

Apprentissage en interprofessionnalité

L'apprentissage en interprofessionnalité (IP) dans le domaine de la Santé fait référence à l'engagement dans un processus d'apprentissage conjoint réciproque de deux professions ou plus, dont les relations et les interactions leur permettent de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs expériences pour les mettre au service des patients¹. La simulation est une des modalités privilégiées dans ce cadre.

Identifier l'étendue des compétences, des champs d'activité et des rôles est difficile pour les étudiants des professions de la santé au cours de leur formation en silo sans démarche spécifique. Depuis une dizaine d'années, les programmes de formation en interprofessionnalité se sont développés et ont montré des résultats soutenant leur poursuite². Il ressort de ces travaux qu'apprendre en interprofessionnalité est favorable au développement des compétences liées à la communication, au travail en équipe, à la résolution de conflits, à la prise de décision, ainsi qu'à la définition des rôles³.

Parmi les stratégies les plus utilisées, l'approche par simulation présente un intérêt particulier car elle génère une expérience d'apprentissage positive et pertinente en ce qui concerne les compétences non techniques tout en faisant évoluer les idées préconçues sur la contribution des différentes professions de santé⁴. Des modèles tels que ASPIRE⁵ (Academic Strategic Partnerships for Interprofessional Research and Education) ou TeamSTEPPS®⁶ (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) offrent une opportunité de structurer ces démarches formatives. Le modèle ASPIRE a été créé pour le développement d'expériences éducatives interprofessionnelles en santé. Il se centre sur trois domaines : les outils pratiques, le leadership, les facteurs relationnels. Quant au modèle TeamSTEPPS®, il a été développé plus spécifiquement pour renforcer la sécurité du patient en se focalisant sur le travail d'équipe. Il repose sur 5 dimensions : la structure d'équipe, la communication, le leadership, le monitoring de la situation et le soutien mutuel.

Au-delà de l'intérêt sur le plan des compétences individuelles, des collaborations interprofessionnelles efficaces ont entraîné une diminution des erreurs médicales, une satisfaction accrue des patients et une amélioration des soins aux patients⁷.

La mise en place d'une activité de simulation Inter Professionnelle (SIP) s'articule autour de 4 axes incontournables :

1. L'axe socio cognitif : la SIP permet de comprendre le rôle individuel de chacun, ses responsabilités et expertises, et ceux des autres professionnels de santé. Le travail collaboratif en IP suppose la connaissance du champ de pratique de l'autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives.
2. L'axe tutélaire : l'implication des tutelles dans l'élaboration d'un programme de SIP semble indispensable notamment afin de répondre à des besoins d'établissement de santé ; sur des événements indésirables par exemple. La question du financement sera également abordée.
3. L'ingénierie pédagogique qui consiste en la construction du modèle d'apprentissage selon une méthodologie spécifique validée (ex. BASE, Cf. figure 1 ; ADDIE : Analyse des besoins, Design de la formation, Développement, Implémentation, Évaluation).



Auteurs :
Sylvain BOLORE,
Guillaume DER
SAHAKIAN
*Relecture : Membres
du comité pédagogie*



contact@sofrasims.org



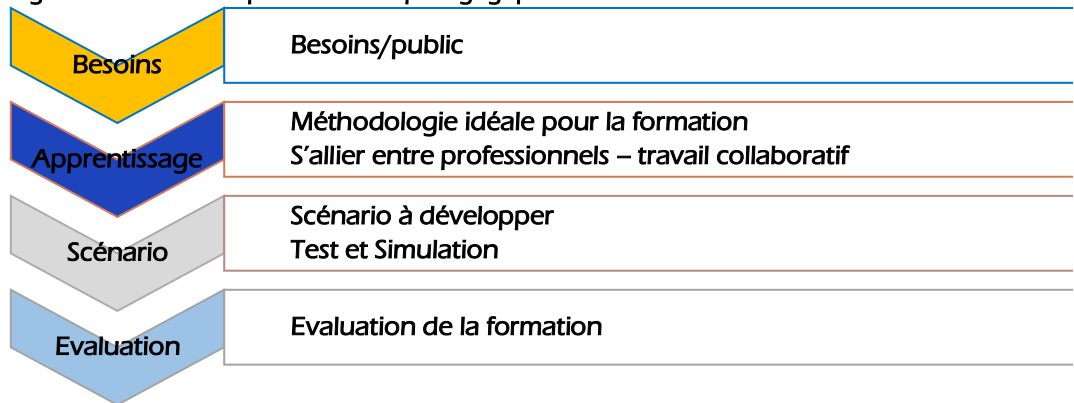
www.sofrasims.org

4. La *Task Force* de SIP réunissant des référents interprofessionnels : définition des objectifs pédagogiques, élaboration du programme, modalités de mise en œuvre du (co)débriefing, etc.

Plusieurs niveaux d'évaluation sont proposés selon le modèle pyramidal de D. Kirkpatrick (Réactions, Apprentissage, Transfert, Résultats). L'utilisation d'échelles validées telles que la TEAM⁸ (*Team Emergency Assessment*) ou la CTS⁹ (*Clinical Teamwork Scale*) est fortement recommandée afin d'évaluer les CRM (*Crisis Resource Management*) interprofessionnelles. Enfin le débriefing IP, partie intégrante de l'évaluation, est effectué de préférence de manière adaptée à chaque apprenant, selon son niveau d'expérience, par un formateur expérimenté ou à deux voire plus (co-débriefing interprofessionnel¹⁰) ou encore sans instructeur (auto-débriefing).

Le développement des compétences collaboratives rendu possible par la SIP montre qu'il s'agit d'un maillon indispensable dans le curriculum du professionnel de santé. Le recours à un modèle pédagogique, à une *Task Force* et à une évaluation adaptée sont les garants d'une SIP réussie.

Figure 1 : *BASE*: exemple de modèle pédagogique



Références

1. D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116–131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>
2. Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>
3. Soubra, L., Badr, S. B. Y., Zahran, E. M., & Aboul-Seoud, M. (2018). Effect of Interprofessional Education on Role Clarification and Patient Care Planning by Health Professions Students. *Health Professions Education*, 4(4), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.12.005>
4. Wietholter, J. P., Grey, C., Howard, C., Johnson, B. N., Sween, R., & Rowlands, A. E. (2017). Interprofessional collaborative practice through an adult medicine based simulation. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 9, 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.07.011>
5. Brashers, V., Haizlip, J., & Owen, J. A. (2019). The ASPIRE Model: Grounding the IPEC core competencies for interprofessional collaborative practice within a foundational framework. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 128–132. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1624513>
6. Borckardt, J. J., Annan-Coultas, D., Catchpole, K., Wise, H., Mauldin, M., Ragucci, K., Scheurer, D., & Kascak, K. (2020). Preliminary evaluation of the impact of TeamSTEPPS® training on hospital quality indicators. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 18, 100306. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100306>
7. Guraya, S. Y., & Barr, H. (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34(3), 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009>
8. Cooper, S., Cant, R., Connell, C., Sims, L., Porter, J. E., Symmons, M., Nestel, D., & Liaw, S. Y. (2016). Measuring teamwork performance: Validity testing of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM) with clinical resuscitation teams. *Resuscitation*, 101, 97–101. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.01.026>
9. Guise, J.-M., Deering, S. H., Kanki, B. G., Osterweil, P., Li, H., Mori, M., & Lowe, N. K. (2008). Validation of a Tool to Measure and Promote Clinical Teamwork. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 3(4), 217–223. <https://doi.org/10.1097/sih.0b013e31816fdd0a>
10. Cheng, A., Palaganas, J., Eppich, W., Rudolph, J., Robinson, T., & Grant, V. (2015). Co-debriefing for Simulation-based Education. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 10(2), 69–75. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000077>