

Titre: Formation aux compétences interprofessionnelles, une approche intégrée pour une révolution en profondeur du système de santé de demain

Auteurs: P. Picchiottino¹, P. Mèche¹, S. Pautex³, F. Debbiche¹, O. Ferlay¹, E. van Gessel²

Adresse pour correspondance :

Dr. E. Van Gessel

C.i.S (Centre Interprofessionnel de Simulation)

76b, av de la Roseraie

1205 Genève

Email : elisabeth.gessel@unige.ch

Site web: <http://cis-ge.ch/>



P. Picchiottino



P. Mèche



E. van Gessel

1 Haute Ecole de Santé Genève, HES-SO; Filières Sage-femme, Nutrition et Diététique et Soins Infirmiers

2 Faculté de Médecine/Université de Genève

3 Hôpitaux Universitaires de Genève

Introduction et contexte

Les institutions de formation des professionnels de la santé, en pré ou post-gradué ainsi qu'en formation continue, ont pour responsabilité de former des professionnels capables de répondre aux enjeux du système de santé. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la pénurie annoncée des professionnels de santé, mais aussi l'obligation de répondre aux exigences d'une médecine de pointe tout en assurant la qualité des soins, la sécurité des patients et une plus grande efficacité, sont quelques-uns des défis majeurs auxquels la formation doit tenter de répondre. Parallèlement, l'accès au patient, notamment en formation pré-gradué, s'est considérablement réduit : Diminution des temps de stage, aspects éthiques liés au patient-cobaye ou encore exposition insuffisante aux situations rares ou complexes. Enfin, les professionnels encadrant les étudiants ont souvent peu de temps ou de reconnaissance pour leur fournir l'accompagnement et l'exploitation optimale des situations de stage.

Jusqu'à très récemment, les différents professionnels de la santé à Genève étaient formés « en silo », l'enseignement étant basé sur les compétences et la performance individuelle plus que sur les performances d'équipe. Or, l'évolution des problèmes de santé et la complexité des situations rencontrées impliquent l'intervention de différents professionnels autour d'un même patient, parfois issus de structures différentes, intra et extrahospitalières. Ces situations nécessitent de repenser la façon de collaborer, de communiquer, de déterminer les limites des rôles et responsabilités, d'assumer un leadership parfois partagé, dans le but d'évoluer vers une plus grande efficacité, d'améliorer la qualité de prise en soins et la satisfaction des patients et de leurs proches, mais aussi d'éviter les soins sous-optimaux pouvant entraîner erreurs et événements graves indésirables pour les patients.

Quand et comment ces compétences interprofessionnelles doivent-elles être enseignées ? Quelles sont les meilleures méthodes pour permettre l'acquisition de ces compétences ? Quels sont les domaines dans lesquels la coopération interprofessionnelle est une dimension prioritaire pour optimiser les soins au patient et soutenir les professionnels impliqués ?

Une collaboration entre différentes institutions de formation, entre des acteurs de la formation pré-gradué et la formation continue, entre des cliniciens de l'intra et de l'extra-hospitalier, a mené à la création d'un programme de formation aux compétences interprofessionnelles intégrées dont les multiples applications pratiques pourrait bien à terme, du moins nous l'espérons, révolutionner en profondeur le système de santé de demain.

Démarche de création d'un programme de formation interprofessionnel intégré

En 2011, la conjonction de facteurs favorables et d'opportunités ont permis l'émergence d'un programme de formation interprofessionnel, initié et hébergé par la Haute Ecole de Santé de Genève, en étroite collaboration avec la Faculté de médecine de Genève:

- La conception d'un nouveau plan d'étude cadre (PEC) et d'un référentiel de compétences génériques des professionnels de la santé HES (KHH 2009) a permis de repenser les différents programmes de formation des 5 filières de la Haute Ecole de Santé Genève en y intégrant 10 crédits ECTS sur 3 ans pour trois modules transversaux interprofessionnels. Le cursus genevois a été construit et adapté selon plusieurs cadres nationaux et internationaux, dont le CanMEDS Framework (2005,2015), le référentiel du CIHC (2010) ou encore la stratégie globale Santé 2020 de la Confédération suisse (2013). Lors de la conception du programme de formation à la Haute Ecole de Santé Genève, la Faculté de Médecine de Genève a été associée dès le début de la réflexion, dans l'optique d'un partenariat sur tout ou partie des modules. Cette collaboration précoce a abouti sur une volonté **de ne pas uniquement mutualiser des connaissances, mais bien de favoriser le développement de compétences collectives au travail collaboratif.**
- Une volonté politique et institutionnelle de développer **les synergies entre les lieux de formation** (Faculté de Médecine de Genève (Université de Genève), Haute Ecole de Santé de Genève (HES-SO)) **et les lieux de pratiques** (hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et soins domiciliaires avec l'Institution de Maintien à Domicile (IMAD)). Cette synergie a été importante pour **ancrer la formation dans des problématiques de terrain** et s'assurer de la validité des contenus « métiers ».
- Le développement et l'ouverture en 2013, grâce à ces synergies et aux bonnes relations interpersonnelles, du Centre Interprofessionnel de Simulation (CIS) , dont la mission principale est la suivante : **Être innovant dans la formation initiale et continue du personnel de santé en décloisonnant l'activité en silo** des différentes filières de formation, des services hospitaliers et des services domiciliaires et **promouvoir ainsi les compétences collaboratives** et interprofessionnelles indispensables pour faire face aux nombreux changements du système de santé.

Premier volet : Vision et descriptif de la formation prégraduée interprofessionnelle (flyer 1 joint)

La relève sera formée selon une vision partagée entre la Haute Ecole de Santé et la Faculté de Médecine qui se décline ainsi :

- Connecter des expertises plurielles et créer des synergies interprofessionnelles
- Métamorphoser une culture professionnelle cloisonnée
- Faciliter une pratique collaborative en santé-social à Genève

Depuis 2012, l'école propose un programme inter-filières original et transversal qui totalise 300 heures d'apprentissage pour la HES et 120 heures pour la Faculté. 1000 étudiant/es en santé (Nutrition & diététique, Physiothérapie, Sage-femme, Soins infirmiers et Technique en radiologie médicale) et 450 médecins, et quelques pharmaciens déjà, sont inscrits dans 3 unités de formation séquentielles.

Le cursus est élaboré par des enseignants/es des 5 filières HES et de la Faculté ainsi que des expert/es de terrain.

Module 1 : initiation à l'interprofessionnalité par équipes de 10 étudiant/es en 1^{ère} année BSc en santé et en 2-3^{ème} année BSc en médecine

- Une vignette clinique filmée mène à une analyse collective, une organisation partagée des soins et la conduite d'un colloque interprofessionnel.
- Exemples de problématiques abordées : prévention de la dépression et du suicide chez le jeune adulte, maladie infectieuse et vaccination, réhabilitation après un AVC.
- Mobilisation de connaissances en politique socio-sanitaire fédérale et son application cantonale, modèles de soins, concept du patient partenaire, épidémiologie, éthique, e-health.
- Apprentissages interprofessionnels attendus : compréhension partagée des rôles respectifs, représentations et valeurs collectives, mobilisation de ressources en équipe et négociation.

Module 2 : immersion en santé communautaire et pratiques simulées par équipes de 8 à 30 étudiant/es en 2^{ème} année BSc en santé et en 1^{ère}, 2^{ème} année MSc en médecine

- A travers une dynamique d'apprentissage par projets, les étudiant/es planifient, réalisent et évaluent un projet de prévention ou promotion de la santé dans la communauté.

- Exemples : Plaisir de bouger et manger auprès de personnes en situation de handicap, tournoi sportif intergénérationnel, Fitness urbain (**Flyer 1 joint**).
- Mobilisation de connaissances en santé publique, santé communautaire, interculturalité et planification de projets en santé.
- Les étudiant/es se rencontrent également lors de séances de pratiques simulées interprofessionnelles.
- Apprentissages interprofessionnels attendus : exercice du leadership collaboratif, respect et soutien mutuels, pose d'objectifs communs et évaluation d'indicateurs réalistes.

Module 3 : consolidation dans le cadre de simulations complexes par équipes de 7 à 9 étudiant/es en 3^{ème} année BSc en santé et en 5 et 6^{ème} année MSc en médecine et pharmacie

- Mise sur pied d'une semaine de pratiques simulées complexes, variées et graduées dans la mise en difficulté de l'équipe interprofessionnelle.

Descriptif plus précis du dispositif de simulations interprofessionnelles (Module 3)

Le dispositif de simulations interprofessionnelles se déroule au Centre Interprofessionnel de Simulation (CIS). Jusqu'en 2015, une expérience pilote a été menée sur la base du volontariat pour les étudiants en médecine, puis rendue obligatoire dès 2016 suite aux expériences très positives relevées, tant du point de vue des tuteurs que des étudiants.

Dans ce 3^{ème} module, proche de la fin de la formation pour toutes les filières, 8 différentes simulations se déroulent en parallèle sur 5 jours, incluant 350 étudiants en 60 groupes mixtes de 7 à 9 étudiants, chaque étudiant participant à 2 demi-journées de simulation pour les étudiants en santé et 1 demi-journée de simulation pour les étudiants en médecine. Chaque simulation se déroulant en 2 ou 3 parties, chaque étudiant est donc à tour de rôle actif et observateur. 58 tuteurs, en binômes mixtes au niveau professionnel, assurent les débriefings. Les thèmes des différentes simulations sont: bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), soins palliatifs, choc anaphylactique, diabète gestationnel, addiction en antalgie, réanimation pédiatrique, réhabilitation, ainsi que la gestion des erreurs et incidents. En fonction des besoins des différents scénarios, des mannequins haute-fidélité et des patients simulés sont utilisés.

Les thématiques des simulations ont été choisies sur la base d'une étude Delphi menée auprès des professionnels de la santé à Genève en 2011 (1), ainsi qu'à partir des axes définis et des thématiques proposées lors d'une concertation des différentes filières dans le travail préparatoire commun. Les différents scénarios ont été rédigés en Interprofessionnalité, mêlant experts de terrain, pédagogues et spécialistes de la simulation des différentes professions concernées.

Il a paru très vite important aux différents experts, de croiser à la fois la pertinence des thématiques et des problématiques de terrain avec un concept de travail interprofessionnel qui pourrait être introduit et travaillé de façon systématique dans toute mise en situation, que l'on traite de soins d'urgence ou de situations de soins chroniques, en milieu hospitalier ou dans des soins domiciliaires. Pour les simulations interprofessionnelles du dernier module, le choix s'est porté sur le concept TeamSteps® 2.0.

TeamSteps® : Un outil systémique pour un changement de culture

Au-delà des situations de crise, des obstacles au travail d'équipe existent et peuvent être des freins à une bonne collaboration, devenant ainsi source d'erreurs ou de prise en charges sous-optimale. La culture punitive en cas d'événements indésirables, les problèmes liés aux rapports hiérarchiques et à l'autorité en font notamment partie (2). Pour vaincre ces obstacles, des modèles de formation existent, plus systémiques, qui visent à changer en profondeur le rapport au travail d'équipe en instaurant une nouvelle culture.

Un de ces modèles, TeamSteps®, a émergé en 2005 aux Etats Unis. Ce modèle s'appuie sur des données probantes et est issu d'une collaboration entre le Département Américain de la Défense et l'AHRQ, qui dépend du Département de la Santé et dont le but est d'appuyer la recherche pour améliorer la qualité des soins. Ce modèle intègre non seulement les concepts de Crisis Resource Management (CRM) souvent utilisés dans la formation aux situations d'urgence, mais plus largement des principes applicables à des contextes de soins variés, y compris extrahospitaliers. Par ailleurs, il propose une vision d'une équipe élargie aux différents professionnels qui interagissent avec le patient à différents temps, y compris potentiellement des acteurs administratifs ou sociaux. Dans ce modèle, le patient fait partie intégrante de l'équipe de soin. Le modèle du patient « au centre » évolue vers celui du « patient partenaire » (3).

Le concept TeamStepps® se décline en 5 axes : l'organisation et la structure de l'équipe, le leadership, la communication, le soutien mutuel et le monitoring (ou paramétrage) de la situation (**tableau 1**). Ce modèle, déployé dans les hôpitaux militaires américains, comprend une stratégie d'application et de gestion du changement en plusieurs étapes. Certaines compétences visées par TeamStepps® peuvent être entraînées en simulation (TeamStepps® intègre une formation à la simulation interprofessionnelle), mais le modèle a été conçu pour être porté beaucoup plus largement et faire partie d'une politique institutionnelle, dans le but de permettre un réel changement culturel partagé par tous. Un des points forts de TeamStepps® est d'inciter chacun, quel que soit son rôle ou son niveau hiérarchique, à oser manifester son inquiétude et questionner la prise en charge s'il pense que la sécurité du patient est en jeu. Un autre point important est le débriefing des situations, selon une approche bienveillante et un feedback constructif. Ces messages, s'ils sont diffusés comme politique institutionnelle, pourraient être une des clés d'un changement culturel.

Implication et formation des tuteurs

La décision d'utiliser l'outil TeamStepps® a impliqué de former les différents tuteurs au concept. Des séances de formation ont été élaborées et un réseau d'experts s'est créé en Suisse Romande, en France, en Belgique et au Canada. Ce réseau a permis le développement de plusieurs projets : une collaboration interuniversitaire sur une formation interprofessionnelle en obstétrique destinée aux pays en voie de développement (projet G3), une collaboration avec un projet pilote mené à l'hôpital Riviera Chablais dans les services d'obstétrique et de pédiatrie qui a débouché sur la traduction concertée des supports de formation en français.

Un des bénéfices de l'intégration de tuteurs issus de la pratique, tant médicale que soignante, est de questionner sur la façon dont sont intégrés ces concepts dans les soins aujourd'hui et sur l'articulation entre les formations initiales et continues. En effet, cela a amené certains tuteurs à proposer ces concepts dans la formation de leurs équipes de soins (service d'obstétrique et de médecine interne des HUG) ou dans la formation continue destinée aux professionnels.

Deuxième volet : Développements en formation continue des concepts TeamSteps, illustration par les soins palliatifs

La rencontre autour de l'écriture d'un des scénarios de simulation interprofessionnel (Soins Palliatifs) a débouché sur une collaboration autour d'un projet de formation continue. L'intérêt de cette démarche réside dans la cohérence du développement et de l'utilisation des concepts liés au travail d'équipe entre formation initiale et continue, en plus de l'intérêt lié à la thématique elle-même.

“Madame Chappuis, souffrant d'un BPCO sévère, a été hospitalisée dans le service de médecine interne générale pour une décompensation d'une BPCO sévère dans le cadre d'une bronchopneumonie de la base droite. Comme son état général s'est stabilisé, elle souhaite rentrer à domicile. Elle a une fille, qui s'inquiète pour sa maman, et souhaite qu'elle reste à l'hôpital afin de reprendre des forces. Le médecin de l'unité soutient les souhaits de la fille, alors que l'infirmière est la porte-parole de Madame Chappuis”.

Ce cas clinique survient quotidiennement dans un service de médecine interne. Alors que tous les professionnels à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital sont convaincus de l'importance du travail d'équipe afin de construire un projet de soins adapté à Madame Chappuis, tous ont réalisé les défis liés à ce travail interprofessionnel.

Dans ce contexte, un groupe de professionnels issus de la faculté de médecine, de la HES, des HUG, de l'IMAD et de l'association regroupant les professionnels intéressés par les soins palliatifs, a élaboré une première demi-journée de formation ouverte aux professionnels de la santé (maximum 50 participants), mais aussi aux enseignants, afin de favoriser une meilleure connaissance des compétences et limites des uns et des autres, promouvoir un respect mutuel des contributions de chacun, une vision commune et interprofessionnelle de la prise en charge du patient en situation palliative et de ses proches et de connaître les éléments de références de l'interprofessionnalité afin de pouvoir l'enseigner dans les écoles et sur le terrain.

Après avoir fixé ces objectifs, le groupe a écrit le scénario de Mme Chappuis, en trois phases (entretien de Mme Chappuis et l'infirmière de l'unité, colloque de sortie et première visite des soins à domicile le lendemain de son retour). Le scénario a été joué par des professionnels des HUG et de l'IMAD et le rôle de Mme Chappuis par une patiente simulée. Le tout a été filmé et monté dans une vidéo de 20 minutes.

Après une brève introduction sur l'interprofessionnalité, les participants ont visionné une première fois le film, puis séparés en trois groupes animés par deux tuteurs, ils ont revu une phase du film avec la consigne d'évaluer les différents axes de l'interprofessionnalité **à l'aide la grille TeamStepps®**, en particulier les points positifs et ce qui pourrait être amélioré. Une discussion ouverte a ensuite eu lieu animée par les deux tuteurs afin de mettre en évidence ce que les participants pourraient modifier dans leur pratique demain.

Les évaluations complétées à la fin de la formation étaient positives par rapport au format, au contenu, aux enseignants, et à l'organisation. Les commentaires mis en texte libre soulignent surtout la richesse des échanges entre les participants et les formateurs. Les critiques ont concerné la grandeur des groupes et le souhait de faire de la pratique simulée, plutôt que de travailler sur une vidéo.

Evaluations et recherche

L'évaluation et la recherche sur l'impact et la plus-value pédagogique de l'enseignement interprofessionnel a fait l'objet de nombreuses études. Pour ne citer que deux des plus récentes publications (4-5), l'enseignement IP est d'abord évalué de manière très positive par les apprenants en santé. Plus encore, les deux études citées ont montré, dans les semaines qui ont suivi l'enseignement IP, un changement dans l'attitude des apprenants sur l'importance que revêt ce type d'enseignement en équipe et sur les compétences interprofessionnelles acquises; la perception de l'efficacité des différents membres d'une équipe a été clairement mise en avant. Ces constats tirés de la littérature sont corroborés avec nos propres évaluations de modules (RIPLS, TeamStepps® Teamwork Attitude Questionnaire, questionnaires de satisfaction). L'évidence existe donc bien et ce depuis plusieurs années, que l'enseignement IP aide à l'acquisition et au développement de connaissances et de compétences en lien avec le travail collaboratif et amène une meilleure compréhension/définition des rôles et responsabilités des différents professionnels. L'abondance de littérature ne masque toutefois pas des biais que sont le manque de rigueur des interventions pédagogiques testées avec l'absence d'identification dans les différentes études d'un cadre conceptuel clairement décrit, la variété infinie des outils pédagogiques testés et des populations observées, et enfin que la majorité des études fait état d'une occurrence pédagogique unique (single-event intervention).

Ce qui est encore moins clair, c'est l'impact de ce type d'enseignement IP sur les devenir patients. Malgré la démonstration d'outcomes patients positifs dans des domaines ou des populations très spécifiques comme les urgences (meilleure sécurité) ou les salles d'accouchement (moins de complications post-accouchements) et les blocs opératoires, il y a actuellement clairement un manque d'évidence mettant en lien l'enseignement IP et les devenir patients ou encore les outcomes des processus de soins. Reeves, dans sa dernière mise à jour de la revue Cochrane (6), fait état de 3 manquements principaux en termes de recherche:

1. le peu d'études comparant l'efficacité d'enseignements IP versus des enseignements mono-professionnels
2. l'absence d'études de type RCT (randomisé et contrôlé), CBA (pré-post intervention) ou encore ITS ("interrupted-time"), avec ou sans aspects qualitatifs, examinant les processus et les changements de pratiques en lien avec le travail collaboratif
3. une absence d'analyse coût/bénéfice des interventions pédagogiques IP

L'avenir de la recherche sur le sujet de l'enseignement IP et sur le travail collaboratif est encore à construire, et il semble impératif que des réponses puissent être données afin d'asseoir et conforter ce qui semble être un véritable changement culturel dans les pratiques soignantes.

Perspectives d'avenir

Les défis majeurs qui attendent le système de santé et partant les institutions de formation des professionnels (vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, pénurie annoncée des professionnels de santé, obligation de répondre aux exigences d'une médecine de pointe, assurer qualité et sécurité des soins, aller vers une plus grande efficacité) sont multiples et requièrent aussi des solutions ou des réponses "multiples".

L'introduction de formations collaboratives est une des réponses trouvée par les institutions de formation mais pas la seule. Depuis plus de 3 ans maintenant et en partenariat sur la Suisse romande, les 3 rectorats de l'Université de Genève, de la HES-SO et de l'Université de Lausanne ont entamé une réflexion approfondie sur la pertinence des profils professionnels et la nécessité d'identifier et/ou créer de "nouveaux" profils professionnels, à la croisée et à l'intersection des profils actuellement existants.

L'exemple en est le "Praticien en santé intégrée", qui se projette comme un nouvel acteur du système de santé suisse, travaillant en partenariat étroit avec un médecin de premier recours, et formé pour contribuer de manière significative à la prise en charge spécifique de populations de patients chroniques vieillissants. Si son ancrage semble particulièrement efficient pour des cabinets de groupe, des maisons de santé, des établissements médico-sociaux (EMS) et des structures de soins domiciliaires, la réflexion sur l'acquisition de son jeu de compétences spécifiques final, clairement ancré dans l'interprofessionnalité, est encore sujette à de nombreuses discussions. Les travaux préliminaires ont placé ce "Health practitioner" dans un concept plus global et ouvert des masters santé, devant répondre à des exigences académiques. Une large ouverture à une diversité de candidats provenant des formations Bachelor aussi bien des HES que des Universités est une première dans le système de formation suisse. Ces deux populations du domaine large de la santé ont des connaissances et des acquis communs qui permettent de prétendre, après un cursus Master, à un référentiel de compétences pouvant répondre aux besoins populationnels en santé et donc de s'insérer dans le système de santé suisse.

Ce projet qui est loin d'être abouti, s'inscrit dans une mouvance internationale globale et peut s'appuyer sur l'expérience des modèles américains, canadiens, voire australiens et anglais.

En bref, les champs de compétences identifiées sont:

- Approches centrées patients et famille
- Diagnostic médical, traitement et gouvernance clinique
- Prescription et coordination de prestations, mesures et actes de soins
- Promotion et prévention en santé
- Interprofessionnalité

Il reste encore beaucoup de travail à faire sur ce "nouveau" profil, qui fera donc partie des multiples réponses données par les institutions de formation aux défis et enjeux de la santé qui ont été identifiés.

Qu'avons-nous appris de cette expérience

L'interprofessionnalité se construit...en interprofessionnalité. L'étroite collaboration développée entre les différents formateurs en santé, dans le cadre des modules pré-gradués et continus, permet

une discussion et une clarification des rôles et responsabilités, questionne sur les enjeux, sur les représentations ainsi que sur les postures professionnelles de chacun.

Pour un changement en profondeur des attitudes des professionnels, l'apprentissage au travail d'équipe doit intervenir dès le début de la formation des futurs professionnels et se poursuivre en formation continue pour tenir compte des besoins liés à chaque contexte de soins.

A l'échelle de nos institutions, nous avons en effet mis en œuvre une recommandation de l'OMS (2015) qui appelle à développer une culture et une intelligence interprofessionnelle au service d'un concept axé sur les prestations collectives de santé intégrée. Et en ce sens, nous avons mis en œuvre la charte de l'ASSM sur les points suivants :

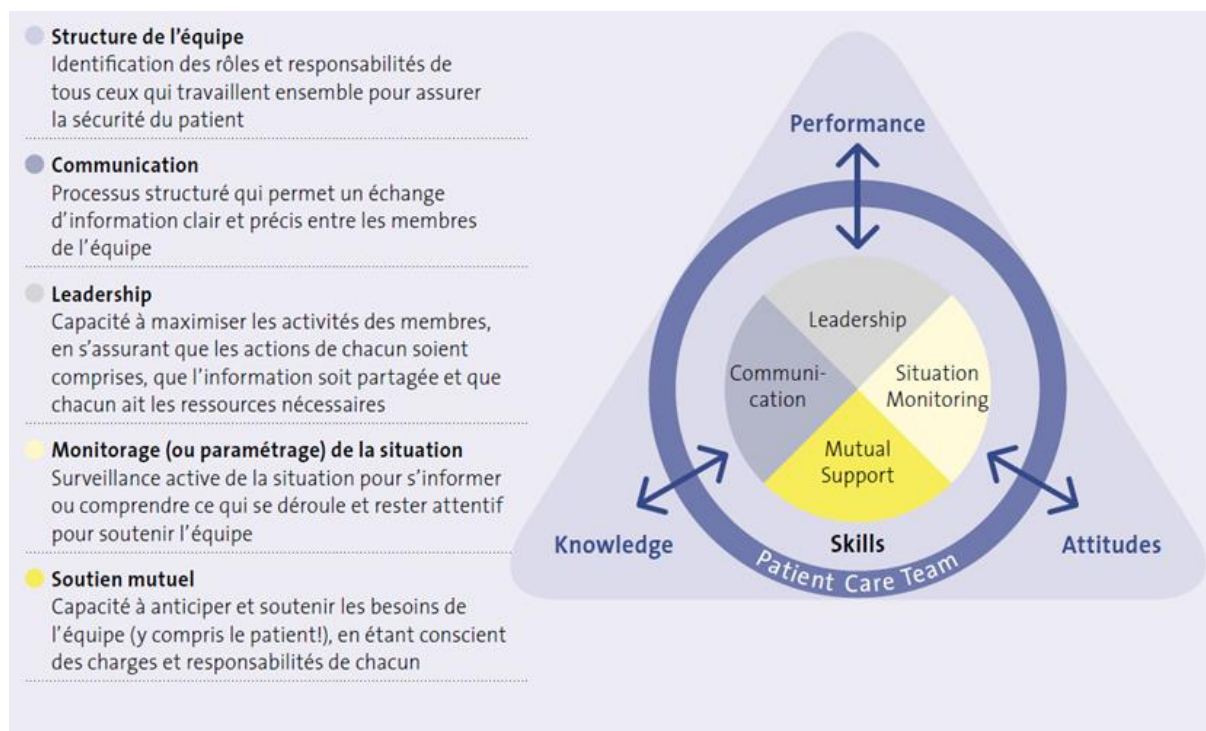
1. Des modules communs sont élaborés, tant pour la formation prégraduée que pour la formation postgraduée. Ces modules forment la base du développement futur d'apprentissage à vie de compétences interprofessionnelles par les différentes professions de la santé, voire une extension à des professions gravitant dans le monde de la santé (éducateurs, assistants/tes médicales, etc...) **CH 5-6**
2. Les professions de la santé clarifient et définissent leurs compétences et leurs responsabilités, pour les situations concrètes, dans un processus de concertation commun ; en cas de chevauchement des compétences, les responsabilités doivent être explicitement définies. **CH 2**
3. Les compétences en collaboration interprofessionnelle sont maintenant enseignées dès le début de la formation des professionnels de santé, avec l'emphase sur la notion de patient partenaire, incluant l'identification des besoins des patients et le concept de leadership partagé (et non hiérarchique!) dans la séquence de prise en charge. **CH 1 et 3**
4. La synergie en réalisation entre les institutions de formation et les centres (au sens large) de prise en charge des patients, favorise non seulement la constitution de modèles de travail collaboratifs (réseau régional de partage d'information et de communication transparente), mais permet aussi la mise en place et l'application de directives et de standards interprofessionnels communs. **CH 4 et 7**

Conclusion

Depuis cinq ans, des efforts très importants ont été entrepris dans nos institutions respectives pour réaliser les recommandations de la charte de l'ASSM. Le processus est en marche et nous souhaitons qu'il se poursuive grâce au sens et à la **satisfaction professionnelle** que chacun pourra tirer de l'application de ces principes. En effet, plus de solidarité, d'entente, une réduction des conflits et une reconnaissance mutuelle pourrait également avoir un impact non négligeable sur le bien-être au travail. Quelle meilleure motivation pour travailler en interprofessionnalité ?

Annexes:

Tableau 1



Références

1. Junod Perron N, Cerutti B, Picchiottino P, Empeyta S, et al. Needs assessment for training in interprofessional skills in Swiss primary care: a Delphi study. *Journal of Interprofessional Care* 2014; 28: 273-275. DOI: 10.3109/13561820.2013.878321
2. Jaffrolot M. et al. Simulation et gestion de crise. *Réanimation* 2013; 22(6): 569-576
3. US Department of Health & Human Services et AHRQ TeamSteps 2.0 : National Implantation. Document sur site : www.teamsteps.ahrq.gov for Professionals Education & training, 2014
4. Darlow B, Coleman K, McKinley E, Donovan S, et al. The positive impact of interprofessional education: a controlled trial to evaluate a program for health professional students. *BMC Medical Education* 2015; 15: 98-106
5. Rossler KL, Kimble LP. Capturing readiness to learn and collaboration as explored with an interprofessional simulation scenario: a mixed-methods research study. *Nurse Educ Today* 2016; 36: 348-53
6. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 3. Art. No.: CD002213. DOI:10.1002/14651858.CD002213.pub3.1.