

2024-2025

## THÈSE

pour le

### DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

# Apprentissage de la communication interprofessionnelle

Retour d'expérience sur la mise en place d'un enseignement  
de simulation interprofessionnelle auprès d'étudiants en  
médecine et en sciences infirmières

**LE RHUN Titouan**

Né le 04/05/1998 à Nantes (44)

Sous la direction de Mme GARNIER Anne-Sophie

Membres du jury

Professeure BOUVARD Béatrice | Présidente

Docteure GARNIER Anne-Sophie | Directrice

Professeure RAMOND-ROQUIN Aline | Membre

Madame YANG Bénédicte | Membre

Soutenue publiquement le :  
30 janvier 2025



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Titouan LE RHUN  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **30/08/2024**

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized initial 'T' followed by a horizontal line that ends in a small flourish.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».*

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Cédric Annweiler

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Sébastien  
Faure

**Directeur du département de médecine** : Pr Vincent Dubée

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST/MAST</b>		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine



# REMERCIEMENTS

**À Madame la Professeure Béatrice Bouvard**, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse, et d'être un moteur de l'innovation pédagogique au sein de la Faculté de Santé d'Angers depuis que j'ai commencé mes études de médecine par vos enseignements pratiques de rhumatologie.

**À Madame la Docteure Anne-Sophie Garnier**, merci, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci d'avoir cru en ce projet il y a maintenant 3 ans, de l'avoir fait grandir et d'avoir su garder espoir en celui-ci malgré les obstacles sur notre route. Merci d'avoir accepté de diriger une thèse de médecine générale et d'en avoir accepté les particularités.

**À Madame Bénédicte Yang**, merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury, qui ne pouvait être qu'interprofessionnel et intégrer nos deux métiers dont je suis convaincu de la complémentarité.

**À Madame la Professeure Aline RAMOND-ROQUIN**, merci de me faire l'honneur d'être membre de ce jury, d'avoir pu nous faire préciser notre projet initial et de nous avoir mis sur les bons rails grâce à votre expérience de l'interprofessionnalité.

**À Hélène, Anne, Lucile**, merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir appris tant de choses et notamment à être médecin généraliste. Je garde de ce stage avec vous un souvenir précieux et immense. J'espère que nos chemins se recroiseront, restez comme vous êtes !

**À Damien, Pauline, Clarisse, Claire, Vincent, Anthony, Amélie, Caroline, Anne-Claire, Sandra C., Sandra B.**, merci pour ce stage dont je me souviendrai toujours. J'ai passé 6 mois exceptionnels où j'ai eu la chance de travailler avec des personnes formidables, humaines, drôles et extraordinairement compétentes. J'espère tous vous recroiser un jour dans ma vie professionnelle ou personnelle.

**À Marie et Céline**, merci d'avoir cru à ce projet depuis le début et d'y avoir consacré une grande part de votre énergie. Vous êtes l'exemple de ce dont la pédagogie interprofessionnelle a besoin pour grandir. Et puis, quelle formidable rencontre ! Merci pour tous nos après-midis passés à refaire le monde, j'espère qu'il en y aura beaucoup d'autres.

**A tous les infirmiers et infirmières que j'ai croisé sur ma route pendant ces neuf années d'études**, qui ont accepté d'accorder un peu de leur précieux temps à former un futur médecin désormais convaincu de la nécessité d'apprendre, d'expérimenter et de découvrir ensemble pour mieux soigner ensemble. Vous faites un métier formidable.

**A mes parents**, qui ont tout fait pour nous et pour notre épanouissement. Vous avez fait de moi un adulte heureux, bien dans sa peau, avec un métier qu'il aime. Pendant 43 ans, de 1982 à 2025, notre éducation et notre bonheur ont été votre priorité et je vous en remercie infiniment. Maintenant, même si je sais que vous continuerez à veiller sur nous, reposez-vous, aimez-vous, profitez de tout. Je vous aime.

**A mes frères et soeurs**, mes 5 autres parents, ceux qui m'ont permis de me construire en tant qu'adulte en ayant les meilleurs exemples du monde, étant passés par toutes les étapes avant moi. Je ne serai jamais le plus expressif pour vous exprimer mon amour, le plus attentionné, mais je profite de cette thèse pour vous écrire que la porte de ma maison vous sera toujours ouverte et que ma valise sera toujours prête pour venir vous soutenir si vous en avez besoin. Je vous aime.

**A Gwladys, Marine, Maxime, Laure**, ce n'est que le début d'une grande histoire. Je suis ému de voir tout le chemin parcouru depuis que je vous ai rencontrés, au fil des années. Merci d'avoir ouvert un espace où je me sens à l'aise pour évoquer ce qu'on vit, ce qu'on ressent et toutes les autres petites choses de la vie. A de très nombreux week-ends ensemble à venir.

**A Charles, Brice, Julien, Héloïse**, malgré ces neuf ans d'études, vous êtes toujours là. Je ne suis pas le meilleur pour donner ou prendre des nouvelles, mais je pense toujours à vous. Je suis riche de nos différences de parcours et de vie et je serai toujours là en cas de besoin.

**À Marie, Camille, Agathe, Florence, Ronan, Maëlig, Louise**, être votre vieil oncle beauf et rôleur me fait toujours autant rire. Je m'excuse encore une fois officiellement pour toutes les blagues sur la Mayenne et retire toutes mes opinions négatives. Je vous souhaite plein de bonnes choses et à très vite tous ensemble.

# REMERCIEMENTS

**À Guilhem, Sarah et Leo**, pour nos interminables cafés et heures de débats, les souvenirs des débuts et les autres créés depuis. A de très nombreuses futures indignations, remises en question et autres projets de réformes extrêmement ambitieux.

**À Margaux**, que de souvenirs depuis nos premières nuits d'été à refaire le monde ! Malgré la distance, tu es toujours quelqu'un de très important pour moi et j'espère que la vie nous donnera l'occasion de nous revoir plus souvent. Je te souhaite le meilleur.

**Au tutorat**, à cette formidable création ayant pour objectif la réussite de tous, qui pendant plusieurs années m'a permis de m'épanouir dans mes études, de faire de formidables rencontres, de faire de l'événementiel, de la logistique, de l'enseignement, de la transmission, des voyages, de réfléchir sur nos études... Merci.

**À Jack London, Victor Hugo, Nicolas Mathieu, James Ellroy et la bibliothèque de mes parents**, merci pour l'amour des livres.

**À Lise**, la meilleure depuis 10 ans, la meilleure pour toujours. Merci d'avoir supporté ces obscures études de médecine avec leurs doutes, leurs règles, leurs acronymes incompréhensibles, leurs injustices, leur impossibilité de prévoir un projet à plus de 6 mois. Je suis arrivé, nous sommes arrivés jusque-là grâce à toi, ta patience, ta douceur et ta gentillesse. Ce métier représentera une grande partie de ma vie, mais si un jour il passe à nouveau avant toi, avant nous, promets-moi de me le faire savoir. Merci pour les sourires, merci pour les larmes, merci pour les souvenirs, merci pour les rires, merci pour notre histoire.

"Je déclare que tout est magnifique. Ce monde est un jeu et pourvu que je sois sûr de ton amour, tout est possible."  
Francis Scott Fitzgerald



## **PLAN**

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

### **INTRODUCTION**

- 1. Réforme du 2<sup>ème</sup> cycle et conséquences pratiques**
- 2. Réforme de la licence Sciences infirmières**
- 3. Enseignements interprofessionnels et de simulation à Angers**

### **BÉNÉFICES DE L'ENSEIGNEMENT INTERPROFESSIONNEL EN SANTÉ**

### **EXPÉRIENCES EXISTANTES D'ENSEIGNEMENTS INTERPROFESSIONNELS EN SANTÉ**

- 1. L'exemple canadien**
- 2. Les expériences européennes**
- 3. Les expériences françaises**

### **DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE**

- 1. Intégration à la semaine interprofessionnelle**
- 2. Atelier « Compétences communicationnelles et pratiques collaboratives »**

### **DISCUSSION**

- 1. Analyse des retours des étudiants**
- 2. La vision des enseignants**
- 3. Bénéfices pour les patients**

### **LIMITES ET PERSPECTIVES**

### **CONCLUSION**

### **BIBLIOGRAPHIE**

### **TABLE DES MATIERES**

### **ANNEXES**

- 1. Extrait du Vade-mecum pour les référents enseignants et étudiants concernant la réforme du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales, édité par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de l'Innovation et de la recherche en mars 2021**
- 2. Outil SAED**
- 3. Situations de départ retenues parmi les 365 situations existantes**
- 4. Programme de la journée d'enseignements théoriques de la semaine interprofessionnelle**
- 5. Programme des ateliers pratiques de la semaine interprofessionnelle**
- 6. Scénarios**
  - 6.1. Scénario Évaluation de la douleur et appel de nuit**
  - 6.2. Scénario Erreur de prescription médicamenteuse**
  - 6.3. Scénario Préparation de la sortie du patient**
  - 6.4. Scénario Contention et risque de fugue**

6.5. Scénario Préparation du retour à domicile

6.6. Scénario Préparation à l'entrée en EHPAD

**7. Grille d'évaluation standard pour un ECOS en situation de communication**

**8. Questionnaires**

8.1. Questionnaire pré-enseignement

8.2. Questionnaire post-enseignement

# INTRODUCTION

## 1. Réforme du 2<sup>ème</sup> cycle et conséquences pratiques

La réforme du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales, dont les modalités sont définies par l'arrêté du 2 septembre 2020, concerne les étudiants entrant en deuxième cycle à partir de la rentrée 2021. Pour ces derniers, les épreuves dématérialisées nationales, remplaçantes de l'examen classant national, auront lieu en début de DFASM3. Il restera aux étudiants une autre épreuve, qui se composera d'examens cliniques objectifs structurés (ECOS).

Développés en 1975 au Royaume-Uni, les ECOS ont plusieurs avantages : évaluer la compétence clinique des étudiants en s'affranchissant de la subjectivité des examinateurs, limiter la part d'aléatoire induite lorsque l'évaluation ne porte que sur un seul cas, s'affranchir de la part de suggestion de réponse des questionnaires à choix multiple (1).

A partir de 2024, les ECOS intègrent les épreuves nationales classantes donnant accès au troisième cycle des études de médecine. Le décret du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine définit les modalités de cette épreuve : « Les ECOS sont organisés au cours de la troisième année du deuxième cycle, de manière simultanée dans l'ensemble des universités ». Ils « se déroulent lors d'une session unique dans les locaux de l'université ou à proximité de celle-ci. Pour chaque candidat, ils comportent dix stations réparties en deux circuits de cinq stations. La durée de chaque station {...} ne peut être inférieure à sept minutes ni supérieure à dix minutes et est identique pour tous les candidats au plan national. » (2).

Les étudiants peuvent consulter les situations sur lesquelles ils sont susceptibles d'être examinés, comportant plusieurs attendus d'apprentissage qui pourront être évalués lors de la station ECOS. Ces attendus sont regroupés en 11 domaines d'apprentissages et comprennent

l'item « Communication interprofessionnelle ». Il apparaissait donc nécessaire de proposer un enseignement dédié à la thématique de l'interprofessionnalité aux étudiants DFASMS3, afin de préparer les étudiants à cette échéance.

La dernière année d'externat ou 6<sup>e</sup> année de médecine aura désormais pour principal objectif la formation pratique des étudiants, avec un temps en stage allongé mais aussi 2 demi-journées libérées des activités hospitalières qui doivent être mise à profit « pour la réalisation de formation en simulation » (3). (ANNEXE 1)

## **2. Réforme de la licence Sciences infirmières**

La volonté d'une universitarisation de la formation en sciences infirmières et donc d'un rapprochement avec le format de cursus universitaire prend forme depuis une vingtaine d'années et constitue depuis 2018 un des objectifs conjoints du ministère de la Santé et du ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Un des axes de réforme entrepris est de « repenser l'interprofessionnalité », notamment en constituant des temps communs de formation ou en mutualisant les enseignements (4). Ceci doit à terme bénéficier au patient, qui rencontrera des professionnels de santé habitués dès leurs études à coopérer. Ainsi, à Angers, la Faculté de Santé comprend depuis 2019 un Département de Sciences infirmières intégrant les IFSI d'Angers, Saumur et Cholet, fruit d'un engagement pris 3 ans plus tôt par ces instituts de formation afin de coopérer sur leurs missions d'enseignement et de recherche. Parmi les axes de formation de ce nouveau département décrits dans son projet de formation 2022-2026, on retrouve notamment la volonté de développer le caractère interprofessionnel des formations, en favorisant la mise en place d'enseignements communs. Au sein de ces enseignements, l'objectif sera pour les étudiants en Licence Sciences Infirmières (EIDE) d'exercer leur leadership et d'aiguiser leur jugement clinique.

Parmi les approches pédagogiques retenues pour développer cet axe de formation, on retrouve :

- la volonté de mise en place d'une UE commune entre étudiants en médecine de 6<sup>ème</sup> année et étudiants en soins infirmiers de 3<sup>ème</sup> année visant le développement de compétences collaboratives, contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et à la gestion des risques, limitant ainsi les événements indésirables.
- la simulation en santé, définie comme « une priorité stratégique », car jugée la méthode la plus pertinente au développement des compétences spécifiques à la filière et au développement des pratiques collaboratives » (5). L'apport de la simulation en santé est également décrit comme un moyen d'augmenter le degré de sécurité en intégrant à la fois des notions de gestion des risques et de performance dans les soins. Longtemps perçue comme une valeur ajoutée à la formation initiale, elle est ici définie comme complémentaire des apprentissages théoriques et en stage.

Cette universitarisation de la formation des infirmiers dans le Maine-et-Loire a permis la création d'une licence universitaire « Mention Sciences pour la Santé-Parcours Sciences Infirmières », permettant une valorisation supplémentaire du diplôme d'état d'infirmier.

### **3. Enseignements interprofessionnels et de simulation à Angers**

Aujourd'hui, à la Faculté de Santé d'Angers, il existe trois enseignements réalisés en simulation interprofessionnelle. Le premier concerne les étudiants en DFGSM3 et en 2<sup>ème</sup> année de Licence Sciences infirmières et se concentre sur la réalisation d'un geste technique, la ponction lombaire. L'enseignement est en place depuis l'année universitaire 2015-2016 et dure trois heures, avec une heure de cours théorique et deux heures de simulation

interprofessionnelle. Des groupes de 10 étudiants, 5 en médecine et 5 en sciences infirmières sont constitués pour l'enseignement. Leur inscription est obligatoire pour la validation de leur année d'étude. Il est animé par un médecin sénior de neurologie et un cadre formateur de l'IFSI. L'objectif pédagogique principal est d'améliorer la coopération entre les étudiants dans le cadre de ce geste courant de la pratique médicale, tout en vérifiant les bonnes conditions de la réalisation du geste : asepsie, position du patient, gestion de la douleur, vérification de l'identité et préparation de l'envoi des prélèvements biologiques.

Par la suite, les étudiants en DFSAM2 participent en groupes réduits à un enseignement portant sur l'accouchement et les manœuvres gynécologiques animé uniquement par des étudiants en 5ème année de maïeutique, ce qui permet aux deux professions d'échanger pendant une heure. Il ressort des évaluations des étudiants la volonté d'augmenter la durée de cet enseignement afin de pouvoir pratiquer plus longtemps les gestes enseignés.

De plus, tous les étudiants en DFASM3 bénéficient depuis 2019 de 3h d'enseignement par la simulation dans le cadre du module de formation Réanimation – Urgences. Ils sont alors confrontés à des scénarii dans lesquels les patients sont en situation de détresse vitale, où ils doivent s'organiser et coopérer pour administrer aux patients les soins appropriés. Lors de cet enseignement, certains étudiants en médecine sont amenés à prendre le rôle de l'Infirmier diplômé d'état (IDE) en raison du caractère non obligatoire de l'enseignement pour les EIDE.

Ces enseignements sont désormais inscrits de manière durable dans le cursus des étudiants en médecine angevins. Néanmoins, il n'y a pas encore eu, à l'heure actuelle, d'analyse rétrospective de l'impact de ces enseignements sur les apprenants.

# **BÉNÉFICES DE L'ENSEIGNEMENT INTERPROFESSIONNEL EN SANTÉ**

La simulation est une forme d'enseignement plébiscitée depuis de nombreuses années avec des résultats probants sur l'attitude des étudiants vis à vis de la collaboration et la communication entre le médecin et l'infirmier (6-8). Elle permet de confronter directement les étudiants à une situation qu'ils pourraient rencontrer plus tard au cours de leur carrière, afin de les inciter à trouver des solutions bénéfiques pour le patient, tout en leur permettant d'échanger ensuite sur leurs différentes attitudes au cours d'un débriefing.

L'enseignement interprofessionnel est une méthode encore peu développée, apparaissant néanmoins essentielle pour améliorer la collaboration – et donc la communication – entre les différents acteurs du soin. Il est même défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1988 comme un objectif majeur afin de répondre aux besoins de santé des populations (9). Cet objectif est réaffirmé en 2010 par l'OMS, qui voit dans l'enseignement interprofessionnel un moyen de renforcer les systèmes de soins et d'atteindre plus rapidement les objectifs de santé globale à l'échelle mondiale (10).

Les compétences que les professionnels de santé cherchent à acquérir dans le cadre d'un enseignement interprofessionnel ont pu être étudiées par Suter et al. Dans cette étude, 60 professionnels de santé âgés entre 18 et 55 ans ont été inclus, provenant de différents corps de métier au Canada (dont 43% d'IDE et 48% d'autres professions paramédicales). L'analyse des échanges avec ces professionnels a mis en lumière les deux compétences essentielles et nécessaires à la pratique collaborative : communiquer efficacement et comprendre les rôles et responsabilités de chacun au sein d'une équipe de soins (11).

L'impact de l'enseignement interprofessionnel a principalement été étudié dans le cadre de la relation médecin-infirmier. Dans une première étude, Friman et al. se sont intéressés à la perception et à l'attitude réciproques d'EIDE et d'étudiants en médecine envers l'autre profession dans le cadre d'un enseignement interprofessionnel portant sur le soins des plaies. Suite à cet atelier, 19 étudiants en médecine et 18 EIDE ont été interrogés dans le cadre de « focus groups ». L'enseignement interprofessionnel leur a permis comprendre les rôles et responsabilités de chacun, d'avoir un accès au champ de connaissances de l'autre et d'apprendre à communiquer avec l'autre (6). Dans une autre étude, Tankimovitch et al. ont réalisé un enseignement de simulation interprofessionnelle incluant un scénario d'urgence orthopédique auprès de 10 étudiants en médecine de 3<sup>ème</sup> année et 10 EIDE. Les auteurs ont montré que l'enseignement interprofessionnel aidait à renforcer la communication et la collaboration et apportait un bénéfice significatif pour leurs carrières futures en améliorant la confiance en soi et envers les autres professionnels, tout en permettant de réaliser des soins de meilleure qualité et plus sécurisés (8). Dans un autre travail, l'enseignement de simulation en interprofessionnalité a permis de modifier les représentations des étudiants concernant les autres professionnels, notamment sur leurs aptitudes et leurs connaissances, ce qui est un facteur essentiel dans la coopération d'une équipe de soins (11,12).

Actuellement, lorsque les étudiants en sciences médicales débutent leur internat ou que les EIDE entrent dans la vie active, il existe de nombreuses situations où ces acteurs doivent collaborer et communiquer de façon adaptée, parfois en situation d'urgence, sans y avoir été confrontés au préalable au cours de leur cursus. Du côté des étudiants en médecine, le passage au statut d'interne entraîne un sentiment d'impuissance face aux nombreuses responsabilités qui leur sont attribuées (13). De la même manière, le début de carrière d'un infirmier diplômé d'état nécessite d'être immédiatement opérationnel et l'expérience des situations vécues lors sa formation initiale est déterminante (14).

La communication entre les différents professionnels est un enjeu majeur dans le monde de la santé. C'est une compétence clé permettant une bonne coordination des soins centrés sur le patient (9). Prise à défaut, elle peut être responsable d'effets indésirables graves pour le patient et d'une baisse de la qualité des soins. En analysant 2455 effets indésirables rapportés à la Commission de Certification des Hôpitaux aux Etats-Unis, Leonard et al. ont montré qu'un défaut de communication était la cause principale de l'événement indésirable dans 70% des cas, entraînant le décès du patient dans 75% des cas (15).

La communication est une priorité de la Haute Autorité de Santé, avec le déploiement de son Programme National pour la Sécurité des Patients en 2013, ayant pour volonté de renforcer les interfaces de parcours entre les professionnels de santé, ainsi que la mise à disposition d'outils visant à améliorer cette communication (16,17). Parmi ces outils, le SAED (ANNEXE 2), acronyme de Situation, Antécédents, Évaluation, Demande, a pour vocation de favoriser la qualité des échanges entre deux professionnels de santé lorsque l'un des deux doit présenter un patient à l'autre, par exemple dans le cadre d'une demande d'avis.

# EXPÉRIENCES EXISTANTES D'ENSEIGNEMENTS

## INTERPROFESSIONNELS EN SANTÉ

### 1. L'exemple canadien

Le Canada est un pionnier et l'un des pays les plus avancés dans le domaine de l'interprofessionnalité en santé. Il est l'un des premiers pays à avoir perçu la multiplication des disciplines et la multiplicité des savoirs, avec comme problème principal l'absence d'interconnexion entre les professionnels et la « division en silo » de la prise en charge du patient. Pour remédier à cela, il a été créé dès 2004 une structure d'enseignement interprofessionnel collaborative centrée sur le patient. Celle-ci a pour but d'uniformiser la recherche de nouvelles méthodes d'enseignement dans ce domaine (18). Cela passe, par exemple, par l'implantation de « student-run clinics » composées d'étudiants de plusieurs professions, qui doivent collaborer pour prendre en charge des patients souvent précaires ou dans des zones où l'accès aux soins est difficile. Haggarty et al. ont pu analyser 7 de ces cliniques créées entre 2000 et 2010. Du point de vue des étudiants, il ressort de ces projets une plus grande compréhension du métier de l'autre, une incitation à planifier les besoins du patient en équipe et à gérer les ressources allouées au patient en conséquence. Les patients semblent également très satisfaits de leur prise en charge dans ces cliniques, résultant en une meilleure observance et adhérence aux soins prodigués. Ils apprécient aussi le temps dont disposent les étudiants pour s'occuper d'eux, souvent plus important que celui des professionnels diplômés à qui un plus grand nombre de patients sont confiés (19).

Plus largement, au sein du système de santé, ces mesures montrent déjà leurs bénéfices, notamment pour ce qui est de la prise en charge des personnes âgées. Gougeon et al. ont conduit une étude de méta-analyse ayant inclus six essais cliniques publiés entre 2005 et 2015

décrivant la mise en place d'équipes interprofessionnelles locales prenant en charge des patients de plus de 65 ans. Toutes les équipes comprenaient au moins une IDE et un médecin. Cette méta-analyse montre une augmentation de la qualité des soins, de la qualité de vie des patients, ainsi qu'une réduction des chutes, du déclin fonctionnel et du nombre d'admissions à l'hôpital. Dans trois des six essais, une étude économique a également été réalisée, ne montrant pas de différence significative pour le coût individuel des soins par rapport à un groupe contrôle (20).

Dans une méta-analyse portant sur 10 programmes de formation interprofessionnelle gériatriques canadiens, Flores-Sandoval et al. ont relevé chez les participants une amélioration du diagnostic de démence en soins primaires, une amélioration de la communication et des interactions entre les professionnels, ainsi qu'une plus grande facilité à collaborer, en sachant que tous les membres de l'équipe disposaient du même niveau de connaissance (21).

Au Québec, la collaboration interprofessionnelle passe également par la création de centres communautaires de santé. Il s'agit de lieux financés et dirigés par la communauté locale concentrant une offre de soins primaires complète et variée, où les différents professionnels travaillent de manière coordonnée. On y retrouve notamment des médecins généralistes, des IDE et des travailleurs sociaux. Sicotte et al. ont étudié les 157 centres existants au Québec en 1995, par le biais d'un questionnaire adressé aux coordinateurs des programmes des centres (22). Il ressort de cette étude que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle est positive au sein des centres, mais qu'elle pourrait encore être améliorée, puisqu'elle est évaluée entre 3,5 et 4/5 en moyenne alors même qu'ils existent déjà depuis 25 ans pour la plupart. L'intensité de la collaboration semble être fortement influencée par la dynamique au sein du groupe de professionnels et donc avant tout par sa composition.

## 2. Les expériences européennes

A l'échelle européenne, les expériences de simulation sollicitent plus souvent des personnels déjà diplômés (23,24), tandis que les expériences qui concernent des étudiants se concentrent principalement sur des modules d'enseignements théoriques (6,25).

On peut néanmoins citer une étude suisse sollicitant des internes en anesthésie-réanimation et qui les amenait à collaborer avec des infirmiers diplômés dans le cadre de situation d'urgence. On y retrouve les bénéfices attendus de la simulation, à savoir une meilleure connaissance de l'autre et de ses compétences, une meilleure communication dans les situations complexes et surtout un droit à l'erreur pour être plus performant en situation réelle (24).

En Suède, Levett-Jones et al. rapportent l'expérience d'un service hospitalier comportant 14 lits de médecine polyvalente géré durant 2 semaines de 4 jours par des étudiants en médecine, sciences infirmières et kinésithérapie. Des équipes interprofessionnelles sont formées parmi les étudiants, responsables chacune de 3 à 6 patients. Existant depuis 2013, cette expérience a fait l'objet d'une évaluation des étudiants en 2015 : un score de 5/6 pour les 3 professions est obtenu aux affirmations « J'ai développé ma compréhension de l'importance de la communication interprofessionnelle » et « J'ai développé ma compréhension des compétences des autres professionnels ». Malgré l'absence d'une étude explorant les bénéfices de ce service pour les patients hospitalisés, il est à noter qu'un nombre non négligeable semble demander à y être réadmis lors d'une hospitalisation suivante (26).

### 3. Les expériences françaises

En France, on retrouve une expérience de simulation interprofessionnelle entre étudiants en médecine et étudiants en sciences infirmières, à Rennes. Il s'agissait d'internes en médecine générale et d'étudiants en sciences infirmières de 4<sup>ème</sup> semestre qui participaient à 2 scénarii de simulation sur une demi-journée. Les situations cliniques reposaient sur une évaluation initiale paramédicale, suivie d'un travail collaboratif avec un médecin. Le niveau de satisfaction globale concernant cet enseignement était très élevé, avec comme suggestion principale de la part des étudiants d'augmenter le nombre de séances pour les années suivantes (27). Lors de focus groups réalisés à la suite de cet enseignement, le bénéfice de celui-ci quant à la collaboration interprofessionnelle s'est confirmé à la fois au sein des internes en médecine générale et au sein des étudiants en soins infirmiers (28). Néanmoins, cette expérience n'a pas pu être poursuivie à plus long terme, en raison du départ des personnes à l'origine de ce projet.

Au cours de l'année universitaire 2016-2017, la Faculté de Santé d'Angers avait essayé de mettre en place un enseignement de grande envergure rassemblant plusieurs de ses composantes : le séminaire interprofessionnel. Il s'est déroulé sur 2 journées distinctes et a rassemblé 581 étudiants issus de 6 filières différentes. Ce séminaire visait à « mettre fin aux stéréotypes de chacune des professions de santé, [...] et permettre à chacun d'appréhender ses propres limites et surtout de reconnaître l'apport des autres professionnels ». La mise en place de séminaire a fait l'objet d'un travail de thèse d'exercice, qui a permis de recueillir les retours des étudiants, qui sont plutôt variables : 22% des étudiants considéraient avoir appris à travailler ensemble, 36% ont appris à connaître leurs limites et 51% ont appris à reconnaître l'apport des autres. Parmi les souhaits des étudiants, on retrouve celui d'organiser « Plus de rencontres physiques » à 97%, ce qui sera le cas l'année suivante avec l'ajout d'une journée

supplémentaire dédiée au travail interprofessionnel en autonomie. Du côté des enseignants, il a été souligné le manque de temps pour la construction du séminaire (4 mois) et la répartition inéquitable de l'investissement pédagogique entre les différentes filières. D'un point de vue organisationnel, il est souligné par l'ensemble des participants la nécessité d'harmoniser les conditions de participation et de validation à ce séminaire, ainsi que de fournir à tous les étudiants les mêmes moyens pour pouvoir y participer : des étudiants d'instituts de formation non situés à Angers ont dû se rendre au séminaire par leurs propres moyens (29).

Un tutorat de sémiologie par le biais de la simulation, à destination des DFGSM2, a également été expérimenté à Angers entre 2016 et 2018. Il consistait en un enseignement par les pairs, en l'occurrence des internes ou des externes volontaires pour enseigner à des étudiants débutant leurs études de médecine. Il était constitué de 10 séances de 2h en 2016-2017, chacune ayant pour thème une spécialité médicale, répartie sur toute l'année universitaire et se déroulant le soir au centre de simulation du CHU d'Angers. Les 32 étudiants tutorés devaient suivre un enseignement en ligne en amont de la séance. En 2017-2018, le projet s'est élargi puisqu'il a consisté en 14 séances de 2 heures, réalisées par 79 étudiants tutorés. Pour valider le bénéfice de cet enseignement, une épreuve a été réalisée par tous les étudiants de DFGSM2, incluant des QCMs portant sur les séances de tutorat et un ECOS en 2017-2018. Les auteurs ont constaté une augmentation significative de la moyenne des tutorés à l'épreuve de QCMs ainsi qu'à l'ECOS par rapport à celle des non tutorés ( $14.3/20 \pm 2.06$  vs  $6.9 \pm 3.36$ ). De manière intéressante, les bénéfices cet enseignement persistent sur 2 ans puisque les notes à l'ECOS sont stables chez les étudiants tutorés ( $14.0/20 \pm 1.05$  l'année n+1 et  $15.1/20 \pm 1.54$  l'année n+2), tandis qu'elles augmentent significativement chez les non tutorés ( $11.3/20 \pm 2.32$  puis  $12.4/20 \pm 2.16$ ), grâce à l'expérience acquise en stage. Par ailleurs, « le niveau d'appréhension à réaliser un examen clinique » était significativement plus

faible chez les tutorés (30). La mise en place de ces enseignements a fait l'objet de travaux de thèse d'exercice et d'une publication scientifique (31). Depuis la réforme du 2<sup>ème</sup> cycle, tous les étudiants de DFGSM2 participent à 4 séances d'enseignement de sémiologie au cours de l'année : Signes de gravité, Gaz du sang, Pneumologie, Cardiologie.

## **DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE**

Nous avons eu l'idée initiale de cet enseignement de simulation interprofessionnelle centré sur la communication en décembre 2021, au début de mon internat de médecine générale et alors que le Dr Anne-Sophie Garnier faisait partie du comité de pilotage de la réforme des études de Sciences Infirmières au sein de la Faculté de Santé d'Angers. Nous avons d'abord identifié les besoins de formation des étudiants en médecine sur ce thème en se basant sur les situations de départ des ECOS abordant la thématique de l'interprofessionnalité à partir du référentiel LiSA, au sein duquel 17 situations ont été retenues (présentées en ANNEXE 3).

La création d'un enseignement de simulation interprofessionnelle était une volonté de la Faculté de Santé d'Angers, afin d'y intégrer un apprentissage des compétences communicationnelles mais également une préparation aux ECOS nationaux. L'idée d'une semaine dédiée à la préparation aux gestes techniques requis pour les ECOS était déjà en cours d'élaboration par le Pr LEBDAI (PU-PH d'urologie). Nous avons pris contact avec lui en vue d'y intégrer l'enseignement de communication interprofessionnelle.

# 1. Intégration à la semaine interprofessionnelle

L'objectif de ce nouveau projet d'enseignement interprofessionnel est de pouvoir l'intégrer de façon pérenne à la formation des étudiants angevins. Dans cet objectif, nous avons rencontré le Pr LEBDAI, responsable de l'enseignement des ECOS au sein de la Faculté de Santé et le Pr BOUVARD, responsable du deuxième cycle des études médicales à Angers. Pour faciliter l'organisation pratique de cet enseignement, il a été décidé de l'intégrer à une semaine de préparation aux ECOS, banalisée pour les DFASM3, se déroulant au centre de simulation d'Angers, du 8 au 12 janvier 2024. Initialement prévue sans les EIDE, nous avons proposé de mutualiser la construction de cette semaine avec les IFSI d'Angers et de Cholet, sur le modèle de l'enseignement de communication, afin de faire travailler les étudiants en interprofessionnalité sur la semaine entière. Le contenu et l'organisation de cette semaine ont été définis lors d'une réunion commune entre les IFSI, le Pr LEBDAI et nous-mêmes. Elle a permis de recueillir les besoins en formation des EIDE afin de mettre en commun nos objectifs, notamment pour la définition des gestes techniques à pratiquer. Le centre de simulation du CHU d'Angers a ensuite été sollicité pour évaluer la faisabilité des ateliers et la disponibilité du matériel requis. A partir de cela, le contenu et le calendrier de la semaine interprofessionnelle a pu être établi :

- Une journée d'enseignements théoriques en amphithéâtre avec les deux promotions d'étudiants pour une introduction aux ateliers de la semaine (ANNEXE 4). Le contenu de ces enseignements, d'une durée d'une heure chacun, a été créé en amont par un enseignant de la Faculté de médecine de la spécialité concernée et un groupe de cadres formateurs des IFSI participant au projet, ayant une compétence particulière dans le domaine concerné. L'objectif de chacun des cours était de rappeler les bases théoriques du geste technique à travailler, d'aborder les éventuelles contre-indications et modalités

de surveillance et de présenter aux étudiants des capsules vidéo du geste afin de les entraîner à percevoir d'éventuelles erreurs de réalisation.

- Quatre journées d'ateliers pratiques comprenant (ANNEXE 5) :
  - o Un atelier de sondage vésical
  - o Un atelier « Prélèvements, injections, perfusions, sécurité transfusionnelle et compression thoracique »
  - o Un atelier « Chirurgie : Pansements, suture, anesthésie locale, habillage stérile »
  - o Un atelier « Digestif : Pose de sonde nasogastrique et ponction d'ascite »
  - o Un atelier « Compétences communicationnelles et pratiques collaboratives »
  - o Un atelier « ORL : Méchage et tamponnement nasal »
  - o Un atelier ponction lombaire

Tous ces enseignements ont été co-construits par un médecin et des cadres formateurs des IFSI d'Angers et de Cholet pour une durée prévisionnelle de 3h, dans l'objectif de faire travailler en binôme les DFASM3 et les EIDE. L'enseignement « Compétences communicationnelles et pratiques collaboratives » a pu être proposé sur 2 créneaux différents aux étudiants. Les enseignants des différents ateliers ont été choisis selon leur spécialité médicale, leur expérience professionnelle ou leur implication dans l'enseignement des matières concernées. Ils ont disposé de 6 mois pour construire l'enseignement théorique et l'atelier dont ils avaient la charge en interprofessionnalité. Pour les étudiants, la participation était obligatoire pour la journée d'enseignements théoriques du lundi et un atelier au choix dans la semaine.

## 2. Atelier « Compétences communicationnelles et pratiques collaboratives »

Un groupe de travail a été formé en collaboration avec Mme Sylvie Solorzano, chargée de mission par la Faculté de Santé pour coordonner la mise en place de l'enseignement interprofessionnel avec les différents IFSI impliqués (Angers et Cholet la première année, avec Saumur et Le Mans l'année suivante). Ce groupe de travail incluait : Mme Solorzano, Dr Delphine DOUILLET (MCU-PH), Dr Anne-Sophie GARNIER (PH), Dr Virginie BESSON (PH), Annette LARODE, Nathalie CINTRAT, Géraldine MICHINOT (cadres formatrices de l'IFSI d'Angers), Céline BONNIN et Marie TRICOT (cadres formatrices de l'IFSI de Cholet) et moi-même. Les cadres formatrices des deux IFSI ont pris part au projet en raison de leur implication dans l'unité d'enseignement « Soins en interprofessionnalité » réalisé au cours du 5<sup>ème</sup> semestre d'études de sciences infirmières.

Notre atelier « Compétences communicationnelles et pratiques collaboratives » était ouvert à 48 DFASM3, dans la mesure où nous souhaitons que chaque étudiant inscrit puisse être acteur dans un scénario de simulation. La volonté initiale des IFSI d'Angers et de Cholet étaient de rendre l'inscription obligatoire à tous les EIDE, soit environ 180 étudiants, pour ne pas créer de rupture d'égalité dans leur parcours d'enseignement. Cette solution n'a pas été retenue après une réunion impliquant les référents pédagogiques infirmiers et médicaux de cet atelier, en raison d'une limitation en termes de capacité d'accueil au centre de simulation, des contraintes liés au transport des EIDE choletais et de l'impossibilité de faire participer chaque EIDE à un scénario dans ce contexte. Le seuil a donc été fixé au même niveau que les DFASM3, soit 48 étudiants.

La construction des 6 scénarios de l'atelier s'est elle aussi faite en interprofessionnalité, à partir des situations de départ retenues en groupe de travail. Nous avons ensuite sélectionné des situations courantes d'interaction avec l'IDE impliquant une prise de décision commune ou la nécessité d'interagir efficacement et rapidement dans l'intérêt du patient. L'objectif était de produire des scénarios ne remettant pas en cause la pratique de l'un des deux professionnels pour ne pas mettre en difficulté les apprenants, ce qui a constitué la difficulté principale. Il a également fallu adapter le niveau de connaissances médicales et paramédicales nécessaires à la compréhension du scénario en fonction de l'année d'études des étudiants.

3 scénarios ont été construits par le Dr GARNIER, le Dr BESSON (Service de Néphrologie – CHU Angers), Nathalie CINTRAT et Annette LARODE (IFSI Angers) en prenant pour fil conducteur un patient de néphrologie. Les 3 thèmes abordés étaient (ANNEXE 6) :

- L'erreur médicamenteuse
- L'appel à l'interne de garde dans une situation d'urgence douloureuse
- La préparation commune de la sortie d'hospitalisation d'un patient.

Les 3 autres scénarios ont été élaborés par Céline BONNIN, Marie TRICOT (IFSI Cholet) et moi-même. Ils s'intéressaient à un patient gériatrique, spécialité dans laquelle j'étais en stage au moment de l'écriture et avec laquelle les cadres formatrices de l'IFSI étaient à l'aise. Nous avons sollicité les 2 co-directeurs du centre de simulation de Cholet pour participer à l'écriture mais ils n'ont pas pu répondre favorablement à notre demande. Les scénarios concernaient (ANNEXE 6) :

- Le recours à la contention chez un patient agité
- L'accompagnement d'un aidant dans une situation de retour à domicile
- L'accompagnement d'un aidant vers une entrée en institution

Des grilles d'évaluation des étudiants ont été établies conjointement pour chaque scénario. Pour cela, nous nous sommes basés sur une grille standard d'évaluation des ECOS de situations de communication, fournie par la Faculté de Santé (ANNEXE 7).

Nous avons ensuite organisé une relecture croisée des scénarios et une restitution entre les deux groupes. Les scénarios ont ensuite été relus par Pr Ludovic Martin, directeur du centre de simulation du CHU d'Angers, sollicité pour son expertise en simulation.

Nous avons sollicité deux chefs de clinique formés à la simulation et à la préparation aux ECOS pour participer à l'encadrement de cet enseignement de simulation, le Dr Damien DUVAL (médecin urgentiste) et le Dr Alexis BOURGEGAIS (médecin gériatre), qui se sont ajoutés aux rédacteurs des scénarios. Nous nous sommes entretenus avec eux pour leur présenter le projet, les situations choisies et leur rôle au cours de la journée.

Pour l'élaboration du cours théorique, nous avons sollicité le Dr Delphine Douillet (MCU-PH, Service d'Accueil des Urgences du CHU d'Angers), après l'élaboration des scénarios de simulation. Nous souhaitons impliquer un enseignant disposant d'une assise théorique sur la communication interprofessionnelle, notamment dans le contexte des soins d'urgence. Ce cours a ensuite été relu par une cadre formatrice de l'IFSI du CHU d'Angers - Nathalie CINTRAT. Il avait pour objectif de rappeler les bases théoriques de la communication interprofessionnelle.

Sur le plan temporel, cet enseignement a donc été réalisé en 2 parties : le cours théorique a eu lieu le 8 janvier 2024 et les ateliers ont eu lieu le 11 janvier 2024. Cet enseignement s'est donc déroulé :

- après la réalisation des épreuves dématérialisées nationales (EDN) pour les DFASM3,

- au cours du semestre 5 pour les EIDE, après une période de stage de 5 semaines puis une période de 2 semaines de vacances.

Le 11 janvier 2024, 37 DFASM3 et 5 EIDE ont pris part à l'enseignement. Devant la constatation d'un faible nombre d'inscriptions des EIDE en décembre, nous avons mis en place plusieurs stratégies pour recruter plus d'EIDE pour cet enseignement, dont la participation était indispensable pour le déroulé de cette UE d'interprofessionnalité. Premièrement, nous avons fait rouvrir les inscriptions qui avaient été clôturées par le biais des coordonnatrices pédagogiques des IFSI d'Angers et de Cholet. Deuxièmement, nous avons envoyé un courriel de relance à l'ensemble des promotions d'Angers et de Cholet, en leur expliquant le déroulé de l'enseignement et les objectifs d'apprentissage. Troisièmement, nous nous sommes mis en relation avec les délégués de la promotion de 3<sup>ème</sup> année de l'IFSI d'Angers : d'une part pour comprendre les réticences à l'inscription, d'autre part pour communiquer sur le contenu des ateliers et encourager les étudiants qui le souhaitaient à s'inscrire. Enfin nous sommes intervenus lors du cours théorique du 8 janvier pour tenter d'augmenter le nombre d'inscrits. À la suite de l'ensemble de ces mesures, 2 étudiants supplémentaires se sont inscrits aux ateliers communications.

Le matin du 11 janvier, nous avons pu construire 4 groupes d'étudiants interprofessionnels. Les deux premiers groupes ont d'abord participé aux scénarios de néphrologie, encadré par le Dr Damien DUVAL, le Dr Virginie BESSON, le Dr Anne-Sophie GARNIER, Géraldine MICHINOT et Nathalie CINTRAT, tandis que les deux autres participaient aux scénarios de gériatrie encadrés par le Dr Alexis BOURGEOIS, Marie TRICOT, Céline BONNIN et moi-même. Pour la deuxième partie de la matinée, les groupes ont été échangés afin que tous les étudiants présents puissent être mis en situation sur au moins un scénario de simulation.

L'après-midi, en l'absence d'EIDE, nous nous sommes adaptés en ajoutant des scénarios d'Urgences-Réanimation et en faisant participer Céline BONNIN et Marie TRICOT en tant qu'IDE sur les scénarios de gériatrie, afin de permettre aux étudiants en médecine (répartis en deux groupes cette fois-ci) de se préparer aux ECOS dans des conditions différentes.

## **DISCUSSION**

### **1. Analyse des retours des étudiants**

Afin d'obtenir une première évaluation de cet enseignement, un questionnaire a été distribué à tous les étudiants présents au début et à la fin de l'enseignement (ANNEXE 8). Nous avons obtenu 33 réponses à ce questionnaire, parmi lesquels 28 DFASM3 et 5 EIDE. A la question « Globalement, cet enseignement vous a-t-il permis d'améliorer vos compétences communicationnelles avec les autres professionnels de santé ? », la réponse moyenne des étudiants est de 4,03/5. A la question « Quelle est votre satisfaction globale vis-à-vis de cet enseignement ? », la note moyenne obtenue est de 9,15/10.

Par la suite, nous avons recueilli les raisons de la faible participation des EIDE en intervenant lors d'un cours à l'IFSI d'Angers et par le biais d'un sondage global concernant la semaine interprofessionnelle diffusé sur leurs boîtes mails universitaires.

Les raisons exposées sont les suivantes :

- La période de fin de semestre 5 avec de nombreux travaux personnels écrits et l'organisation des partiels semestriels se déroulant deux semaines après l'enseignement.

- La nécessité de commencer ce travail d'interprofessionnalité plus tôt dans leurs études, afin de pouvoir appliquer les compétences apprises lors de leurs stages.
- Le manque de communication en amont sur le contenu de cet atelier.

Il faut noter que la pertinence de l'enseignement et la mise en œuvre de celui-ci au cours du semestre 5 ne sont pas remis en cause par les étudiants. Néanmoins, cela pourrait être amené à évoluer avec l'apparition d'un nouveau référentiel de compétences en soins infirmiers qui doit paraître cette année et pourrait potentiellement modifier le rattachement des unités d'enseignement aux différents semestres du cursus des EIDE.

Nous nous sommes interrogés sur la présence de biais cognitifs ou démographiques pouvant expliquer la faible participation des EIDE. Dans une méta-analyse ayant inclus 20 études portant sur l'appréhension à la communication chez les étudiants en santé, il n'avait pas été mis en évidence de facteurs éducationnels ou individuels corrélés à l'appréhension des étudiants (32).

3 mois après l'enseignement, nous avons recontacté par mail ou par SMS les étudiants qui nous avaient donné leur accord dans le questionnaire pour les interroger sur leurs suggestions d'amélioration et sur leur mise à profit des enseignements de cette journée au sein de leurs différents stages. Il ressort plusieurs points de leurs témoignages :

- Le regret de l'absence d'EIDE pour l'atelier de l'après-midi, qui n'a pas permis de travailler aussi efficacement l'interprofessionnalité.
- La nécessité de maintenir des groupes réduits, qui sont valorisés pour leur bienveillance.
- La nécessité d'ajuster l'écriture des scénarios, pour ne pas mettre en difficulté l'apprenant avec une liste d'arguments trop longue.
- La pertinence et le réalisme des situations proposées.

- Une meilleure compréhension et analyse des situations de conflits en stage par les apprenants, qui jugent néanmoins n'avoir pas eu le temps d'appliquer les enseignements transmis pour le moment.

## 2. La vision des enseignants

Les enseignants ayant participé à ce projet ont eux aussi fait émerger plusieurs axes d'amélioration pour les années suivantes.

Sur la construction de l'atelier en interprofessionnalité, il a fallu se confronter aux contraintes pédagogiques, logistiques et d'organisation interne de chaque corps enseignant. Au sein même du corps infirmier, la coordination des IFSI de Cholet et d'Angers a apporté un défi supplémentaire de taille, qui s'annonce à nouveau pour les années suivantes puisqu'il est prévu d'inclure les étudiants des IFSI de Saumur et du Mans. Par ailleurs, la rotation rapide et le nombre des référents pédagogiques IFSI du projet a retardé la mise en place du projet et certaines prises de décisions. D'autres éléments expliquent également le faible taux de participation des EIDE :

- l'absence de prise en charge du transport pour les étudiants de Cholet
- le caractère non obligatoire de cet atelier, expliqué par l'impossibilité pour cette première année d'accueillir plus de 96 étudiants au total
- la fermeture précoce des inscriptions (3 semaines avant l'atelier) à la fin d'une période de stage de 5 semaines et au début des vacances de Noël.

Du côté des enseignants médecins, l'articulation aux autres ateliers de la semaine interprofessionnelle a constitué un réel défi en raison de la singularité de l'enseignement de

communication. Le développement du projet sur plus de deux ans et le faible nombre de référents entraîne de fait une implication importante des enseignants.

La pérennisation de l'enseignement à long terme est une volonté de tous les enseignants porteurs de ce projet. Le Département Médecine de la Faculté de Santé a émis la volonté de poursuivre la « semaine de l'interprofessionnalité » dans sa globalité, en rassemblant les enseignants médecins pour y travailler.

Pour l'atelier de communication, l'une des pistes envisagées pour favoriser sa pérennité est de le proposer sur les lieux des différents IFSI porteurs du projet plutôt que de le centraliser à Angers, de manière à limiter les contraintes logistiques et de planning. Ainsi, il a vocation à être proposé dans le cadre du cursus des EIDE de l'IFSI de Cholet sur plusieurs demi-journées au cours de l'année universitaire, au cours desquelles ils seront associés à des étudiants en médecine réalisant leur stage au CH de Cholet. Pour cela, nous avons sollicité une réunion avec le Dr MEHDI KAASSIS, responsable de l'accueil des externes au sein du Centre Hospitalier, afin de répéter cet enseignement à chaque période de stage. Nous recrutons des enseignants volontaires du côté infirmier et du côté médical et organisons le lien avec le centre de simulation de Cholet pour mettre à disposition les lieux nécessaires à l'apprentissage. Les premiers enseignements ont eu lieu en octobre 2024 et janvier 2025.

Enfin, pour inscrire cet enseignement dans la durée, il faut que les différents acteurs impliqués dans sa création puissent trouver un relais fiable lorsqu'ils seront amenés à occuper d'autres fonctions ou à devoir prioriser d'autres projets. Le remplacement des référents pédagogiques en place a déjà pu être identifié dans l'expérience rennaise comme une des raisons de l'arrêt de l'enseignement interprofessionnel (33).

### 3. Bénéfices pour les patients

La formation à la communication interprofessionnelle a pour objectif principal de favoriser la coopération au sein d'une équipe de soignants et donc de favoriser la réalisation de soins sécurisés et bénéfiques pour le patient. Au-delà des variables analysables, tels que le nombre d'événements indésirables au sein d'un service, on peut s'attendre, en améliorant la communication interprofessionnelle, à un meilleur vécu du patient de sa prise en charge.

Ainsi, il est probable que des soignants mieux formés à la communication interprofessionnelle soient également plus à l'aise et plus pertinents dans leur communication envers le patient. De même, une bonne coopération au sein d'une équipe de soins est souvent ressentie par les patients, ce qui favorise la confiance envers l'équipe et peut participer à renforcer l'adhésion aux soins et donc à améliorer le pronostic des patients. Au sein d'une clinique psychiatrique gérée par les étudiants de l'hôpital Mount Sinai, il a été démontré que les patients pris en charge rencontraient plus de praticiens et bénéficiaient de meilleurs traitements pharmacologiques à la phase aiguë et chronique de leurs dépressions que les autres patients pris en charge dans l'État de New York (34).

## LIMITES ET PERSPECTIVES

Ce travail de thèse portant sur la mise en place d'un enseignement d'interprofessionnalité à l'Université d'Angers présente néanmoins plusieurs limites.

Une première limite concerne l'évaluation des impacts de ce travail à moyen et long terme. Il a été difficile d'obtenir une évaluation objective de notre enseignement, étant donné qu'aucune échelle objective évaluant la communication n'est validée actuellement. L'une des échelles existantes, la Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration (JSAPNC) bénéficie d'une traduction en français validée par son concepteur (35). Elle n'a cependant pas encore été validée pour prédire des critères de jugements forts tels que l'amélioration du pronostic du patient (36).

Une autre échelle proposée est la Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS), mais elle ne peut être utilisée qu'en amont de l'enseignement (37). Enfin, l'Interprofessional Attitude Scale (IPAS), soulève un point important retrouvé également dans l'étude des autres échelles : le haut score obtenu y compris avant le passage d'un enseignement interprofessionnel, soit parce que les étudiants sont déjà formés à l'interprofessionnalité, soit parce qu'ils sont encouragés par la formulation des items à répondre positivement, ce qui ne permet pas d'évaluer efficacement les bénéfices d'un enseignement en comparant les résultats pré et post-tests (38).

Une autre limite de notre travail est l'absence de comparaison à un groupe contrôle ou à un groupe qui aurait bénéficié d'un enseignement différent. Dans une étude publiée en 2020, Visker et al. ont comparé deux groupes interprofessionnels d'étudiants en médecine et d'EIDE de 36 et 39 étudiants dans université américaine. Le groupe expérimental bénéficiait d'un module d'e-learning portant sur les rôles et les responsabilités de chacun, ainsi que sur la

communication interprofessionnelle, alors que le groupe contrôle ne suivait aucun enseignement préalable. Ensuite, les deux groupes participaient à un enseignement de simulation. L'objectif était de déterminer les effets de ces deux enseignements sur les comportements interprofessionnels des deux groupes, en se basant sur la JSAPNC. Dans le groupe expérimental, les auteurs ont constaté une augmentation significative du score à la JSAPNC après le module d'e-learning, non retrouvée après l'enseignement en simulation. Dans le groupe contrôle, une augmentation significative du score à la JSAPNC a pu être observé après l'enseignement de simulation (7).

Cependant, il nous a paru important de pouvoir proposer cet enseignement dès l'année 2023-2024 pour que la première promotion évaluée sur des ECOS nationaux puisse en bénéficier. Dans ce contexte et afin de ne pas créer de rupture d'égalité entre les étudiants, la mise en place d'un groupe contrôle ne nous a pas paru envisageable.

Différentes perspectives s'ouvrent néanmoins à la suite de la mise en place de cet enseignement d'interprofessionnalité à Angers. Premièrement, il pourrait être intéressant d'interroger à nouveau les apprenants sur leur capacité à communiquer avec les autres professionnels de santé à distance de l'enseignement interprofessionnel (après leur entrée dans l'internat par exemple). En l'absence de critères objectifs d'évaluation de la communication interprofessionnelle au sein d'un service, une étude de critères indirects pourrait être proposée, tels qu'une étude de la qualité de vie au travail par exemple.

De plus, cet enseignement pourrait également être proposé à d'autres professions de santé, en incluant par exemple des étudiants aides-soignants pour travailler sur la sécurité du patient (39) ou des étudiants en pharmacie pour améliorer le circuit du médicament (40),

comme dans l'expérience suédoise ayant inclus des étudiants en médecine, en sciences infirmières et en kinésithérapie qui prenaient en charge en autonomie supervisée trois à six patients en équipe (26).

## **CONCLUSION**

La communication interprofessionnelle est un des piliers majeurs du système de santé actuel. Elle bénéficie aux soignants, participant à leur bien-être au travail, au développement de leurs compétences et à la valorisation de leurs savoirs professionnels. Elle est également bénéfique pour les patients, ayant démontré ses effets positifs tout au long de la prise en charge du patient, du soin aigu à la maladie chronique en passant par l'annonce diagnostique.

Il apparaît essentiel de développer la communication interprofessionnelle afin qu'elle occupe une place plus importante au sein des études médicales et paramédicales. A l'aide de la simulation, l'enseignement que nous avons construit, rassemblant étudiants en médecine et EIDE, a permis de mettre ces futurs soignants en situation d'échange, de coopération et de partage de savoirs, avec pour objectifs communs la sécurité et le bien-être du patient pris en charge.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ*. 22 févr 1975;1(5955):447-51.
2. FRANCE. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE L'INNOVATION ET DE LA RECHERCHE. Arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine. *Journal Officiel* n°0301 du 28 décembre 2021. Texte n° 69.
3. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Réforme du 2ème cycle des études médicales - Vade-mecum pour les référents enseignants et étudiants. 2021.
4. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Ministère des Solidarités et de la Santé. L'universitarisation des formations en santé. 2018.
5. Faculté de Santé-Université Angers-Département en Sciences Infirmières-Instituts de Formation en Soins Infirmiers Angers, Cholet, Saumur, Faculté des Sciences et Techniques-Le Mans Université-Institut de Formation en Soins Infirmiers Le Mans. Former les professionnels de demain. Projet de formation 2022-2026.
6. Friman A, Wiegleb Edström D, Edelbring S. Attitudes and perceptions from nursing and medical students towards the other profession in relation to wound care. *J Interprof Care*. 3 sept 2017;31(5):620-7.
7. Visser JD, Welker K, Rhodes D, Forsyth E, Melvin P, Cox C. Effect of a rapid e-learning module and brief interprofessional simulation event on medical and nursing student collaborative attitudes and behaviors. *Int J Nurs Educ Scholarsh* [Internet]. 6 mai 2020 [cité 27 nov 2021];17(1). Disponible sur: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/ijnes-2019-0122/html>
8. Tankimovich M, Swails J, Hamburger M. Nurse Practitioner and Medical Students' Perceptions of Teamwork Before and After a Standardized Patient Pilot Simulation. *Nurs Educ Perspect*. mai 2020;41(3):171-3.
9. World Health Organization. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the team approach. 1988.
10. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva. 2010;
11. Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care*. janv 2009;23(1):41-51.
12. Antony Le Lan, [sous la dir. de] Renaut P. Ressenti de l'influence sur le vécu professionnel d'un enseignement interprofessionnel d'étudiants infirmiers et d'internes de médecine générale rennais basé sur la simulation en santé. 2016;52.
13. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences: la confrontation à l'impuissance et à la mort. :66.
14. Piot T. Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière: *Sci Léducation - Pour L'Ère Nouv*. 15 janv 2016;Vol. 48(4):103-23.
15. Leonard M. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 1 oct 2004;13(suppl\_1):i85-90.
16. Haute Autorité de Santé. Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017. 2017 p. 7.
17. Haute Autorité de Santé. Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. 2014 p. 51.
18. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care*. mai 2005;19(sup1):8-20.
19. Haggarty D, Dalcin D. Student-run clinics in Canada: an innovative method of delivering interprofessional education. *J Interprof Care*. nov 2014;28(6):570-2.
20. Gougeon L, Johnson J, Morse H. Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors' health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *J Interprofessional Educ Pract*. juin 2017;7:29-37.

21. Flores-Sandoval C, Sibbald S, Ryan BL, Orange JB. Interprofessional team-based geriatric education and training: A review of interventions in Canada. *Gerontol Geriatr Educ.* 3 avr 2021;42(2):178-95.
22. Sicotte C, D'Amour D, Moreault MP. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Soc Sci Med.* sept 2002;55(6):991-1003.
23. Schmidt J, Gambashidze N, Manser T, Güß T, Klatthaar M, Neugebauer F, et al. Does interprofessional team-training affect nurses' and physicians' perceptions of safety culture and communication practices? Results of a pre-post survey study. *BMC Health Serv Res.* déc 2021;21(1):341.
24. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives: *Rech Soins Infirm.* 1 juin 2014;N° 117(2):33-49.
25. Thompson S, Metcalfe K, Boncey K, Merriman C, Flynn LC, Alg GS, et al. Interprofessional education in geriatric medicine: towards best practice. A controlled before-after study of medical and nursing students. *BMJ Open.* janv 2020;10(1):e018041.
26. Levett-Jones T, Burdett T, Chow YL, Jönsson L, Lasater K, Mathews LR, et al. Case Studies of Interprofessional Education Initiatives From Five Countries. *J Nurs Scholarsh.* mai 2018;50(3):324-32.
27. Renaut P, Mancheron P, Le Duc V, Allory E, Tanguy G, Daucé L, et al. Une méthode au service de la collaboration interprofessionnelle en santé. *Soins Cadres.* nov 2014;23(92):S10-4.
28. Le Lan A, Allory E, Mancheron P, Boudet H, Banatre A, Renaut P. Influence ressentie d'un dispositif de formation interprofessionnelle par simulation pour des étudiants infirmiers et des internes de médecine générale. *Pédagogie Médicale.* 2019;20(1):3-11.
29. Piraux A, [sous la dir. de] Faure S. L'enseignement de la coopération interprofessionnelle en santé : évaluation de la mise en place d'un séminaire interprofessionnel en formation initiale à la Faculté de santé d'Angers. 2017.
30. Belaud V. [sous la dir. de] Lerolle N. Enseignement de la sémiologie clinique par les pairs : Rapport d'expérience sur la mise en place d'un nouvel enseignement de sémiologie clinique à la Faculté de Santé d'Angers en 2016 et 2018.
31. Gripay B, André T, De Laval M, Peneau B, Secourgeon A, Lerolle N, et al. Benefits of semiology taught using near-peer tutoring are sustainable. *BMC Med Educ.* déc 2022;22(1):26.
32. Schulenberg S, Oh KM, Goldberg DG, Kreps GL. Exploring communication apprehension in nursing and healthcare education: A scoping review. *Nurs Health Sci.* déc 2023;25(4):543-55.
33. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale.* mai 2015;16(2):105-17.
34. Liberman KM, Meah YS, Chow A, Tornheim J, Rolon O, Thomas DC. Quality of Mental Health Care at a Student-Run Clinic: Care for the Uninsured Exceeds that of Publicly and Privately Insured Populations. *J Community Health.* oct 2011;36(5):733-40.
35. Hadchouel Duvergé A, Sacré K. Perception de la collaboration médecin-infirmier : état des lieux dans deux hôpitaux parisiens et évaluation de l'intérêt d'un enseignement sur le sujet. 2013.
36. Wetzel A. Critical Synthesis Package: Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration. *MedEdPORTAL.* 2 déc 2013;9631.
37. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ.* févr 1999;33(2):95-100.
38. Norris J, Carpenter JG, Eaton J, Guo JW, Lassche M, Pett MA, et al. The Development and Validation of the Interprofessional Attitudes Scale: Assessing the Interprofessional Attitudes of Students in the Health Professions. *Acad Med.* oct 2015;90(10):1394-400.
39. Boloré S, Fassier T, Guirimand N. Effect of an interprofessional simulation program on patient safety competencies of healthcare professionals in Switzerland: a before and after study. *J Educ Eval Health Prof.* 28 août 2023;20:25.
40. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A cross-sectional survey examining the extent to which interprofessional education is used to teach nursing, pharmacy and medical students in Australian and New Zealand Universities. *J Interprof Care.* sept 2012;26(5):390-6.



# TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE .....	D
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
1. Réforme du 2 <sup>ème</sup> cycle et conséquences pratiques .....	1
2. Réforme de la licence Sciences infirmières .....	2
3. Enseignements interprofessionnels et de simulation à Angers .....	3
<b>BÉNÉFICES DE L'ENSEIGNEMENT INTERPROFESSIONNEL EN SANTÉ.....</b>	<b>5</b>
<b>EXPÉRIENCES EXISTANTES D'ENSEIGNEMENTS INTERPROFESSIONNELS EN SANTÉ8</b>	
1. L'exemple canadien .....	8
2. Les expériences européennes.....	10
3. Les expériences françaises .....	11
<b>DESCRIPTION DE L'EXPÉRIENCE.....</b>	<b>13</b>
1. Intégration à la semaine interprofessionnelle .....	14
2. Atelier « Compétences communicationnelles et pratiques collaboratives »	16
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>20</b>
1. Analyse des retours des étudiants.....	20
2. La vision des enseignants.....	22
3. Bénéfices pour les patients .....	24
<b>LIMITES ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>28</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
1. Extrait du Vade-mecum pour les référents enseignants et étudiants concernant la réforme du 2 <sup>ème</sup> cycle des études médicales, édité par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de l'Innovation et de la recherche en mars 2021 .....	I
2. Outil SAED.....	II
3. Situations de départ retenues parmi les 365 situations existantes.....	III
4. Programme de la journée d'enseignements théoriques de la semaine interprofessionnelle.....	V
5. Programme des ateliers pratiques de la semaine interprofessionnelle .....	VI
6. Scénarios .....	VII
6.1. Scénario Évaluation de la douleur et appel de nuit.....	VII
6.2. Scénario Erreur de prescription médicamenteuse .....	VIII
6.3. Scénario Préparation de la sortie du patient.....	XI
6.4. Scénario Contention et risque de fugue.....	XIV
6.5. Scénario Préparation du retour à domicile .....	XVI
6.6. Scénario Préparation à l'entrée en EHPAD .....	XVII

<b>7.</b>	<b>Grille d'évaluation standard pour un ECOS en situation de communication</b>	<b>XIX</b>
<b>8.</b>	<b>Questionnaires .....</b>	<b>XXIII</b>
8.1.	Questionnaire pré-enseignement .....	XXIII
8.2.	Questionnaire post-enseignement .....	XXV

## ANNEXES

### 1. Extrait du Vade-mecum pour les référents enseignants et étudiants concernant la réforme du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales, édité par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de l'Innovation et de la recherche en mars 2021

## Formation par simulation

### Objectifs

Utiliser la simulation pour former les étudiants

### Qu'attend-on des référents R2C ?

- Organiser des sessions de formation des enseignants à la simulation en mettant en place briefing, observation des étudiants, et debriefing
- Mettre à profit les 2 demi-journées hors-stage de DFASM 3 pour la réalisation de formations en simulation à partir des situations de départ non encore rencontrées par les étudiants au fil de leur parcours de stage

## Examens cliniques objectifs et structures (ECOS)

### Objectifs

Former enseignants et étudiants aux ECOS

Organiser les ECOS facultaires sur le plan logistique

### Qu'attend-on des référents R2C ?

- Avec le groupe de travail ECOS, établir un planning de travail pour l'écriture et l'évaluation de stations d'ECOS

**Avec les responsables administratifs :**

- Déterminer si les locaux de la faculté permettent d'organiser plusieurs circuits parallèles d'ECOS avec 5 stations d'ECOS par circuit
- Établir si les connexions WIFI de la faculté permettent une évaluation dématérialisée
- Évaluer les besoins en matériels informatiques et pédagogiques
- Maîtriser les outils informatiques d'obtention et de report des notes

**Avec la scolarité :**

- Établir le nombre d'enseignants devant être mobilisés pour évaluer une promotion d'étudiants
- Établir le personnel administratif devant être mobilisé pour évaluer une promotion d'étudiants

Déterminer s'il existe un pool de patients standardisés formés et fixer le nombre de patients standardisés nécessaire pour organiser des ECOS facultaires

## 2. Outil SAED

### Outil « Saed »

#### ► Pourquoi une fiche sur l'outil « Saed » dans un guide sur la simulation et la gestion des risques ?

#### « Saed » : un outil utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé

Le défaut de communication entre professionnels constitue une des principales causes racines des événements indésirables en milieu de soins. Les différences de personnalité, de culture, de comportement (facteurs humains), mais également les variations intermétiers ou interspécialités constituent des barrières à la communication entre les professionnels. Cette hétérogénéité dans la communication peut amener, dans certaines situations, à une incompréhension ou une insatisfaction des interlocuteurs. La tension qui en résulte lors de la communication peut alors altérer la qualité de l'échange d'information et impacter la qualité de vie au travail. Les difficultés de communication peuvent aussi être majorées lorsque la communication a lieu entre un professionnel débutant et un professionnel senior. L'outil de communication « situation antécédents évaluation demande » (Saed) est l'adaptation française de l'outil anglo-saxon « *Situation Background Assessment Recommendation* » (SBAR). C'est un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel. L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis.

Cet outil peut être implémenté avec profit dans un programme de simulation ciblé sur la gestion des risques<sup>1</sup>.

<b>S</b>	<p>Je décris la <b>Situation</b> actuelle concernant le patient :</p> <p>Je suis : <i>prénom, nom, fonction, service/unité</i></p> <p>Je vous appelle au sujet de : <i>M/Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité</i></p> <p>Car actuellement il présente : <i>motif de l'appel</i></p> <p>Ses constantes vitales/signes cliniques sont : <i>fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.</i></p>
<b>A</b>	<p>J'indique les <b>antécédents</b> utiles, liés au contexte actuel :</p> <p>Le patient a été admis : <i>date et motif de l'admission</i></p> <p>Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...</p> <p>Il a eu pendant le séjour : <i>opérations, investigations, etc.</i></p> <p>Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'examens sont : <i>labo, radio, etc.</i></p> <p>La situation habituelle du patient est : <i>confus, douloureux, etc.</i></p> <p>La situation actuelle a évolué depuis : <i>minutes, heures, jours</i></p>
<b>E</b>	<p>Je donne mon <b>évaluation</b> de l'état actuel du patient :</p> <p>Je pense que le problème est : ...</p> <p>J'ai fait : <i>donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.</i></p> <p>Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave</p> <p>Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet</p>
<b>D</b>	<p>Je formule ma demande (d'avis, de décision, etc.) :</p> <p>Je souhaiterais que : ...</p> <p><i>par exemple :</i></p> <p>Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : <i>quand ?</i></p> <p>ET</p> <p>Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : <i>quoi et quand ?</i></p>
<p><b>RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR : il doit reformuler brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis conclure par sa prise de décision.</b></p>	

1. Pour plus d'information et télécharger le guide d'utilisation et des supports pédagogiques, on se reportera au site web de la HAS : Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé.  
[www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)

## 3. Situations de départ retenues parmi les 365 situations existantes

### 1. Chute de la personne âgée

- Échanger avec les différents intervenants (soignants - médecins) pour la réalisation des explorations diagnostiques et thérapeutiques - familles

### 2. Consultation de suivi gériatrique

- Transmettre les informations pertinentes aux différents acteurs de santé - familles

### 3. Consultation de suivi en cancérologie

- Transmettre les informations pertinentes aux différents acteurs de santé - familles
- Solliciter le médecin traitant pour une participation active au suivi et les autres professionnels de santé pour l'accès aux soins de support (réseau de soin)

### 4. Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique

- Expliquer au patient et aux soignants les différentes étapes de l'examen complémentaire et son délai de réalisation
- Analyser de façon critique les demandes d'examens complémentaires reçues
- Échanger avec les différents intervenants (soignants - médecins) pour la réalisation des explorations diagnostiques et thérapeutiques - familles

### 5. Découverte d'un aléa thérapeutique ou d'une erreur médicale

- Identifier l'aléa thérapeutique, l'erreur médicale et les situations nécessitant une déclaration de pharmaco/matériovigilance

### 6. Détresse respiratoire aiguë

- Hiérarchiser les hypothèses étiologiques sur la base des résultats de l'imagerie thoracique, de l'ECG et des gaz du sang

### 7. Évaluation de l'observance thérapeutique

- Recourir aux différents acteurs de santé (notamment aux pharmaciens) et aux aidants pour évaluer l'observance. Identification, prise en soin et suivi d'un patient en situation palliative
- Collaborer avec les différents acteurs de santé - familles
- Apprécier les avantages et les limites d'une réunion pluridisciplinaire

### 8. Ivresse aiguë

- Mettre le patient en position latérale de sécurité
- Chercher les lésions traumatiques, une complication médicale, réaliser un ECG
- Préciser les modalités de surveillance

### 9. Malaise/Perte de connaissance

- Caractériser un malaise ou une perte de connaissance à partir de l'interrogatoire, de l'examen clinique du patient et des données des témoins

### 10. Plaie

- Prescription d'un soin ambulatoire

- Transmettre les informations pertinentes aux différents acteurs de santé - familles
- Coordonner la réalisation du soin en ambulatoire et les différents intervenants
- Rédiger une prescription de soins infirmiers

#### **11.Prescription et suivi d'un traitement anticoagulant/anti-agrégant plaquettaire**

- Transmettre les informations pertinentes aux différents acteurs de santé - familles

#### **12.Prescription et surveillance d'une voie d'abord vasculaire**

- Poser l'indication d'une voie d'abord vasculaire et réévaluer la pertinence de son maintien
- Prescrire et/ou réaliser la surveillance d'une voie d'abord veineuse

#### **13.Prescrire et réaliser une transfusion sanguine**

#### **14.Prise en charge d'un patient en décubitus prolongé**

#### **15.Prévention de la douleur liée aux soins**

#### **16.RAU**

- Échanger avec les différents intervenants (soignants - médecins) pour la réalisation des explorations diagnostiques et thérapeutiques - familles

#### **17.Suspicion d'un effet indésirable des médicaments ou d'un soin**

- Collaborer avec les différents acteurs de santé - familles
- Participer à une réunion de morbi-mortalité ou une réunion de retour d'expérience

## 4. Programme de la journée d'enseignements théoriques de la semaine interprofessionnelle

	<b>Groupe 1</b>	<b>Groupe 2</b>
	<b>Amphithéâtre LARREY - CHU</b>	<b>Amphithéâtre Chevreul – site Daviers</b> (visio avec IFSI Cholet)
<b>8h30/9h30</b>	<i>Sondage vésical (chez l'homme et chez la femme)</i> Souhil LEBDAI, Estelle MARTEAU	<i>Prélèvements, Injections, Perfusions, Sécurité transfusionnelle, Compression thoracique</i> Emmanuel Rineau, Karine Geslin, Anne-Claire Houben
<b>9h35/10h35</b>	<i>Prélèvements, Injections, Perfusions, Sécurité transfusionnelle, Compression thoracique</i> Emmanuel Rineau, Karine Geslin, Anne-Claire Houben	<i>Sondage vésical (chez l'homme et chez la femme)</i> Souhil LEBDAI, Estelle MARTEAU
<b>10h35/11h35</b>	<i>Chirurgie : Pansements, Suture, Anesthésie locale, Habillage stérile</i> Françoise Schmitt, Didier Bonjean	<i>Digestif : Pose de sonde nasogastrique et Ponction d'ascite</i> Clémence Canivet, Frédérique Bouron-Legend, Céline Pasquiou
<b>11h40/12h40</b>	<i>Digestif : Pose de sonde nasogastrique et Ponction d'ascite</i> Clémence Canivet, Frédérique Bouron-Legend, Céline Pasquiou	<i>Chirurgie : Pansements, Suture, Anesthésie locale, Habillage stérile</i> Françoise Schmitt, Didier Bonjean
<b>12h40/14h00</b>	<i>Pause déjeuner</i>	
	<b>Amphithéâtre VEIL – Site Amsler</b> (visio avec IFSI Cholet)	
<b>14h00/15h00 (groupes 1 et 2)</b>	<i>Compétences communicationnelles-Pratiques collaboratives</i> D Douillet, AS Garnier, Titouan Le Rhun, Damien Duval, Nathalie CINTRAT, Annette LARODE, Céline BONNIN, Marie TRICOT, Florian GAQUERE, Laure Petibon et Véronique André-Desard	
	<b>Amphithéâtre VEIL – Site Amsler</b> (visio avec IFSI Cholet)	<b>Amphithéâtre Chevreul – site Daviers</b>
<b>15h15/16h15</b>	<i>ORL : Méchage/Tamponnement nasal</i> Sophie Boucher, Nathalie Larue	<i>Neurologie : Ponction lombaire</i> Philippe Codron, Kevin Durand, Géraldine Michinot
<b>16h25/17h25</b>	<i>Neurologie : Ponction lombaire</i> Philippe Codron, Kevin Durand, Géraldine Michinot	<i>ORL : Méchage/Tamponnement nasal</i> Sophie Boucher, Nathalie Larue

## 5. Programme des ateliers pratiques de la semaine interprofessionnelle

SEMAINE INTERPROFESSIONNELLE – ETUDIANTS MEDECINE 6EME ANNEE ET ETUDIANTS IFSI

DU 9 AU 12 JANVIER 2024

Atelier	Intitulé	Horaires	Nombre de places proposées	Nbr étudiants/gr
Urologie	Sondage vésical (chez l'homme et chez la femme)	Matin	96	48 Médecine + 48 IFSI
Anesthésie-Réa + sécurité transfusionnelle	Pose de perfusion et sécurité transfusionnelle	Après-midi	60	33 Médecine + 27 IFSI
Digestif	Pose de SNG	1h en TP : 30 Minutes en TP de pose de SNG et 30 minutes en TP de ponction d'ascite	80 étudiants	40 Médecine et 40 IFSI
	Ponction d'ascite	TP de 30 minutes avec 10 étudiants		
ORL	Méchage nasal (en 2 temps : prise en charge ide, qui appel l'étudiant médecin, qui arrive et procède au méchage en collaboration avec ide)	Après-midi	64 Etudiants	32 Médecine et 32 IFSI
	Prélèvement nasopharyngé (plutôt par ide avec accompagnement du patient dément opposant par le médecin)			
	Prélèvement oropharyngé (streptotest)			
Compétences communicationnelles	Théâtre forum et simulation haute fidélité	Matin	96	48 Médecine et 48 IFSI
		Après-midi		
Chirurgie	<u>Atelier 1 :</u> Désinfection des mains et habillage chirurgical	54 Médecine + 54 IFSI		
	<u>Atelier 2 :</u> Désinfection de plaie opératoire et anesthésie locale			
	<u>Atelier 3 :</u> Suture cutanée et retrait de points de suture/agrafes			
Neurologie	Ponction lombaire	60 IFSI + 60 Médecine		

## 6. Scénarios

### 6.1. Scénario Évaluation de la douleur et appel de nuit

#### **1/ Vignette destinée à l'EIDE**

Patient :

Mr P. 42 ans

Insuffisance rénale sur Néphropathie IgA, hémodialysé pendant 2 ans

Transplantation rénale il y a 15 jours sans complication post opératoire.

Sortie à 10 jours de la chirurgie avec une créatininémie 90 µmol/l le jour de sa sortie.

Le patient a consulté aux urgences pour fièvre et est hospitalisé dans le service de Néphrologie.

Vous êtes l'infirmière du service de néphrologie, référente du patient pour la nuit.

Votre collègue de l'après-midi vous a fait les transmissions suivantes :

Le patient est arrivé dans le service dans la soirée, il a reçu son traitement, une antibiothérapie par Ceftriaxone (ROCEPHINE®) (patient allergique à L'Augmentin) par voie intraveineuse,

Il a une perfusion de NaCl 0.9% 1 litre sur 24 heures et 1r PARACETAMOL per os à 19h30

La dernière prise des paramètres vitaux est : Pression artérielle 130/80 mmHg, Pouls 87 / min, Température 38°C, pas de douleur

Vers 2 heures du matin, le patient sonne car il présente une violente douleur abdominale, pelvienne. Les constantes sont les suivantes : EVA 10/10, Pression artérielle à 110/70 mmHg, Pouls 140/min, FR 25/min, Sat 98 %, Temp 38,5 C

**Il n'a pas uriné depuis son arrivée.**

**Vous devez appeler le médecin de garde pour lui transmettre les éléments et discuter la suite de la prise en charge.**

#### **2/ Vignette destinée à l'étudiant en médecine**

Vous êtes à votre domicile, à 10 minutes à pied du CHU. Il est 2h30 de matin et recevez un appel de l'infirmière du service.

#### **3/ Consignes aux examinateurs**

Disposition de la station :

1 bureau simulant une salle de soins avec un téléphone

1 chambre hospitalisation où se trouve le patient acteur

1 pièce pour simuler le domicile de l'interne avec téléphone (NB peut aussi avoir son propre téléphone, l'IDE l'appelant avec les numéros d'urgence notés sur le tableau dans la salle de soin)

Déroulement :

Présentation du scénario au patient

Présentation du scénario à IDE dans la salle de soin, lui signale la sonnette dans la chambre d'hospitalisation ou elle doit se rendre

L'interne est à son domicile

Matériel nécessaire :

Acteur : homme ou femme

1 bureau simulant une salle de soins, 1 téléphone, dossier médical du patient

1 chambre hospitalisation

Pièce= domicile de l'interne

**4/Consignes au patient standardisé**

Vous êtes installé dans la chambre d'hospitalisation, allongé sur votre lit.

Vous êtes arrivé des urgences en fin d'après-midi, ou vous avez été pris en charge par le médecin du service.

Dans la nuit, vous présentez une violente douleur abdominale, intense, qui vous contraint à être plié en 2 dans votre lit. Vous gémissiez.

La douleur est intense, avec une EVA à 10/10.

Laisser le temps à l'infirmière de prendre les paramètres vitaux qu'elle devra transmettre au médecin

Si l'infirmière veut vous examiner, vous refusez :

« Non, non, j'ai trop mal, appelez le médecin, je vais vraiment mal »

**6.2. Scénario Erreur de prescription médicamenteuse**

**1/ Vignette destinée à l'EIDE**

L'aide-soignante a accueilli et installé le patient dans sa chambre, il est 19heures ; transféré des urgences. L'aide-soignante a pris les paramètres vitaux qui sont normaux en dehors d'une température à 38,5°C.

Vous êtes l'infirmière du service.

Vous disposez du Compte rendu des Urgences, transmissions infirmières et prescriptions réalisées par le néphrologue de garde.

Compte rendu des urgences : cf observation médicales

Transmissions infirmières :

Patient transplanté rénal, hospitalisation pour fièvre

Suspicion infection pulmonaire

Perfusion sérum phy posée

Traitement per os cf prescription, traitement habituel du patient

Antibiothérapie non réalisée

Vous allez mettre en œuvre le traitement prescrit et la perfusion d'Augmentin.

**2/ Vignette destinée à l'étudiant en médecine :**

Vous êtes interne de néphrologie et voyez Mr Petit aux Urgences avec le néphrologue de garde.

Mr Petit 42 ans, marié, 2 enfants, artisan

Antécédents :

- Insuffisance rénale sur Néphropathie IgA, hémodialysé pendant 2 ans

- Hypertension artérielle

Traitements :

- Immunosuppresseur :

Tacrolimus (PROGRAF®) 3mg matin et soir,

Mycophénolate mofétil (CELLCEPT®) 500mg matin et soir, Cortancyl 25mg/jour,

- Prophylaxie : Bactrim forte 1cp x3/semaine

- Antihypertenseur : Amlodipine 5mg/ jour

- Oméprazole : 20 mg / jour

Histoire de la maladie :

Transplantation rénale il y a 15 jours sans complication post opératoire.

Sortie à 10 jours de la chirurgie avec une créatininémie 90 µmol/L le jour de sa sortie.

Le patient est suivi 2 fois par semaine en consultation de néphrologie.

Il consulte ce jour aux urgences dans la matinée pour fièvre à 38,5°C apparue en fin de nuit.

Signale une toux depuis 24h, pas d'autre point appel infectieux.

Saturation 98 % en air ambiant, pression artérielle 140/70 mmHg, Pouls 110/min, Température 38,5°C

Le bilan biologique retrouve :

Créatininémie : 120 µmol/l, CRP 89 µmol/l, Leucocytes 15 G/L, PCR COVID négative.

Prélèvements bactériologiques en cours

Radiographie pulmonaire : doute sur foyer pulmonaire droit

Échographie : hypotonie des cavités pyélocalicielles

Le médecin réalise les prescriptions aux urgences : poursuite du traitement habituel et Augmentin par voie intraveineuse

De retour des Urgences, vous êtes installé à votre bureau et recevez un coup de téléphone de l'infirmière. Il est 20h. Votre bureau est proche de la salle de soins.

### **3/ Disposition de la station**

1 bureau simulant une salle de soins

1 autre bureau où l'interne travaille et consulte les dossiers

1 chambre hospitalisation

### **4/ Déroulement :**

Briefing pour l'ensemble des étudiants, internes et IDE

Présentation du scénario à l'acteur installé dans la chambre hospitalisation

Présentation du scénario dans l'amphi à l'interne et à l'ensemble des étudiants (IDE et Internes). L'interne revenu des Urgences, reste installé à son bureau

Dans une autre salle, présentation du scénario à l'infirmière qui devra s'occuper du patient

### **5/ Matériel nécessaire :**

Acteur : Homme ou Femme

Matériel spécifique :

1 bureau simulant une salle de soins avec téléphone, avec dossier médical avec les prescriptions médicales / compte rendu des urgences

1 chambre hospitalisation ou est installé le patient acteur

1 dossier médical avec les prescriptions médicales / compte rendu des urgences

1 bureau où l'interne travaille et consulte les dossiers

Pilulier avec médicaments déjà préparés, perfusion Augmentin

## **6/ Consignes au patient standardisé**

Vous êtes installé dans la chambre d'hospitalisation, allongé sur votre lit

Vous êtes arrivé des urgences ou vous avez été pris en charge par le médecin du service

### **1<sup>ère</sup> situation :**

L'infirmière arrive dans votre chambre et vous donne le traitement prescrit

Elle doit vérifier avec le patient le traitement habituel, et vous expliquer la pose de l'antibiothérapie par Augmentin

### **2<sup>ème</sup> situation, l'infirmière donne le traitement sans explication :**

Le patient demande à l'infirmière des informations sur les médicaments qui lui sont donnés

#### **Quelle que soit la situation :**

**Le patient signale qu'il est allergique à Augmentin et que le dosage de l'immunosuppresseur a été modifié lors de la dernière consultation après appel téléphonique du médecin, passage du Prograf à 3,5 mg matin et soir**

**Vous êtes inquiet face à ces erreurs de prescription « qu'est-ce que c'est ce service », « comment avoir confiance, tout est faux »**

## **6.3. Scénario Préparation de la sortie du patient**

### **1/ Vignette destinée à l'étudiant en médecine :**

Patient :

Mr Petit 42 ans / Marié / 2 enfants 8 ans et 3 ans / Artisan

ATCD :

Insuffisance rénale sur Néphropathie IgA, hémodialysé pendant 2 ans

Transplantation rénale il y a 15 jours sans complication

Sortie j10 post greffe avec créatinémie de 90 µmol/l

Le patient a consulté aux urgences pour fièvre et a été hospitalisé dans le service de Néphrologie

Il a présenté une violente douleur abdominale sur urinome nécessitant une reprise chirurgicale, et un tableau septique à point de départ urinaire traitée par Rocéphine IV (reste 5 jours de traitement)

Contexte :

Antibiothérapie à poursuivre au domicile pendant 5 jours (à partir de demain)

Pose de sonde vésicale, ablation prévue après consultation avec les urologues et nouveau scanner

Ce jour, J 10, le patient est sortant au domicile

Vous êtes l'interne du service (votre collègue prenant habituellement en charge le patient est en repos de garde)

Il est 11h00 et vous devez organiser la sortie de M. Petit pour cet après-midi à 14h00. Vous ne pourrez pas être présent.

Vous transmettez les informations et documents à l'infirmière qui devra expliquer les consignes de sortie au patient. Vous disposez de :

- 1 ordonnance du traitement per os
- 1 ordonnance du traitement ATB IV pendant 5 jours (à partir de demain)
- RV Scanner demandé, date en attente
- RV de Consultation Urologie dans 1 mois : mercredi 13 février 2024 à 14h00
- RV Suivi en consultation médicale de néphrologie 2 fois / semaine (mardis et vendredis 9h00)
- Bon de transport

## **2/ Vignette destinée à l'EIDE**

Il est 11h00, l'interne coordonne avec vous la sortie de M. PETIT qui se fera cet après-midi à partir de 14 H00. Le patient vous a dit que son épouse viendra le chercher.

Vous savez qu'il a déjà eu recours à une IDE libérale qui habite à côté de chez lui.

Vous précisez au médecin que M et Mme PETIT avaient annoncé la reprise du travail de Mme PETIT et qu'elle ne sera plus aussi disponible pour véhiculer son mari à l'hôpital. Ils avaient également précisé leur problème de garde pour le petit garçon de 3 ans tous les mardis. Donc ne pas prévoir de rendez-vous les mardis.

Vous vérifiez la conformité des ordonnances pour l'organisation des soins à domicile, avant d'aller voir le patient pour lui expliquer les consignes de sortie.

Pour la sortie, l'IDE doit vérifier :

Ordonnance traitement per os et IV (médicaments en pharmacie de ville ?)

La disponibilité de l'IDE libérale (le patient doit l'appeler pour demain)

Ordonnance pour l'IDE libérale (traitement IV ATB pendant 5 jours à domicile + Matériel pour la perfusion flacons, tubulures)

Ordonnance pour IDE libérale : Surveillance / éducation pour soins quotidiens de sonde urinaire (surveillance signes infectieux, urines aspect, quantité, ...)

Ordonnance pour location pied à perfusion pendant 5 jours

Convocation pour consultation urologue dans 1 mois (lieu, médecin, date (pas mardi) heure)

Convocation pour consultations méd. Néphrologique 2 fois par semaine (pas mardis)

Prévoir bons de transport pour les prochaines consultations et scanner (pas mardi)

Questions à poser au médecin :

Date de convocation de scanner (abdominal, pelvien ?) sera envoyé par la poste ?

Le scanner doit être fait avant la consultation d'urologie dans 1 mois ?

Ordonnance pour achat produits de contraste pour scanner ?

Ordonnance pour bilan sanguin ?

### **3/ Consignes aux examinateurs**

Disposition de la station :

1 bureau simulant une salle de soins

2 chaises

Déroulement :

L'interne du service doit organiser le projet de sortie de M. PETIT pour cet après-midi à 14h30. Il ne pourra être présent, il demande à l'IDE d'expliquer au patient les consignes de sortie et de lui remettre les ordonnances.

Matériel nécessaire :

Bureau + 2 chaises, papiers et stylos, ordonnances

Dossier patient M. PETIT

## 6.4. Scénario Contention et risque de fugue

### 1/ Vignette destinée à l'étudiant en médecine

Vous êtes interne dans le service de gériatrie d'un centre hospitalier. Vous avez fait l'entrée au sein du service de gériatrie de M. M, qui vient pour déshydratation dans le contexte de canicule. Il vous a paru au moment de l'examen clinique souriant et calme. C'est maintenant l'heure de la contre-visite avant de pouvoir quitter le service et l'IDE va vous demander la prescription d'une contention pelvienne car le patient l'a beaucoup sollicité depuis que vous êtes retourné dans votre bureau. Vous disposez pour vous aider de plusieurs arguments pour ne pas prescrire la contention (liste non exhaustive, vous êtes libre d'en ajouter selon votre expérience en stage) :

L'HAS vous rappelle que le risque de chute est augmenté chez les personnes contenues, avec des chutes plus graves, qu'elle peut aggraver une agitation ou une confusion, et qu'elle entraîne des complications de l'immobilisation avec une augmentation de la durée de l'hospitalisation qui vous empêcheront peut-être de faire retourner ce patient au domicile par la suite

En lien avec le risque infectieux si le patient rentre dans le bureau de soins ou dans la pharmacie : possibilité de rappeler aux IDE de demander au patient de se laver les mains ou l'aider à le faire

La réhydratation va régler le problème de confusion : il faut donc mettre l'accent dessus, c'est-à-dire le faire boire au maximum plutôt que de le sédaté et renforcer son incapacité à s'hydrater seul

**L'objectif est d'arriver à une décision consensuelle avec l'IDE du service quant à la sécurité du patient, avec une conduite à tenir pour la nuit.**

### 2/ Vignette destinée à l'EIDE

Vous êtes IDE dans le service de gériatrie d'un centre hospitalier. Vous êtes confronté depuis l'arrivée de M. M a un patient qui :

Déambule continuellement

Entre dans les chambres des autres patients

Vous demande systématiquement où il est

Veut vous tenir la main

Rentre dans la pharmacie du service et touche aux piluliers des autres patients

A essayé d'ouvrir la porte du service à plusieurs reprises

A arraché sa perfusion qui servait à le réhydrater

C'est la fin de la journée, vous savez que la soirée s'annonce difficile avec ce patient qui risque de vous demander beaucoup de présence...

Vous souhaiteriez que le médecin prescrive un traitement médicamenteux pour apaiser M. M ainsi qu'une prescription anticipée d'une contention pelvienne en vue de la nuit.

Vous disposez de plusieurs arguments (liste non exhaustive, vous êtes libre d'en ajouter selon votre expérience en stage) :

Effectif réduit la nuit (1 IDE + 1 AS)

Charge en soins du service (illustrer d'exemples à inventer par l'ESI)

Risque de troubles de sommeil des autres patients

Risque de chute en lien avec la fatigue de M. M le lendemain

La contention mécanique ne peut être posée lorsqu'un patient est agité (risque de chute, de se blesser et de renforcer l'agitation)

Une prescription anticipée ne signifie pas mise en œuvre systématique, d'autant plus que vos compétences au sein du service vous permettent, la plupart du temps, d'apaiser les patients sans avoir à recourir à la contention

Rupture d'asepsie quand il touche à tout

Risque d'erreur lors d'interruptions de tâches

S'il reste alité, cela permettrait de poser une hydratation sous cutanée

**L'objectif est d'arriver à une décision consensuelle avec l'interne du service quant à la sécurité du patient, avec une conduite à tenir pour la nuit.**

### **3/ Consignes aux examinateurs**

Disposition de la station :

Contre-visite, PC infirmier, le patient est arrivé dans le service via les urgences il y a quelques heures.

Déroulement :

Échange entre l'interne et l'IDE au sujet de la nécessité de la prescription d'une contention pour un patient venant d'arriver dans le service.

La simulation est interrompue lorsque les étudiants sont parvenus à un consensus qui répond à l'objectif de sécurité du patient, quel qu'il soit.

Matériel nécessaire : 0

## 6.5. Scénario Préparation du retour à domicile

### **1/ Vignette destinée à l'étudiant en médecine**

Vous êtes interne dans le service de gériatrie d'un centre hospitalier. Vous avez organisé la sortie de M. M pour cet après-midi. Votre évaluation gériatrique globale est terminée, vous avez notamment retrouvé une hypotension orthostatique corrigée avec les bas de contention veineuse. Vous avez mis en place des aides en coordination avec la famille du patient que vous avez rencontrée en entretien, notamment le passage d'une IDE tous les jours au domicile et vous avez prescrit de la kinésithérapie.

Le bilan ergothérapeutique réalisé dans le service est rassurant quant à l'autonomie du patient dans les actes de la vie quotidienne et donc dans sa capacité à rentrer chez lui. Vous prévoyez de le revoir en consultation post-hospitalisation dans 1 mois. Vous avez également rappelé le médecin traitant du patient qui prévoit lui aussi une consultation rapide.

Ce matin, cliniquement, le patient n'avait pas de problème particulier, vous l'avez même vu déambuler dans sa chambre. L'une de ses filles (Mme B) n'habitant pas dans la région est confiante en vue du retour. L'autre fille (Mme A), qui vient régulièrement, émet des réserves.

Il y a quelques minutes, vous recevez l'appel du secrétariat qui vous informe de la nécessité urgente d'admettre à la demande de son médecin traitant un patient sur la chambre de M. M. Il s'agit de M. T, qui a été retrouvé en train de prendre un rond-point en sens inverse dans le bourg de son village et qui depuis quelques semaines déjà se met en danger lui-même et met en danger ses voisins. Malgré toutes les modifications thérapeutiques que vous avez préconisées au médecin traitant, l'hospitalisation en urgence au sein de votre service s'impose.

**Votre objectif dans cette situation est d'arriver à une décision consensuelle visant à la sécurité du patient.**

### **2/ Vignette destinée à l'EIDE**

Vous êtes IDE dans le service de gériatrie d'un centre hospitalier. M M a 2 filles : l'une de ses filles (Mme B) n'habite pas dans la région et l'autre fille (Mme A) habite le même village. Elle vient régulièrement lui rendre visite à l'hôpital et lorsqu'il est chez lui pour l'aider pour son linge, ses repas et son ménage.

Vous venez d'avoir au téléphone Mme A, la fille de M. M pour lui annoncer la sortie de son papa. Elle a programmé un WE avec son mari et vous demande, de façon assez agressive, s'il est possible de repousser la sortie. En effet, elle est à bout, elle s'occupe de son papa depuis longtemps et n'a pas pris de vacances avec son mari depuis 2 ans. De plus, elle ne pense pas qu'il puisse sortir et menace même de porter plainte en cas d'accident au domicile s'il devait sortir. En effet, elle vient habituellement tous les jours mais ne pourra pas le faire à sa sortie. Elle vous apprend qu'ils ont rencontré le médecin cette semaine et qu'il n'a jamais été dit que son papa devrait rentrer dès le vendredi. Elle ajoute que le médecin ne le connaît pas autant que l'équipe et que « ce n'est pas en passant 10 minutes par jour dans la chambre qu'il peut se rendre compte de la situation. ».

Le patient vous fait également part de son inquiétude, il manque réellement de confiance et ne se sent pas prêt à rentrer. Il vous confie se sentir bien et sécurisé dans le service. Lorsque vous l'avez accompagné aux toilettes tout à l'heure,

vous avez vu un léger déséquilibre qui vous fait évoquer un risque de chute à la maison. Vous devez tenter d'exposer vos arguments au médecin afin de le convaincre qu'il est plus sûr de garder le patient encore quelques jours en surveillance.

Vos arguments sont les suivants :

- L'hypotension orthostatique a été corrigée par la contention veineuse, néanmoins, qui posera les bas et les enlèvera au domicile ? Vous ne retrouvez pas d'éléments sur le dossier.
- Vous savez que le médecin a rencontré les deux filles et M M en début de semaine, mais n'avez pas eu de transmissions à ce sujet.
- Vous reliez l'agressivité de la fille au fait qu'elle soit inquiète.
- Vous et l'équipe aide-soignante vous questionnez sur l'urgence à faire une sortie aujourd'hui.
- A l'instant, votre collègue IDE vous fait part d'un nouvel appel qu'elle vient de recevoir : Mme A a de nouveau fait pression auprès d'elle usant de propos très culpabilisants et menaçants : « ce sera de votre faute s'il tombe », mon père ne veut pas sortir », « vous ne pouvez pas comprendre, pour une fois que je pouvais partir en week-end avec mon mari, ça fait tellement longtemps ! »

**Votre objectif dans cette situation est d'arriver à une décision consensuelle visant à la sécurité du patient.**

### **3/ Consignes aux examinateurs**

Disposition de la station : PC infirmier

Déroulement :

Un interne et un IDE doivent préparer le retour à domicile d'un patient.

La simulation s'arrête lorsqu'un consensus ayant pour objectif principal la sécurité du patient est trouvé.

Matériel nécessaire : 0

## **6.6. Scénario Préparation à l'entrée en EHPAD**

### **1/ Vignette destinée à l'étudiant en médecine**

Vous êtes interne dans le service de gériatrie d'un centre hospitalier. Le patient a été réadmis dans votre service pour un AVC au domicile, il présente une hémiplégie gauche et sa récupération est limitée, après environ 2 semaines d'hospitalisation. Vous avez reçu un appel de l'ADMR qui s'occupait de lui auparavant qui refuse de le reprendre avec son autonomie actuelle. Dans le service, le patient mobilise 2 soignants pour sa toilette et il ne se déplace plus qu'en fauteuil roulant.

Le maintien à domicile vous paraît compromis. A vous d'en expliquer les raisons, en repartant du diagnostic actuel, des démarches sociales effectuées (notamment expliquer les inscriptions en EHPAD), de l'autonomie actuelle du patient et en évoquant ses capacités de récupération tout en orientant la famille vers une entrée de M. M en maison de retraite.

## **2/ Vignette destinée à l'EIDE**

Vous êtes IDE dans le service de gériatrie d'un centre hospitalier. Le patient a été réadmis dans votre service pour un AVC au domicile, il présente une hémiparésie gauche et sa récupération est limitée, après environ 2 semaines d'hospitalisation. Vous avez reçu un appel de l'ADMR qui s'occupait de lui auparavant qui refuse de le reprendre avec son autonomie actuelle. Dans le service, le patient mobilise 2 soignants pour sa toilette et il ne se déplace plus qu'en fauteuil roulant.

Le maintien à domicile vous paraît compromis. A vous d'en expliquer les raisons, en repartant du diagnostic actuel, des démarches sociales effectuées (notamment expliquer les inscriptions en EHPAD), de l'autonomie actuelle du patient et en évoquant ses capacités de récupération tout en orientant la famille vers une entrée de M. M en maison de retraite.

## **3/ Consignes aux examinateurs**

Disposition de la station : Bureau de consultation, table + 3 chaises

Déroulement :

Un interne et un IDE discutent avec la fille/le fils d'un patient du maintien à domicile de son père.

## **6/ Consignes au patient standardisé**

Rappel du scénario :

Vous êtes la fille/le fils d'un patient hospitalisé à la suite d'un AVC, le médecin et l'une des infirmières du service de gériatrie a sollicité un rendez-vous avec vous pour faire le point sur la situation de votre père. Ils évoqueront avec vous une entrée en EHPAD, à laquelle vous êtes fermement opposé/e.

État d'esprit/comportement :

Initialement cordial, puis plus virulent à l'évocation de l'entrée en EHPAD.

Si l'un des deux étudiants en face de vous monopolise la parole, interpellez l'autre en lui demandant son avis ou en le prenant de votre côté.

Vous cherchez à confronter les deux soignants.

Arguments à votre disposition :

- Non-respect du projet de vie de votre père qui risque de se « laisser mourir » en EHPAD
- Vous vous sentez capable de gérer le retour à domicile moyennant une augmentation des aides
- Votre père a toujours dit qu'il souhaitait finir sa vie à la maison.
- L'accident a été causé par le médecin qui a validé une sortie contre l'avis du reste de l'équipe, alors que vous aviez prévenu que cela se passerait mal
- Votre « petite retraite » ne permettra pas de financer l'EHPAD de votre père

## 7. Grille d'évaluation standard pour un ECOS en situation de communication

APTITUDE À ...		Performance Insuffisante : 0 point	Performance limite : 0.25 point	Performance satisfaisante : 0.50 point	Performance très satisfaisante : 0.75 point	Performance remarquable : 1 point
1	<b>APTITUDE À ÉCOUTER</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Interrompt le patient /pair de façon inappropriée. Ignore les réponses du patient/collègue	<b>Performance limite :</b> Se montre impatient	<b>Performance satisfaisante :</b> Est attentif aux réponses du patient/pair	<b>Performance très satisfaisante :</b> Adopte la technique de reformulation si l'information est imprécise ou éloignée des objectifs.	<b>Performance remarquable :</b> Porte une attention soutenue aux réponses du patient/pair et à ses préoccupations .
2	<b>APTITUDE À QUESTIONNER</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Pose des questions fermées ou tendancieuses Utilise le jargon médical	<b>Performance limite :</b> Pose des questions qui s'éloignent des objectifs. Utilise quelques fois un jargon médical sans explication	<b>Performance satisfaisante :</b> Utilise de différents types de questions couvrant les éléments essentiels. Utilise quelques fois un jargon médical mais toujours avec explications	<b>Performance très satisfaisante :</b> Pose des questions précises couvrant la plupart des éléments avec quelques omissions mineures. Utilise le langage approprié	<b>Performance remarquable :</b> Pose les questions avec assurance et savoir-faire
3	<b>APTITUDE À FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS AU PATIENT / AUX AIDANTS</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Renseigne le patient / aidant de manière inadaptée (ex. informations inexactes) ou ne fait aucun effort pour renseigner le patient/aidant	<b>Performance limite :</b> Donne des renseignements de façon incomplète ou s'attarde à des renseignements éloignés du problème	<b>Performance satisfaisante :</b> Donne des renseignements de façon adaptée. Veille quelque peu à ce que le patient /aidant comprenne	<b>Performance très satisfaisante :</b> Donne des renseignements de façon adaptée. Veille à ce que le patient / aidant comprenne	<b>Performance remarquable :</b> Renseigne avec justesse et illustre ses explications pour qu'elles soient bien comprises

APTITUDE À ...		Performance Insuffisante : 0 point	Performance limite : 0.25 point	Performance satisfaisante : 0.50 point	Performance très satisfaisante : 0.75 point	Performance remarquable : 1 point
4	<b>APTITUDE À STRUCTURER/MENER L'ENTREVUE</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Approche désordonnée	<b>Performance limite :</b> Entrevue peu structurée, présente les difficultés à recadrer les discussions qui s'éloignent des objectifs	<b>Performance satisfaisante :</b> Entrevue centrée sur le problème et couvre les éléments essentiels	<b>Performance très satisfaisante :</b> Entrevue menée de façon logique, structurée, centrée sur le problème, ne cherche pas l'information non pertinente	<b>Performance remarquable :</b> Entrevue ayant un but précis, approche intégrée
5	<b>COMMUNICATION NON VERBALE</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Se comporte de manière inappropriée (p.ex. ne regarde pas son interlocuteur, se comporte de manière agressive...) ou porte des jugements	<b>Performance limite :</b> Tente d'établir un contact visuel. Présente les difficultés à établir la conversation (p.ex. priorise l'accomplissement de la tâche clinique) et cela peut induire la frustration du patient/pair	<b>Performance satisfaisante :</b> Regarde le patient/ pair la majeure partie du temps Établit la conversation	<b>Performance très satisfaisante :</b> Regarde le patient/ pair la majeure partie du temps Est attentif aux indices du patient/pair et réagit de manière appropriée par son comportement/gestes.	<b>Performance remarquable :</b> Montre une bonne maîtrise de ses comportements et cherche à les adapter afin de favoriser la conversation /établir une relation.
6	<b>COMMUNICATION AVEC LES PAIRS (clarté de communication)</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Est incapable de communiquer le message	<b>Performance limite :</b> Est capable de communiquer les principaux messages, n'arrive pas à les justifier	<b>Performance satisfaisante :</b> Est capable de communiquer les principaux messages et justifier son raisonnement	<b>Performance très satisfaisante :</b> Communique les informations pertinentes et les justifie. Ne s'attarde pas à de l'information inutile	<b>Performance remarquable :</b> Relie les informations provenant des domaines différents faisant preuve d'une maîtrise du sujet

APTITUDE À ...		Performance Insuffisante : 0 point	Performance limite : 0.25 point	Performance satisfaisante : 0.50 point	Performance très satisfaisante : 0.75 point	Performance remarquable : 1 point
7	<b>APTITUDE À COOPÉRER avec les pairs</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Autoritaire / Difficulté à coopérer	<b>Performance limite :</b> Communique. Transmet l'information	<b>Performance satisfaisante :</b> Communique. Adopte la technique de reformulation.	<b>Performance très satisfaisante :</b> Communique les renseignements pertinents. Reconnaît les obstacles à la communication. Délègue les responsabilités en respectant les autres.	<b>Performance remarquable :</b> Reconnaît les problèmes de communication et sait les régler avec adresse.
8	<b>APTITUDE À FAIRE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> N'arrive pas à faire ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème	<b>Performance limite :</b> Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème quelquefois sans les justifier.	<b>Performance satisfaisante :</b> Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	<b>Performance très satisfaisante :</b> Fait ressortir les éléments positifs et négatifs pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	<b>Performance remarquable :</b> Agit avec assurance et sans erreur
9	<b>APTITUDE À STRUCTURER L'EXAMEN CLINIQUE</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> L'examen clinique est incomplet et désorganisé ou ne fait pas l'examen clinique	<b>Performance limite :</b> Les éléments recherchés sont peu ciblés, s'attarde à des manœuvres inutiles	<b>Performance satisfaisante :</b> L'examen clinique est raisonnablement organisé et couvre les éléments essentiels	<b>Performance très satisfaisante :</b> L'examen clinique suit un enchaînement logique et est centré sur le problème, il n'y a pas de manœuvre inutile	<b>Performance remarquable :</b> L'examen est réalisé sans erreur avec un but précis, démarche intégrée

APTITUDE À ...		Performance Insuffisante : 0 point	Performance limite : 0.25 point	Performance satisfaisante : 0.50 point	Performance très satisfaisante : 0.75 point	Performance remarquable : 1 point
10	<b>APTITUDE À MENER L'EXAMEN CLINIQUE</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> N'explique pas au patient les gestes réalisés ou ne respecte pas le confort du patient	<b>Performance limite :</b> Explique peu les gestes réalisés	<b>Performance satisfaisante :</b> Explique les gestes réalisés et respecte le confort du patient	<b>Performance très satisfaisante :</b> Donne l'information sur les gestes en expliquant les objectifs /les éléments recherchés et respecte le confort du patient	<b>Performance remarquable :</b> Agit sans erreur Met à l'aise
11	<b>APTITUDE À PLANIFIER LES SOINS (= approche centrée sur le patient)</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Le projet des soins ne correspond pas au tableau clinique ou ne prend pas en compte le patient et ses besoins	<b>Performance limite :</b> Le projet des soins est adapté au tableau clinique  Omet quelque fois de prendre en compte les capacités / contraintes du patient	<b>Performance satisfaisante :</b> Fait participer le patient à la planification de ses soins (ex invite le patient à poser des questions)	<b>Performance très satisfaisante :</b> Favorise la prise de décision en partenariat avec le patient.	<b>Performance remarquable :</b> Favorise la prise de décision en partenariat avec le patient. Renforce la confiance du patient et son autonomie
12	<b>APTITUDE À PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE (situations aiguës / chroniques)</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Est incapable de proposer une prise charge adaptée à la situation clinique	<b>Performance limite :</b> Propose une prise en charge en couvrant les éléments essentiels, n'arrive pas à justifier la démarche	<b>Performance satisfaisante :</b> Propose une prise en charge en couvrant les éléments essentiels et justifie la démarche.	<b>Performance très satisfaisante :</b> Propose une prise pertinente. Ne s'attarde pas au traitement/prise en charge inutile et justifie la démarche	<b>Performance remarquable :</b> Etablit l'ordre de priorité des différents aspects de la prise en charge du patient (hiérarchise).
13	<b>APTITUDE À RÉALISER LE GESTE TECHNIQUE / PROCÉDURE</b>	<b>Performance Insuffisante :</b> Fait les gestes inappropriés ne permettant d'obtenir les résultats fiables/utiles (ex. ne respecte pas l'anatomie,..)	<b>Performance limite :</b> Fait les gestes appropriés, quelquefois de manière incomplète ou peu susceptibles de fournir l'information fiable/ utile	<b>Performance satisfaisante :</b> Fait les gestes appropriés, susceptibles de fournir l'information fiable/ utile	<b>Performance très satisfaisante :</b> Fait les gestes appropriés de manière logique, susceptibles de fournir l'information fiable/ utile	<b>Performance remarquable :</b> Les gestes sont réalisés sans erreur et fourniront l'information fiable/ utile

## 8. Questionnaires

### 8.1. Questionnaire pré-enseignement

1. N° Anonymat distribué : .....
2. Année d'étude :  L3 IFSI       DFASM 3
3. Sexe :  F     M
4. Age (en années) :
5. Catégorie socio-professionnelle de votre père :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle

6. Catégorie socio-professionnelle de votre mère :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Sans activité professionnelle

7. Avant de suivre cet enseignement, quelle est votre aptitude ressentie pour communiquer avec les autres professionnels de santé dans les situations suivantes :

	Très mauvaise	Mauvaise	Bonne	Très bonne	Ne se prononce pas
Sécurisation d'une prescription médicamenteuse conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Appel de l'interne de garde/Réception d'un appel sur bip d'établissement	<input type="checkbox"/>				
Organisation du retour à domicile d'un patient malade chronique conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Sécurisation d'un patient à risque de fugue conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Préparation du retour à domicile d'un patient âgé conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Réunion avec une famille autour d'un projet d'entrée en institution conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				

## 8.2. Questionnaire post-enseignement

1. N° anonymat distribué : .....

2. Après avoir suivi cet enseignement, quelle est votre aptitude ressentie pour communiquer avec les autres professionnels de santé dans les situations suivantes :

	Très mauvaise	Mauvaise	Bonne	Très bonne	Ne se prononce pas
Sécurisation d'une prescription médicamenteuse conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Appel de l'interne de garde/Réception d'un appel sur bip d'établissement	<input type="checkbox"/>				
Organisation du retour à domicile d'un patient malade chronique conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Sécurisation d'un patient à risque de fugue conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Préparation du retour à domicile d'un patient âgé conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				
Réunion avec une famille autour d'un projet d'entrée en institution conjointement avec l'IDE/le médecin	<input type="checkbox"/>				

3. Globalement, cet enseignement vous a-t-il permis d'améliorer vos compétences communicationnelles avec les autres professionnels de santé ?

0 (pas du tout)	1	2	3	4	5 (beaucoup)
<input type="checkbox"/>					

4. De 0 à 10, quelle est votre satisfaction globale vis-à-vis de cet enseignement ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

5. Accepteriez-vous d'être recontactés après votre début de carrière ou votre début d'internat afin d'évaluer le bénéfice à moyen terme de cet enseignement ?

Oui

Non

6. Si oui, par quel moyen ?

Téléphone : N° .....

Mail : Adresse .....



# LE RHUN Titouan

## Apprentissage de la communication interprofessionnelle

### RÉSUMÉ

L'enseignement interprofessionnel est une méthode encore peu développée, apparaissant néanmoins essentielle pour améliorer la collaboration – et donc la communication – entre les différents acteurs du soin. Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1988 comme un objectif majeur afin de répondre aux besoins de santé des populations. La simulation est plébiscitée par les enseignants et les étudiants pour sa capacité à exposer les apprenants à des situations professionnelles réalistes. Plusieurs dispositifs fondés sur l'interprofessionnalité ont démontré leur pertinence dans ce domaine.

Notre travail décrit la mise en place d'un enseignement de simulation rassemblant étudiants en médecine et étudiants en sciences infirmières sur le thème de la communication interprofessionnelle. Cet enseignement s'est inscrit dans un projet plus global de semaine interprofessionnelle initié par la Faculté de Santé d'Angers.

Cet enseignement a été réalisé en janvier 2024. Il a été construit en collaboration entre le Département de Médecine de la Faculté de Santé d'Angers et les Instituts de Formation en Soins Infirmiers de Cholet et d'Angers. Malgré des difficultés logistiques expliquant un nombre réduit d'étudiants en sciences infirmières, cet enseignement a été apprécié des apprenants pour son réalisme et sa capacité à faire collaborer les étudiants de différentes filières.

**Mots-clés : Pédagogie, communication, interprofessionnalité, simulation**

## Interprofessional communication learning

### ABSTRACT

Interprofessional education is still underdeveloped, despite its beneficial impact for improving collaboration and communication— between different healthcare professionals. It has been defined by the World Health Organization (WHO) since 1988 as a major objective to meet the health needs of populations. Simulation is favored by both teachers and students for its ability to expose learners to realistic professional situations. Several interprofessional initiatives have demonstrated their relevance in this area.

Our work describes the implementation of a simulation-based teaching program including medical and nursing students on the theme of interprofessional communication. This teaching belongs to a more global interprofessional week project initiated by the Faculty of Health of Angers.

This program took place in January 2024 and was developed in collaboration with the Department of Medicine of the Faculty of Health of Angers and the Nursing Training Institutes of Cholet and Angers. Despite logistical difficulties that resulted in a reduced number of nursing students, the students appreciated this teaching for its realism and its ability to bring together students from different fields.

**Keywords : Pedagogy, communication, interprofessionalism, simulation**



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS