



**HAL**  
open science

## L'interprofessionnalité dans les formations paramédicales en France: Regards croisés sur le processus d'universitarisation

Luana Pinho de Mesquita, Silvia Matumoto, Jacques Chervin, Gilles Monceau

### ► To cite this version:

Luana Pinho de Mesquita, Silvia Matumoto, Jacques Chervin, Gilles Monceau. L'interprofessionnalité dans les formations paramédicales en France: Regards croisés sur le processus d'universitarisation. *Éducation, Santé, Sociétés*, 2020, 6 (1), pp.119-136. 10.17184/eac.3149 . hal-03133337

**HAL Id: hal-03133337**

**<https://hal.science/hal-03133337v1>**

Submitted on 19 Feb 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/341354360>

# L'interprofessionnalité dans les formations paramédicales en France: Regards croisés sur le processus d'universitarisation

Article · May 2020

DOI: 10.17184/eac.3149

CITATIONS

0

READS

404

4 authors:



**Luana Pinho de Mesquita**

University of São Paulo

19 PUBLICATIONS 18 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Sílvia Matumoto**

University of São Paulo

75 PUBLICATIONS 729 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Jacques Chervin**

Ecole Nationale de Kinésithérapie et Rééducation (France)

6 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Gilles Monceau**

Université de Cergy-Pontoise

112 PUBLICATIONS 330 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



O Processo de Implantação da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil no DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede [View project](#)



A formação interprofissional e as práticas colaborativas na Residência Multiprofissional [View project](#)

# L'interprofessionnalité dans les formations paramédicales en France

## Regards croisés sur le processus d'universitarisation

Luana Pinho de Mesquita Lago(1), Silvia Matumoto(2),  
Jacques Chervin(3), Gilles Monceau(4)

- (1) Doctorante, École de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto (EERP)- Université de São Paulo – Brésil.  
(2) Professeure à l'École de Sciences Infirmières de Ribeirão Preto (EERP) – Université de São Paulo – Brésil.  
(3) Formateur – École Nationale de Kinésithérapie et Rééducation (ENKRE) – Saint-Maurice – France.  
(4) Professeur des Universités en Sciences de l'éducation – Laboratoire EMA – Université de Cergy Pontoise – France.

---

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 6, No 1 | pp. 119-136

Reçu le : 26/09/2019 | Accepté le : 28/12/2019

**Résumé** : L'article s'appuie sur le cadre théorico-méthodologique de la socio-clinique institutionnelle, pour proposer de porter un regard extérieur, brésilien, sur la réalité française afin d'explicitier la place de la formation interprofessionnelle dans le processus d'universitarisation des formations paramédicales en France. La démarche a consisté à observer des activités de formation interprofessionnelle et à mener des entretiens semi-directifs auprès de sujets concernés (formateurs, étudiants et professionnels de santé). Dans les formations à l'interprofessionnalité, on observe l'intégration d'outils technologiques, en particulier la simulation et l'usage de plateforme e-learning. L'analyse montre que le processus d'universitarisation de la formation, qui intègre les directives visant à introduire l'interprofessionnalité, est traversé par une fragmentation des pratiques, des questionnements sur les limites de chaque champ professionnel, un faible accompagnement des formateurs pendant le changement, une flexibilisation du marché du travail et d'autres tensions relevant des différences entre professions de santé. Malgré ces difficultés de nature institutionnelle, certains petits groupes interprofessionnels qui parviennent à construire des pratiques plus transversales et à développer une meilleure communication en leur sein, peuvent être considérés comme instituants. L'article en témoigne en nourrissant l'analyse de l'expérience brésilienne de la «résidence multiprofessionnelle en santé».

**Mots-clés** : universitarisation, éducation supérieure, formation en santé, interprofessionnalité.

---

# 1 Introduction

## 1.1 Le regard extérieur

Ce texte présente une expérience de recherche menée pendant le stage doctoral d'une chercheure brésilienne en France en 2018. Ce stage participait de la préparation d'une thèse de doctorat portant sur l'interprofessionnalité dans les pratiques des professionnels de santé. Le parcours professionnel de la chercheure est tout d'abord présenté afin d'éclairer les perceptions et interrogations présentées dans l'article. La réflexion s'inscrit dans le cadre théorico-méthodologique français de l'analyse institutionnelle (Lourau, 1990), plus spécifiquement celui de la socio-clinique institutionnelle (Monceau, 2017, 2018). Selon ce référentiel, la notion d'implication a un rôle central dans la conduite de la recherche. Analyser ses implications dans l'objet de recherche est un principe méthodologique qui demande aussi de prendre en compte les interactions du chercheur avec les différentes institutions concernées par sa recherche, c'est-à-dire les « relations (libidinales, organisationnelles et idéologiques) qui s'établissent entre les sujets et les institutions » (Monceau, 2012, p. 7). Ce positionnement, plus proche du vécu et du terrain, rompt avec la neutralité et la distance traditionnellement adoptées dans la recherche et interroge les effets de transformation de la réalité produits par la mise en oeuvre de la recherche elle-même (Monceau, 2017).

Concernant le parcours de la chercheure, il est important de souligner qu'elle a suivi une formation initiale en odontologie dans une université publique brésilienne durant 4 ans. Ce curriculum était alors basé sur les principes de la santé collective, particulièrement en ce qui concerne l'approche de la complexité sociale, culturelle et économique des pratiques de soin<sup>1</sup>. Elle a ensuite suivi un programme de résidence multiprofessionnelle (qui intègre une immersion en service de santé). Après une année consacrée à la pratique en soins primaires, elle s'est engagée dans une formation de troisième cycle en vue d'une carrière professionnelle dans la recherche et l'enseignement en santé au Brésil.

Revenons tout d'abord sur quelques éléments-clés identifiés lors des premiers échanges avec des formateurs en santé en France, professionnels chargés de la mise en place des recommandations nationales visant l'interprofessionnalité. Ces éléments-clés sont en rapport avec l'universitarisation de certaines professions qualifiées, en France, de "paramédicales" ainsi qu'avec la mise en oeuvre de nouvelles méthodes pédagogiques dont l'objectif est de rapprocher les différents groupes professionnels du secteur de la santé dès la formation initiale. L'article propose de porter un regard brésilien sur la réalité française à partir de certains étonnements éprouvés par la chercheuse, ceci afin d'identifier certains enjeux qui apparaissent durant la formation et le travail en santé dans les deux pays. Nous présentons donc tout d'abord certains éléments contextuels propres à chaque pays.

## 1.2 Contexte de la formation en santé au Brésil

Le Système unique de santé (SUS) est un système public qui a été créé au Brésil dans les années 1980, dans un contexte de luttes sociales pendant le mouvement de redémocratisation brésilienne après la fin de la dictature. Pour assurer la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'accompagnement des personnes malades, le SUS est constitué de

---

1. Actuellement, cette formation valorise moins les dispositifs pédagogiques d'immersion dans le service de santé.

façon régionalisée avec différents services de soins primaires, ambulatoires, d'hôpitaux et de centres spécialisés organisés en un réseau de services de santé (Fernandes, 2017). Les centres de soins primaires sont organisés selon la « Stratégie » (l'orientation) dite de santé de la famille (SSF). Ils sont composés d'équipes de santé multiprofessionnelles réunissant différentes professions de santé détenant différents diplômes. Ces équipes assurent le suivi des familles résidant sur un territoire défini. Ce suivi est basé sur des principes comme l'intégralité (considérer le patient dans toutes ses dimensions) et la coordination interprofessionnelle des soins focalisés sur la famille.

Chaque territoire apporte des complexités sociales particulières prises en charge par une équipe de référence responsable de l'accompagnement d'environ 800 familles. Les équipes sont généralement constituées d'un médecin généraliste, d'un(e) infirmier(e), de deux auxiliaires infirmières, d'un(e) technicien(e) infirmier(e)<sup>2</sup>, et d'agents communautaires de santé. Quelques équipes comptent aussi des professionnels de santé dentaires (dentistes et auxiliaires odontologues). Dans certaines municipalités, les équipes de référence sont soutenues par une autre équipe multiprofessionnelle, le "Nucleus de l'appui à la santé de la famille" (NASF), qui compte d'autres spécialistes comme des médecins gynécologues, des psychiatres, ou d'autres professions de santé comme des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des pharmaciens, des psychologues, des nutritionnistes, ainsi que d'autres types de professionnels comme des assistants sociaux ou des éducateurs physiques.

La formation des professionnels de santé au Brésil se déroule de différentes façons selon les professions et aussi selon la réalité locale des structures de formation. Par exemple, l'insertion de la formation en soins infirmiers à l'université a commencé à la fin des années 1930. Après la réforme universitaire des années 1960, ce mouvement d'universitarisation a aussi influé sur la professionnalisation des professeurs (enseignants) en soins infirmiers (Fortuna et al., 2014).

En général, les agents communautaires de santé sont recrutés juste après le lycée, ils habitent souvent dans le quartier où ils travaillent. Cette proximité avec les familles est importante car elle leur permet d'identifier les besoins locaux. D'autres membres des équipes ont suivi les cours d'écoles techniques de formation (extra universitaires) pendant 2 ou 3 ans pour obtenir un diplôme d'auxiliaire ou de technicien infirmier. Certains d'entre eux poursuivent ensuite une formation universitaire. D'autres professionnels suivent leur formation initiale de 4 à 5 ans à l'université comme l'infirmier, le dentiste, le masseur-kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, le pharmacien, le psychologue, le nutritionniste, l'assistante sociale, l'éducateur physique. D'autres font environ 6 ans d'études comme le médecin. Tous les professionnels peuvent poursuivre des études spécialisées soit dans le système public, soit dans le privé.

Le Ministère de la Santé brésilien est responsable de la formation et de la qualification des professionnels de santé. Une des stratégies pour renforcer la qualité des soins en santé a été l'institution d'une modalité de spécialisation *lato sensu* des professionnels de santé connue comme « résidence multiprofessionnelle en santé » (Ceccim, 2018). Selon cette modalité, la formation a lieu dans les services de santé avec une charge de travail de 60 heures par semaine. Les professionnels apprennent, en équipe, à gérer ensemble

---

2. Au Brésil, il y a trois catégories de professionnels infirmiers.

la complexité des territoires de manière coopérative en intégrant éducation et santé. Ce modèle de formation interroge l'hégémonie médicale et remet en question le paradigme de l'éducation à la santé en proposant un travail en équipe interprofessionnelle orienté par le principe d'intégralité et prenant en compte le contexte local de santé (Dallegrave et Kruse, 2009). En outre, elle permet une formation "politique" des professionnels, c'est à dire le développement de compétences de négociation et de médiation pour pouvoir assumer les conflits et les relations de pouvoir dans les services de santé (Lobato et *al.*, 2012). Cependant, il y a des difficultés pour mettre en oeuvre sur le terrain ces orientations telles qu'elles sont proposées dans les textes officiels.

Après avoir explicité certaines interrogations liées à l'interprofessionnalité dans un contexte étranger, l'objectif est de croiser les regards (Brésil/France) sur la place de la formation interprofessionnelle dans le processus d'universitarisation des professions paramédicales en France. Quels y sont les enjeux interprofessionnels et quels rapports ont-ils avec les soins eux-mêmes ?

### 1.3 Le processus d'universitarisation en France

Au sein de la Communauté Européenne, la reconnaissance des compétences et des qualifications permet aux personnes qui changent de pays pour étudier ou travailler, d'améliorer la reconnaissance de leur niveau global de compétences et de renforcer leur employabilité. La dernière Conférence européenne interministérielle qui a discuté du Processus de Bologne et de la création d'un Espace européen de l'enseignement supérieur (EEES) a eu lieu à Paris le 25 mai 2018.

Le compte rendu de l'événement indique :

« [ ] nous avons ouvert la voie à une mobilité étudiante à grande échelle et amélioré la comparabilité et la transparence de nos systèmes d'enseignement supérieur, mais aussi leur qualité et leur attractivité. L'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur a favorisé la compréhension mutuelle et la confiance, et a renforcé la coopération entre nos systèmes d'enseignement supérieur »<sup>3</sup>.

L'Union européenne (UE) a élaboré plusieurs instruments visant à renforcer la lisibilité et la reconnaissance des savoirs, des compétences et des qualifications, afin de permettre aux étudiants d'étudier et de travailler plus facilement dans toute l'Europe.

Des référentiels de compétences ont été construits pour soutenir la professionnalisation et l'universitarisation des formations en santé dans le cadre de la réforme LMD (Licence-Master-Doctorat) dès 2000. Depuis, l'Europe vit un processus d'intégration de ces formations professionnelles à l'université, c'est déjà le cas pour les soins infirmiers et la masso-kinésithérapie.

La politique européenne, tout en respectant l'indépendance des actions et des choix nationaux, a pour but « d'aider à relever des défis communs, tels que le vieillissement des sociétés, le manque de main-d'œuvre qualifiée, les développements technologiques et la

---

3. Commission Européenne (2018). *Cadre stratégique éducation et formation 2020*. En ligne : [http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework\\_fr](http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework_fr).

concurrence mondiale »<sup>4</sup>. De cette façon, en 2009, quatre objectifs communs au niveau de l'UE ont été établis pour relever les défis des systèmes d'éducation et de formation d'ici à 2020 : faire de l'apprentissage tout au long de la vie et de la mobilité une réalité ; améliorer la qualité et l'efficacité de l'éducation et de la formation ; favoriser l'équité, la cohésion sociale et la citoyenneté active ; encourager la créativité et l'innovation, y compris l'esprit d'entreprise, à tous les niveaux de l'éducation et de la formation<sup>5</sup>.

Quelques points complémentaires sont à souligner concernant le problème du manque de professionnels. Actuellement, la diminution du nombre de médecins s'intensifie en France à cause de nombreux départs en retraite insuffisamment remplacés. D'autre part, des problématiques nouvelles impactent le travail des professionnels de santé. Un exemple est l'immigration qui expose de nombreuses personnes se déplaçant dans de mauvaises conditions, dont de nombreuses femmes enceintes et non accompagnées, à des situations de vulnérabilité sanitaires et de précarité sociale (Bourdillon, 2017).

Pour faire face à ces problèmes, il est nécessaire de travailler en équipe et en réseau. Cependant travailler de façon intégrée entre différentes professions et structures est un vrai défi. Repenser l'interprofessionnalité est donc un des axes de la réforme : « La coordination ne s'invente pas le lendemain de l'obtention du diplôme. Les compétences qu'elle nécessite doivent être incluses au cœur même des formations, qui doivent faire une part à des modules interprofessionnels »<sup>6</sup>. Le travail pluridisciplinaire en santé est une réalité mais il faut plus d'interactions entre les différents professionnels pendant leur formation initiale.

La logique d'organisation du travail en équipe de santé en France, comme dans d'autres réalités nationales, montre la force de la division technique du travail selon laquelle les places et les tâches sont très délimitées. Cependant, la formation des professionnels de santé est appelée à évoluer sur la base de référentiels de compétences qui donnent de l'importance à la perspective interprofessionnelle. La formation interprofessionnelle est, depuis quelques années, en plein essor dans les pays anglo-saxons et se développe en France. Elle s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en lien avec des problématiques de coopération et de collaboration au service du patient (Policard, 2015). L'intention est d'accompagner le patient selon une approche bio-psycho-sociale et, dans certains cas, en intégrant les dimensions culturelle et spirituelle. Selon le document de référence pour l'universitarisation des professions de santé, il est important de « rapprocher les cursus paramédicaux et universitaires : il importe de consolider l'articulation entre les cursus de formation paramédicaux et les cursus universitaires, de façon à faciliter une meilleure reconnaissance des parcours et les poursuites d'études »<sup>7</sup>. Ce mouvement européen est aussi impulsé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui a lancé un document pour renforcer l'enseignement universitaire des infirmières et des sage-femmes<sup>8</sup>.

4. Commission Européenne (2018). *Cadre stratégique éducation et formation 2020*. En ligne : [http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework\\_fr](http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework_fr).

5. *Ibid.*

6. Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (2018). *Dossier de presse. L'universitarisation des formations en santé*. En ligne : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_ formations \\_sante \\_universarisation.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_ formations _sante _universarisation.pdf), p. 10.

7. *Ibid.*, p. 10.

8. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2015). *Orientations stratégiques européennes relatives au renforcement des soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre des objectifs de Santé 2020*. En ligne : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/304381/WHO\\_Health\\_2020\\_french\\_for\\_Web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/304381/WHO_Health_2020_french_for_Web.pdf?ua=1)

## 2 Cadre théorique et méthodologique

Dans cet article, nous nous appuyons sur le cadre théorique et méthodologique de l'Analyse institutionnelle (AI) (Lourau, 1970, 2014). Le mouvement institutionnaliste, qui s'est développé à partir des années 1940 avec la psychothérapie institutionnelle en France, a ensuite progressivement pris place dans l'université. Les événements sociaux de mai 1968 et les expérimentations sociales qui ont suivi dans l'éducation, le travail social et la santé ont contribué à la diffusion des idées et pratiques institutionnalistes. De nombreux mouvements politiques autogestionnaires et plus largement anti-autoritaires se sont répandus dans le monde entier, donnant lieu à différents fronts libertaires de penseurs contre les formes de domination de l'époque (Rodrigues, 2000). Ce mouvement est présent au Brésil depuis la seconde moitié des années 1970 et se caractérise par des influences françaises, argentines et brésiliennes (Rodrigues, 2000). Selon Lourau (1970, 2014), les institutions se transforment en permanence dans un processus continu fait de contradictions évolutives. Cette dynamique de transformation continue exige que les dispositifs de recherche tiennent compte du contexte politique et social. Le processus d'institutionnalisation théorisé par Lourau décrit les institutions comme résultant d'un mouvement dialectique et dynamique (Monceau, 2012). Les forces instituées soutiennent l'immobilité et la permanence et les forces instituant les portent le désir de transformation, de mobilité et de création (Barembly, 2012). Ces forces en conflit génèrent un troisième moment-mouvement : le processus d'institutionnalisation. Celui-ci correspond à l'incorporation, mais non la disparition, des forces instituant dans l'institution par un mouvement explicitement dynamique (Monceau, 2012).

Le choix du cadre théorique et méthodologique de l'Analyse institutionnelle (Lourau, 1970, 2014) s'appuie sur le fait qu'il permet de faire surgir le « non-dit », le « non-explicite » au cœur des situations sociales et des relations organisationnelles. Identifier les rapports de pouvoir et de savoir implicites et sous-jacents peut nous aider, en tant que chercheurs et formateurs, à mieux comprendre nos pratiques de formation en santé. La démarche de la Socio-clinique institutionnelle a été mise en place pour répondre à nos questionnements. Cette approche permet une immersion dans les situations étudiées en proposant des dispositifs de recherche qui respectent leur dynamique et le vécu des sujets (Monceau, 2013b).

Il est important de définir davantage le concept de l'interprofessionnalité auquel nous faisons référence. Dans le champ de la santé on peut travailler avec différentes disciplines scientifiques, la collaboration ou non entre elles peut se décrire selon différentes conceptions : unidisciplinaire, multidisciplinaire, pluridisciplinaire, interdisciplinaire ou bien transdisciplinaire et même in-disciplinaire (Fauquert et al., 2016). Morin (1994) nous rappelle que les disciplines scientifiques tendent à l'autonomie en produisant leurs propres règles, normes, frontières et leurs langages techniques. Il y a donc une tendance à la spécialisation. Nous pensons que le terme « interdisciplinaire » ne devrait pas être utilisé comme synonyme de « interprofessionnel ». Nous considérons que l'interdisciplinarité est une relation entre disciplines, sciences, champs d'étude dont un but pratique est l'interprofessionnalité, c'est-à-dire la pratique professionnelle intégrée (s'appuyant sur plusieurs professionnalités).



Le *Center for the advancement of interprofessional education* (CAIPE) (2002) propose une modalité pédagogique, l'Éducation interprofessionnelle (EIP) : « une occasion où un minimum de deux professionnels de disciplines différentes apprennent avec, de, et à propos des autres ». D'Amour et Oandasan (2005, p. 8) définissent les relations interprofessionnelles et l'interprofessionalité comme « le développement d'une pratique cohésive entre des professionnels de disciplines différentes ». Cette perspective conduit à développer de nouvelles pratiques autour du concept de collaboration, centrées sur le patient. En outre, le terme « interprofessionnel » correspond à la définition de la santé utilisée par l'OMS<sup>9</sup> : elle n'inclut pas seulement les professions de santé réglementées mais toutes les personnes qui travaillent professionnellement à la prestation de services de santé de toutes sortes, que ce soit les ambulanciers, le personnel de nettoyage, les réceptionnistes, etc. En France, depuis 2010, la Haute autorité de santé (HAS) incite à l'utilisation de méthodes comme la simulation en santé afin de promouvoir le développement professionnel continu en mettant un focus sur la collaboration<sup>10</sup>.

Cristol (2009) nous amène à réfléchir sur l'accord national interprofessionnel de 2004 qui a consacré comme un « nouveau projet » la formation professionnelle tout au long de la vie, comprenant de nouveaux droits, l'idée de professionnalisation, et de nouveaux mécanismes. L'auteur avance que le marché de la formation devrait adopter une nouvelle conception de l'offre de formation incluant l'interprofessionalité dans une logique de flexibilisation de type scandinave connue comme « flexisécurité ». Cette conception lie plus étroitement formation et emploi selon une logique de parcours professionnel. La « flexisécurité » est l'un des axes d'action du gouvernement français actuel et cette perspective est basée sur un « modèle de protection sociale qui combine la flexibilité du marché du travail, une bonne protection du revenu en cas de chômage et une politique de mesures actives sur le marché du travail »<sup>11</sup>.

La réalité de la formation en France en 2018 révèle des contradictions concernant l'avenir de la formation et les outils de flexibilisation du marché du travail. La pression exercée par les entreprises privées s'appuie sur la pensée néolibérale anglo-saxonne qui a des effets sur la formation des professionnels de santé. Fournier et al. (2014) ont évalué les effets de ces évolutions sur la dynamique professionnelle des équipes de soins primaires. Leur enquête montre qu'une déclaration de la World Health Professions Alliance, basée en France, a provoqué un mouvement pour la pratique collaborative interprofessionnelle. Cependant des obstacles sont apparus comme nous expliquent les auteurs :

« Tout d'abord, mettre en place des actions interprofessionnelles élaborées dans le cadre du projet de santé est d'autant plus délicat que pour tous les professionnels de la santé interviewés, la priorité reste de répondre à leurs patients et à leurs besoins d'être soignés en étant remboursés par un système de paiement à l'acte (FFS). Un problème pour eux est de maintenir leur niveau de revenu alors que le nouveau budget (RMN) est perçu comme limité

9. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). *Framework for action on interprofessional education and Collaborative practice*. En ligne : [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)

10. Haute Autorité de Santé (HAS) (2012). *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé*. En ligne : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante)

11. Hiler, D. (2017). Le temps, « La flexisécurité à la française ». En ligne : <https://www.letemps.ch/opinions/flexisecurite-francaise>

et non assuré. De plus, la participation des professionnels paramédicaux aux actions d'équipes multi-professionnelles rend l'organisation de leurs activités de routine plus complexes. » (Fournier et *al.*, 2014, p. 6).

La légitimité du professionnel médecin, de son pouvoir et de son savoir, sont reconnus comme légitimes dans les établissements de santé. Il n'en va pas de même pour le travail intégré entre tous les professionnels de la santé, c'est à dire l'interprofessionnalité. Cet article propose donc une réflexion critique sur les enjeux du développement de l'interprofessionnalité dans le contexte décrit.

### 3 Méthode

Le dispositif de recherche adopté dans cette démarche socio-clinique avait pour but d'observer des activités de formation interprofessionnelle : les interactions entre les étudiants en santé, la manière dont se déroule les apprentissages, le partage de connaissance ainsi que les relations de savoir et de pouvoir entre les différentes professions. La chercheuse, durant son stage doctoral, a été présentée au groupe d'enseignants et d'étudiants par une enseignante de l'école de masseur-kinésithérapie. Ensuite, elle a expliqué son intention de produire des connaissances scientifiques à partir de ses observations. Le consentement verbal des enseignants et des étudiants a été demandé pour que la chercheuse puisse participer à l'activité de simulation en tant qu'observatrice et aucun refus n'a été manifesté. Ainsi, la chercheuse a pu réaliser des observations périphériques, sans intervention orale et prendre des notes dans son journal de recherche. Elle a ensuite partagé et discuté les données avec deux enseignants pour approfondir l'analyse.

En complément de ces données d'observation, des entretiens ont été menés pour élargir la vision de la chercheuse étrangère sur le contexte d'éducation en santé en France. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quatre formateurs (deux masseur-kinésithérapeutes coordinateurs de formation, une infirmière formatrice, une infirmière coordinatrice des formateurs), une étudiante (en masso-kinésithérapie) et un médecin de service maternelle et infantile (PMI) afin d'obtenir leurs points de vue et leurs attentes sur la formation et le travail interprofessionnels. Une grille d'entretien ciblait notamment leur perception des enjeux et des relations entre les différentes professions concernant la formation interprofessionnelle, l'apprentissage du travail en équipe, l'intérêt et les limites de l'interprofessionnalité dans la méthode employée (apprentissage par simulation par exemple) et la formation des formateurs. Les entretiens visaient le recueil de points de vue d'acteurs impliqués selon différentes modalités dans l'objet de recherche.

Ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes et transcrits sous forme de synthèses prenant en compte à la fois les discours et le contexte d'énonciation de ceux-ci afin d'en croiser les éléments saillants avec les observations. D'autres entretiens ont été menés sans enregistrement et l'enquêtrice a utilisé un journal de recherche comme source de données sur les situations vécues et les impressions ressenties sur le terrain. Ces données, dont le mode de production mobilise certains outils ethnographiques (observations participantes, entretiens formels et informels, tenue d'un journal de recherche), ont été analysées en appui sur le cadre théorique de la socio-clinique institutionnelle, en particulier les concepts d'implication, d'analyseur et de dialectique institutionnelle. Cette approche

permet de faire dialoguer des similarités entre les différentes réalités et de faire apparaître les contradictions et les tensions présentes dans la formation interprofessionnelle.

## 4 Résultats et Discussion

### 4.1 L'intégration de technologies en santé : La méthode de la simulation comme directive pédagogique

La création d'un réseau régional s'étendant à l'Amérique Latine et aux Caraïbes par l'Organisation panaméricaine de la santé a renforcé l'élaboration de plans d'action pour soutenir la mise en oeuvre d'ici 2019 de la formation et du travail interprofessionnels (Mikael et al., 2017). Cette stratégie vise à intensifier le dialogue entre le Ministère de l'Éducation et celui de la Santé par des expériences menées dans le champ de l'éducation en santé au Brésil (Toassi, 2017). Depuis 2014, les directives qui encadrent les cours de médecine ont désigné l'EIP comme un outil important pour la réorientation de la formation des professionnels. Cette évolution de la médecine, qui est la catégorie professionnelle dominante en santé, a incité d'autres formations à réfléchir également à l'inclusion de l'EIP dans leurs réorganisations<sup>12</sup>. Ce mouvement participe à l'institutionnalisation de l'interprofessionnalité dans le curriculum des cours de santé en Amérique Latine. En donnant une place centrale à l'expérimentation de l'interprofessionnalité dans le travail d'équipe, les référentiels orientent la réflexion sur une question importante<sup>13</sup> : « Comment pouvons-nous apprendre ensemble si nous ne travaillons pas ensemble ? »

Les méthodes de simulation font partie des recommandations de l'OMS, et le Ministère des affaires sociales et de la santé français a publié en 2013 un document dans lequel il considère le développement de la simulation en santé « comme une méthode pertinente pour améliorer la performance des équipes »<sup>14</sup>. Pendant le déroulement de son stage doctoral en France, la première auteure de cet article a proposé de réaliser des observations dans le champ de la formation en santé (une école de masseur-kinésithérapeutes et un Institut de soins infirmiers, les deux ayant un partenariat avec des facultés de médecine) pour mieux comprendre les stratégies pédagogiques.

La chercheuse a suivi, comme observatrice, une première séance (expérimentale/pilote) mettant en place la méthode de la simulation afin de développer l'interprofessionnalité avec un focus sur les compétences relationnelles et réflexives lors d'un travail en équipe avec les étudiants masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers et médecins. La séance de simulation a eu lieu dans un centre de simulation (un laboratoire situé dans une faculté de médecine) qui affichait l'objectif de former des professionnels de santé en médecine et en sciences paramédicales, grâce à une pédagogie qualifiée d'innovante en santé.

Depuis quelques années, des études tendent à démontrer l'efficacité de la simulation interprofessionnelle pour l'idée de soins collaboratifs centrés sur le patient (Baker et al., 2008). Cette démarche est basée sur le concept anglosaxon d'EIP : apprendre de l'autre, sur

12. Organização Pan-Americana da Saúde (2017). *Educação interprofissional na atenção à saúde : melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal*. Relatório da reunião, Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. En ligne : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34370>, p. 41.

13. *ibid.*

14. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé – France (2013). *Instruction N° DGOS/PF2/20013/383 du 19 novembre 2013*, relative au développement de la simulation en santé.

l'autre et avec l'autre afin d'optimiser le travail d'équipe, par une meilleure connaissance du rôle et de la responsabilité de l'autre (Caïpe, 2002).

Policard, dans l'article : « L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives » (Policard, 2015), montre que ces formations, basées sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive, permettent de construire des schémas opératifs communs, de mieux comprendre les contraintes du collaborateur, de travailler la dynamique d'équipe face à l'erreur, et de réfléchir sur la place et la posture de leader et celle de follower actif, à partir d'une ambiance de confiance pour agir et prendre la parole.

On peut souligner que l'immersion par l'observation participante a permis d'identifier d'autres outils de formation dans le processus d'universitarisation. Quand les groupes en formation sont trop nombreux, cela peut empêcher certaines activités comme des stages dans le service de santé (par exemple en service sanitaire et en santé publique). L'apprentissage de la pratique interprofessionnelle est alors réalisé en utilisant une plateforme de E-learning. La plateforme a aussi pour but de garantir l'accès au cours de tous les étudiants quand la faculté de médecine avec laquelle l'institut de formation paramédicale est géographiquement éloignée. L'un des défis consiste alors à faire en sorte que l'apprentissage soit intégré aux différentes formations professionnelles.

#### **4.2 Points d'apprentissage gestion des conflits entre les apprenants**

L'observation vécue est ici décrite, en tant que première expérience de ce groupe de formateurs et d'étudiants avec la simulation pour la formation interprofessionnelle. Les deux scènes jouées montrent à la fois l'existence d'éléments communs d'apprentissage et les particularités de chacune pendant le moment de discussion collective.

Le dispositif et l'emploi du temps pour la simulation consistait, synthétiquement, en un « Pré-briefing », c'est-à-dire une présentation des règles (respect de la confidentialité, attitude de non jugement, pas de critique personnelle) et des thèmes, la visite de la salle de simulation, le choix de quelques étudiants (un étudiant en masseur-kinésithérapie, un étudiant en soins infirmiers et un étudiant en médecine) pour tenir les rôles d'acteurs et d'observateurs, la signature d'une autorisation pour utiliser les images enregistrées lors de la simulation. Le « Briefing-scénario » : rappel de l'objectif de la scène, enregistrement de la scène selon un scénario pré-construit, le « Débriefing et la synthèse finale » (feedback sur l'expérience vécue, analyse des actions avec les facilitateurs et discussion avec le groupe observateur). Le scénario a été élaboré par le groupe des formateurs responsables et, pour chaque scène, l'un d'eux a été choisi pour tenir le rôle du patient.

Une stratégie pour développer des compétences comme le raisonnement clinique est la méthode de la simulation. Elle peut être associée à des techniques de dramatisation, les « jeux de rôles » y compris en proposant à des étudiants de jouer le rôle d'un patient. Negri *et al.* (2017) montrent comment cette modalité d'enseignement peut être mise en place en formation quand les apprenants sont assez confiants pour dépasser leur peur face à l'inconnu. Cette modalité peut faciliter les relations avec les patients, par exemple pour la réalisation des examens physiques, les difficultés de communication, le développement de la confiance en soi et par conséquent, la réduction du niveau d'anxiété (Negri *et al.*, 2017).

Première situation observée : « Amputation du pied suite à une complication diabétique » ou « comment discuter avec les collègues et le patient sur la conduite thérapeutique proposée ? »

Dans la séance de simulation, notamment en essayant de se mettre à la place du patient et grâce aux questions qui se posaient (difficulté à se chausser, conduire une voiture etc.), l'empathie a été abordée. Les apprenants ont été interrogés par les formateurs sur différentes questions d'apprentissage, comme la participation du patient à la décision clinique proposée.

Il a été possible d'expérimenter 1) le contact direct avec le patient et la discussion de son cas devant lui (sentir la différence entre parler de lui et parler avec lui/devant lui) ; 2) les échanges entre différents points de vue, la discussion avec des collègues sur les propositions possibles dans ce cas ; 3) le contact avec un autre professionnel et l'évaluation de ce que je peux lui demander (selon son « cœur de métier »). Cela permettait d'affiner l'écoute et la négociation avec l'autre, d'identifier le rôle de chacun (reconnaître les spécificités de chacun, le rôle du leader et les différentes expertises en présence pour répondre aux besoins du patient.)

Pecquenard *et al.* (2015) discutent le fait que l'exercice de simulation permettrait le développement d'un « savoir agir » en situation de travail. Ces auteurs s'interrogent sur ce qu'apporte de plus la simulation concernant cette compétence. Elles soulignent que ces mises en situation permettent la mise en œuvre et l'adaptation de méthodes pédagogiques déjà connues et soulignent l'importance et la place de la communication et des interactions avec les étudiants (Pecquenard *et al.*, 2015).

Une des situations discutées portait sur le choix de la posture à adopter devant le patient (la position assise ou debout) et les rapports entre l'horizontalité et l'autorité. Le toucher et l'humanisation du soin était également abordés. Les étudiants pouvaient ainsi s'interroger sur les conséquences du choix de leur posture devant le patient. Dans les processus de rééducation habituellement pratiquée par les masseurs-kinésithérapeutes, un traitement systématique de longue durée est mis en place. Cette démarche génère un lien singulier avec le patient parce qu'une relation s'établit au fur et à mesure et que la proximité professionnel-patient peut alors renforcer l'empathie entre eux. L'importance des dimensions relationnelles sont apparues dans la nécessité d'adapter le vocabulaire technique pour être mieux compris par les collègues et surtout par le patient. Cette expérience permettait de faire l'analyse de l'utilisation d'expressions très techniques ou d'expressions peu précises qui laissent des doutes au patient ou bien qui peuvent conduire à des erreurs.

Deuxième situation observée : « La situation d'urgence » ou « comment gérer les relations interprofessionnelles dans une situation de stress et d'incertitude ? »

Dans cette deuxième situation, les acteurs ont changé, les étudiants ont essayé de mettre en place ce qu'ils ont discuté à propos de la communication. Cependant, les tentatives de bien faire le travail ont fait ressurgir des difficultés concernant leur place dans le travail en équipe.

En ce qui concerne les échanges verbaux avec le patient, ils ont utilisé un vocabulaire plus adapté aux publics (jeunes) en utilisant des expressions plus familières. Les étudiants ont

donné l'impression d'être plus à l'aise avec la situation de simulation malgré le caractère d'urgence du cas proposé. Leurs rapports avec le patient ont été plus adaptés.

En rappelant la discussion sur le « savoir agir » en situation de travail (Pecquenard et al., 2015), l'expérience de la simulation a conduit les étudiants à s'interroger sur leur place dans le travail en équipe. Le vécu de la scène "pré-fabriquée" les a incités à changer leurs manières de se situer dans la situation, ils ont trouvé des significations "dans" leurs coeur de métier/champ de connaissances respectifs pour travailler ensemble afin de gérer les relations interprofessionnelles face à l'urgence. Les points qui sont apparus comme les plus sensibles dans une situation type d'urgence ont été l'importance de la rapidité de la prise de décision clinique entre les professionnels et le fait que le patient a moins de place dans la décision clinique/thérapeutique. Le sentiment de chercher leur place dans la scène et de devoir prendre une position par rapport aux autres collègues a permis de diversifier les expériences.

Pendant le débriefing, les étudiants ont décrit leurs expériences et les sentiments qu'ils avaient éprouvés pendant la scène. Le médecin voulait avoir plus de temps pour la décision clinique et l'infirmier disait qu'il s'était senti inutile et avait cherché à effectuer tout de même une tâche comme prendre la tension du patient. De cette façon, ils ont expérimenté les situations habituelles du quotidien de travail où il faut parfois se mettre à la place des autres professionnels pour mieux comprendre les limites de chaque champ de compétence professionnelle.

Parmi les points d'apprentissage, le développement de la compétence à communiquer de façon claire et intéressante est centrale :

« parce que l'on doit apporter à l'autre quelque chose d'important et savoir lui expliquer pourquoi, selon son propre avis professionnel. Le kinésithérapeute doit apprendre comment s'adresser à l'infirmière et au médecin. De cette façon il peut provoquer le "besoin" (et attirer l'intérêt des autres pour son métier) ». (Entretien formateur kinésithérapeute – notes du journal de recherche)

Les étudiants ont vécu différentes positions par rapport aux soins du patient, la position du leader/leadership et les différents rôles professionnels, les relations de responsabilité et de pouvoir. Ils ont développé d'importants questionnements sur la hiérarchie et les rapports de pouvoir auprès du médecin (qui a un rôle central de leader, de prise de décision, de "délégation des tâches"), sachant que les médecins ont une responsabilité différente d'après la Loi, particulièrement dans un cas d'urgence ou d'urgence vitale.

Quelques enjeux éthiques interprofessionnels ont été discutés par rapport aux limites des champs de compétences professionnelles. La connaissance de la loi se pose comme un défi pour comprendre les rôles et les rapports hiérarchiques entre les différents professionnels. Un exemple en a été une discussion sur la place du diagnostic. La démarche diagnostique est différente de la démarche de soins selon chaque domaine, elle est spécifique en médecine, sciences infirmières et kinésithérapie.

### 4.3 Regard sur le champ de l'éducation supérieure en France : le rôle du formateur

Une préoccupation forte des formateurs porte sur les changements pédagogiques qui arrivent avec le mouvement d'universitarisation et les injonctions de l'État pour la qualification professionnelle<sup>15</sup>. Les nouveaux référentiels des professions de santé exigent de nouvelles postures des formateurs ainsi que des étudiants et des professionnels de santé. Pour plus d'efficacité, cette nouvelle posture nécessite des compétences en ingénierie pédagogique, en gestion d'environnement dynamique et en conduite de débriefing (Policard, 2014).

Selon Pecquenard *et al.* (2015), lors de la mise en œuvre de la méthode de la simulation, le modèle pédagogique transmissif perd sa place, le positionnement du formateur évolue au fur et à mesure vers une position d'écoute des étudiants mais aussi de respect des silences pour favoriser la réflexivité et l'interactivité dans les échanges. Pour ce qui est de la formation des formateurs à la simulation, cette nouvelle forme d'apprentissage interroge les formateurs et leurs pratiques professionnelles. Même si certains chercheurs considèrent qu'il ne s'agit pas d'assimiler de nouvelles compétences mais d'être capables d'utiliser des compétences déjà existantes (Pecquenard *et al.*, 2015), il nous semble que les formateurs doivent tout de même acquérir certaines compétences nouvelles pour réaliser le *débriefing* pour construire une posture de production des connaissances plus participative. Ce qui apparaît dans nos observations.

Du côté de la méthode et de la mise en scène de la simulation, les formateurs ont joué des rôles très importants pendant la construction de la scène, et surtout, pendant le débriefing. L'objectif de celui-ci est de favoriser la réflexivité sur l'action des étudiants acteurs et observateurs. En favorisant, l'analyse sur l'action par rétroaction, les échanges entre les étudiants et les enseignants vont permettre un réajustement de la gestion de la situation des étudiants acteurs. Plusieurs formateurs présents lors de la séance, en particulier une infirmière et un médecin, ont ainsi animé le groupe en le conduisant à se poser des questions sur sa propre expérience.

Au Brésil, dans la formation infirmière, l'enseignement des pratiques par simulation est une réalité depuis 2011. À l'École de sciences infirmières où la première auteure de cet article effectue son doctorat, un important investissement financier a été consacré à l'acquisition de mannequins de dernière génération et à la formation des professeurs et des autres employés à l'utilisation de cet outil dans l'enseignement. Cependant la formation par simulation n'y est pas mise en œuvre dans une logique interprofessionnelle. Fortuna *et al.* (2014) proposent une réflexion sur l'utilisation des outils simulateurs et sur la difficulté des formateurs (professeurs) à les mettre en place comme des dispositifs actifs d'enseignement et d'apprentissage. Il y a en particulier des difficultés comme celle de devoir travailler ensemble dans un établissement qui évalue les professeurs individuellement et principalement sur leurs recherches et productions scientifiques. L'université semble accorder peu de valeur aux temps dédiés aux enseignements de la pratique réflexive et critique (Fortuna *et al.*, 2014). Il est important de noter que la formation des infirmiers au Brésil

---

15. Haute Autorité de Santé (HAS) (2012). *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé*. En ligne : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\*930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c*930641/fr/simulation-en-sante)

est universitaire et que les enjeux de l'institution universitaire (en particulier ses modes d'évaluation des professeurs) traversent les pratiques des formateurs.

L'immersion dans la réalité française met en évidence les changements générés par l'usage de cette méthodologie. Les participants français à notre recherche ont montré que la manière dont les formateurs accompagnent les étudiants a changé avec le processus d'universitarisation. Les paramédicaux (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) sont passés d'un référentiel d'actes à un référentiel de compétences. Ces évolutions impliquent une mise en transversalité et le nouveau modèle de formation est pensé comme un processus. Ce changement exige des analyses multidimensionnelles de la situation de formation (Policard, 2014) où la réflexion sur le vécu prend une place centrale.

En ce qui concerne la formation des infirmiers, après le référentiel de 2009, il a fallu que les formateurs "déconstruisent" leurs pré-connaissances de formation pour s'approprier de nouvelles manières de faire. Cependant, il existe une difficulté de communication entre les services de santé et les instituts de formation parce qu'ils abordent les choses différemment. Pendant la période d'immersion, la chercheuse a compris que le processus d'universitarisation était toujours en cours. Ce sont des injonctions et des prescriptions qui surgissent sans que les formateurs aient eu encore le temps de s'approprier réellement le contenu et le sens des textes.

La principale difficulté, identifiée lors des entretiens, a été le faible accompagnement des formateurs eux-mêmes pendant ce changement de posture, ce qui a rendu difficile la mise en place des référentiels de formation proposés par l'Etat : "8 ans après, cette modalité n'a jamais été explicitée aux formateurs. Il n'y a pas eu formation des formateurs pour intégrer ce référentiel" (Infirmière formatrice). La tendance est donc de continuer à privilégier ce qu'ils connaissent : la logique de la transmission. La question que se posent les formateurs est alors toujours de trouver comment évoluer vers ce nouveau modèle de formation, comment travailler selon la nouvelle logique réflexive ?

Malgré des mouvements instituants de mise en situation par la simulation en santé, il est important de signaler la présence de l'institué "division des tâches". Les savoirs et pratiques dits nouveaux doivent être développés de manière collaborative. En France, ils sont conduits principalement à l'initiative de quelques petits groupes de formateurs. Dans le cadre de la mise en place d'un service sanitaire à partir de la rentrée 2018, il est proposé d'organiser des stages interprofessionnels. Cela témoigne des efforts de petits groupes instituants pour faire face aux limites et contraintes institutionnelles pour la construction d'actions plus transversales. Finalement, il revient à chaque équipe professionnelle de discuter ensemble les différents modèles possibles dans un contexte de formation en milieu universitaire.

Parmi les différents enjeux qui se sont présentés dans l'observation de pratiques de formation interprofessionnelle, soulignons la difficulté à travailler ensemble et la différence entre les professionnels médicaux et paramédicaux. Les différents niveaux de diplomation révèlent aussi les non-dits sur le travail interprofessionnel. Ces séances de simulation ont mis en exergue les difficultés au niveau des interfaces et zones d'incertitude (Crozier et



Friedberg, 1977) entre le médecin, l'infirmière et le kinésithérapeute<sup>16</sup>. Les entretiens avec des formateurs ont montré des difficultés et des contradictions pour travailler ensemble, comme le fait que les formateurs des différentes professions se connaissent mal. Ceci rend difficile les partenariats et les projets communs. Un formateur interviewé a affirmé que le modèle de santé incite à la fermeture de chaque profession sur sa propre pratique (autocentrée) et qu'il est donc « difficile de développer du travail collaboratif. L'universitarisation se passe de manière fragmentée, c'est-à-dire que chaque métier doit développer sa propre stratégie pour mettre en place l'injonction de l'Etat ».

Cette fragmentation se manifeste par des tensions dans le quotidien du travail et par la distance entre les professionnels. Une situation mettant en évidence des enjeux inter-professionnels a été présentée dans un service maternel et infantile, coordonnée par une cadre de santé puéricultrice (profession paramédicale). La responsable pour la gestion des professionnels avait changé et les responsabilités d'encadrement également. Auparavant la responsabilité portait sur le secteur des infirmières mais désormais elle s'étendait à la coordination d'une équipe plus large composée par des infirmières, un psychologue, des médecins, des sage-femmes et des conseillers conjugaux. La description de ce changement révélait, selon les propos de la nouvelle responsable, que certains médecins, sage-femmes et psychologues n'acceptaient pas d'être sous la responsabilité d'une infirmière spécialisée – puéricultrice, ils trouvaient même cela "scandaleux". Par contre, ils trouvaient légitime d'être sous la responsabilité d'un médecin (profession médicale). Précisons que la profession de sage-femme n'existe pas au Brésil alors qu'en France elle est considérée comme médicale et qu'elle a le droit de faire des prescriptions, la possibilité de suivre la grossesse et de faire l'accouchement sans un médecin. Cet exemple illustre des situations vécues dans le travail en équipe, porteuses de tensions que les cadres ont à gérer.

## 5 Conclusion

En France, le médecin généraliste est considéré comme le pivot du système de santé selon les autorités. Malgré cela, pour renforcer les soins de santé primaire, de nombreuses évolutions structurelles en cours se poursuivent, comme le développement de la recherche et l'incitation au travail coopératif des différents professionnels de santé (Gay, 2013). L'exemple brésilien montre que cette situation pourrait évoluer avec le processus d'universitarisation d'autres professions de santé.

Nous partons du point de vue que le professionnel n'est pas neutre par rapport à sa propre position pendant les négociations qu'il doit avoir avec les autres professionnels dans le travail en équipe. La formation interprofessionnelle promeut la discussion de la place et des limites de chaque professionnel dans les soins.

Comprendre l'histoire de chaque profession et son identité professionnelle dans ce contexte peut aussi aider à mieux comprendre et gérer les conflits entre les professionnels pendant le travail et ouvrir des possibilités de développer la communication entre eux. Au Brésil, en France comme ailleurs, il est important de s'interroger sur la position et la singularité de chaque profession. Par exemple, l'infirmier semble porter une attention particulière aux

---

16. Crozier et Friedberg (1977) ont proposé la théorie de l'acteur stratégique, à l'origine de la sociologie des organisations française dans les années 1970. Ils ont examiné la manière dont se construisent les actions collectives à partir de comportements et d'intérêts individuels parfois contradictoires.

règles et suivi de procédures plus que d'autres professions. Il est important d'interroger la place des infirmiers dans la gestion des protocoles ? Pourquoi se positionne-t-ils comme cela ? Comprendre l'histoire de chaque profession et la construction de son identité professionnelle peut apporter un éclairage sur les conflits entre les professionnels pendant le travail et déboucher sur une autre manière de communiquer.

Concernant le développement de la réflexivité pendant la simulation, d'après nos observations et entretiens, les étudiants semblent manquer de temps pour se poser des questions et pour arriver à des réflexions porteuses d'enjeux professionnels ? Les séances ne pourraient-elles pas disposer de plus de temps pour que les étudiants (et aussi les observateurs) puissent prendre la parole au moment du débriefing ? Une tension apparaît ici entre les objectifs pédagogiques et les impératifs de gestion du temps et des moyens.

La poursuite de l'analyse critique des pratiques de formation et de recherche dans le domaine de l'interprofessionnalité suppose certainement, pour améliorer la compréhension de la construction des relations interprofessionnelles, d'intégrer davantage l'analyse des transformations institutionnelles qui traversent les pratiques professionnelles en situation. Dans le travail interprofessionnel, au delà des acteurs engagés dans les interactions immédiates, ce sont des professions qui interagissent avec leurs histoires, leurs spécificités et leurs intérêts respectifs.

## 6 Références bibliographiques

- Baker, C., Pulling, C., McGraw, R., Dagnogne, JD., Hopkins-Rosseel, D. et Medves, J. (2008). Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. *Journal of Advanced Nursing* (64)4, 372-379.
- Barembliitt, G. (2012). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes : teoria e prática*. Rio de Janeiro – Brasil : Editora FGB/IFG.
- Bourdillon, F. (2017). Éditorial. Éclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France. *Bull Épidémiol Hebd.* (19-20), 373-4.
- Ceccim, RB. et al. (dir.) (2018). *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Rede UNIDA, « Vivências em Educação na Saúde », Brasil, doi : 10.18310/9788566659986.
- Cristol, D. (2009). *Le marché de la formation en 2009*. Communication présentée au 4ème forum régional formation Poitou-Charente : Vers la construction de nouveaux marchés de la formation ? Poitiers, France, février.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Dallegrave, D. et Kruse, MHL. (2009). No olho do furacão, na ilha da fantasia : a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, (13)28, 213-226.
- D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* (19)1, 8-20.
- Fauquert, B., Drielsma, P. et Prévost, M. (2016). Pluri-, multi-, inter-, trans- ou in-disciplinarité ? *Cahier Sc*, 74, 35-40.
- Fernandes, FMB. (2017). Regionalization in the Brazilian Healthcare System, SUS : a critical review. *Ciência & Saúde Coletiva* (22)4, 1311-1320.
- Fournier, C., Frattini, M.O. et Naiditch, M. (2014). Experiencing the impact of a specific funding scheme for primary care teams on professional dynamics and inter-professional teamwork in France : a qualitative assessment. *Questions d'économie de la santé*, 200.
- Fortuna, CM., Santana, FR. et Spagnol, CA. (2014). La formation universitaire des infirmières au Brésil : trois expériences. *Recherche en soins infirmiers* (119)4, 85-98.
- Gay, B. (2013). Repenser la place des soins de santé primaires en France. Le rôle de la médecine générale. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* (61)3, 193-198.
- Lapassade, G. et Lourau, R. (1972). (1ère éd. fr. 1971). *Chaves da Sociologia*. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira.

- Lobato, CP., Melchior, R. et Baduy, RS. (2012). A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis* (22)4, 1273-91.
- Lourau, R. (1990). Implication et surimplication. *La revue du Mauss*, 10, 110-120.
- Lourau, R. (2014) (1ère éd. fr. 1970). *A análise institucional* (Traduit par Mariano Ferreira). Petrópolis (3 ed. « Vozes »).
- Mikael, SSE., Cassiani, SHDB. et Silva, FAM (2017). The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, (25)e2866.
- Morin, E. (1994). Sur l'interdisciplinarité. *Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires*, 2.
- Monceau, G. (dir.) (2012). *L'analyse institutionnelle des pratiques : une socioclinique des tourments institutionnels au Brésil et en France*. Paris : L'Harmattan.
- Monceau, G. (2013). A socioclinica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In S. L'Abbate, LC. Mourão et LM. Pezzato (dir.). *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil* (p. 91-103). São Paulo, Brasil : Hucitec.
- Monceau, G. (2013b). Effets d'une pratique clinique de recherche. In RC. Kohn (dir.), *Pour une démarche clinique engagée* (p. 91-104). Paris : L'Harmattan.
- Monceau, G. (dir.) (2017). *Enquêter ou intervenir ? Effets de la recherche socio-clinique*. Nîmes : Champ social.
- Monceau, G. (2018). Le changement objet et effet de la socio-clinique institutionnelle. Le cas d'une recherche-intervention dans le domaine de la parentalité. In D. Broussal, K. Bonnaud, JF. Marcel (dir.), *Recherche(s) et changement(s) : dialogues et relations*, (p. 153-169). Toulouse : Cèpadués éditions.
- Negri, EC., Mazzo, A., Martins, JCA., Pereira, GA., Almeida, RG. et Pedersoli, CE. (2017). Clinical simulation with dramatization : gains perceived by students and health professionals », *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.
- Pecquenard, N., Le Goff, L., Perrot, C. et Tony, A. (2015). Pratiques simulées et évolution de la posture du formateur. *Objectif Soins et Management*, 235, 46-49.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers* (117)2, 33-49.
- Policard, F. (2015). *L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives*. Communication présentée à la Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles, Paris, France, juin.
- Rodrigues, Heliana Barros Conde (2000). À beira da brecha : uma história da análise institucional francesa nos anos 60. In P. Amarante (dir.), *Ensaio : subjetividade, saúde mental, sociedade* (p. 195-256). Rio de Janeiro, Brasil : Editora Fiocruz.
- Toassi, RFC (dir.) (2017). *Interprofissionalidade e formação na saúde : onde estamos ? Brasil : Rede UNIDA*.
- Références institutionnelles
- Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro – Brasil (2010). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, Ministério da Saúde, Brasil. En ligne : [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) (consulté le 05/12/2019).
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) (2002). *Principles of interprofessional education*. En ligne : <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education> (consulté le 05/12/2019).
- Commission Européenne (2018). *Cadre stratégique éducation et formation 2020*. En ligne : [http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework\\_fr](http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework_fr). (consulté le 05/12/2019).
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé – France (2013). *Instruction N° DGOS/PF2/20013/383 du 19 novembre 2013*, relative au développement de la simulation en santé.
- Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (2018). *Dossier de presse. L'universitarisation des formations en santé*. En ligne : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_formation\\_sante\\_universarisation.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_formation_sante_universarisation.pdf) (consulté le 25/09/2018)
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2012). *Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé*. En ligne : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante) (consulté le 20/09/2018)

Hiler, David (2017). *Le temps*, « *La flexisécurité à la française*. En ligne : <https://www.letemps.ch/opinions/flexisecurite-francaise> (consulté le 25/09/2018)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2010). *Framework for action on interprofessional education and Collaborative practice*. En ligne : [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/) (consulté le 20/08/2018)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015). *Orientations stratégiques européennes relatives au renforcement des soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre des objectifs de Santé 2020*. En ligne : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/304381/WHO\\_Health\\_2020\\_french\\_for\\_Web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/304381/WHO_Health_2020_french_for_Web.pdf?ua=1) (consulté le 20/08/2018)

Organizaç o Pan-Americana da Sa de. Relatório da reuni o, Bogotá, Col mbia. 7 a 9 de dezembro de 2016 (2017) *Educa o interprofissional na aten o   saúde : melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal*. En ligne : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34370> (consult  le 20/08/2018)