

## Développement de l'interprofessionnalité en Santé et rôle de la simulation

Dan Benhamou <sup>1,2</sup>

Antonia Blanie <sup>1,2</sup>

Philippe Roulleau <sup>1,2</sup>

- (1) Département d'Anesthésie-Réanimation, Groupe Hospitalier Paris Sud, Hôpital Bicêtre, 78 rue du général Leclerc, 94275 Le Kremlin Bicêtre.
- (2) Centre de simulation LabForSIMS, Faculté de Médecine Paris Sud, 63 rue Gabriel Péri, 94276 Le Kremlin Bicêtre.
- (3) Correspondance : Pr Dan BENHAMOU Département d'Anesthésie-Réanimation, Groupe Hospitalier Paris Sud, Hôpital Bicêtre, 78 rue du général Leclerc, 94275. Le Kremlin Bicêtre.

Tel : 33 1 45 21 34 47

Fax : 33 1 45 21 28 75

Email : dan.benhamou@bct.aphp.fr

Bien que la justification d'une collaboration interprofessionnelle ait été identifiée il y a plus d'un siècle, la diffusion du concept et le développement de la réflexion autour de ce principe n'ont émergé qu'au début de la décennie 2000, avec une augmentation importante et rapide des publications à ce sujet entre 2000 et 2005. Cette réflexion résulte de la prise de conscience du nombre important (et des conséquences graves) du travail dit « en silo » cad dans lequel chaque catégorie professionnelle travaille isolément et ne sait pas communiquer avec les autres. Les situations pour lesquelles le bénéfice de l'interprofessionnalité apparaît au premier plan deviennent de plus en plus nombreuses, tant dans le soin hospitalier que dans la médecine de ville ou dans la transition hôpital-ville. Tous les métiers de la santé sont impactés par cette modalité de travail et touchent toutes les interactions entre les professionnels. Dans un système de soins dans lequel le patient (et sa famille) prend une place essentielle, l'écouter devient naturel. Le patient doit participer à son soin, peut/doit poser des questions, comprend et choisit les examens et les actes qui sont réalisés, voire même peut aider à détecter l'aggravation de la situation clinique d'un proche hospitalisé et en informer l'équipe soignante. Des programmes stimulant cette vision auprès du grand public commencent à être développés.

L'Institut de Médecine nord américain recommandait ainsi en 2003 que « tous les professionnels de santé soient éduqués pour délivrer des soins centrés sur les patients en tant que membres d'une équipe interdisciplinaire ». Plusieurs pays ont produit des référentiels sur l'interprofessionnalité qui ont pour but de guider le développement de ce concept. Le groupe canadien identifie six domaines de compétences spécifiques: 1) communication interpersonnelle; 2) soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté; 3) clarification des rôles; 4) travail d'équipe; 5) leadership collaboratif; 6) résolution de conflits interprofessionnels.

L'interprofessionnalité s'inscrit dans deux grands domaines. *La formation interprofessionnelle* est logiquement la 1<sup>ère</sup> étape. Comment imaginer que des soignants

puissent exercer leur métier avec des attitudes collaboratives dans leur vie professionnelle si cette façon de se comporter n'a pas été inculquée au cours de l'enseignement ? L'éducation doit donc débiter dès la période de formation initiale, un stade où les cultures traditionnelles respectives des métiers ne sont pas ancrées. Les résultats aujourd'hui disponibles sont encourageants mais encore insuffisants. La majorité des études concerne les étudiants en médecine ou les élèves-infirmières et concernent le plus souvent plus de deux groupes professionnels en même temps, parfois atteignant quatre ou cinq professions éduquées dans les mêmes formations. Les critères de jugement mesurés et améliorés dans ces études comprenaient les modifications d'attitude et la capacité à prendre une décision. Cependant, les programmes n'étaient pas toujours suffisamment décrits ou peu représentatifs et dans les rares études avec évaluation différée de quelques mois, les résultats sont variables. Aucune étude n'a jusqu'ici permis de démontrer que le concept de formation interprofessionnelle mise en œuvre dès la formation initiale est porteur d'un réel bénéfice sur la santé de la population. De plus les méthodes utilisées pour évaluer l'efficacité de la formation interprofessionnelle (incluant les deux échelles les plus utilisées que sont la Readiness for Interprofessional Learning Scale [RIPLS] and the Interdisciplinary Education Perception Scale [IEPS]) ne s'avèrent pas posséder toutes les caractéristiques attendues. Une modification de l'échelle RIPLS lui permet de se rapprocher des besoins. De plus cette échelle a été récemment traduite en français (et validée), facilitant l'utilisant dans notre pays.

L'éducation interprofessionnelle doit aussi se poursuivre tout au long de l'exercice de la pratique et s'inclut dans la formation continue et elle mérite tout autant d'être organisée et évaluée. La simulation y joue un rôle tout aussi important que pour la formation initiale.

La *collaboration interprofessionnelle* est la mise en œuvre dans le travail clinique quotidien de cette interaction. Celle-ci peut être elle-même subdivisée en *pratique interprofessionnelle* qui représente les actions et procédures incorporées dans la pratique clinique pour améliorer la collaboration et la qualité des soins et en *organisation interprofessionnelle* qui représente les modifications structurelles et organisationnelles (procédures, gestion des espaces et des réunions...) ayant pour but de faciliter la collaboration interprofessionnelle. Les données commencent à s'intensifier pour montrer que le travail interdisciplinaire (ou plus généralement le travail en équipe) améliore le pronostic des patients. Cette notion commence à apparaître de façon suffisamment claire pour que certaines recommandations l'aient incluse comme une partie essentielle de la qualité d'une prise en charge. On reconnaîtra cependant que la qualité des études reste largement insuffisante (souvent rétrospectives ou de type avant-après, utilisant le plus souvent des critères subrogés plutôt que des critères majeurs) et que la démonstration reste à confirmer.

Le monde infirmier s'est engagé clairement dans cette approche et une partie importante de la littérature des années 2000-2015 est écrite par des responsables paramédicaux et publiée dans des revues de soins infirmiers. Le monde médical est en retard, soit par peur d'une perte de leadership et de pouvoir, soit parce que l'intérêt direct pour le résultat du soin n'est pas clair. Les barrières à la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle ont été identifiées (tels que les problèmes logistiques ou financiers ou encore la façon stéréotypée dont les étudiants perçoivent les différents métiers). De même les barrières à la collaboration interprofessionnelle sont aussi

connues. La dominance du médecin dans le système, la culture différente des métiers se traduisent par des frustrations des infirmiers (ères) qui ont plus un rôle de soignant, de consultant, de rapporteur des situations/faits ou en répondant aux questions.

La simulation est un outil majeur pour améliorer cette interprofessionnalité et la faire pénétrer dans les curriculums étudiants et dans les pratiques de soins.

Tant les étudiants en médecine que les étudiants en soins infirmiers éprouvent en fin de scénario un sentiment très positif et considèrent que les sessions de simulation leur permettront de mieux agir dans la vie réelle. Dans tous les groupes d'étudiants, la simulation leur a permis de mettre en lumière des idées fausses sur le rôle et le travail de l'autre. De nombreuses études ont confirmé ces résultats en utilisant des scores variés. Au delà de la perception et des impressions ressenties par les étudiants participant à des séances de simulation, le résultat clinique (qui est la conséquence attendue de cette amélioration relationnelle) reste peu étudié.

Il existe aussi des données suggérant une amélioration du travail en équipe et de la collaboration interprofessionnelle grâce la simulation haute fidélité ou l'emploi de patients standardisés. L'emploi de la simulation avec des scénarios de crise comme moyen d'améliorer la capacité de coordination et de communication des équipes interprofessionnelles a été utilisée dans plusieurs études. Bien que les résultats soient très attractifs et encourageants, ils restent encore isolés et il est difficile de considérer que leurs résultats sont généralisables. Développer la recherche sur l'apprentissage par simulation de l'interprofessionnalité est donc une priorité.

## Références principales

- Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf* 2014;23(5):359-72.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Weinstein RS, Brandt BF, Gilbert JH, Schmitt MH. Bridging the Quality Chasm: Interprofessional Teams to the Rescue? *Am J Med* 2013;126(4):276-7.
- Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Février 2010. [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf) (accès le 12 mars 2016).
- Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med* 2010;71(5):898-909.
- Oates M, Davidson M. A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. *Med Educ* 2015;49(4):386-98.
- Hean S, Clark JM, Adams K, Humphris D. Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *J Interprof Care* 2006;20(2):162-81.
- Lin EC, Chen SL, Chao SY, Chen YC. Using standardized patient with immediate feedback and group discussion to teach interpersonal and communication skills to advanced practice nursing students. *Nurse Educ Today* 2013;33(6):677-83.
- Eppich W, Howard V, Vozenilek J, Curran I. Simulation-based team training in

healthcare. *Simul Healthc* 2011;6 Suppl:S14-9.

- Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Mayer D, Moore SM. Promoting interprofessional education. *Nurs Outlook*. 2007;55(3):144-50.
- Alexanian JA, Kitto S, Rak KJ, Reeves S. Beyond the Team: Understanding interprofessional work in two North American ICUs. *Crit Care Med* 2015;43(9):1880-6.
- Wagner J, Liston B, Miller J. Developing interprofessional communication skills. *Teaching and Learning in Nursing* 2011 ; 6 :97–101.
- Schmitt MH, Gilbert JH, Brandt BF, Weinstein RS. The coming of age for interprofessional education and practice. *Am J Med*. 2013;126(4):284-8.
- Hall LW, Zierler BK. Interprofessional Education and Practice Guide No. 1: developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *J Interprof Care*. 2015;29(1):3-7.
- Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, Madularu I, Solomon P, Thistlethwaite J. Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ* 2010;44(1):64-74.
- Sharma S, Boet S, Kitto S, Reeves S. Interprofessional simulated learning: the need for 'sociological fidelity'. *J Interprof Care* 2011;25(2):81-3.
- Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E, Zwarenstein M A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care* 2011;25(3):167-74.
- Smithburger PL, Kane-Gill SL, Kloet MA, Lohr B, Seybert AL. Advancing interprofessional education through the use of high fidelity human patient simulators. *Pharm Pract (Granada)*. 2013;11(2):61-5.
- Fung L, Boet S, Bould MD, Qosa H, Perrier L, Tricco A, Tavares W, Reeves S. Impact of crisis resource management simulation-based training for interprofessional and interdisciplinary teams: A systematic review. *J Interprof Care* 2015;29(5):433-44.
- Boet S, Bould MD, Layat Burn C, Reeves S. Twelve tips for a successful interprofessional team-based high-fidelity simulation education session. *Med Teach* 2014;36(10):853-7.