

# **Apprendre aux étudiants paramédicaux à collaborer : dynamique et continuum de pratiques collaboratives dans un dispositif de formation.**

SERVANE BOUJARD

Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie et Kinésithérapie (IFPEK), 12 rue Jean Louis Bertrand 35 000 Rennes, s.boujard@ifpek.org

YANN LE FAOU

Laboratoire CREAD-EA3875, Université de Rennes  
Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie et Kinésithérapie (IFPEK), 12 rue Jean Louis Bertrand 35 000 Rennes, y.lefaou@ifpek.org

NICOLAS GUIRIMAND

MCU, Laboratoire CIRNEF, UFR des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Rouen-Normandie, Rue Lavoisier 76821 MONT-SAINT-AIGNAN CEDEX, nicolas.guirimand@univ-rouen.fr

## **TYPE DE SOUMISSION**

Analyse de dispositif

## **RESUME**

L'évolution des besoins en santé de la population implique aujourd'hui pour les acteurs du domaine médico-social un changement des pratiques professionnelles tournées vers la collaboration. Cela demande de repenser les formations initiales en santé pour permettre aux jeunes professionnels de s'adapter à ces nouvelles pratiques de terrain. C'est pourquoi, l'Institut de Formation en Pédicurie-podologie, Ergothérapie et Kinésithérapie (IFPEK) de Rennes a mis en place un dispositif de formation à la collaboration interprofessionnelle. Cette recherche analyse l'impact de ce dispositif sur la professionnalité émergente de 181 étudiants pédicure-podologues, ergothérapeutes et kinésithérapeutes, notamment dans leur capacité à mettre en place des interactions dans le cadre d'un travail collaboratif. Dix entretiens semi-directifs auprès de ces étudiants ainsi que des observations directes lors de la formation ont été menés. En s'appuyant sur le modèle canadien du « Continuum des pratiques de collaboration en santé et service sociaux », les résultats montrent qu'une grande majorité des étudiants s'orientent spontanément vers des pratiques collaboratives mais que leurs interactions sont parfois insuffisantes pour répondre aux problématiques de santé les plus complexes.

## **SUMMARY**

Population health needs evolution entails a change towards more collaborative work between the different professional actors of the medico-social field. This requires a rethinking of the basic healthcare training programs to enable the young professionals to adapt for such new work practices. This is why the Pedicure-Podology, Occupational therapy and Physiotherapy Institute (IFPEK) of Rennes has developed a training programme that promotes interprofessional collaboration. An evaluation of this training programme questions the future capacity of 181 students to implement pertinent and adaptive interactions between them in the context of collaborative work. Ten semi-structured interviews were carried with these students and observations was made during the training. Based on the « Continuum of interprofessional collaborative practice in health and social care », the results of this evaluation show that a majority of students spontaneously turn towards collaborative practices, but their interactions are sometimes insufficient to address the most complex health issues.

Collaboration interprofessionnelle, étudiants, formation initiale, santé.

**KEYWORDS**

Interprofessional collaboration, students, initial training, health.

## **Introduction**

L'évolution de l'état de santé en France conduit aujourd'hui les institutions et les professionnels à concevoir de manière différente les pratiques autour des usagers des soins. La loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, a mis en avant la notion de « parcours de soins » pour favoriser une continuité de l'accompagnement médicosocial en préconisant une meilleure coordination et collaboration des professionnels médico-sociaux. Dans ce contexte de décloisonnement du système de santé, il s'agit d'orienter les formations initiales vers une culture du travail collaboratif interprofessionnel. C'est pourquoi, l'Institut de Formation en Pédiatrie-podologie, Kinésithérapie et Ergothérapie (IFPEK) de Rennes, établissement d'enseignement supérieur dans le domaine de la santé, a souhaité intégrer dans le cursus de ses étudiants un apprentissage du travail interprofessionnel, les préparant à ces futures collaborations. De nombreuses initiatives ont vu le jour pour favoriser ces apprentissages. Des recherches ont d'ailleurs présenté l'intérêt porté par les étudiants pour ces formations : *« l'intérêt de formations centrées sur la problématique de l'inter professionnalité, permettant de rencontrer les autres professionnels de santé, déconstruire les représentations et travailler dans une logique de collaboration inter professionnelle est souligné par les étudiants. »* (Fiquet, et al., 2015, p. 115). L'objectif principal est de former des professionnels de terrain sensibilisés aux évolutions des besoins en santé et adaptables aux exigences organisationnelles des institutions.

### **1. Le dispositif « InterPEK »**

Trois journées pédagogiques, appelées « InterPEK », ont été conçues pour tenter de répondre aux besoins de formation à la collaboration interprofessionnelle au sein de l'IFPEK. Une évaluation diagnostique a démontré l'intérêt de regrouper les étudiants par niveaux d'études. Une journée de formation inter-filières a donc été programmée par année scolaire, soit une planification sur trois ans, impliquant un travail régulier et progressif. Des objectifs pédagogiques ont été définis pour chaque niveau. En première année la journée de formation permet aux étudiants de construire des représentations partagées et ainsi favoriser l'ouverture aux autres. En 2ème année, l'objectif est d'expérimenter et de comprendre la démarche

Apprendre aux étudiants paramédicaux à collaborer interprofessionnelle autour d'une problématique de santé engageant une pratique collaborative. Enfin, en 3ème année, l'objectif est de développer une réflexion sur le travail en réseau et la recherche au sein des professions de rééducation et de réadaptation.

Notre retour d'expérience, présenté ici, porte uniquement sur le dispositif réalisé pendant la deuxième année de formation. Dans ce dispositif, 181 étudiants, ont participé à la journée. Trois grands groupes ont été constitués chacun assistant à la projection d'un témoignage vidéo exposant une problématique de santé complexe. Ces témoignages décrivent le parcours de santé des personnes et leurs difficultés rencontrées au quotidien. A la suite des visionnages, des groupes de huit à dix participants, composés des trois professions, ont eu comme consignes de proposer une évaluation en regard de la problématique de santé, en rapport avec le projet de vie de la personne et sur une thématique imposée : douleur, chute ou déplacement. L'évaluation est ici entendue comme la première étape dans l'élaboration du diagnostic. Il s'agit d'un recueil de données permettant une première représentation de la situation de handicap de la personne. Le résultat du travail collaboratif devait être présenté sous forme de carte mentale. Les patients filmés ont été présents une partie de la journée pour permettre de répondre aux questions des étudiants et de compléter leur recueil de données. La mise en commun des cartes mentales par thématique et une restitution orale ont clôturé la journée. De nombreux échanges entre les formateurs, les patients et les étudiants ont permis de partager les ressentis autour de ces travaux réalisés en collaboration. Ce scénario pédagogique a été choisi pour être au plus près de la réalité du terrain, comme le souligne David Gachoud et al. (2017), en montrant l'importance d'une mise en condition lorsqu'il s'agit d'éducation interprofessionnelle dans les secteurs médico-sociaux. La conception de ce dispositif a ainsi privilégié une démarche réflexive des étudiants dans un contexte se rapprochant le plus possible de la réalité des pratiques (Aiguier, 2016, p. 94). Le dispositif propose aux étudiants de confronter leurs connaissances cliniques aux exigences d'une situation favorisant une dynamique d'échanges inter-individuelle, par la création d'espaces de dialogue

## **2. Analyse du dispositif**

### **2.1. Problématique**

La problématique engagée dans notre analyse s'appuie principalement sur le modèle du « continuum des pratiques de collaboration en santé et service sociaux » (Careau et al., 2014) porté par les travaux d'Emmanuelle Careau (Careau, 2013). Ce modèle canadien est une représentation graphique illustrant quatre types de pratiques collaboratives à mettre en place en fonction de la situation médico-sociale rencontrée : la pratique en parallèle, la pratique par

QPES – (Faire) coopérer pour (faire) apprendre consultation, la pratique de concertation et la pratique de soins et de services partagés. Il invite les professionnels de santé à adapter leurs interactions pour répondre de manière la plus appropriée aux besoins des personnes. Au regard des problématiques de santé proposées aux étudiants, ce modèle nous permet de déterminer que la collaboration la plus adaptée dans notre contexte, tend vers la pratique de soins et de services partagés.

Ainsi, la problématique posée pour notre analyse interroge la professionnalité émergente (Jorro, 2011) des étudiants dans leur capacité à mettre en place des interactions appropriées dans le cadre d'un travail collaboratif. La question centrale est donc la suivante : la professionnalité émergente des étudiants peut-elle leur permettre d'entrer dans une relation de collaboration interprofessionnelle impliquant des pratiques de soins et de services partagés ?

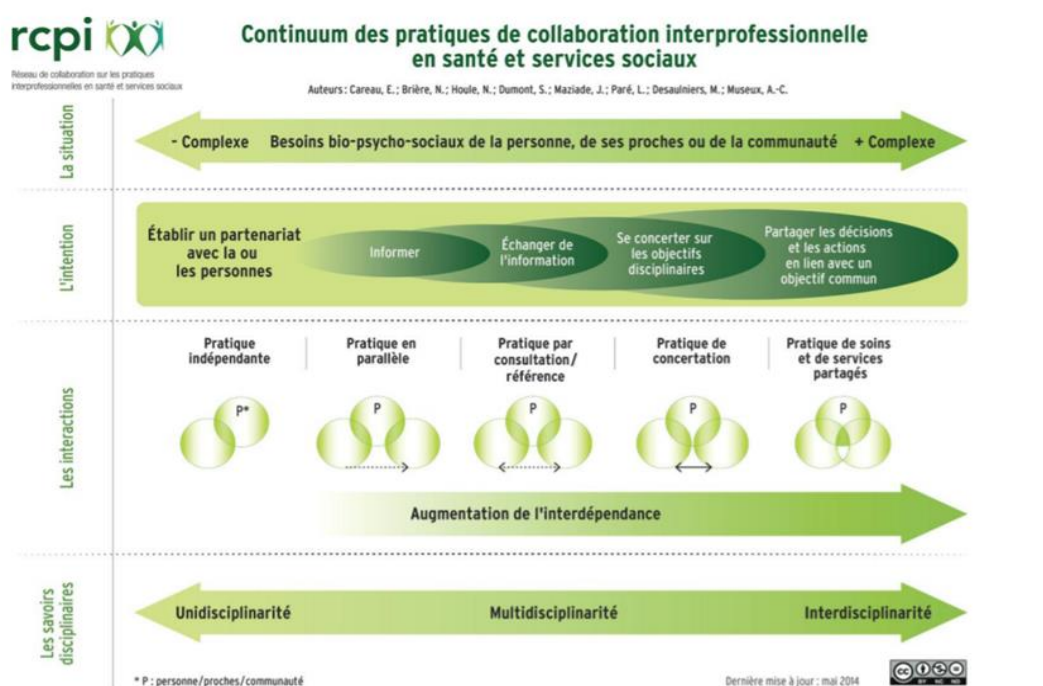


Figure 1 : Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

## 2.2. Recueil des données

Plusieurs outils de recueil de données ont été utilisés. Tout d'abord, des observations directes réalisées par cinq formateurs lors du déroulement du dispositif. Puis, dix entretiens semi-directifs effectués auprès d'étudiants des trois professions. Ensuite, le questionnaire de satisfaction rempli par 79 étudiants sur 181 à la suite de la journée de formation. Pour finir, les cartes mentales réalisées ont également été exploitées. Les données recueillies ici, concernent des pratiques émergentes de collaboration de la part d'étudiants en formation initiale. Notre analyse vise une compréhension des actions mises en œuvre plutôt que la mesure de ces

Apprendre aux étudiants paramédicaux à collaborer dernières. Les outils utilisés nous permettent de porter un regard sur le vécu de ces futurs professionnels et sur leur façon d'interagir en réponse à une problématique engageant la collaboration interprofessionnelle. L'analyse suivante cherche à mettre en évidence si, au travers de ce dispositif, les étudiants ont pu mettre en place une collaboration pertinente au regard du contexte de l'activité proposée. C'est donc à travers les composantes de l'axe des pratiques de soins et de services partagés du modèle de Careau et *al.* (2014) que nous exprimerons nos résultats.

## **2.3. Résultats**

### **2.3.1. Interdépendance**

Le « continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux » montre que plus la situation d'une personne est complexe plus l'interdépendance des professionnels médico-sociaux augmente. Cette interdépendance face à la situation de santé proposée est beaucoup évoquée par les étudiants interrogés. Lors des entretiens, huit d'entre eux expriment qu'il fallait, effectivement, être plusieurs professionnels de domaines différents pour répondre correctement au besoin de la personne rencontrée au cours du travail collaboratif. Danièle D'Amour et *al.* montrent l'importance d'un rapprochement des pensées des professionnels par leur travail en interdépendance (D'Amour et *al.*, 1999).

Cependant, cette proximité rendue nécessaire entre les étudiants, a parfois été compliquée à assumer. Le faible recul de ces jeunes professionnels leur permet difficilement de faire face aux réactions d'un patient qui, par exemple, met en avant une profession par rapport à une autre. Si l'intérêt des participants pour l'objet de la focalisation est détourné, la pratique de soins et de services partagés ne peut avoir lieu puisque, selon notre modèle, elle se caractérise par un engagement formel dans l'action collective. Mais nos entretiens ont montré qu'un seul étudiant sur dix était concerné, ce qui représente une minorité dans notre échantillon. La majorité d'entre eux a effectivement exprimé un fort niveau d'interdépendance entre les membres du groupe de travail, autour de la personne rencontrée, les incitant ainsi à entrer dans une relation formelle engageant une participation active.

### **2.3.2. Engagement et participation active**

Henri et Lundgren-Cayrol précise que « *l'engagement se traduit par la participation active de tous les membres d'un groupe et par d'authentiques efforts pour réaliser les tâches et atteindre le but.* » (Henri & Lundgren-Cayrol, 2001, p.112). Les résultats sur la participation active des étudiants nous permettent de mettre en évidence un engagement formel dans une grande majorité des groupes inter-filières. Cependant deux groupes observés sur cinq n'ont pas

QPES – (Faire) coopérer pour (faire) apprendre réussi à établir une réciprocité dans leurs interactions. Trois causes ont pu être mises en évidence. La première est une forme de détachement liée à des « *préoccupations extérieures* » (Goffman, 1974, p. 104) chez certains étudiants qui n'ont pas réussi à établir le face-à-face nécessaire. La deuxième résulte d'une forme de posture de retrait qui nous a paru être liée à une certitude de ne pas pouvoir s'engager, par un manque de connaissances et de capacités mobilisables dans la situation proposée ; soit une professionnalité encore trop jeune pour être exploitée. Et la troisième cause est observée près d'étudiants qui ont mis en avant une problématique de partage de territoires professionnels.

### **2.3.3. Cohésion pour des actions collectives inter-filières**

La cohésion est caractérisée par des interactions qui incitent à poursuivre les échanges et par une adaptation des comportements (Goffman, 1974). Les résultats révèlent, d'une part, une ouverture des étudiants aux autres par des présentations individuelles et professionnelles réciproques, d'autre part, une adaptation des pratiques pour la poursuite d'un but commun établi lors d'un consensus inter-filières. C'est bien la problématique de santé qui devient une problématique commune. On observe de ce fait, une forte cohésion entre étudiants, investis pour tenter de répondre à la demande, toutes filières confondues.

Cependant, les étudiants n'ayant pas répondu aux composantes d'engagement et d'interdépendance n'ont pas réussi à intégrer la cohésion créée au sein de leur groupe. Un groupe sur les cinq observés est particulièrement concerné ainsi que deux étudiants sur les dix interrogés.

### **2.3.4. Partage des responsabilités**

L'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence un partage solidaire des responsabilités entre les étudiants, à la fois propre à chaque profession, mais également plus transversal. Pour Mourey, (2005, p.187) « *il existe d'une part un rôle propre du rééducateur fournissant des données émanant d'outils d'évaluation qui lui sont spécifiques, et d'autre part la nécessité de mettre en rapport ces informations avec celles émanant des autres évaluations médicales ou paramédicales.* » Le discours des étudiants met en évidence ces deux rôles.

Les résultats montrent également que la confiance et le respect mutuel dans la professionnalité des autres, a permis des actions réciproques coordonnées au sein des groupes inter-filières. Treize cartes mentales sur vingt relevées, montrent un ensemble cohérent, exprimant des actions inter-filières coordonnées et des évaluations personnalisées face à la problématique de santé rencontrée.

### **2.3.5. Echange de savoirs disciplinaires**

Neuf étudiants entretenus sur dix et les cinq groupes observés ont montré une volonté d'aller rencontrer les autres cultures professionnelles, au travers d'interactions verbales, et de confronter leurs représentations afin de les faire évoluer vers de nouveaux apprentissages. Ce processus est fondamental dans les pratiques de soins et de services partagés puisqu'il ouvre les frontières tout en valorisant les savoirs propres à chacun. Cette analyse renvoie au propos de Danielle D'Amour et *al.* (1999, p.82), dans lequel le processus d'interconnaissance trouve toute son importance.

### **2.3.6. Synthèse de l'analyse**

Les pratiques de soins et de services partagés impliquent des interactions multiples, sollicitant la professionnalité entière des acteurs. En deuxième année de formation, la professionnalité émergente des étudiants ne leur permet qu'une maîtrise partielle de leurs connaissances et capacités à mobiliser en situation. De plus, leur expérience encore débutante, entraîne une pratique timide lorsqu'il s'agit de les mettre en action. Nos entretiens révèlent que tous les étudiants ont, à un moment donné, rencontré des difficultés dans leurs interactions, risquant parfois la rupture de collaboration. Certains ont pourtant réussi à surmonter ces obstacles, dans le but de réaliser le travail qui était demandé, et surtout, de répondre à la demande d'une personne en situation de handicap. Pour ces futurs professionnels, la présence des composantes de la pratique collaborative de soins et de service partagés, dans leurs discours, dans leurs face-à-face et à travers leurs productions, fait penser qu'ils sauront juger du type de pratique nécessaire dans une situation de collaboration en santé. Pour ceux-là, nous pouvons supposer que le dispositif pédagogique a répondu à l'objectif défini au départ, à savoir, expérimenter et comprendre la démarche interprofessionnelle autour d'une problématique de santé engageant une pratique collaborative. Pour d'autres, des limites ont été mises en évidence notamment à travers des postures de détachement ou encore de protection vis-à-vis d'une identité professionnelle encore fragile. Cela nous amène aux limites de ce dispositif.

## **3. Limites**

On retrouve une hiérarchie de classement dans le discours des étudiants lorsqu'ils s'expriment sur les relations entre professionnels de santé. Cette « hiérarchie » entre professions existerait, selon eux, sous une forme pyramidale, renvoyant au modèle traditionnel des organisations médico-sociales. Ce modèle renvoie au pouvoir prescripteur du médecin et à la séparation des territoires professionnels (Dubar, 2015, p.132). Les voies d'admission en formation dans le domaine de la santé sont considérées par les étudiants comme participant fortement à son

QPES – (Faire) coopérer pour (faire) apprendre installation et à sa pérennisation. Cependant, tous les étudiants ont, à un moment donné, démontré leur détachement par rapport à ces représentations. Lorsqu'ils évoquent leurs futures interactions entre professionnels de santé, cette « hiérarchie » est très critiquée. La collaboration est adoptée comme un moyen de mettre en œuvre des accompagnements de qualité auprès des usagers des soins. Ces conflits de valeurs entre représentations construites sur le vécu et leur projection montrent des tensions inhérentes au développement professionnel chez ces étudiants. Ces tensions ont pu représenter une limite dans la mise en place d'une pratique collaborative et les outils utilisés dans notre analyse n'ont pas pu en rendre compte.

#### 4. Critiques et préconisations

Pour commencer, nous avons constaté que beaucoup d'étudiants assimilent la collaboration interprofessionnelle à une mise en commun de savoirs ou de pratiques « identiques » entre les professions. La formation doit donc amener les étudiants à réfléchir à la construction d'outils communs, de cadres de références, ou à l'utilisation de ceux qui existent déjà, ce qui permettrait peut-être de limiter la crainte de chacun de se voir dérober une partie de son territoire professionnel.

Ensuite, nous avons pu observer que pour certains étudiants, trouver une place dans le processus de collaboration engagé au sein des groupes de travail, n'a pas été évident. Leur professionnalité émergente ne leur permettait peut-être pas encore de mobiliser toutes les connaissances nécessaires à l'exercice demandé. A ce sujet, David Gachoud et *al.*, soulignent que « *pour pouvoir travailler en interprofessionnalité, il faut être clair sur sa profession, sur ce qu'elle apporte, au patient et à ses proches, d'unique et de différents des autres professions.* » (2017, p.153). Ainsi, pour ces auteurs il demeure important de favoriser un « juste dosage » entre professionnalité et interprofessionnalité ; dosage qui devra sûrement être mieux ajusté lors d'une prochaine journée de formation « InterPEK ». Il semblerait également, que l'utilisation d'un outil commun, tel que la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)<sup>1</sup>, ait favorisé l'efficacité de la collaboration dans certains groupes. Une harmonisation des enseignements, voire leur mutualisation au sein des trois filières, sur l'utilisation de ces outils faciliterait probablement les échanges et la mise en place d'une problématique commune entre les étudiants. Ces échanges, dès la formation initiale, leur

---

<sup>1</sup>[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422\\_fre.pdf;jsessionid=9A413ABA2ABB4B0CAD4300D558E3F8EF?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf;jsessionid=9A413ABA2ABB4B0CAD4300D558E3F8EF?sequence=1)



Apprendre aux étudiants paramédicaux à collaborer permettrait également une compréhension plus fine des problématiques de santé et de la place de chacune des professions dans les parcours de soins.

Pour finir, le dispositif de formation proposé, ne représente pas une véritable situation professionnelle, avec toutes les contraintes qu'elle engage. Par contre, le discours des étudiants rend compte de l'influence des représentations et du contexte organisationnel des institutions médico-sociales, exprimée à travers leurs expériences de stage. Certains ont, semble-t-il, été confrontés à une réalité de terrain n'engageant pas à la collaboration interprofessionnelle. Et pourtant, nous avons relevé de leur part, une volonté de changements vers des pratiques collaboratives basées sur la complémentarité des spécificités et l'ouverture aux autres. Pour y parvenir, l'ingénierie pédagogique mise en place devra d'une part, rester au plus proche du réel, et d'autre part, favoriser des pratiques basées sur la réflexivité des apprenants.

## **Conclusion**

Une grande majorité des étudiants ayant participé à la journée de formation « InterPEK » a montré l'intérêt, voire la nécessité, de travailler en interprofessionnalité. L'analyse de notre dispositif montre d'ailleurs leur volonté à collaborer afin de proposer des soins innovants aux personnes en situation de handicap. Cependant, l'interprofessionnalité est encore un concept vague que les professionnels, les structures et organisations s'approprient en fonction de leur propre contexte médico-social. Bien que le travail collaboratif « simulé » dans notre dispositif ne rende pas compte de ce contexte, notre analyse ouvre ainsi sur de nouveaux questionnements : les apprentissages « inter-filières » réalisés au sein des instituts seront-ils transférables, alors que les contextes organisationnels et politiques du système de santé jouent un rôle majeur dans l'application des pratiques collaboratives en santé et services sociaux ?

Nous restons persuadés que la compréhension réciproque dans les interactions professionnelles, grâce à l'éducation et à la formation, sont des facteurs essentiels vers une progression des pratiques interprofessionnelles. Dans cet objectif, l'IFPEK poursuivra son initiative de former ses étudiants à la collaboration en favorisant les échanges entre ces derniers ainsi que leur réflexivité.

## Références bibliographiques

Aiguier, G., Poirette, S., Pélissier, M.-F. (2016). Accompagner l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle : une nécessaire gouvernance réflexive du dispositif pédagogique. In. *Journal International de Bioéthique* 2016/1 (vol. 27), p.91-112.

Careau, E. (2013). *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipes interdisciplinaires*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures postdoctorales de l'Université de Laval pour l'obtention du grade de philosophiae doctor. Québec.

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

D'Amour D., Sicotte C., Lévy R., (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. In : *Sciences sociales et santé*. Volume 17, n°3, p. 67-94. Doi :10.3406/sosan.1999.1468

Dubar, C. (2015). Chapitre 4. La socialisation comme construction sociale de la réalité. In. C. Dubar, *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin, p. 79-102.

Fiquet, L., Hugué, S., Annezo, F. (2015), Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. In : *Pédagogie Médicale*. EDP Sciences / SIFEM. DOI : 10.1051/pmed/2015018

Gachoud, D., Gallant, S., Lucarelli, L., et al. (2017). *Education interprofessionnelle et pratique collaborative, le modèle de Lausanne*. Suisse, Médecine et Hygiène. 157 p.

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris, Les éditions de minuit. 230 p.

Henri, F. et Lundgren-Cayrol K. (2001). *Apprentissage collaboratif à distance*, Sainte Foy, Presses Universitaires du Québec, 184 p.

Jorro, A. (2011). Reconnaître la professionnalité émergente. In. *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance* Louvain-la-Neuve, Belgique, De Boeck Supérieur, p. 7-16.

Mourey, F. (2005). Le rééducateur. In : Martine Aubert et al., *Interprofessionnalité en gérontologie*. ERES, Pratiques gérontologiques, p. 186-192.