11(1):7-8.	
--	---	--	--

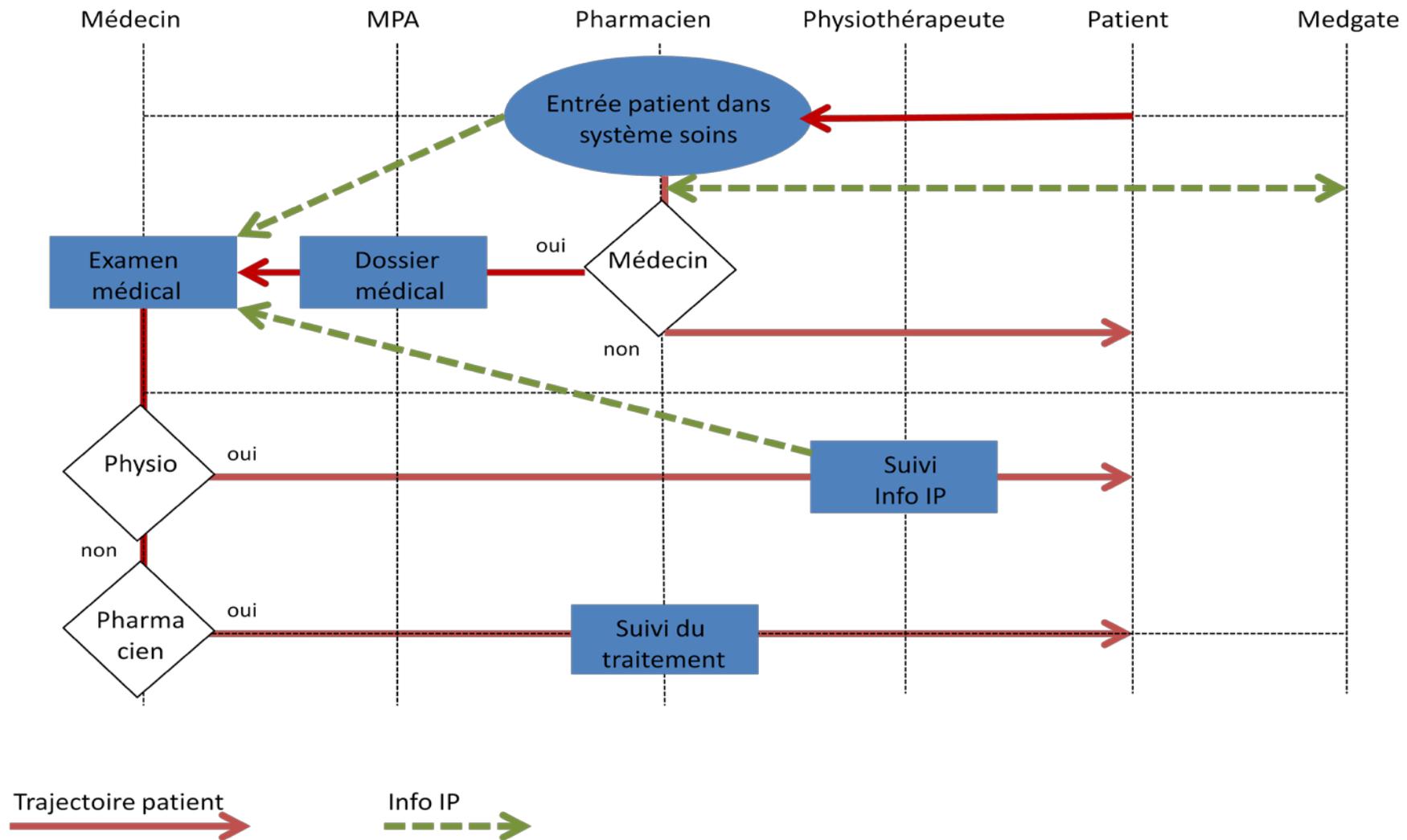
Trajet patient / dossier – Modèle 1 / Module 1



Trajet patient / dossier – Modèle 1 / Module 2



Trajet patient / dossier – Modèle 1 / Module 3



Annexe 5

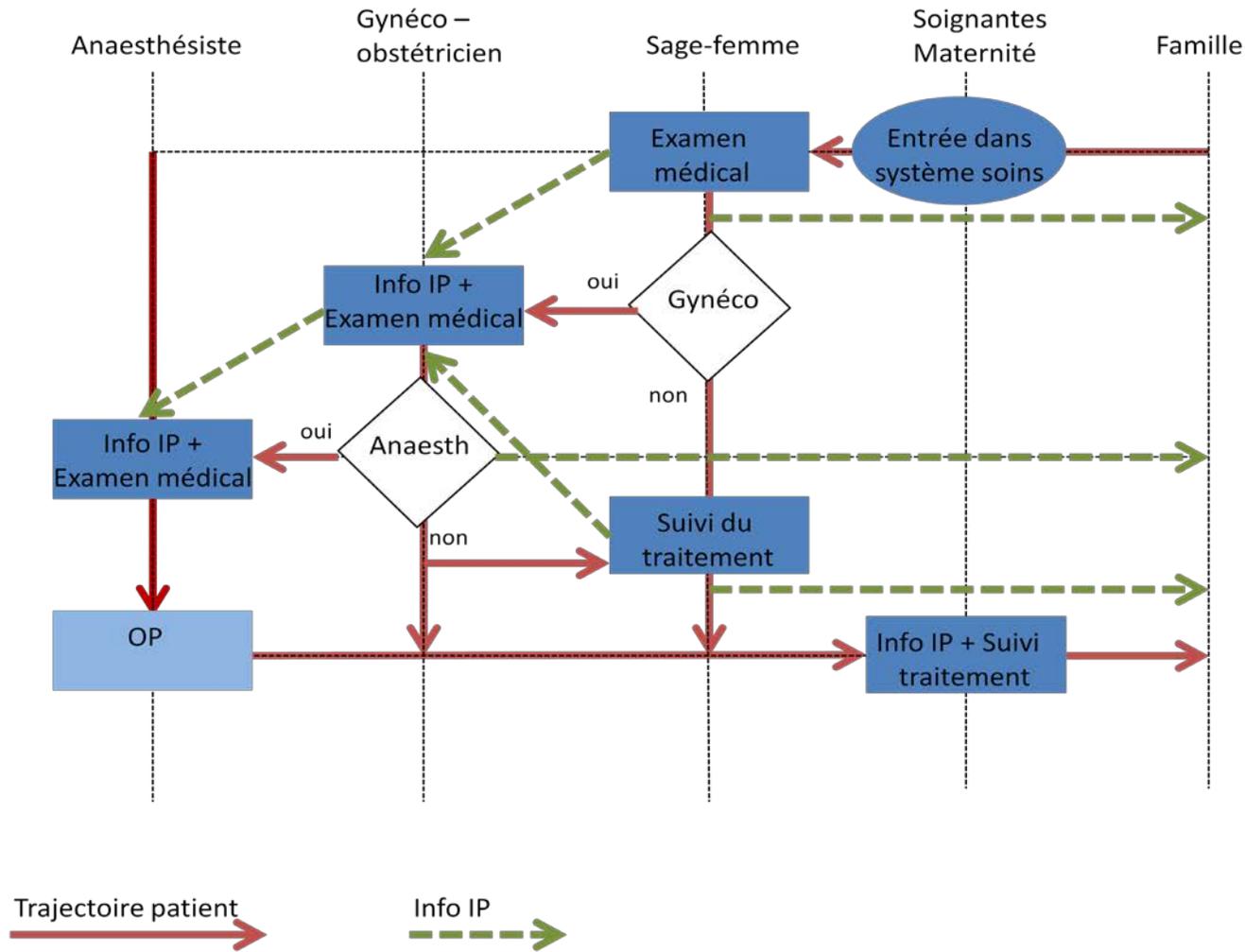
Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 2 (Situation d'urgence)

Modèle 2	Module Urgence-Cas1	Module Urgence-Cas2	Module Urgence-Cas3	Module Urgence-Cas4
Objectifs de formation du Modèle 2 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Communiquer et collaborer efficacement avec les autres professionnels de l'équipe (teamwork, importance du langage) ○ Appréhender et intégrer les formes d'interactions formelles et informelles, y compris les potentiels de conflits ○ Prendre le leadership du traitement de manière situationnelle ○ Définir les gestes fondamentaux pour la survie du patient (sécurité des soins aussi à distance et surcharge de travail) 				
Trajectoire du patient	Évolution critique d'un état de santé	Entrée dans le système de soins ; et/ou premier contact Prise en charge post-traumatique	Évolution critique nocturne d'un patient hospitalisé	Entrée dans le système de soins suite aggravation subite de l'état de santé
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente obstétrique en maternité ; péjoration des paramètres vitaux après l'accouchement (p.ex. atonie utérine, saignements importants). 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune motard AVP (en ville ou en campagne) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente de 82 ans, en EMS, tombe en se relevant la nuit, coupure au front et contusions multiples 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant présentant une convulsion fébrile (possible méningite ?) ; demande d'aide de la mère par téléphone au cabinet médical
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme, Gynécologue/obstétricien, Méd. anesthésiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin urgentiste, ambulancier, infirmière spécialisée en soins intensifs, hôpital le plus proche 	<ul style="list-style-type: none"> • Soignante de garde, assistante de garde, chirurgien de piquet, famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Pédiatre de garde, assistante médicale, infirmière spécialisée en soins d'urgence, médecin urgentiste hospitalier
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Team maternité 	<ul style="list-style-type: none"> • Team SAMU ou héli 	<ul style="list-style-type: none"> • Team garde hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • Team d'urgence pédiatrique ou cabinet pédiatrique de premier recours
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (médecin SAMU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (soignante de garde), réactif (médecin de garde) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (pédiatre de garde ou assistante médicale)

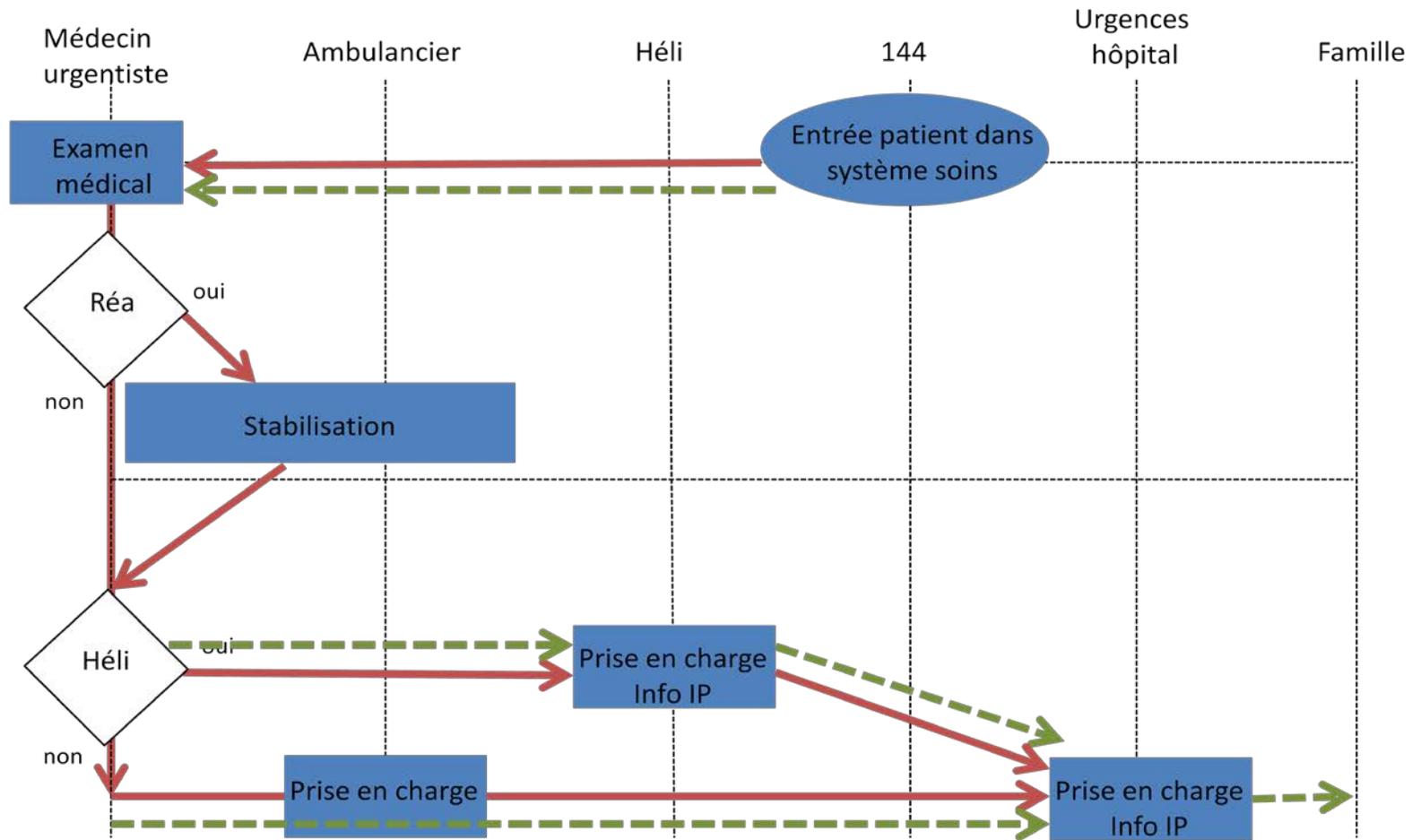
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme, puis gynécologue 	<ul style="list-style-type: none"> • Situationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Soignante de garde, év. médecin consultant (pas sur place) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pédiatre
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – maternité • Famille (père) – maternité • Sage-femme – gynécologue • Gynécologue / sage-femme – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU routier – hôpital • SAMU routier – héli 	<ul style="list-style-type: none"> • Institution – chirurgien de piquet • Institution – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet pédiatrique de premier recours – hôpital • Service d'urgence – soins intensifs • Parents – service de garde
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur • Collaborateur • Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Collaborateur 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur • Collaborateur • Health advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicateur
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Uses medical interventions effectively • <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i> • Participates in an interprofessional healthcare team • <i>Critically evaluate medical information, its sources, and its relevance to their practice, and apply this information to practice decisions</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrates appropriate use of skills • Participates in an interprofessional healthcare team 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Provide coordination of the patient care including collaboration and consultation with other health professionals and caregivers</i> • Convey effective information about a medical encounter • Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts • Responds to health needs of the community <i>that they serve</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • <i>Accurately convey needed information and explanations to patients and families, colleagues and other professionals</i>
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontation avec des directives et protocoles de soins • Transmission 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les règles d'engagement et de travail d'une équipe SAMU / REGA 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité des soins • Formulation d'informations professionnelles pertinentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître et maîtriser une situation émotionnellement lourde • Servir de lien /

	<p>d'informations professionnelles pertinentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge en urgence, bases de la réanimation 	<ul style="list-style-type: none"> • Réanimation en site extra-hospitalier • Communication et collaboration avec des professionnels non-sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les dangers d'un langage idiomatique (propres à une seule profession) 	<p>transmission entre l'ambulatoire et l'hospitalier</p>
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> • Positionnement professionnel (rôle) au sein d'une équipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de lead et de subordinations changeantes en cours d'intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation d'informations pertinentes et nécessaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenu des informations à l'établissement hospitalier • Contenu des informations à la famille
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> • 5^{ème} – 6^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3^{ème} bachelor
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Mise en situation filmée + Feed-back (de patientes ?) • Simulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en situation filmée • Jeux de rôle • Simulation sur site 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation en équipe d'une vision commune du patient et de son problème médical • Jeux de rôle par téléphone, visio-conférence 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur les informations à transmettre par oral
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Algorithmes et protocoles de prises en soins d'urgences • ANTS-OTAS (anesthesia non technical skills and observational teamwork assessment for surgery) 	<ul style="list-style-type: none"> • BLS-ATLS • CRM and checklists 	<ul style="list-style-type: none"> • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • À discuter

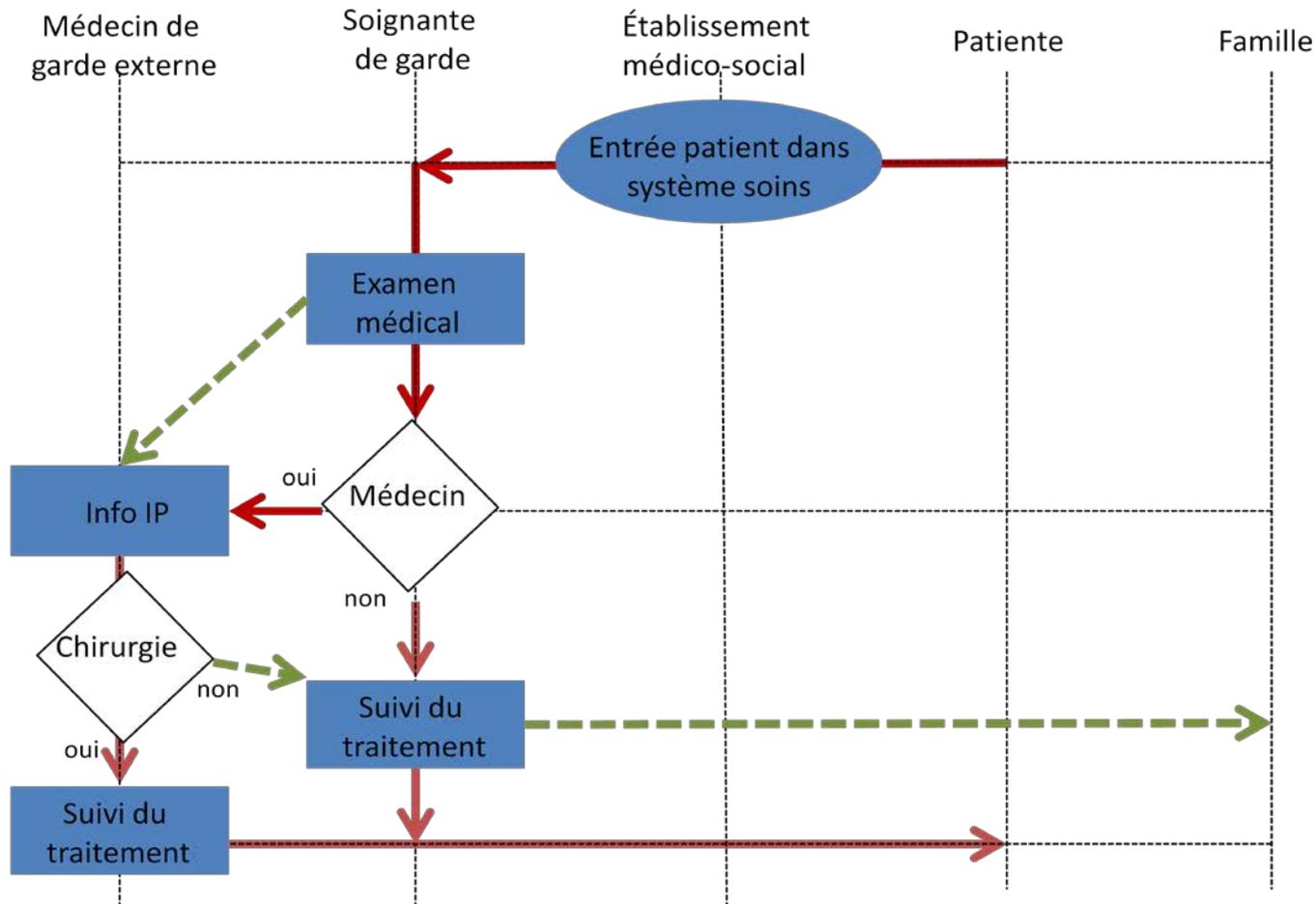
Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 1



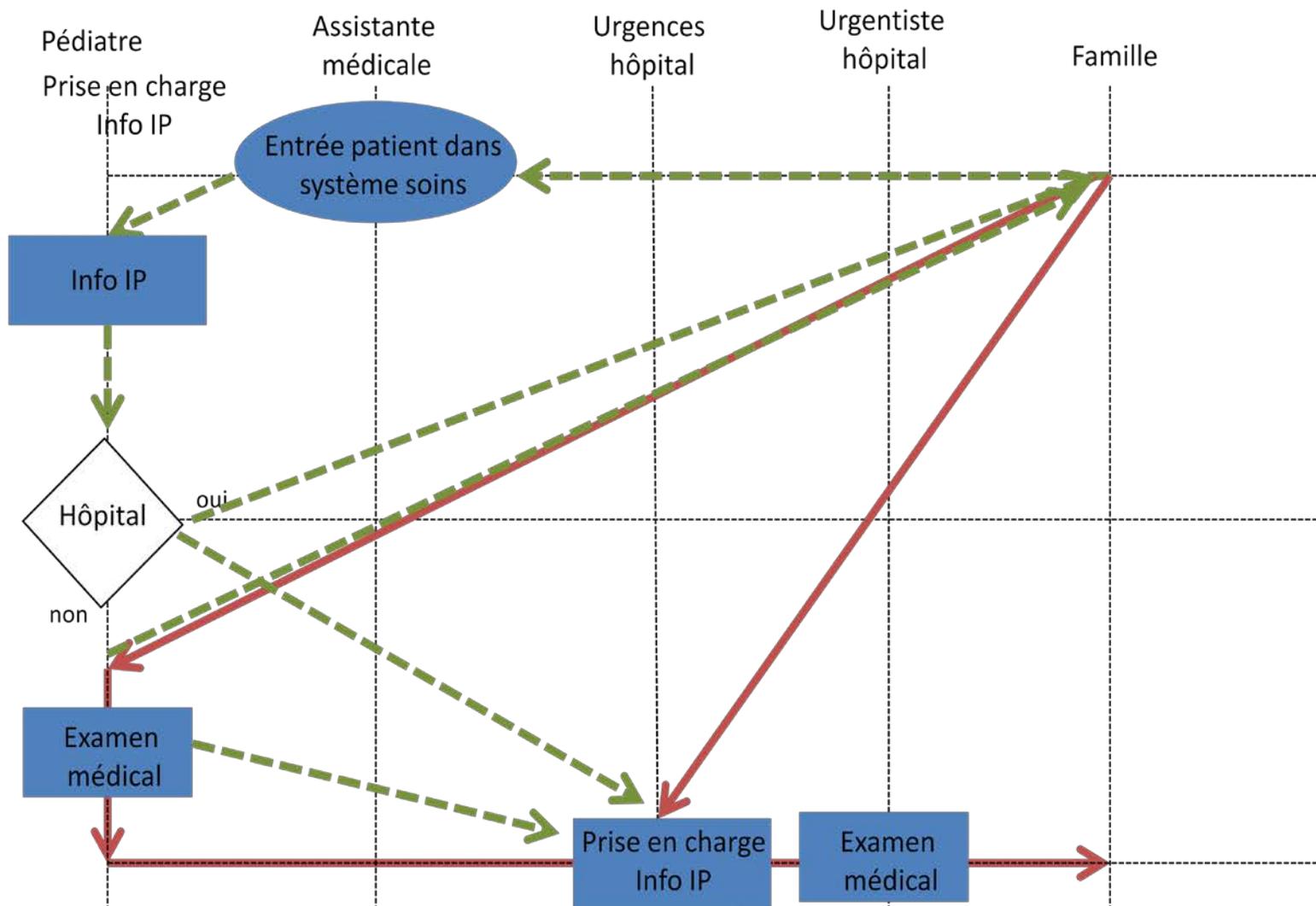
Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 2



Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 3



Trajet patient / dossier – Modèle 2 / Module 4



Annexe 6

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 3 (Suivi séquentiel d'un cas)

Modèle 3	Module séquentiel-Cas1	Module séquentiel-Cas2	Module séquentiel-Cas3	Module Séquentiel-Cas4
Objectifs de formation du Modèle 3 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Maîtriser le langage et les modes de fonctionnement professionnel de chaque profession ○ Adapter sa communication au patient (y c prise en compte de la culturalité du patient) ○ Adapter sa communication aux autres professions ○ Connaître les rôles et compétences des différents intervenants IP du système de soins ambulatoires 				
Trajectoire du patient	Retour à domicile avec suivi interprofessionnel	Retour à domicile avec réhabilitation interprofessionnelle et réinsertion psycho-sociale	Assurer le suivi des soins pour un patient âgé multimorbide après séjour hospitalier aigu	Suivi interprofessionnel d'un cas de douleurs chroniques
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente obstétrique après naissance de son premier enfant (év. ne parle pas le français) 	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune chômeur vivant seul, suite AVP avec traumatisme locomoteur, séquelles psy post-traumatiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient de 90 ans marié, de retour à la maison après traitement d'un traumatisme crânien, suite à une chute due à un diabète mal équilibré ou une insuffisance cardiaque terminale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mère de famille de 35 ans, souffrant depuis plusieurs années de polyarthrite rhumatoïde
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme, gynécologue, pédiatre, infirmière en soins pédiatriques, pharmacien, diététicien-ne 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, physiothérapeute, orthopédiste, pharmacien, psychothérapeute, ergothérapeute, services sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, assistante médicale, diététicien-ne, physiothérapeute, pharmacien, ergothérapeute, infirmière en gériatrie, diabétologue, cardiologue, service médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, médecin spécialiste de la douleur, service médico-social, pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute,
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet gynécologique + réseau post-partum 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau IP

Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Actif (par la sage-femme) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif, réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Sage-femme indépendante 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, assistante sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Situationnel (diabétologue, cardiologue, diététicienne, pharmacien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rhumatologue, médecin de famille
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente / famille – sage-femme • Patiente /famille – pédiatre ou gynécologue • Patiente – pharmacien • Sage-femme – diététicienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – généraliste • Patient – cabinet de premier recours • Patient services sociaux • Services sociaux – psychologue 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – généraliste • Patient / famille – service médico-social • Infirmière indépendante – généraliste • Cabinet médical – hôpital de soins aigus • Cabinet médical - ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – généraliste • Patient / famille – service médico-social • Cabinet médical – rhumatologue • Généraliste – Physio- / Ergothérapeute
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator • Collaborator • Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Collaborator 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator • Health advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Health advocate • Scholar
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Provide comprehensive and continuing care throughout the life cycle incorporating preventive, diagnostic and therapeutic interventions</i> • <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families,</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Develops common understanding on problems with patients and other professionals</i> • <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • <i>Convey effective</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Seeks consultation from other health professionals (own limits)</i> • <i>Provide coordination of the patient care including collaboration and consultation with other health professionals and caregivers</i> • <i>Develops common understanding on problems with patients and other professionals</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care</i> • <i>Contributes to the creation, dissemination, application and translation of knew knowledge and practices</i>

	<p><i>colleagues and other professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care • Facilitates the learning of patients, families and other collaborators (= Health Literacy) 	<p>information about a medical encounter Convey effective oral and written information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team members, and community agencies 	<p><i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care 	
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtriser le langage des autres professions • Connaître les différents intervenants IP possible dans le suivi médical mère – enfant • Communication et multiculturalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter la communication aux (besoins des) autres professions • Connaître les différents intervenants IP possible dans le système de soins ambulatoires post-traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins • Directives anticipées et impact légaux ? • Comment éviter des ré-hospitalisations par une optimisation du réseau interprofessionnel autour du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir des informations scientifiques interprofessionnelles sur une affection mal connue (du praticien) • Favoriser et entretenir l'activité IP au profit d'une patiente
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement de communications • Feed-back de patiente fictive 	<ul style="list-style-type: none"> • Feed-back de patient ou de professionnel fictif • Plan de gestion de la réhabilitation et de la réinsertion sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents audio-vidéo communication avec proches • Plan de coordination réseau et interinstitutionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation d'une proposition de prise en charge IP et d'un soutien médico-social • Critères de maintien à domicile
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> • À définir 	<ul style="list-style-type: none"> • À définir 	<ul style="list-style-type: none"> • À définir 	<ul style="list-style-type: none"> • À définir

Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Jeux de rôles de contacts professionnels (tél) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Jeux de rôles de contacts professionnels (tél) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette • Jeux de rôles de communication avec famille et patient • Simulation réunion de réseau 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur les possibilités IP d'approche d'une maladie chronique douloureuse et invalidante
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication multiculturels • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents SUVA ? • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • Lois sur les directives anticipées • À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> • Documents des associations de patients souffrant de PR ? • À discuter
Exemple de références bibliographiques	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Frey P., Goette J., Vitulano D., Rüttsche A., Fattinger K., Stirnimann C. (2011), Projekt: Follow-MeD, (UniBE, BIHAM) • SGIM (2002), SGIM-Charta : Zusammenarbeit Spital – Praxis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beer J. (2012), Patienten nach Spitalaustritt begleiten, Care Management, 5(3) :35-36 	<ul style="list-style-type: none"> • McDonnough R.P., Doucette W. (2001), Developing Collaborative Working Relationship Between Pharmacists and Physicians, Journal of the American Pharmaceutical Association, 41(5):682-692.

Annexe 7

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 4 (Patient multimorbide)

Modèle 4	Module multimorbide -Cas1	Module multimorbide -Cas2	Module multimorbide-Cas3
Objectifs de formation du Modèle 4 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Définir une vision IP du patient et de ses problèmes de santé ○ Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins, tout en maintenant les règles de confidentialité ○ Anticiper et formuler les besoins interprofessionnels ○ Anticiper le « doctor-shopping » 			
Trajectoire du patient	Analyser les problèmes d'un patient âgé multimorbide en cabinet de premier recours*	Préparer en IP l'entrée en institution médico-sociale d'un patient âgé multimorbide	Gérer un cas multimorbide infectieux hors institution
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Veuve de 83 ans, souffrant de signes de démence / dépression, de cystites récidivantes et de constipation chronique (y compris situation de précarité sociale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient marié de 77 ans, présentant des signes de démence avec agressivité, difficultés locomotrices suite à des complications de prothèse de la hanche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente mariée de 67 ans, souffrant de MRSA urinaire
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, assistante médicale, assistant en formation postgrade, psychologue / psychiatre, diététicien-ne, physiothérapeute, pharmacien, ergothérapeute, infirmière en gériatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, assistante médicale, pharmacien, infirmière en gériatrie, ergothérapeute, service médico-social, établissement médico-social (séjour de jour), psychologue / psychiatre (y c pour la femme du patient) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, médecin infectiologue, infirmière indépendante, pharmacien
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc + EMS (hôpital de jour ?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant - actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Famille du patient, service médico-social (Spitex) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infectiologue

Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – généraliste • Généraliste – spécialistes • Généraliste – assistante médicale • Généraliste – assistante en formation • Patiente – assistante en formation • Pharmacien – cabinet médical (assistante médicale) • Cabinet médical - ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Femme du patient – généraliste • Généraliste – psychiatre • Femme du patient – institution médico-sociale • Généraliste – spécialiste hospitalier • Cabinet médical - ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente – généraliste • Patiente – pharmacien • Patiente – infirmière • Patiente – famille • Généraliste – infectiologue
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Collaborator • Manager 	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Communicator • Health advocate • Scholar •
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Performs assessment to his/her practice <i>Demonstrate proficient assessment and management of patients using the patient-centered clinical method</i> • Uses medical interventions effectively <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • Elicits and synthesizes info of patients and other professionals <i>Accurately elicit and synthesize information from, and perspectives of, patients and families, colleagues and other professionals</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts <i>Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team members, and community agencies</i> • <i>Serve in administration and leadership roles, as appropriate</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • ... foster infection control • ... promote health of patients and the community • Convey effective information about a medical encounter <i>Convey effective oral and written information</i> • <i>Responds to health needs of the community that they serve (SCLO: recognize issues, settings, circumstances or situations which require advocacy on behalf of patients, professions or society</i> • Facilitates the learning of patients, families, and other collaborators <i>Facilitate the education of patients, families, trainees, other health professional colleagues, and the public, as appropriate</i>

Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> Définir une vision IP du patient et de ses problèmes de santé Notions de délégation de responsabilités dans les prises en soins ? 	<ul style="list-style-type: none"> Anticiper et formuler les besoins interprofessionnels Perceptions et attentes de l'entourage, réponse par planification IP (y compris prévention du doctor-shopping) 	<ul style="list-style-type: none"> Inclure les proches aidant le patient dans le projet de soins Par extension, connaître les lois sur les épidémies et la législation relative aux maladies transmissibles
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> Plan de management du cas (documentation au patient) Conduite d'une réunion de réseau 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de management du cas (documentation IP) Maintien des règles de confidentialité et de la dignité du patient 	<ul style="list-style-type: none"> Instructions au patient et aux proches Protocoles de prises en soins des infections et autres maladies transmissibles
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> 5^{ème} – 6^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 4^{ème} – 5^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 4^{ème} – 5^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} année Bachelor ou Master 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} année Bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} année Bachelor ou Master
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Jeux de rôles de contacts professionnels (au sein du cabinet médical) 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Jeux de rôles de travail IP Patients acteurs (OSCE) 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur vignette Jeux de rôles de communication avec famille et patient
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> À discuter 	<ul style="list-style-type: none"> LEp Systèmes de déclaration À discuter
Exemple de références bibliographiques	<ul style="list-style-type: none"> Huard P., Schaller P. (2010), Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématique, Pratiques et Organisation des Soins, 41(3) :237-45. Idem, 2. Stratégie, Pratiques et Organisation des Soins, 41(3) :247-255. Schulz-Nieswandt F. (2007), Innovationen in der Gesundheitsversorgung in Zürich, Sociale Medizin 4.07 :19-22. Bonsack S. (2011), Leben mit 	<ul style="list-style-type: none"> Salonen P., Haverinen R. (2003), Providing integrated health and social care for older persons in Finland, Procure, National Report. Jenkins R. (2012), Ich arbeite jeden Tag vernetzt, Care Management, 5(3):9-10. Steurer-Stey C., Rosemann T. (2010), Das Chronic Care Model – Ein konkreter Ansatz für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen, UniZH (internet) 	<ul style="list-style-type: none">

	Lanzeiterkrankung – Projekt Leila, Care Management, 4(5):8-10.		
--	--	--	--

NB: in diesem Zusammenhang wäre noch der Fall eines polymorbiden, pflegebedürftigen Patient zu Hause (z.B. mit Hemiplegie) zu berücksichtigen, der hauptsächlich von der Spitex unter Einbezug der Angehörigen von einem Pflgeteam und allenfalls periodischen anderen Gesundheitsfachleuten betreut wird. Die medizinische Betreuung – meist durch den Hausarzt – erfolgt eher punktuell (3x / Woche Spitex, Physio und ergo nach Bedarf, alle 6 Monate Hausarztbesuch oder nach Bedarf wie z.B. Auftreten eines weiteren Leidens). In solchen Fällen ist die Pflege nicht eine Nachbehandlungskomponente sondern die kontinuierlich-bildende Komponente. Entsprechend dürfte das Lead beispielsweise bei der Spitex liegen. Die ärztliche Intervention stützt sich dabei idealerweise auf die Einschätzung und Informationen der Pflege ab, und wird von dieser initiiert.

NB : dans ce contexte, pourrait également être envisagé le cas d'un patient / une patiente polymorbide, nécessitant des soins à domicile (par ex. suite à une hémiplégié), dont les soins seraient principalement assurés par Spitex en collaboration avec les membres d'une équipe soignante et, le cas échéant, l'intervention de personnes d'autres professions de la santé. Le suivi médical, souvent assuré par un médecin de famille, se fait plutôt de manière ponctuelle (Spitex 3x / semaine, physio- et ergothérapie selon besoins, visite médicale tous les six mois ou selon besoins, par exemple en cas d'apparition de nouveaux problèmes médicaux ou d'aggravation de l'état du patient). Pour de tels cas, les soins ne sont pas une composante du suivi du traitement médical, mais un facteur important de continuité. En conséquence, le lead pourrait par exemple être assumé par Spitex. L'intervention médicale s'appuyant dans le cas idéal sur l'évaluation et les informations des professionnels des soins infirmiers, qui l'initient.

Annexe 8

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 5 (Soins palliatifs)

Modèle 5	Module palliatif-Cas1	Module palliatif-Cas2	Module palliatif-Cas3
Objectifs de formation du Modèle 5 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Définir le cadre d'accompagnement (y compris légal, éthique, etc.) d'un patient en soins palliatifs ○ S'adapter à l'approche de la mort du patient (« end of life » Gespräche) ○ Accepter le non soin (directives anticipées) ○ Définir et garantir les besoins de confidentialité 			
Trajectoire du patient	Patient en cabinet médical	Patient de retour à domicile pour fin de vie (év situation possibilité / souhait de suicide assisté)	Patient en fin de vie devant entrer en institution de soins palliatifs
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en cabinet sur un patient atteint de maladie chronique intraitable s'informant des directives anticipées 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente cancéreuse en fin de vie, de retour à domicile pour fin de vie ; gestion des soins palliatifs, notamment de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Mère de famille sidéenne en fin de trithérapie ou patiente souffrant d'un cancer du sein en phase terminale
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste • Collaborateurs / -trices du cabinet médical • Diététicien-ne 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, oncologue, religieux, service médico-social, expert en questions de suicide assisté^{1,2}, infirmière indépendante, psychologue / psychiatre, diététicien-ne 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin généraliste, services sociaux, spécialiste soins palliatifs, soignante d'institution de soins palliatifs
IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + service sociaux + réseau soins palliatifs
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif 	<ul style="list-style-type: none"> • Réactif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin ou assistante médicale expérimentée 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient et famille • Expert en questions de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> • Services sociaux, patiente

¹ OFSP / CDS (2012), Concept national de formation « soins palliatifs et formation » - document stratégique 2013 – 2015 (recommandations)

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=fr>

² Pereira J., Porchet F., Schröter C., Gamondi Palmesino C., Pautex S., Bucher B., Waldmann E., Zaugg K. (2012): Compétences et niveaux de formation en soins palliatifs en Suisse: progression du travail du Groupe Formation. Internet : http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_2_5_Publikation_Kompetenzen_f.pdf

		assisté	
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Travail IP au sein du cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Famille – généraliste • Généraliste – oncologue • Famille – psychologue • Infirmière indépendante – services médico-sociaux • Diététicien-ne – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Généraliste – institution soins palliatifs • Généraliste – services sociaux • Famille généraliste • Généraliste – psychologue (soutien personnel)
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Collaborator • Professional 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Collaborator • Manager • Professional 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicator • Professional
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Uses medical interventions effectively <i>Attend to complex clinical situations in family medicine effectively</i> • Participates in an interprofessional healthcare team <i>Participate in a collaborative team-based model and with consulting health professionals in the care of patients</i> • Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through ethical practice 	<ul style="list-style-type: none"> • Develops relationship with patients and families <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i> • Develops common understanding on problems with patients and other professionals <i>Develop a common understanding on issues, problems and plans with patients and families, colleagues and other professionals to develop, provide and follow-up on shared plan of care.</i> • Effectively works with other professionals to prevent and resolve IP conflicts <i>Maintain a positive working environment with consulting health professionals, health care team</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Develops relationship with patients and families <i>Develop rapport, trust and ethical therapeutic relationships with patients and families</i> • Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through ethical practice • Demonstrate a commitment to physician health and sustainable practice

		<p><i>members, and community agencies</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Allocates finite healthcare resources appropriately</i> • Demonstrates commitment to <i>their</i> patients, profession, society through <i>participation in</i> profession-led regulation 	
Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Accepter le non soin (directives anticipées) • Garantir la dignité du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir le cadre d'accompagnement (y compris légal, éthique, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • S'adapter à l'approche de la mort du patient
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> • Document de directives anticipées • Formulation de règles de confidentialité au sein du cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse situationnelle aux besoins de la patiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Concept de soutien psychologique du médecin et de son équipe soignante
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} – 2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 5^{ème} – 6^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} – 4^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2^{ème} bachelor 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} année Bachelor ou Master 	<ul style="list-style-type: none"> • 3^{ème} année Bachelor ou Master
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur directives anticipées 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur vignette, animé par spécialiste soins palliatifs • Debriefing par un spécialiste (soins palliatifs / psychologie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en équipe sur possibilités de soutien psychologique et d'accompagnement de la famille • Travail sur documents d'un établissement de soins palliatifs (p.ex. Fondation Riveneuve VD)
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Directives Académie Suisse des Sciences médicales - FMH 	<ul style="list-style-type: none"> • Directives modèle Liverpool ? • Directives ASSM 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (1997), traitement de la douleur cancéreuse, 2^{ème} édition

<p>Exemple de références bibliographiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Müller-Busch H.C. (2010), Ernährung und Ernährungstherapie unter palliativen Aspekten – ambulant und stationär, Zeitschrift für Palliativmedizin, 11 :291-303. • OFSP – CDS (2010), Directives nationales concernant les soins palliatifs. • Marie Curie Palliative Care Institute (2010), What is the Liverpool care pathway for the dying patient (LCP) ?, Liverpool, UK. 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (1997), Traitement de la douleur cancéreuse, 2^{ème} édition • Wasner M., Roser T., Fittkau-Tännesmann B., Borasio G.D. (2008), Spiritualität und psychosoziale Begleitung als wichtige Lehrinhalte, Deutsches Ärzteblatt, 105(13):674-5. • Fox L.A. (2008), The impact of interprofessional communication / collaboration during times of transition for cancer patients with advanced disease, Master thesis of nursing, University of Toronto, Canada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cina C. (2012), Solothurn : erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranke, SÄZ, 93(31/32):1123-24. • Weber A. (2012), Mehr Lebensqualität vor dem Tod, Care Management, 5(3):33-34. • Bastami et al. (2011), Interprofessionelle Kommunikationsprozesse – schwierige Gesprächssituationen mit Patientinnen und Patienten, Ethik Med, DOI 10.1007/s00481-011-0177-1.
--	---	---	---

Annexe 9

Matrice de développement des modèles d'interprofessionnalité – Modèle 6 (Prévention)

Modèle 6	Module Prévention-Cas1	Module Prévention-Cas2	Module Prévention-Cas3	Module Prévention-Cas4
Objectifs de formation du Modèle 6 : A la fin de ce modèle, les participants doivent être capable de : <ul style="list-style-type: none"> ○ Comprendre le mode de décision interprofessionnel en cabinet ou en institution ○ Expliquer le rôle et l'importance de l'IP dans la prise de mesures préventives pour un groupe de patients à risque ○ Connaître le rôle de la médecine non-conventionnelle dans le maintien de la santé (prévention primaire) pour certains groupes de patients à risque 				
Trajectoire du patient	Gestion de groupes de patients à risque d'un cabinet médical	Entrée dans le système de soins pour contrôle de routine	Gestion de risques pour les patients d'une institution (prévention secondaire)	Collaboration à une prévention primaire pour patients à risque
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> • Formation d'opinion (Meinungsbildung) sur des thèmes de prévention primaire (vaccins, préparation à la naissance, HIV, tabac, alcool) préparée par l'assistante en formation postgrade • Sensibilisation IP à des problèmes médico-sociaux (p.ex. violence domestique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient adulte dans le cadre d'un check-up ou prévention primaire (campagne de screening Pharma / FMH / OFSP) ; découverte d'un diabète léger ou surcharge pondérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place IP d'un concept de prévention des chutes en établissement médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiente âgée demandant conseil de maintien de santé au sortir d'une consultation de routine chez son médecin de famille.
Composition possible du groupe/équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, médecin consultant/spécialiste en prévention, enseignants, assistants sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille, assistante médicale, diététicien-ne, médecin spécialiste, pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, infirmières et équipe soignante, nettoyeuses, administration, architecte d'intérieur (?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin, spécialiste médecine non-conventionnelle, assistante médicale, infirmière indépendante, pharmacien, physiothérapeute, ergothérapeute

IP team	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel EMS + médecin 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinet médical + réseau ad hoc (y c Spitex)
Mise sur pied, activation IP (par le médecin)	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant 	<ul style="list-style-type: none"> • Actif
Lead team IP	<ul style="list-style-type: none"> • Assistante en formation postgrade 	<ul style="list-style-type: none"> • Diététicien-ne • Patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Cheffe soignante EMS, ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute, assistante médicale
Interfaces possible	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – cabinet • Pharmacie – cabinet • Patient – thérapeute non conventionnel • Cabinet médical – réseau de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – cabinet • Cabinet – médecin spécialiste • Patient – spécialiste santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Administration – infirmières • Soignantes – nettoyeuses • Patients – physiothérapeute / ergothérapeute • Médecin – patient • Infirmières – famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient – cabinet • Patient – pharmacien • Patient – infirmière indépendante / physiothérapeute / ergothérapeute
Roles canMEDS	<ul style="list-style-type: none"> • Expert • Health advocate • Professional 	<ul style="list-style-type: none"> • Health advocate • Communicateur • Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborateur • Health advocate 	<ul style="list-style-type: none"> • Health advocate
Compétences-clé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Establish and maintain clinical knowledge, skills and attitudes required to meet the needs of the practice and patient population served.</i> • Responds to health needs of the community that they serve • <i>Promotes the health of individual patients, communities and populations</i> • <i>Demonstrate a commitment to reflective practice</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Convey informations to patients and other professionals • Responds to individual patients health needs and issues as part of patient care • <i>Facilitates the education of patients, families, trainees, other health professional colleagues and the public, as appropriate</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Engage patients or specific groups of patients and their families as active participants in their care</i> • Identifies the determinants of health of the population / within their communities 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promotes the health of individual patients, communities and populations</i>

Objectifs de formation	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre le mode de décision interprofessionnel en cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> Communiquer au patient les options de prévention tertiaire 	<ul style="list-style-type: none"> Participer à la prise de mesures préventives IP pour un groupe de patients à risque 	<ul style="list-style-type: none"> Connaître le rôle de la médecine non-conventionnelle dans le maintien de la santé (prévention primaire) pour certains groupes de patients
Outcomes (qu'est-ce qu'on évalue?)	<ul style="list-style-type: none"> Fiches info patients sur certains thèmes de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de suivi médical d'un patient fictif (Vignette) 	<ul style="list-style-type: none"> Concept IP de prévention des chutes dans un établissement médico-social 	<ul style="list-style-type: none"> Proposition d'un cours de Tai chi en tant que prévention des chutes Préparation d'une soirée d'information / démonstration pour groupes à risque sur possibilités de médecine non conventionnelle
Niveau de formation médecin	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 3^{ème} – 4^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{ère}-2^{ème} année
Niveau de formation autres professions	<ul style="list-style-type: none"> À définir 	<ul style="list-style-type: none"> À définir 	<ul style="list-style-type: none"> À définir 	<ul style="list-style-type: none"> À définir
Modalité pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur documentation 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur problème médical (vignette) Jeu de rôle avec patient fictif 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche de documentation sur risque et groupe à risque (chutes) Travail en équipe sur documentation 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe sur documentation Recherche d'intervenant en médecine non-conventionnelle pour soirée info
Documents d'encadrement du travail du groupe	<ul style="list-style-type: none"> Documentation prévention primaire, secondaire et tertiaire sur divers sujets Documentation CEDAW sur violence domestique 	<ul style="list-style-type: none"> Directives de prévention (OFSP, société de discipline, etc) Documents d'information des patients Publications sur effets positifs prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Plan et organisation du travail en EMS Littérature sur la prévention des chutes 	<ul style="list-style-type: none"> À collecter par le groupe au début du travail IP, en fonction du sujet choisi

<p>Exemple de références bibliographiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • BAG (008), Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008 – 2012 (NPEB). • Bastino C., Zraggen C., Pralong G., Bosshard W. (2010), Introduction d'une démarche interdisciplinaire dans la prise en charge des patients diabétiques par une infirmière clinici enne, Hôpital de Lauvaux, Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Robinovitch S.N., Feldman F., Yang Y., Schonnop R., Leung P.M., Sarraf T., Sims-Gould J., Loughin M. (2013), Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care : an observational study, Lancet, 381 :47-54. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stück A.E., Meyer K., Born S. (2009), Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, Obsan. Internet: www.obsan.ch
--	---	---	---	---

Annexe 10

Annexe 10: Zusammenfassung nicht medizinische IP Lehre in der Schweiz (Stand 22.10.2013)³

Ausbildung

Institution	Thema	IP Bereiche	Bildungs-stufe	Einbezug Mediziner	Status	Bemerkung
FHS St Gallen	IP Lehre (Vorlesungen, usw)	BSc Pflege BSc Soziale Arbeit BSc Betriebsök	AB	--	Im Aufbau	
FHS St Gallen	Clinical assessment (Praxismodul)	MSc Pflege	AB	Masterstufe	Im Aufbau	
SUPSI	Komplexe Fälle meistern (akut, PC, Rehab, Hauspflege)	BSc Pflege BSc Physio BSc Ergo	AB	--		
SUPSI	Palliative Care Kurs A2	BSc Pflege BSc Physio BSc Ergo	AB	--		
UNIL	Introduction IP	Pflege, Physio, Hebammen, MRT	AB	Bachelor		Wochen-End
BFH	Grundlagenwissen IP	Stud Physio Stud Pflege Stud Hebammen Stud Ernährung	AB	--		Gemeinsames Hören
BFH	IP Projekt Gesundheit	Stud Physio Stud Pflege Stud Hebammen Stud Ernährung	AB	--		Gemeinsames Tun
BFH	Gesundheitsberufe im Dialog	Stud Physio Stud Pflege Stud Hebammen Stud Ernährung	AB	Stud med (7.Semester)	Im Aufbau	Gemeinsames Analysieren und Verknüpfen
Careum	Modul "IP Kommunikationsprozesse –schwierige	HF Pflege	AB	Med Fak ZH	Seit 2011	Am Careum Bildungszentrum umgesetzt

³ Erstellt nach den eingegangenen Rückmeldungen zur Umfrage der Themengruppe

	Gesprächssituationen mit PatientInnen"					
Careum	Modul "Handeln in Notfallsituationen"	HF Pflege	AB	Med Fak ZH	Jährlich seit 2007	Am Careum Bildungszentrum umgesetzt
Careum	Impulsgespräche zur interprofessionellen Zusammenarbeit	Stud Gesundheit sberufe HF Dentalhygiene, Operationstechnik, Biomedizinische Analytik, Medizintechnische Radiologie, Pflege	AB	Med Fak ZH	Im Umsetzung	In Kooperation zwischen Careum Stiftung (Abteilung Careum F+E) , Careum Bildungszentrum und Med. Fak. ZH entwickelt und umgesetzt
BZ Pflege	IP Lehre (Praktikum)	Stud Pflege	AB (1. Stud Jhr)	Stud med (Wahlpraktikum)		Gegenseitige Vorstellung Gemeinsame Pflege Gemeinsame Studium Anatomie
BZ Pflege	IP Lehre (Praktikum)	Stud Pflege	AB (2. Stud Jhr)	Stud med (Bachelor level)		Kommunik. Training Simulationspatienten Konfliktlösung Angewandte Anatomie (z.B. Ultraschall)
ZHAW G	Wissenschaftliches Arbeiten, Zusammenarbeit sowie Gesundheit und Gesellschaft.	BSc Ergo, BSc Hebamme, BSc Pflege, BSc Physio	AB	--	Umsetzung und Aufbau	Die Themen werden in mehreren Pflichtmodulen aufgegriffen, total 27 ECTS-Credits
UNIBas Institut für Pflegewissenschaft (INS)	Clinical Assessment	MSc Nursing Science	AB	Teaching BSc/MSc Stufe	Etablierte LV für MSc Pflege	
UNIBas INS*	eHealth	MSc Nursing Science	AB	Möglich BSc/MSc Stufe	Pilot im HS2013	
UNIBas INS*	Patientensicherheit und Qualität	MSc Nursing Science	AB	möglich BSc/MSc Stufe	Etablierte LV für MSc Pflege	LV auf der Linie des WHO Patient safety interprofessional curriculums
Uni Genève	Module Interpro	5 filières de la HES GE	AB			Reconduit chaque année dès 2013
Uni Genève	Module Interpro 2	Stud.	AB	Master	Ateliers de	Voir CIS = centre

		Infirmières, sage- femmes, techn radiol			pratiques simulées	interprofessionnel de simulation en santé (Faculté de médecine / HES GE
--	--	---	--	--	-----------------------	---

LV = Lehrveranstaltung

Weiterbildung

Institution	Thema	IP Bereiche	Bildungsstufe	Einbezug Mediziner	Status	Bemerkung
Kalaidos	DAS Palliative Care	Dipl Pflege Theol Dipl Physio	WB	Mediziner		
Kalaidos	DAS Wound Care	Dipl Pflege	WB	Mediziner		
SUPSI	CAS Palliative Care	MSc Pflege MSc Physio MSc Ergo Psy, Sozialarb., Theol	WB	Masterstufe (nach Kurs A oder A2)		
SUPSI	DAS Gestion sanitaire	Dipl Pflege Dipl Physio Dipl Ergo Dipl TMR Dipl Ambulanzfhr .	WB	--		
SUPSI	MAS Gestion sanitaire	Jeder Beruf mit DAS oder Uniabschlus s	WB	Mediziner		
CHUV	Mauvaises nouvelles	BSc Pflege BSc Hebammen	WB	Masterstufe		
CHUV	Urgences vitales	BSc Pflege	WB	Mediziner		Simulator
CHUV	Atelier Psycho- oncologie	Dipl Pflege Sozialarb., Psychol., Theol	WB	Mediziner		
BFH	Diverse CAS		WB			
BFH	Diverse Fachkurse		WB	z.T		z.B. Adherence Therapie
Gesellsch. Für klinische Ernährung (GESKE)	Zertifikatkurs in klinischer Ernährung		WB	Mediziner ?		Patronat SVDE
Universitätsspital Basel (Clinical Trial Unit CTU)	Clinical Research 1 Clinical trial Planning and conduct	Clinical research professionals with basic or intermediate level of experience Graduates form life sciences/ medicine without	CAS	Ja (post graduate level)	Registratio n	

		experience in clinical research				
Universitätsspital Basel (CTU)	Clinical Research 2 Advanced clinical trial management	Clinical research professionals with intermediate to higher level of experience	CAS	Ja (post graduate level)	Registratio n	
Universitätsspital Basel (CTU)	Clinical Trial Practice and Management	Clinical research professionals with basic or intermediate level of experience Graduates from life sciences/ medicine without experience in clinical research	DAS	Ja (post graduate level)	In Plannung Pre- Registratio n	

Annexe 11

Annexe 11: Compétences spécifiques pour les professions de la santé

Compétences spécifiques pour les soins infirmiers

Dans le texte qui suit, le terme générique de « soignant-e » (Pflegefachperson) est utilisé. Deux type de filières y conduisent, l'une de type ES (HF), l'autre de type HES (FH). Pour la première, les compétences ont été définies selon CanMeds, alors que pour la seconde, un PEC (Rahmenlehrplan⁴) reconnu par le SEFRI a été établi sur le plan national, dans lequel les processus de travail sont précisément décrits. Dans le cadre de ce rapport, le niveau HES bachelor est principalement pris en compte.

De plus amples détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour les pratiques de soins avancées (Advanced practices)

Des détails peuvent être trouvé ici :

Reglementierung der Pflegeexpertin APN: Zusammenfassung und Gründe für die separate Reglementierung. Positionspapier. Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), swiss ANP, Schweizer Verein für Pflegewissenschaft (VfP), CHUV Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS). Bern, 10. Oktober 2012

<http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/0default/pdf/2012%2010%2010%20%20Registrierung%20ANP.pdf>

Compétences spécifiques pour les sages-femmes

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour la physiothérapie

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour l'ergothérapie

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

⁴ Site internet: www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?lang=de

Compétences spécifiques pour les diététicien-ne-s

Des détails peuvent être trouvés ici :

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_Competerences_finales_pour_les_professions_de_la_sante_HE_S_annexe.pdf

http://www.kfh.ch/uploads/dkfh/doku/2_KFH_Projekt_Abschlusskompetenzen_in_FH_Gesundheitsberufe_Anhang.pdf

Compétences spécifiques pour les assistant-e-s médicales

Berufsprofil nach der *Verordnung für VO Medizinische PraxisassistentInnen* (BBT). Des informations détaillées peuvent être obtenues dans le *Bildungsplan zur Verordnung über die berufliche Grundbildung Medizinische Praxisassistentin / Medizinischer Praxisassistent* du BBT.

Medizinische Praxisassistentinnen auf Stufe EFZ/Medizinische Praxisassistenten auf Stufe EFZ beherrschen namentlich folgende Tätigkeiten und zeichnen sich durch folgende Haltungen aus:

- Sie empfangen und betreuen Patientinnen und Patienten, erfassen alle nötigen Informationen, dokumentieren sie und leiten sie weiter. Sie verständigen sich in angemessener Weise mit den Patientinnen und Patienten und den externen Partnern sowohl in der lokalen Landessprache wie auch in mindestens einer Fremdsprache.
- Sie führen unter ärztlicher Verantwortung selbstständig diagnostische und therapeutische Arbeiten und Prozesse durch und unterstützen und entlasten die Ärztin oder den Arzt bei diesen Arbeiten. Dazu verfügen sie über ein angemessenes Wissen in Medizin und Naturwissenschaften.
- Sie beherrschen die betrieblichen Prozesse in den Bereichen Administration, Korrespondenz und Organisation und stellen damit das Funktionieren der Praxis und die Kommunikation gegen aussen sicher.
- Sie arbeiten gemäss den gesetzlichen Vorgaben und den betrieblichen Standards in den Bereichen Hygiene, Umweltschutz, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.

Die Ziele und Anforderungen der beruflichen Grundbildung werden in Form von Handlungskompetenzen beschrieben.

Die Fachkompetenz umfasst Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- Umgang mit den Patientinnen und Patienten;
- diagnostische und therapeutische Prozesse;
- betriebliche Prozesse;
- medizinische Grundlagen;
- Hygiene, Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Umweltschutz;
- Fremdsprache.

Die Methodenkompetenz umfasst Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- Arbeitstechniken und Problemlösen;
- prozessorientiertes, vernetztes Denken und Handeln;
- Informations- und Kommunikationsstrategien;
- Lernstrategien für das lebenslange Lernen;
- Beratungstechniken;
- qualitätsorientiertes Handeln.

Die Sozial- und Selbstkompetenz umfasst Kenntnisse und Fähigkeiten in folgenden Bereichen:

- ethisches Verhalten im Umgang mit Patientinnen und Patienten;
- Verschwiegenheit und Diskretion;
- eigenverantwortliches Handeln;
- lebenslanges Lernen;
- Kommunikationsfähigkeit und Empathie;

- Konfliktfähigkeit;
- Teamfähigkeit;
- Umgangsformen und Auftreten;
- Belastbarkeit;
- ökologisches Verantwortungsbewusstsein und Handeln.

Compétences spécifiques pour d'autres professions

Pour certains modules, il peut être utile d'élargir la palette des professions à prendre en compte dans un réseau IPC ad hoc ou institutionnel (suivant les régions). Dans ce cas, plusieurs documents sont disponibles, qui précisent les profils professionnels ou les objectifs de formation. Il s'agit notamment de :

- PflegewissenschaftlerIn
- FachexpertIn Infektionsprävention
- BewegungswissenschaftlerIn
- Fachfrau Gesundheit
- Pflegehelfer
- Fachfrau Langzeitpflege
- AssistentIn Gesundheit und Soziales (mit eidg. Berufsattest)

De informations peuvent être trouvées dans les documents ou sur les sites internet suivants:

- Obsan (2012), Datenlage bei den nicht universitären Gesundheitsberufe.
- SBFI, höhere Berufsbildung
- OdA Santé
- www.savoirsocial.ch