2025-2026

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en MEDECINE GENERALE**

# PERCEPTION DE LA FORMATION A L'INTERPROFESSIONNALITE PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE LA SUBDIVISION D'ANGERS


**Bazoge Aurore**

Née le 8 mars 1997 à Rennes (35)

**Deret Chloë**

Née le 15 avril 1998 au Mans (72)

Sous la direction de Mme la Dr DESCOLAS Astrid


Membres du jury

| | |
|---|---|
| Monsieur le Pr BEGUE Cyril | Président |
| Madame la Dr DESCOLAS Astrid | Directeur |
| Madame la Pr ANGOULVANT Cécile | Membre |
| Madame la Dr GHALI Maria | Membre |


Soutenue publiquement le :
16 octobre 2026



FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée BAZOGE Aurore
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'étudiante le **01/10/2026**

# ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée DERET Chloë
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'étudiante le **01/10/2026**

# Charte d’utilisation de l’IA générative

Je soussignée BAZOGE Aurore
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d’utilisation de l’IA générative pour la rédaction des rapports, thèses d’exercice et mémoires d’étude.
Je m’engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Signé par l’étudiante à Angers le 01/10/2026



# Charte d’utilisation de l’IA générative

Je soussignée DERET Chloë
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d’utilisation de l’IA générative pour la rédaction des rapports, thèses d’exercice et mémoires d’étude.
Je m’engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Signé par l’étudiante à Angers le 01/10/2026



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 ».*

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

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

(mise à jour 26/01/2026)

**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 DUBEE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | |
|---|---|
| ABRAHAM Pierre | MEDECINE GENERALE |
| ANGOULVANT Cécile | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT |
| ANNWEILER Cédric | REANIMATION |
| ASFAR Pierre | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| AUBE Christophe | NEPHROLOGIE |
| AUGUSTO Jean-François | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| BAUFRETON Christophe | MEDECINE GENERALE |
| BELLANGER William | REANIMATION |
| BELONCLE François | CARDIOLOGIE |
| BIERE Loïc | UROLOGIE |
| BIGOT Pierre | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| BOUCHARA Jean-Philippe | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| BOUET Pierre-Emmanuel | GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE |
| BOURSIER Jérôme | RHUMATOLOGIE |
| BOUVARD Béatrice | ENCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES |
| BRIET Claire | PHARMACOLOGIE |
| BRIET Marie | CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE |
| CAMPONE Mario | NEUROLOGIE |
| CASSEREAU Julien | PHARMACOLOGIE/ PHYSIOLOGIE |
| CLERE Nicolas | NEUROLOGIE |
| CODRON Philippe | GENETIQUE |
| COLIN Estelle | ANATOMIE, CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| COPIN Marie-Christine | PEDIATRIE |
| COUTANT Régis | PHYSIOLOGIE |
| CUSTAUD Marc-Antoine | PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE |
| CRAUSTE-MANCIET Sylvie | MEDECINE GENERALE |
| DE CASABIANCA Catherine | PHARMACOGNOSIE |
| DERBRE Séverine | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| DESCAMPS Philippe | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| D'ESCATHA Alexis | MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION |
| DINOMAIS Mickaël | MEDECINE D'URGENCE |
| DOUILLET Delphine | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES |
| DUBEE Vincent | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE |
| DUCANCELLE Alexandra | PEDOPSYCHIATRIE |
| DUVERGER Philippe | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| EVEILLARD Matthieu | PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE |
| FAURE Sébastien | ANATOMIE |
| FOURNIER Henri-Dominique | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE |
| FOUQUET Olivier | CARDIOLOGIE |
| FURBER Alain | PNEUMOLOGIE |
| GAGNADOUX Frédéric | PSYCHIATRIE D'ADULTES |
| GOHIER Bénédicte | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION |
| GUARDIOLA Philippe | CHIMIE ANALYTIQUE |
| GUILET David | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION |
| HUNAULT-BERGER Mathilde | IMMUNOLOGIE |
| JEANNIN Pascale | MEDECINE GENERALE |
| JUDALET-ILLAND Ghislaine | |
| KAZOUR François | PSYCHIATRIE |
| KEMPF Marie | PHYSIOLOGIE |
| KUN-DARBOIS Daniel | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE |
| LACOEUILLE FRANCK | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
| LACCOURREYE Laurent | RADIOPHARMACIE |
| LAGARCE Frédéric | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| LANDREAU Anne | BIOPHARMACIE |
| LASOCKI Sigismond | BOTANIQUE/ MYCOLOGIE |
| LEBDAI Souhil | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| LEGENDRE Guillaume | UROLOGIE |
| LEGRAND Erick | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| LEMEE Jean-Michel | RHUMATOLOGIE |
| LERMITE Emilie | NEUROCHIRURGIE |
| LEROLLE Nicolas | CHIRURGIE GENERALE |
| LIBOUBAN Hélène | REANIMATION |
| LUQUE PAZ Damien | HISTOLOGIE |
| MARCHAIS Véronique | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE |
| MARTIN Ludovic | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| MAY-PANLOUP Pascale | DERMATO-VENEREOLOGIE |
| MENEI Philippe | BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION |
| MERCAT Alain | NEUROCHIRURGIE |
| ORVAIN Corentin | REANIMATION |
| PAISANT Anita | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION |
| PAPON Nicolas | RADIOLOGIE |
| PASSIRANI Catherine | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE |
| PELLIER Isabelle | CHIMIE GENERALE |
| PETIT Audrey | PEDIATRIE |
| PICQUET Jean | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| PODEVIN Guillaume | CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE |
| PROCACCIO Vincent | CHIRURGIE INFANTILE |
| PRUNIER Delphine | GENETIQUE |
| PRUNIER Fabrice | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| PY Thibaut | CARDIOLOGIE |
| RAMOND-ROQUIN Aline | MEDECINE GENERALE |
| REYNIER Pascal | MEDECINE GENERALE |
| RIOU Jérémie | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| RINEAU Emmanuel | BIOSTATISTIQUE |
| RIQUIN Elise | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION |
| RODIEN Patrice | PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE |
| ROQUELAURE Yves | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES |
| ROUGE-MAILLART Clotilde | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| ROUSSEAU Audrey | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE |
| ROUSSEAU Pascal | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| ROUSSELET Marie-Christine | CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE |
| ROY Pierre-Marie | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| SAULNIER Patrick | MEDECINE D'URGENCE |
| SERAPHIN Denis | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES |
| SCHMIDT Aline | CHIMIE ORGANIQUE |
| SCHMITT Françoise | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION |
| | CHIRURGIE INFANTILE |

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

| | |
|---|---|
| TESSIER-CAZENEUVE Christine | MEDECINE GENERALE |
| TRZEPIZUR Wojciech | PNEUMOLOGIE |
| UGO Valérie | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION |
| URBAN Thierry | PNEUMOLOGIE |
| VAN BOGAERT Patrick | PEDIATRIE |
| VENARA Aurélien | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE |
| | PHARMACOTECHNIE |
| VENIER-JULIENNE Marie-Claire | NEUROLOGIE |
| VERNY Christophe | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| WILLOTEAUX Serge | |

## MAÎTRES DE CONFERENCES

| | |
|---|---|
| AMMI Myriam | CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE |
| BAGLIN Isabelle | CHIMIE THERAPEUTIQUE |
| BASTIAT Guillaume | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES |
| | IMMUNOLOGIE |
| BEAUVILLAIN Céline | MEDECINE GENERALE |
| BEGUE Cyril | MEDECINE INTERNE |
| BELIZNA Cristina | PEDIATRIE |
| BENALLEGUE Nail | ANATOMIE |
| BERNARD Florian | PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE |
| BESSAGUET Flavien | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION |
| | CHIMIE ANALYTIQUE |
| BLANCHET Odile | ORL |
| BOISARD Séverine | NEPHROLOGIE |
| BOUCHER Sophie | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE |
| BRILLAND Benoit | MOLECULAIRE |
| BRIS Céline | PHARMACOGNOSIE |
| | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE |
| BRUGUIERE Antoine | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE |
| CAPITAIN Olivier | MOLECULAIRE |
| | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE |
| CHABRUN Floris | MOLECULAIRE |
| | MEDECINE GENERALE |
| CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel | PHARMACIE CLINIQUE |
| CHOPIN Matthieu | SCIENCES DE LA READAPTATION |
| CORVAISIER Mathieu | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE |
| DEMAS Josselin | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL |
| | BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| DESHAYES Caroline | PHYSIOLOGIE |
| FADEL Marc | MEDECINE GENERALE |
| | MEDECINE GENERALE |
| FERRE Marc | IMMUNOLOGIE |
| FORTRAT Jacques-Olivier | BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE |
| GHALI Maria | MEDICALE |
| GUELFF Jessica | MEDECINE GENERALE |
| HADJ MAHMOUD Dorra | CHIMIE ORGANIQUE |
| HAMEL Jean-François | |
| | BIOTECHNOLOGIE |
| HAMON Cédric | MEDECINE VASCULAIRE |
| HELESBEUX Jean-Jacques | |
| HERIVAUX Anaïs | |
| HERSANT Jeanne | |
| HINDRE François | BIOPHYSIQUE |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE |
| JUSTEAU Grégoire | PNEUMOLOGIE |
| KHIATI Salim | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| LEFEUVRE Caroline | BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE |
| LEGEAY Samuel | PHARMACOCINETIQUE |
| LEPELTIER Elise | CHIMIE GENERALE |
| LE ROUX Gaël | TOXICOLOGIE |
| LETOURNEL Franck | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| MABILLEAU Guillaume | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE |
| MALLET Sabine | CHIMIE ANALYTIQUE |
| MAROT Agnès | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE |
| MIOT Charline | IMMUNOLOGIE |
| MOUILLIE Jean-Marc | PHILOSOPHIE |
| NAIL BILLAUD Sandrine | IMMUNOLOGIE |
| PAILHORIES Hélène | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PAPON Xavier | ANATOMIE |
| PASCO-PAPON Anne | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| PENCHAUD Anne-Laurence | SOCIOLOGIE |
| PEUROIS Matthieu | |
| PIHET Marc | MEDECINE GENERALE |
| | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| PIRAUX Arthur | OFFICINE |
| POIROUX Laurent | SCIENCES INFIRMIERES |
| RONY Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| ROGER Emilie | PHARMACOTECHNIE |
| SAVARY Camille | PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE |
| | PHARMACOGNOSIE |
| SCHINKOWITZ Andréas | PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE |
| SPIESSER-ROBELET Laurence | ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES |
| SUTEAU Valentine | MEDECINE GENERALE |
| TEXIER-LEGENDRE Gaëlle | |
| VIAULT Guillaume | CHIMIE ORGANIQUE |

## AUTRES ENSEIGNANTS

| | |
|---|---|
| **ATER** | CHIMIE ANALYTIQUE |
| BARAKAT Fatima | GALENIQUE |
| ATCHADE Constantin | |
| **ECER** | GALENIQUE |
| HASAN Mahmoud | |
| **PRCE** | ANGLAIS |
| AUTRET Erwan | INFORMATIQUE |
| BARBEROUSSE Michel | ANGLAIS |
| COYNE Ashley | ANGLAIS |
| O'SULLIVAN Kayleigh | ANGLAIS |
| RIVEAU Hélène | |
| **PAST-MAST** | PHARMACIE DEUST PREPARATEUR |
| AUBRUCHET Hélène | OFFICINE |
| | PHARMACIE DEUST PREPARATEUR |
| BEAUVAIS Vincent | PHARMACIE INDUSTRIELLE |
| BRAUD Cathie | MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION |
| CAVAILLON Pascal | DILÉ Nathalie |
| CHAMPAGNE Romain | GUITTON Christophe |
| | KAASSIS Mehdi |
| LAVIGNE Christian | |
| LE FLOCH Maxime | PHARMACIE CLINIQUE |
| MARSAN-POIROUX Sylvie | MALADIES INFECTIEUSES |
| MOAL Frédéric | |
| PEREZ-GRANDIERE Lucia | NEPHROLOGIE |
| PICCOLI Giorgina | CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE |
| POMMIER Pascal | MEDECINE D'URGENCE |
| | NEPHROLOGIE |
| SAVARY Dominique | |
| TORREGGIANI Massimo | ECONOMIE-GESTION |
| **PLP** | |
| CHIKH Yamina | DISPOSITIFS MEDICAUX |
| **AHU** | |
| ROBIN Julien | |
| OFFICINE | |
| MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION | |
| GASTRO-ENTEROLOGIE | |
| MEDECINE INTERNE | |
| GERIATRIE | |
| COMMUNICATION | |

# REMERCIEMENTS COMMUNS

À la **Docteure Astrid DESCOLAS**, notre directrice de thèse pour nous avoir proposé ce sujet de recherche. Merci de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail, et de nous avoir donné de très bons conseils.

Au **Professeur Cyril BEGUE**, pour nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

À la **Professeure Cécile ANGOULVANT**, pour avoir accepté de faire partie des membres du jury et pour la rédaction de son rapport écrit.

À la **Docteure Maria GHALI**, pour l'intérêt porté à notre travail et cette thématique et d'avoir accepté de faire partie des membres du jury.

À la **Docteure Doriane LETELLIER,** qui a accepté d'animer le focus group et de l'avoir mené avec aisance et justesse.

**Aux internes de médecine générale** ayant accepté de participer à cette étude pour nous avoir accordé un peu de votre temps ainsi que pour la richesse et la spontanéité de vos réponses, qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

# REMERCIEMENTS D'AURORE BAZOGE

**À ma famille,** à mes parents, à mes grands-parents, Annie et Daniel, Françoise et Claude, à mon petit frère Nicolas, qui ont toujours été présents pour moi. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour m'avoir transmis les valeurs du mérite et de la persévérance qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici.

**À Yann,** pour ton soutien, ta patience et ta présence à mes côtés depuis la fin de l'externat, avec l'ECN puis l'internat. Merci d'avoir partagé avec moi cette période, malgré la distance et les moments parfois difficiles. Maintenant que cette étape se termine, j'ai hâte de découvrir avec toi les prochaines escales de notre voyage. Merci également à ta famille pour leur soutien.

**À ma meilleure amie** et confidente Béré, et **à mes amies** rencontrées pour certaines dès la maternelle, pour d'autres plus tard au lycée, mais toujours présentes de près comme de loin. Merci pour tous ces moments partagés au fil des années.

**À mes co-internes** rencontrés au cours de ces dernières années, pour les moments partagés qui ont permis de rendre les stages plus agréables. Merci pour les rires et les galères partagées. Sans vous, ces années d'internat n'auraient pas été les mêmes.

**Aux maîtres de stages** qui m'ont accompagnée durant les différents semestres. Je pense notamment à mes premiers (et futurs) MSU qui ont su me mettre en confiance pour les débuts de l'internat. Merci Majid et Alexandre de m'accueillir à nouveau pour cette nouvelle étape en tant que Docteur Junior.

**Aux autres professionnels de santé** rencontrés au cours de ces années, pour le partage d'expériences.

**Aux patients** qui, par leurs gentilles paroles et leur reconnaissance, m'ont encouragée dans cette voie et ont donné du sens à toutes ces années de travail.

# REMERCIEMENTS DE CHLOE DERET

**À ma famille :**

À Simon, mon mari, qui m'a accompagnée tout au long de ses longues études. Merci d'avoir toujours été présent à mes côtés et de m'avoir soutenue jusqu'au bout, dans les moments joyeux comme dans les moments plus difficiles. Merci pour ton aide sur le travail de la thèse.

À mes parents, qui ont toujours cru en moi depuis le début. Merci de m'avoir fait confiance. Merci pour votre amour au quotidien.

À mon frère Adrien, mon beau-frère Alexandre et ma belle-sœur (et meilleure amie) Flavie, pour votre soutien sans faille et pour avoir aussi cru en moi (peut-être même plus que moi-même).

**À mes amis :**

À Benjamin, Brandon, Alexandre, Capucine pour votre amitié sans faille depuis très très voire TRES longtemps. Merci pour tous ces moments partagés ensemble, et d'être restés aussi fidèles malgré les évènements où j'ai dû m'absenter.

À Adriana, Caroline, Perrine et Sarah. Je suis très heureuse d'avoir fait votre rencontre au cours des stages. Vous avez rendu mes journées encore plus agréables. Merci pour tous les moments passés ensemble.

**À mes maîtres de stage :**

Merci à mes MSU de niveau 1 pour m'avoir confortée dans mon choix pour la médecine générale. Merci à mes MSU de SASPAS pour ce super stage, pour votre confiance et votre gentillesse, et notamment merci à Alexandre qui me fait une nouvelle fois confiance pour cette année de Docteur Junior.

Merci à l'ensemble des équipes de soin pour votre gentillesse, votre soutien et votre partage. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

# LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|---|---|
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CCA | Chef.fe de Clinique Associé |
| CDS | Centre de Santé |
| CNGE | Collège National des Généralistes Enseignants |
| CPTS | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé |
| DES | Diplôme d'Etudes Spécialisées |
| DMG | Département de Médecine Générale |
| ET | Enseignement Transversal |
| GEAP | Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratiques |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HPST | Hôpital, Patients, Santé et Territoires |
| IDE | Infirmier Diplôme d'Etat |
| IFSI | Institut de Formations en Soins Infirmiers |
| MG | Médecine Générale |
| MSP | Maison de Santé Pluriprofessionnelle |
| MSU | Maître de Stage Universitaire |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| RCP | Réunion de Concertation Pluridisciplinaire |
| SASPAS | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé |
| SP | Soins Primaires |

# PLAN

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**RESUME**

**INTRODUCTION**

1. **Évolution du système de santé et développement de l'exercice interprofessionnel**
2. **Définition et bénéfices de l'interprofessionnalité**
3. **Rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins**
4. **Formation à l'interprofessionnalité**
5. **Apprentissage de l'interprofessionnalité par l'expérience**
6. **Initiatives pédagogiques de formation**
7. **Formation à l'interprofessionnalité à Angers**
8. **Limites et freins de la formation interprofessionnelle**
9. **Objectif de l'étude**

**MÉTHODES**

1. **Type d'étude**
2. **Population et recrutement**
3. **Entretiens individuels et collectif**
4. **Recueil des données**
5. **Analyse des données**
6. **Cadre légal et éthique**

**RÉSULTATS**

1. **Caractéristiques des participants**

1.1. Données socio-démographiques
1.2. Parcours et cursus de formation
1.3. Modalités de recueil

2. **Principaux résultats**

2.1. Des représentations qui évoluent
2.1.1. L'interprofessionnalité, un concept théorique flou
2.1.2. Prise de conscience du rôle des différents acteurs de santé
2.1.3. Une mise en commun des pratiques pour une prise en charge globale du patient
2.2. Apprentissage expérientiel
2.2.1. L'influence déterminante des types de structures
2.2.2. Les pratiques collaboratives
2.2.3. Obstacles et ajustement de la posture
2.3. L'apport d'une formation institutionnelle
2.3.1. Un enseignement théorique perçu comme infructueux
2.3.2. Un besoin d'enseignement concret et d'outils de collaboration
2.3.3. Perspectives pédagogiques

**DISCUSSION**

**1. D'une définition floue vers l'expérience concrète et plébiscitée d'un travail en interprofessionnalité**

1.1 L'interprofessionnalité, une notion difficilement conceptualisée sans expérience

1.2 De la connaissance des professions à la construction d'une identité professionnelle collaborative

**2. Un apprentissage fortement dépendant de l'environnement de formation**

2.1 Des opportunités d'apprentissage inégalement réparties selon les terrains de stage

2.2 Un contraste entre l'hôpital et l'ambulatoire

2.3 De la proximité physique à la proximité relationnelle

2.4 Le MSU comme guide de pratique collaborative

**3. La formation universitaire : préparer et structurer l'expérience**

3.1. Un enseignement théorique peu convaincant, mais une institution qui reste attendue

3.2. La faculté comme socle commun aux inégalités de terrain

3.3. Une formation qui doit être réellement interprofessionnelle

3.4. Vers une pédagogie rélexive et expérientielle

**4. Forces, limites et perspectives de l'étude**

4.1. Forces

4.2. Limites

4.3. Perspectives

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**LISTE DES FIGURES**

**LISTE DES TABLEAUX**

**TABLE DES MATIERES**

**ANNEXES**

# PERCEPTION DE LA FORMATION A L'INTERPROFESSIONNALITE PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE LA SUBDIVISION D'ANGERS

Répartition du travail :

| | Bazoge Aurore | Deret Chloë |
|---|---|---|
| Fiche de thèse | | Rédaction de la fiche de thèse |
| Réalisation des entretiens | 3 entretiens individuel + 1 entretien collectif | 4 entretiens individuels + 1 entretien collectif |
| Codage des entretiens | 3 entretiens individuels + 1 entretien collectif | 4 entretiens individuels |
| Analyse | Analyse de l'ensemble des verbatims | |
| Rédaction de la thèse | Rédaction de l'ensemble du manuscrit | |

# RESUME

**Introduction :** Face à l'évolution importante du système de santé, avec notamment le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, ou encore les inégalités territoriales d'accès aux soins, l'approche interprofessionnelle semble être une solution adaptée pour permettre une prise en charge optimale des patients.
Afin que la collaboration interprofessionnelle se déroule au mieux, il paraît indispensable que les professionnels de santé y soient préparés durant leurs années d'étude.
L'objectif principal de cette étude était de décrire la perception qu'ont les internes de médecine générale de la subdivision d'Angers de leur formation à l'interprofessionnalité au cours de leur DES.
Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs influençant la formation, les attentes en matière de formation afin d'identifier les perspectives d'amélioration des dispositifs de formation.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude qualitative reposant sur des entretiens individuels semi-directifs et un entretien collectif. L'échantillon était constitué d'internes de médecine générale de la subdivision d'Angers en fin de cursus et volontaires pour participer à l'étude. Les entretiens ont été intégralement retranscrits puis soumis à une analyse inductive selon une théorisation ancrée, avec double codage et triangulation des données avec la directrice de thèse.

**Résultats :** Sept entretiens individuels et un entretien collectif ont été réalisés, avec une durée comprise entre vingt minutes et une heure, et une saturation des données obtenue à partir du septième entretien. L'interprofessionnalité apparaissait d'abord comme un concept théorique relativement flou alors même que les internes évoluaient dans un environnement

interprofessionnel. L'apprentissage se faisait essentiellement grâce aux stages, avec une influence importante du type de structures auquel était confronté les internes. Cependant, la formation facultaire apparaissait comme peu adaptée aux besoins des internes, qui souhaitaient un enseignement concret avec de nouvelles perspectives pédagogiques.

**Conclusion :** Malgré la difficulté à définir le terme d'interprofessionnalité, les internes y étaient confrontés au cours de leurs différents stages. Une prise de conscience de l'intérêt de la complémentarité des compétences et de la mise en commun des connaissances autour du patient était constatée. L'apprentissage à l'interprofessionnalité semblait davantage venir de l'expérience par les stages. Cet apprentissage demeurait cependant fortement dépendant de l'environnement de formation. Le rôle du MSU apparaissait également important dans l'accompagnement de ces pratiques collaboratives. La formation universitaire pourrait quant à elle constituer un complément à l'apprentissage expérientiel avec un souhait de changement de format de l'enseignement théorique davantage concret et participatif. La faculté pourrait ainsi jouer un rôle de socle commun.

# INTRODUCTION

## 1. Évolution du système de santé et développement de l'exercice interprofessionnel

Le système de santé français est confronté à d'importantes évolutions, avec notamment la poursuite du vieillissement de la population et la progression des maladies chroniques (1). Ces évolutions s'accompagnent d'une complexification des situations prises en charge et de besoins de santé nécessitant l'intervention de différents acteurs du système de santé. Comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS), la coordination de leurs interventions constitue ainsi un enjeu majeur pour la qualité et la continuité des soins. Elle insiste sur le passage d'un exercice isolé à un exercice pluriprofessionnel et met en avant les protocoles pluriprofessionnels (2).

Le développement d'un exercice interprofessionnel apparaît ainsi comme un élément important de l'évolution des pratiques de soins (3).

## 2. Définition et bénéfices de l'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme une démarche collaborative impliquant des professionnels de santé issus de disciplines différentes, qui œuvrent ensemble de manière coordonnée et complémentaire, en partageant des objectifs communs afin d'améliorer la qualité et la continuité des prises en charge des patients (4). Elle repose sur une reconnaissance mutuelle des compétences, des échanges entre professionnels et une relation de confiance contribuant au développement d'une culture pluriprofessionnelle (5).

La collaboration interprofessionnelle pourrait également avoir des effets positifs sur certains processus de soins et certains résultats de santé, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques, avec des améliorations rapportées de certains paramètres cliniques et

de la qualité de vie des patients, ainsi qu'une réduction du nombre de jours d'hospitalisation (6,7).

L'exercice coordonné des soins de premier recours, notamment au sein de structures pluriprofessionnelles, semble également présenter des bénéfices pour les professionnels de santé, en contribuant à améliorer leur environnement et leurs conditions d'exercice. Il pourrait ainsi constituer un cadre d'exercice plus attractif, notamment dans les territoires caractérisés par une démographie médicale insuffisante, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients (3, 8).

## 3. Rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins

La Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) datant du 21 juillet 2009, réaffirme le rôle central du médecin généraliste dans le parcours de soins, en lui confiant notamment une mission de synthèse des informations issues des différents professionnels intervenant auprès du patient (9). Cela implique la coordination des soins médicaux mais également l'articulation avec les acteurs du secteur médico-social afin d'assurer la continuité et la cohérence de la prise en charge.

De même, le Référentiel professionnel de la médecine générale, actualisé en mars 2025 par le Collège de la médecine générale (CMG), précise les missions fondamentales du médecin généraliste dans le système de santé (10). Le médecin généraliste y est décrit comme un acteur de première ligne chargé d'accueillir les demandes de soins en proximité, et constituant un point d'entrée dans le système de santé pour des patients de tout âge et pour tout motif de consultation. Il assure une prise en charge globale, continue et adaptée à la diversité des situations rencontrées en soins primaires (SP). Le référentiel réaffirme également son rôle dans la continuité et la coordination des soins, en assurant un suivi dans le temps et en intégrant les différents professionnels impliqués dans le parcours du patient.

## 4. Formation à l'interprofessionnalité

Cette collaboration nécessite que les futurs professionnels de santé soient préparés à travailler ensemble. La formation à l'interprofessionnalité constitue dès lors un enjeu important de la formation initiale des professionnels de santé. L'OMS préconise d'ailleurs l'intégration de la formation interprofessionnelle dans les études des professions de santé, afin de mieux les préparer à répondre aux enjeux d'un système de santé de plus en plus complexe (4). La formation interprofessionnelle vise notamment à permettre aux professionnels de mieux comprendre leurs rôles et responsabilités respectifs et à développer leur capacité à collaborer autour des besoins du patient (11). Elle contribue ainsi à préparer les futurs professionnels à travailler au sein d'un système de soins décloisonné, intégré et centré sur le patient (12).

Dans le parcours du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale, cette dimension collaborative trouve également sa place parmi les compétences professionnelles à développer. La compétence « continuité, suivi et coordination des soins » figure parmi les compétences fondamentales à acquérir et implique notamment la capacité à assurer la continuité des soins et à coordonner les différents intervenants autour du patient (13). L'acquisition de cette compétence suppose le développement d'aptitudes à travailler avec les autres acteurs du système de santé.

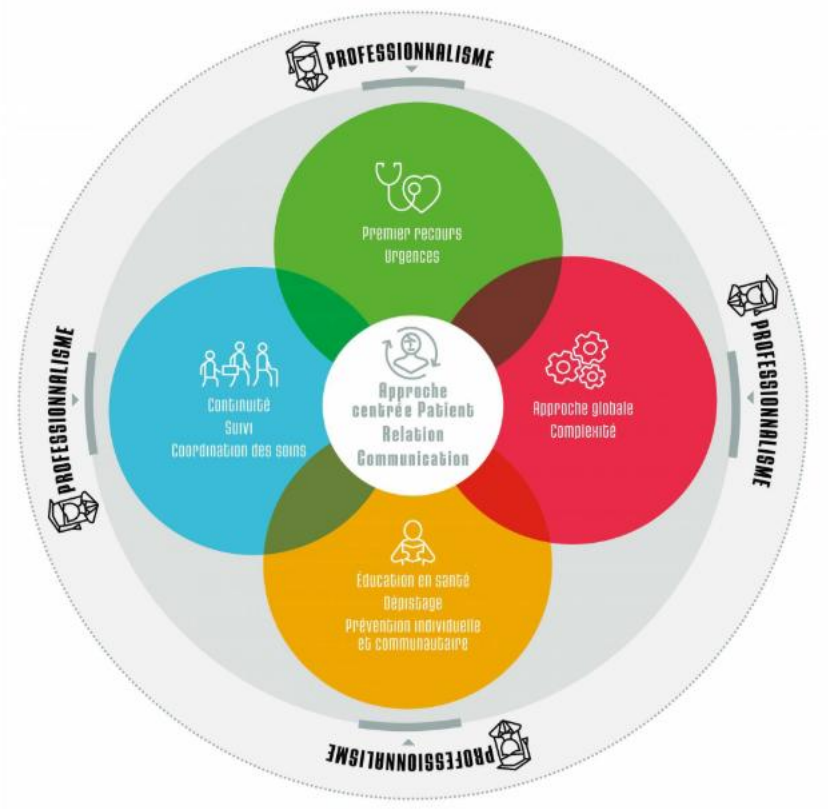



*Figure 1 : "Marguerite" des compétences du médecin généraliste selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) – 2009*

La formation à l'interprofessionnalité apparaît ainsi comme un élément susceptible de contribuer à la préparation des futurs médecins généralistes à leur rôle de coordination et de collaboration au sein du parcours de soins.

Les bénéfices de la formation interprofessionnelle sont notamment rapportés : meilleure connaissance des rôles respectifs des différents professionnels, amélioration de la valeur accordée au travail en équipe et des attitudes envers les autres professions ainsi que le développement des compétences et comportements collaboratifs (14,15).

## 5. Apprentissage de l'interprofessionnalité par l'expérience

Au-delà des enseignements spécifiquement dédiés à l'interprofessionnalité, celle-ci peut également faire l'objet d'apprentissages au cours des situations professionnelles rencontrées en stage. L'apprentissage en contexte professionnel peut en effet contribuer au développement des compétences de collaboration interprofessionnelle, notamment à travers les interactions avec les autres professionnels, l'observation de leurs pratiques et la confrontation à des situations de soins nécessitant une coordination entre différents acteurs (16).

Depuis plusieurs années, les réformes du système de santé français ont favorisé le développement de structures d'exercice coordonné, telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les Centres de Santé (CDS) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces structures visent notamment à favoriser la coordination entre les professionnels de santé et à mieux organiser les parcours de soins (17). Les MSP, en particulier, sont organisées autour d'un projet de santé commun et réunissent plusieurs professionnels de santé au sein d'un même lieu d'exercice. Elles peuvent ainsi constituer un contexte favorable à l'apprentissage de l'interprofessionnalité par l'expérience concrète du travail en équipe (18).

## 6. Initiatives pédagogiques de formation

Différentes initiatives pédagogiques ont été mises en place afin de former les internes à l'interprofessionnalité en France, notamment des enseignements communs entre étudiants de différentes professions, des dispositifs de simulation ou d'autres expériences pédagogiques favorisant la collaboration interprofessionnelle (18-20).

Par exemple, à Rennes, une formation par simulation a été expérimentée en 2015 par le Département de Médecine Générale (DMG) et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) à destination des internes de médecine générale et étudiants infirmiers. Les scénarios joués

en groupe mixte (IDE/MG) relevaient de situations de collaboration interprofessionnelle. L'évaluation de cette formation a montré qu'elle a permis d'apprendre à mieux communiquer, à écouter et coopérer (19).

Un enseignement par simulation a également été expérimenté en 2024 en réunissant des étudiants en médecine et en soins infirmiers autour de la communication interprofessionnelle (20).

## 7. Formation à l'interprofessionnalité à Angers

Au sein de la faculté d'Angers, la formation des internes de médecine générale repose sur plusieurs modalités, associant une formation pratique en stage et un enseignement théorique.

La maquette du DES s'organise en deux phases. Au cours de la phase socle, les internes réalisent un stage de niveau 1 en cabinet de médecine générale, comprenant notamment plusieurs demi-journées auprès d'autres professionnels de santé exerçant en soins primaires, ainsi qu'un stage aux urgences. La phase d'approfondissement comprend un stage consacré à la prise en charge de la santé de la femme et de l'enfant, un stage hospitalier de médecine adulte, un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) de niveau 2, ainsi qu'un stage « libre », majoritairement réalisé dans une structure hospitalière.

Une formation théorique accompagne cette formation pratique et comprend notamment les groupes d'échange et d'analyse de pratique (GEAP), animés par des enseignants, au cours desquels les internes peuvent discuter des expériences vécues en stage et des réflexions qu'elles peuvent susciter. Elle comprend également des enseignements thématiques regroupés sous la forme d'enseignements transversaux (ET), organisés sur une journée. Parmi ces enseignements figure notamment l'enseignement transversal « Travailler ensemble, pharmacien-médecin », réunissant des internes en médecine et en pharmacie.

A Angers, un travail de recherche consistait à évaluer l'impact d'une formation à la collaboration interprofessionnelle des étudiants en santé en Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et à identifier comment les internes de médecine générale de la faculté d'Angers percevaient cette collaboration interprofessionnelle lors des stages qu'ils effectuent en soins primaires durant leur DES de Médecine Générale, ainsi que de recueillir leurs besoins et attentes en matière d'enseignement facultaire autour de la thématique de l'interprofessionnalité en SP (21).

## 8. Limites et freins de la formation interprofessionnelle

Sur le plan institutionnel, l'absence de cadre national clairement structuré et harmonisé pour l'enseignement interprofessionnel peut rendre plus difficile son intégration dans les maquettes de formation et contribuer à une mise en œuvre hétérogène selon les territoires.

Un état des lieux mené auprès de 35 départements de médecine générale français a notamment mis en évidence des disparités dans les modalités et le niveau de développement de la formation à l'interprofessionnalité. Plusieurs freins organisationnels et pédagogiques sont rapportés, notamment un manque de ressources humaines et pédagogiques, avec un nombre insuffisant d'enseignants ou de formateurs disponibles et formés pour porter ces enseignements (22)

La mise en œuvre de formations interprofessionnelles dépend également des terrains de stage proposés aux internes, qui ne permettent pas tous de bénéficier d'expériences favorisant une véritable collaboration entre professionnels. Des contraintes logistiques sont également identifiées, telles que la dispersion géographique des terrains de stage, les incompatibilités d'emploi du temps entre les différentes filières de santé et le temps nécessaire à l'organisation d'enseignements communs (22,23).

Au-delà de ces contraintes structurelles et organisationnelles, les représentations que les professionnels ont des autres métiers de santé et la connaissance parfois incomplète de leurs rôles respectifs peuvent également constituer des freins à la collaboration interprofessionnelle. Dans une étude portant sur les relations entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, Pithon et al. soulignent la nécessité de développer, dès la formation initiale, une compréhension partagée des rôles et des situations de collaboration entre les deux professions (24).

Malgré ces contraintes, des initiatives visant à développer la formation à l'interprofessionnalité sont progressivement mises en place au sein des départements de médecine générale français.

## 9. Objectif de l'étude

Si plusieurs dispositifs de formation à l'interprofessionnalité et certains de leurs bénéfices sont décrits dans la littérature, la manière dont les internes de médecine générale ont vécu leur propre formation, les expériences qui contribuent à leurs apprentissages, ainsi que les facteurs susceptibles de la favoriser ou de la limiter sont moins documentés.

L'objectif principal de cette étude est de décrire la perception qu'ont les internes de médecine générale de la subdivision d'Angers de leur formation à l'interprofessionnalité au cours de leur DES.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les facteurs influençant la formation, les attentes en matière de formation afin d'identifier les perspectives d'amélioration des dispositifs de formation.

# MÉTHODES

## 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative reposant sur des entretiens individuels semi-directifs et un entretien collectif. Cette approche a été retenue en raison de sa pertinence pour explorer le vécu, les perceptions et les expériences des internes de médecine générale concernant leur formation à l'interprofessionnalité.

## 2. Population et recrutement

La population étudiée était les internes de médecine générale de la subdivision d'Angers en fin de cursus.

L'échantillon était constitué d'internes de médecine générale de la subdivision d'Angers en fin de cursus et volontaires pour participer à l'étude. Aucun critère d'exclusion supplémentaire n'a été retenu.

Le recrutement s'est réalisé initialement par l'envoi d'un e-mail à l'ensemble de la promotion 2023 (annexe n°1) puis une relance a été effectuée par message sur le groupe de promotion 2023, complété ensuite par des sollicitations individuelles auprès de co-internes de stage.

Les personnes sollicitées étaient informées des objectifs de la recherche, de son cadre universitaire, ainsi que des modalités de participation. Il leur était précisé que l'entretien portait sur leur perception de la formation à l'interprofessionnalité et sur leurs éventuelles propositions d'amélioration (annexe n°2). Les entretiens étaient proposés en présentiel ou en distanciel, selon les possibilités et préférences des participants, pour une durée estimée de 20 à 45 minutes.

## 3. Entretiens individuels et collectif

Les entretiens étaient conduits soit en présentiel dans un lieu clos et confidentiel soit à distance par visioconférence. Cette modalité d'interview individuel permettait de favoriser l'expression personnelle des participants, leur vécu et leurs expériences propres concernant leur formation à l'interprofessionnalité.

L'entretien collectif permettait de favoriser les interactions entre les participants et de confronter leurs différents points de vue. Cette modalité permettait de faire émerger des représentations partagées, mais également des divergences suscitées par la dynamique de groupe. Il a été animé par une Cheffe de Clinique associée (CCA) de médecine générale au Mans, non impliquée dans la conception de l'étude. Le choix d'une animatrice extérieure à l'équipe de recherche avait notamment pour objectif de favoriser une expression libre des participants et de limiter l'influence potentielle des chercheuses sur les échanges.

Le recours à ces deux modalités de recueil était ainsi complémentaire.

Ces entretiens individuels et l'entretien collectif ont été réalisés à partir d'un même guide d'entretien établi au préalable (Annexe n°3) ayant servi de fil conducteur. Celui-ci comportait une trame évolutive comportant des questions ouvertes permettant de conduire l'entretien et de relancer si nécessaire le participant par d'autres questions plus ciblées.

## 4. Recueil des données

Les entretiens individuels ont été réalisés de janvier 2026 à juillet 2026 jusqu'à suffisance des données. À partir du septième entretien individuel, les données recueillies apparaissaient redondantes et n'apportaient plus d'éléments nouveaux significatifs au regard des catégories déjà identifiées.

L'enregistrement puis la retranscription ont été effectués ad integrum à la suite des entretiens, à l'aide soit du logiciel Teams soit de la modalité de retranscription intégré du dictaphone d'un téléphone portable.

## 5. Analyse des données

Les données ont été organisées dans un tableau Excel au fur et à mesure du recueil. Puis les analyses ont été mises en commun dans un document partagé (Google Sheets) afin de permettre la confrontation des codages.

Cette analyse s'est inspirée des principes de la théorisation ancrée et reposait sur un double codage des données puis triangulation avec la directrice de thèse.

Les 7 entretiens individuels et l'entretien collectif ont été répartis entre les deux chercheuses. La première chercheuse a analysé quatre entretiens individuels, tandis que la seconde a analysé trois entretiens individuels et l'entretien collectif. Chaque chercheuse a réalisé son codage indépendamment, sans concertation préalable sur l'attribution des codes, afin de permettre une analyse de chaque verbatim avec un regard distinct.

Le codage a consisté en une lecture successive des verbatims permettant d'identifier des étiquettes expérientielles, au plus près du discours des participants. Ces dernières ont ensuite été regroupées en étiquettes thématiques, puis mises en relation et regroupées en propriétés puis en catégories conceptuelles.

Une relecture mutuelle des codages a ensuite été réalisée par les deux chercheuses. Cette confrontation a permis de comparer les analyses, de discuter les différences d'interprétation et d'harmoniser progressivement les étiquettes thématiques, les propriétés et les catégories retenues. Les résultats de cette analyse ont été mis en commun et discutés jusqu'à l'obtention d'une interprétation partagée des données.

## 6. Cadre légal et éthique

Le consentement à la participation, à l'enregistrement audio et à l'analyse des données a été recueilli oralement au début de chaque enregistrement. Les participants étaient informés de leur possibilité de ne pas répondre à certaines questions et d'interrompre leur participation à tout moment, sans avoir à se justifier.

Les entretiens ont été secondairement anonymisés.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques des participants

### 1.1. Données socio-démographiques

Au total, sept entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés, complétés par un entretien collectif réunissant quatre participants, soit un total de onze participants. Ils ont été caractérisés selon leur cursus d'internat.

L'échantillon était composé de sept femmes et quatre hommes, dont le plus jeune participant était âgé de vingt-six ans et le plus âgé de trente ans.

Les caractéristiques individuelles des participants sont présentées dans les tableaux suivants :

*Tableau I : Caractéristiques des participants en entretiens individuels*

| **7 ENTRETIENS INDIVIDUELS** | | | |
|---|---|---|---|
| PARTICIPANT | CURSUS DE L'INTERNAT | LIEU DE L'ENTRETIEN | DURÉE DE L'ENTRETIEN |
| I1 | SN1<br>Urgences<br>Pédiatrie<br>Service hospitalier<br>SASPAS | Visioconférence | 42min17 |
| I2 | SN1<br>Urgences<br>Gynéco-Pédiatrie<br>Service hospitalier<br>SASPAS | Visioconférence | 46min32 |
| I3 | SN1<br>Urgences<br>Pédiatrie<br>Service hospitalier<br>SASPAS | Visioconférence | 29min32 |
| I4 | SN1<br>Urgences<br>Pédiatrie<br>Service hospitalier<br>Service hospitalier | Visioconférence | 28min11 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| I5 | SN1<br>Urgences<br>Gynéco-pédiatrie<br>Service hospitalier<br>SASPAS | Visioconférence | 31min05 |
| I6 | SN1<br>Urgences<br>Gynéco-pédiatrie<br>Service hospitalier<br>Service hospitalier<br>SASPAS | Présentiel (à domicile) | 20min50 |
| I7 | SN1<br>Urgences<br>Pédiatrie<br>Service hospitalier<br>Service hospitalier<br>SASPAS | Présentiel (cabinet médical) | 20min20 |

*Tableau II : Caractéristiques des participants à l'entretien collectif*

| **1 ENTRETIEN COLLECTIF** | | | |
|---|---|---|---|
| PARTICIPANT | CURSUS DE L'INTERNAT | LIEU DE L'ENTRETIEN | DURÉE DE L'ENTRETIEN |
| IA | SN1<br>Urgences<br>Gynécologie<br>Service hospitalier<br>SASPAS | Présentiel post-GEAP en salle de cours | 1h02 |
| IB | SN1<br>Urgences<br>Pédiatrie<br>Service hospitalier<br>SASPAS | | |
| IC | SN1<br>Urgences<br>Pédiatrie<br>Service hospitalier<br>Service hospitalier<br>SASPAS | | |
| ID | SN1<br>Urgences<br>Gynécologie<br>Service hospitalier<br>SASPAS | | |

## 1.2. Parcours et cursus de formation

Les participants présentaient des parcours de formation diversifiés, avec des expériences réalisées dans différents stages hospitaliers et ambulatoires des Pays de la Loire. Tous avaient été confrontés aux principaux terrains de formation de la maquette du DES de médecine générale, notamment le stage ambulatoire de niveau 1, le stage aux urgences, le stage en pédiatrie et/ou gynécologie, ainsi que le stage de médecine adulte hospitalière.

Dix participants avaient réalisé ou étaient engagés dans un stage ambulatoire de niveau 2 de type SASPAS. Un participant n'avait pas encore expérimenté ce type de stage au moment de l'entretien.

Sur les onze participants, neuf avaient réalisé au moins un stage en Mayenne, huit en Sarthe et sept dans le Maine-et-Loire. Au sein de l'échantillon, plusieurs participants avaient effectué leur cursus d'internat dans plusieurs départements.

## 1.3. Modalités de recueil

Les sept entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés entre janvier et juillet 2026. Les quatre premiers entretiens ont été menés par une première chercheuse. Un entretien collectif a ensuite été réalisé. Puis trois entretiens individuels supplémentaires ont été conduits par la seconde chercheuse.

Pour les entretiens individuels, l'interviewer, correspondant à l'une des deux thésardes a été nommé « Interviewer », les internes nommés de « Interne 1 » à « Interne 7 » correspondant à l'ordre dans lequel les entretiens ont été menés.

Concernant l'entretien collectif, le modérateur était l'animateur habituel de GEAP a été nommé « Animateur » et les participants ont été nommés de « Interne A » à « Interne D ».

# 2. Principaux résultats

## 2.1. Des représentations qui évoluent

### 2.1.1. L'interprofessionnalité, un concept théorique flou

#### a) Une définition initialement floue de l'interprofessionnalité

Dès le début des entretiens, la notion d'interprofessionnalité renvoyait les internes à une définition hésitante "*Ben je ne crois pas que je fasse une différence [entre interprofessionnalité et pluriprofessionnalité]. Je pense que si les mots existent c'est qu'il y en a une mais j'avoue que là comme ça non je fais pas de différence*." (I3) L'interprofessionnalité apparaissait d'abord comme un concept théorique relativement flou. Certains internes perplexes interrogeaient les chercheuses sur la définition exacte de l'interprofessionnalité lors de l'entretien " *J'allais te demander en vrai."* (I1).

La confusion entre l'interprofessionnalité et la pluriprofessionnalité était très présente "*je pense que.. est-ce qu'il y a vraiment une différence?"* (I5). La simple présence de plusieurs acteurs de santé dans un même lieu était souvent perçue, dans un premier temps, comme l'aboutissement du travail en équipe. Les structures telles que les MSP venaient parfois conforter cette confusion sémantique, où le fait d'exercer sous un même toit était fréquemment assimilé d'office à une pratique collaborative *« Ben moi je dirais euh… je le mets un peu comme pluriprofessionnel, comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, mais peut-être que c'est un peu différent. »* (I1).

Néanmoins, certains internes affirmaient une différence entre ces deux termes, mais la nuance restait non définie *« Je sais pas du tout, je pense qu'il y a une différence mais je sais pas ce que c'est »* (I1).

### b) Une représentation de l'interprofessionnalité centrée sur la mise en commun

Toutefois, la réflexion menée au fil de l'échange permettait une déconstruction progressive de ce flou. En verbalisant leurs expériences, les internes dépassaient la simple addition de métiers pour y intégrer l'idée d'une dynamique active et relationnelle. Le champ lexical employé évoluait d'ailleurs vers celui de l'interaction *« Hum… je dirais… Humm… Discussion, oui, échange… discussion… commun »* (I1). Dès lors, le flou conceptuel finissait par se dissiper pour en faire le constat suivant : le regroupement géographique ne garantissait pas l'échange. Il apparaissait que la présence de multiples soignants autour du patient ne suffisait pas à faire équipe *« Oui mais ils discutent pas tous ensemble je trouve. [...] Y'a pas les mêmes dynamiques partout. »* (I1). L'interprofessionnalité émergeait alors, non plus comme un simple regroupement de plusieurs professionnels sur un même lieu, mais comme une véritable « *mise en commun des points de vue* » (I1), nécessitant un effort sur le plan relationnel.

## 2.1.2. Prise de conscience du rôle des différents acteurs de santé

### a) La complémentarité de chaque professionnel

L'interprofessionnalité était ressentie comme la reconnaissance des rôles de chaque professionnel "*Eh Ben interprofessionnalité dans mon esprit, c'est la coordination, tout le monde est en contact et c'est pour que ce soit fluide" (I4).* Les internes décrivaient qu'en se décentrant d'une vision exclusivement médicale, le rôle et l'apport des autres professionnels de santé, médicaux mais aussi paramédicaux, devenaient plus concrets. Cette transition marquait le passage d'une vision abstraite des autres soignants vers une compréhension de la notion de complémentarité des rôles et de son importance, où l'interne réalisait que *« chaque professionnel intervient dans son domaine »* (I1). Cette découverte s'opérait souvent de

manière fortuite lors des stages ou grâce à de brèves immersions sur le terrain, demandées à être réalisées par la faculté lors du stage praticien de niveau 1, et dont l'impact formateur se révélait assez important. En effet, l'observation directe du quotidien d'autres professionnels modifiait les représentations. C'était notamment le cas lors du suivi des soins infirmiers à domicile, qui permettait à l'interne d'appréhender des réalités cliniques et sociales inaccessibles depuis le cabinet médical *« Je voyais des petites choses dont je me rendais pas compte [...] C'était en plein dans la vie des gens, le matin ou au réveil, au lit quoi » (I1)*. De la même manière, la présence de nouveaux métiers tels que *« les infirmières ASALEE ou les infirmières IPA pour les suivis des maladies chroniques » (I4),* aidait les internes à envisager un travail en coordination, en collaboration.

### b) L'apport de la formation facultaire

Parallèlement, cette mise en évidence des spécificités professionnelles générait chez l'interne l'identification de ses propres lacunes. Effectivement, l'interprofessionnalité n'était plus seulement perçue comme un adressage, mais comme une opportunité d'acquérir des compétences pratiques transversales. Les internes exprimaient une réelle appétence pour des partages d'expériences très concrets, en témoignait la volonté d'échanger directement avec d'autres professionnels, comme les masseurs-kinésithérapeutes par exemple, afin de transmettre des exercices pour leurs patients *« Comme on prescrit beaucoup de kiné [...] j'aimerais bien des fois savoir donner des exos aux patients, des trucs tout bêtes. »* (I1). Les enseignements transversaux médecins/pharmaciens organisés par la faculté aboutissaient à une motivation à collaborer *« Le soir d'après quand je suis rentrée je me suis dit : Ouais faut absolument que je fasse plein de trucs avec les pharmaciens avec qui je serai quand je m'installerai »* (I1). L'autre professionnel n'était plus vu comme un simple collègue à qui on adresse des patients sans concertation, mais comme un futur partenaire de soins.

### 2.1.3. Une mise en commun des pratiques pour une prise en charge globale du patient

#### a) L'apport de l'interprofessionnalité dans les prises en charges complexes

L'évolution des représentations de l'interprofessionnalité se concrétisait par la prise de conscience de sa finalité clinique. Les internes dépassaient l'idée d'un simple confort d'exercice et voyaient plutôt le travail en équipe comme une véritable nécessité face à la complexité croissante des prises en charge. En médecine générale, la confrontation quotidienne au vieillissement de la population et aux maladies chroniques imposait rapidement une mise en commun des pratiques *« On a de plus en plus des patients complexes, donc il faut une équipe pour gérer ce genre de patients » (I3).*

L'interprofessionnalité ne se limitait alors plus à des interventions de plusieurs professionnels sans lien, mais impliquait une stratégie commune d'optimisation des soins. Cela montrait cette volonté de synchroniser les prises en charge. À titre d'exemple, un interne rapportait des échanges visant à structurer le sevrage médicamenteux d'un patient *« de trouver des techniques pour que la pharmacie en amont, le médecin, que ce soit bien coordonné pour qu'on fasse une désescalade [...] une sorte de petit protocole »* (I1). La pertinence même de certains actes était rediscutée grâce à cette approche globale *« des échanges sur la pertinence des prises de sang qu'on demandait »* (I1).

#### b) Un sentiment d'impuissance en ville comparativement à l'hôpital

La perte d'autonomie chez un patient était un exemple de prise en charge qui exigeait tout particulièrement cette interaction entre différents professionnels. Un sentiment d'impuissance était parfois décrit lorsque le réseau venait à manquer en ville, comparativement à l'environnement hospitalier *« Des situations qu'on voit pas mal [...] de patients qui sont en perte d'autonomie, où souvent on a besoin d'être à plusieurs, de l'infirmière, l'assistante sociale [...] Ben on est moins à l'aise en ville je trouve au cabinet » (I1).* C'étaient d'ailleurs

fréquemment les professionnels paramédicaux qui étaient présents au domicile du patient qui initiaient ces échanges, alertant le médecin sur la dégradation globale de l'état de santé *« Les infirmières à domicile qui interpellent pour un patient qu'on voit au cabinet, ce sont des patients plutôt polypathologiques et âgés »* (I1). Les échanges qui ont eu lieu en amont entre les professionnels permettaient d'éclairer la consultation à venir *« J'ai pu avoir une idée un peu du dossier avant de voir la personne » (I4)*, et la coordination en aval permettait d'optimiser le suivi *« Donc elle était bien prise en charge et avec des consultations plus rapprochées pour la suite » (I4).*

## 2.2. Apprentissage expérientiel

### 2.2.1. L'influence déterminante des types de structures

#### a) Un fonctionnement différent entre l'hôpital et le cabinet

L'apprentissage de l'interprofessionnalité en stage était avant tout conditionné par l'environnement dans lequel l'interne avait évolué. Les internes mettaient en évidence une différence importante entre l'exercice hospitalier et libéral. L'hôpital était perçu comme un environnement qui facilitait l'échange, le travail coordonné, et où la collaboration était institutionnalisée "*À l'hôpital [...] il y a toujours des réunions organisées ou en tout cas c'est plus ancré dans l'organisation des services"* (I1). La proximité physique des différents professionnels et la globalité de la prise en charge au cours de l'hospitalisation imposaient presque naturellement le travail d'équipe, parfois même sans que l'interne n'ait à l'initier "*À l'hôpital on n'a pas le choix"* (I1). À l'inverse, la médecine de ville exigeait une démarche davantage proactive de la part de l'interne. L'exercice ambulatoire nécessitait de "*créer l'espace*" (I1) et requérait un "*effort de créer ces discussions*" (I1), ce qui pouvait engendrer un sentiment de vulnérabilité "*On est moins à l'aise en ville je trouve au cabinet, alors qu'à l'hôpital tout est rassemblé*" (I1)

Cette sensation de devoir faire davantage d'effort en ville était d'autant plus marquée que les internes traversaient une grande diversité de lieux de stage, ce qui engendrait ainsi des expériences très hétérogènes "*malgré tous les efforts qu'on fait il y a quand même de grosses disparités entre les terrains de stage"* (I5). A noter que dans cette grande diversité, le classement impactait fortement l'accès aux différents stages, puisqu'en se rapprochant de la fin du classement, l'interne avait de moins en moins de choix jusqu'à se voir imposer un terrain de stage. "*Par rapport à nos stages et nos classements, là sur le coup on peut rien faire alors*" (I5).

### b) Des différences entres les types de structures en cabinet

Le type de structure jouait également un rôle important sur la fréquence des échanges. Si certains cabinets isolés "*Parce que il y avait un cabinet où il y avait personne, il y avait que les deux médecins et c'est tout*" (I5) favorisaient un exercice en petit comité, les structures coordonnées comme les MSP facilitaient davantage un travail en interprofessionnalité " *faire des projets ensemble [...] liés à toute la maison de santé*" (I1). Toutefois, la seule présence de locaux communs ne suffisait pas à créer une équipe pour autant. La proximité géographique n'était pas une garantie absolue de communication "*chacun travaille de son côté, même si tout le monde travaille dans le même endroit"* (I6).

### c) Le rôle du MSU

Dans ce contexte structurel très variable, le MSU apparaissait comme un facteur indispensable de l'apprentissage "L*es maîtres de stage oui carrément parce que c'est leur rôle en fait aussi de nous aider à nous intégrer"* (I5). C'était par le mimétisme et l'observation de la pratique du MSU que l'interne se familiarisait avec le réseau local " *On s'inspirera et on verra comment le maître de stage fait*" (I1). Lors des débriefings de fin de journée lors du stage en SASPAS, le MSU transmettait non seulement son expérience clinique, mais aussi ses outils de

collaboration *"il nous donne ses techniques [...] comment lui, il aurait fait autrement pour étayer la situation"* (I1), ou au début du stage *« il m'a donné comme un petit carnet d'adresse » (I6)*. Le MSU avait le pouvoir d'inclure activement l'interne "*en l'invitant aux RCP ou en lui demandant de présenter un dossier"* (I2), mais aussi à l'inverse d'exclure totalement l'interne dans le réseau interprofessionnel, dès le début du stage *« on les connaît pas forcément [...] on nous a pas présenté »* (I6). L'attitude du MSU pouvait constituer un frein majeur si celui-ci cultivait un exercice isolé " *À moins de tomber avec un senior en ville qui soit vraiment contre ça et pas du tout dans cette dynamique, j'imagine qu'il serait un peu bloquant."* (I1)

### 2.2.2. Les pratiques collaboratives

#### a) Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

L'expérience en stage permettait à l'interne d'expérimenter la grande diversité des modalités d'échange. La collaboration prenait d'abord forme dans des cadres institutionnalisés. Les RCP en sont l'exemple premier, offrant un espace partagé où chaque professionnel avait la parole. Les internes rapportaient la richesse de ces temps dédiés, où la transversalité y était très présente *« Pharmacien, assistante sociale, où chacun prépare les patients dont ils veulent parler [...] Donc les médecins, les pharmaciens peuvent proposer, les assistantes sociales. »* (I1)

Bien que considérés comme formateurs, ces temps formels étaient en revanche perçus comme trop rares en médecine ambulatoire, suscitant une forte demande de la part des internes « *Les RCP c'était pas mal, mais... Que ce soit proposé pas que dans les stages à l'hôpital »* (I1).

#### b) Des échanges informels

En raison du manque de temps dédié en ville, l'interprofessionnalité reposait fortement sur les échanges informels. Ces moments, non programmés et non tracés, se révélaient très présents et indispensables pour la continuité des soins. La machine à café, les couloirs ou la

pause déjeuner devenaient les véritables moments de la coordination médicale *« Mais au moins comme ça j'ai déjà eu la kiné [...] qui m'interpelle dans le couloir [...] pour me parler d'une patiente »* (I6). La proximité physique évoquée précédemment trouvait ici tout son sens clinique, permettant de résoudre des situations complexes « *Des assistantes sociales qui viennent le matin au café parce qu'elles ont une situation [...] ça se faisait un peu au besoin quoi.* » (I1). Toutefois, la présence de ces temps informels pouvaient être déstabilisant pour l'interne, certains estimant que ces espaces n'étaient pas un moment adéquat pour un partage d'informations médicales « *Je trouve que la pause déjeuner n'est pas le moment adéquat » (I2).*

### c) Des outils de communications

L'expérience par les stages apprenait la maîtrise de la traçabilité et des outils de communication. C'était presque exclusivement en stage que l'interne acquérait ces compétences pratiques *« sur le terrain quoi quand on demande des avis » (I6)* et à l'hôpital *"à l'hôpital oui c'est sûr que on sollicite tout le temps des avis" (I5).*

La gestion des messageries sécurisées, de la télé-expertise (comme Omnidoc) ou des dossiers partagés devenait une routine indispensable en cabinet, et pourtant ici encore peu appréhendée en théorie *"nous parler de comment fonctionne Omnidoc, de comment fonctionnent les demandes d'avis" "il y a plein d'internes qui ne l'utilisent pas parce que ils savent pas trop comment ça fonctionne"* (I5). Cependant, ces outils pouvaient paradoxalement devenir un frein à la véritable collaboration s'ils remplaçaient le lien humain. Plusieurs internes rapportaient avoir réduit la relation interprofessionnelle à une simple transmission administrative, confondant ainsi communication et collaboration *« Je faisais le renouvellement [...] l'ordonnance tu ne la laisses pas au patient, c'est l'infirmière qui viendra la chercher [...] Mais je n'ai pas demandé d'informations de mon côté »* (I1).

### 2.2.3. Obstacles et ajustement de la posture

#### a) Un manque de temps identifié comme obstacle

Si les stages étaient le lieu privilégié de l'apprentissage, ils étaient également le lieu où l'interne se confrontait aux limites et aux freins de l'interprofessionnalité. Le premier obstacle majeur identifié lors des entretiens était la contrainte temporelle. En effet, la concertation avec les autres professionnels était fréquemment perçue comme une activité chronophage qui venait rajouter du temps de travail plutôt que d'en faire d'office partie. Bien qu'ils en reconnaissaient l'utilité théorique, des internes admettaient mettre de côté l'échange par manque de temps *« C'est bien de le faire mais je prenais pas le temps de le faire » (I1).* Ce sentiment de manque de temps reléguait parfois la communication interprofessionnelle au second plan face à l'exigence du rythme des consultations "*on est tout seul pour gérer des patients qui viennent entre guillemets à la chaîne* (I7)".

#### b) L'exercice individuel comme solution de facilité

Face à cette pression, le repli sur l'exercice individuel apparaissait souvent comme la solution de facilité. La configuration même des cabinets en ville favorisait cet isolement. Le fait d'être seul dans son bureau était décrit comme un processus naturel contre lequel il fallait lutter *« Il y a aussi le côté physique en ville, on est souvent dans son bureau. Et puis on voit pas forcément les autres professionnels"* (I2). L'absence de concertation n'empêchait pas de prendre en charge le patient et de le soigner pour autant *« On arrive à le faire sans quoi, on arrive à les voir, à renouveler le traitement et que ça se passe comme ci, comme ça"* (I1). Travailler seul demandait moins d'effort d'ajustement que de se coordonner *« Peut-être que c'est pour ça que je me force moins. »* (I1)

#### c) Les contraintes relationnelles

À ces freins organisationnels s'ajoutaient d'autres limites, tel que le relationnel. L'apprentissage de la collaboration nécessitait de se mettre en lien et d'accepter d'exposer sa pratique médicale devant les autres. Les verbatims révélaient une certaine appréhension face à la dynamique de groupe. La crainte du conflit ou de la mauvaise ambiance en cas de désaccord professionnel était soulevée *« Bah ils vont encore moins s'entendre je sais pas et faire une mauvaise ambiance [...] J'ai pas vécu mais j'imagine quoi » (I1)*. De plus, certains internes traversaient des périodes de doute quant à leur légitimité et la place à prendre, ce qui pouvait paralyser l'initiative. La peur de déranger l'autre professionnel, de paraître incompétent ou de ne pas savoir comment faire pour demander un avis de manière pertinente pouvait freiner l'apprentissage à l'interprofessionnalité, particulièrement au début du cursus d'internat "*Quand j'étais en cabinet avec les autres médecins, j'avais peu de rapport avec les autres professionnels, moi en tant qu'interne 1er semestre*" (I7)

L'apprentissage expérientiel ne consistait donc pas seulement à apprendre à utiliser des outils ou à assister à des RCP. Il s'agissait d'un véritable ajustement de la posture. L'interne devait apprendre à lutter contre le cloisonnement physique de son bureau, à dédier un temps volontaire à l'échange en plus du temps de consultation, et à dépasser ses appréhensions sur le plan relationnel pour assumer pleinement sa place au sein de l'équipe de soins.

## 2.3. L'apport d'une formation institutionnelle

### 2.3.1. Un enseignement théorique perçu comme infructueux

#### a) Un questionnement sur la légitimité de la faculté à proposer un enseignement à l'interprofessionnalité

Si l'apprentissage expérientiel semblait être le pilier de la formation à l'interprofessionnalité, la place de la formation universitaire suscitait davantage de réserves de

la part des internes. Un décalage relativement important entre l'enseignement proposé par la faculté et les exigences en pratique du travail en équipe avait été constaté par les internes. Pour certains, l'interprofessionnalité était une compétence qui s'apprenait exclusivement en stage et qui était donc difficilement apprise par des cours *"le terrain de stage c'est suffisant en lui-même"* (I7). Les internes semblaient sceptiques quant à la capacité de la faculté à enseigner théoriquement l'interprofessionnalité *« Je sais pas si un cours qui nous expliquerait comment faire serait très pertinent »* (I1).

### b) Une priorisation sur les compétences cliniques

Ce décalage s'expliquait en partie par les choix opérés par les internes eux-mêmes. Au cours de l'internat de médecine générale qui était décrit comme dense, l'apprentissage du travail en équipe était fréquemment perçu comme secondaire par rapport à l'acquisition de compétences purement cliniques. L'interne avouait choisir en priorité les ET qui apportent des compétences cliniques face à des enseignements davantage portés sur le psycho-social. Un interne illustrait ce choix de priorité avec franchise *« Si j'avais des cours à choisir ou des journées de formation à choisir [...] si par exemple en parallèle il y a un cours sur le bilan cardio ou d'autres choses qui sont tout aussi importantes, peut-être que je le mettrais un peu en second plan. »* (I1)

### c) Les stages, considérés comme formateurs à l'interprofessionnalité

Face à une université jugée parfois éloignée des réalités du terrain, le stage était indiqué comme le lieu privilégié pour l'apprentissage de l'interprofessionnalité. La différence entre le temps passé à la faculté et celui passé en stage renforce ce sentiment de prioriser l'expérience *« Clairement plus en stage [...] c'est incomparable, ce n'est même pas sur les mêmes plans pour moi, on ne peut pas faire équivaloir une journée de cours à 6 mois de stage. »* (I1) Cet écart perçu engendrait parfois un questionnement sur le rôle même de l'université concernant

cet apprentissage, certains internes admettant une certaine fatalité *« Donc la fac, je sais pas ce qu'elle pourrait faire dedans » (I3).*

Cependant, cette critique de l'enseignement théorique ne signifiait pas un rejet total de l'institution. Au contraire, elle mettait en évidence un besoin de revoir la pédagogie universitaire pour l'adapter aux besoins réels des internes, adaptée à la médecine ambulatoire *"je pense que ça pourrait être beaucoup plus intéressant que l'ET tel qu'il est. Donc oui, peut-être créer de nouveaux ET"* (I5).

### 2.3.2. Un besoin d'enseignement concret et d'outils de collaboration

#### a) Une volonté d'apprentissage pratico-pratique

Si les enseignements théoriques classiques semblaient peu convaincants, une attente vis-à-vis de la faculté avait été constatée dès lors qu'elle proposait des apprentissages utiles dans la pratique. Les internes exprimaient un besoin clair de "pratico-pratique", notamment concernant l'utilisation des nouveaux outils de coordination. La maîtrise des plateformes de télé-expertise (comme Omnidoc) ou des messageries sécurisées était acquise au fil du temps sur le terrain, ce qui était parfois regretté *"C'était avec les stages. Mais c'est vrai qu'on nous l'a pas appris à la fac entre guillemets, c'était vraiment dans les stages" (I1).* Bien que certains internes estimaient que cet apprentissage aurait été trop rapide pour justifier un cours entier, d'autres y voyaient une opportunité pour la faculté de préparer concrètement l'interne à se former à l'interprofessionnalité *"Après si c'est un cours, si c'est un cours vraiment où on va avoir des pros intéressés qui viennent et qui nous donnent leur point de vue, qui nous chacun donne son avis sur la façon de travailler des…de l'autre spécialité, et cetera pour un peu ouais, comprendre un peu comment les autres fonctionnent, comment l'autre spé fonctionne. Là peut-être que j'irai parce que du coup ouais, je me dis que c'est du gain de temps parce que*

*ça, condense, ça condense les infos utiles qu'on peut passer en passant une journée dans un cabinet de kiné par exemple" (I1).*

### b) Un souhait de rencontrer les différents professionnels de santé

Les internes exprimaient le souhait de pouvoir rencontrer directement d'autres professionnels de santé au sein de la faculté. Les entretiens témoignaient d'une attente d'intégration de ces professionnels aux enseignements facultaires. Plutôt que de bénéficier uniquement d'un enseignement théorique sur la collaboration interprofessionnelle, les internes souhaitaient pouvoir intervenir et échanger directement avec les professionnels paramédicaux *"je pense que ça aurait été bien d'avoir ça (référence à l'ET médecin-pharmacien) avec les infirmiers/infirmières. Parce qu'on travaille beaucoup beaucoup avec eux"* (I5). Cette approche pédagogique était d'ailleurs perçue comme une stratégie permettant un gain de temps dans l'apprentissage. Faire intervenir des professionnels à l'université était vu comme une alternative particulièrement efficiente comparativement aux journées d'observation, parfois difficiles à organiser *"Si c'est condensé, que tout le monde est là en même temps au même endroit, tout le monde est motivé. C'est vrai que ça peut être du gain de temps" (I1).*

La faculté trouvait sa place lorsqu'elle parvenait à proposer une véritable dynamique de réseau. Les ET qui réunissaient, par exemple, futurs médecins et futurs pharmaciens, étaient décrits comme des expériences particulièrement appréciées *"Ce cours là vraiment très bien"* (I5).

Lorsqu'elle donnait des conseils concrets, la faculté parvenait à faire évoluer la posture de l'interne. Un interne rapportait ainsi l'impact direct d'une recommandation universitaire sur sa pratique d'intégration dans ses stages *"donc ça nous a permis aussi d'échanger, sur des sites hyper utiles pour tous les jours, notamment le site Meddispar, qui est hyper pratique, [...] que j'utilise d'ailleurs" (I5).* L'attente envers la faculté résidait donc dans l'apprentissage concret de manière de collaborer, de travailler ensemble.

### 2.3.3. Perspectives pédagogiques

#### a) La faculté, un complément à la formation par les stages

Il apparaissait que la formation à l'interprofessionnalité ne pouvait se résumer à une opposition binaire entre l'enseignement facultaire et les stages. Les internes souhaitaient une pédagogie complémentaire, où la faculté venait compléter les expériences vécues en stage. Plutôt que d'imposer un cours théorique, les internes encourageaient l'utilisation d'espaces d'échanges encadrés, à l'image des GEAP. Ces temps de partage entre internes, animés par un enseignant de la faculté, s'avéraient efficaces pour diffuser des expériences collaboratives *"Les lignes téléphoniques, les trucs comme ça d'avis, sinon on les apprend en discussion en GEAP, des fois ça donne des idées" (I1).* L'étudiant s'enrichissait alors du réseau et des solutions trouvées par ses camarades.

#### b) Un enseignement dynamique

Les internes exprimaient une demande pour des formats d'apprentissage dynamiques, participatifs et proches du terrain. Le modèle du cours magistral devait, selon certains, laisser place à une pédagogie basée sur la mise en situation.

Cette volonté d'apprentissage sur un format dynamique se déclinait sous plusieurs formes. La simulation ressortait ainsi comme l'une des perspectives les plus demandées pour l'enseignement universitaire. Les internes y voyaient un outil idéal pour s'entraîner à la coordination *"Organiser justement des temps d'échange pratique [...] avec d'autres professionnels pour faire une sorte de simulation" (I2).* Les internes suggéraient de remplacer certains ET par des ateliers pratiques au sein des centres de simulation du CHU. L'objectif aurait été la capacité à faire appel aux bonnes ressources au bon moment *"Faire une consultation médicale avec un parcours complexe [...] se mettre en difficulté parce qu'on trouvera pas la bonne réponse, mais pouvoir sur cette base-là échanger : pour tel problème,*

*à qui on adresse ?" (I4).* D'autres proposaient de reconstituer virtuellement les temps formels de coordination, comme l'idée de mettre en place *"des simulations de RCP avec infirmier, pharmacien" (I4)*.

Pour que ces formats soient intéressants, les internes insistaient sur un point indispensable qui est la présence des autres professions de santé. Les simulations entre médecins uniquement étaient jugées insuffisantes. La véritable pédagogie nécessitait des temps de formation inter-filières. Les rares expériences de ce type vécues lors des stages, par exemple *« une simulation sur une situation urgente avec infirmier, aide-soignant » (I3)* aux urgences, avaient laissé une trace sur leur formation. Ramener ce type d'intervention à la faculté, sous forme d'ateliers interactifs où chaque professionnel *« présente ce qu'il veut dire et puis après [on pose des] questions » (I1)*, permettrait de gagner un temps précieux et de diminuer les freins relationnels.

### c) Proposition d'un enseignement facultatif

Cependant, pour les internes, les enseignements devaient susciter l'adhésion plutôt que la contrainte. Les internes se montraient réticents face à l'idée d'une obligation stricte de participer à ces enseignements *"Je dirais pas qu'il faut l'imposer parce que ça passe jamais bien quand c'est imposé, mais de donner l'idée quoi." (I2)*
Concentrée sur une demi-journée ou une journée *« la simulation sur une demi-journée, je pense que c'est déjà pas mal » (I4)*, cette approche interactive et optionnelle permettrait à l'université de proposer une véritable formation à l'interprofessionnalité avec des internes volontaires.

Pour conclure, l'apport de la formation facultaire serait de donner des éléments concrets permettant l'apprentissage de l'interprofessionnalité, avec la rencontre des autres professionnels de santé ou mettre en place des sessions de simulations. Si l'interne *« privilégie*

*massivement le stage face à la faculté » (I1)*, il reconnaissait néanmoins que lorsque l'université apportait un rôle de guide en facilitant les choses *« Si on nous demande de le faire de la fac, c'est que ça doit être important » (I1)*, elle permettait d'être complémentaire et d'apporter des éléments que les stages ne pouvaient garantir.

# DISCUSSION

## 1. D'une définition floue vers l'expérience concrète et plébiscitée d'un travail en interprofessionnalité

### 1.1 L'interprofessionnalité, une notion difficilement conceptualisée sans expérience

L'un des principaux résultats de cette étude est le décalage observé, chez des internes en fin de cursus, entre la place accordée à la coordination et au travail en équipe dans les compétences attendues du médecin généraliste et la difficulté des internes à définir précisément l'interprofessionnalité.

Cependant, cette difficulté ne semblait pas traduire une méconnaissance du travail collaboratif mais plutôt une difficulté à mettre des mots et à conceptualiser les pratiques collaboratives qu'ils avaient pourtant déjà expérimentées. En effet, au cours des entretiens, les situations vécues en stage permettaient aux participants de décrire concrètement l'interprofessionnalité comme une mise en commun des points de vue, des compétences et des informations autour du patient.

L'expérience semblait donc jouer un rôle important dans la compréhension de l'interprofessionnalité. Les internes pouvaient développer des pratiques collaboratives sans nécessairement les identifier comme telles.

Cette observation rejoint les travaux sur l'apprentissage en contexte professionnel. En soins primaires, les échanges informels autour des situations cliniques rencontrées constituent notamment des occasions d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle. L'observation des pratiques des autres professionnels participe également à ces apprentissages (25). Une autre étude décrit également des apprentissages interprofessionnels qui se construisent souvent de manière informelle, spontanée et implicite sur le lieu de travail (26).

Le caractère implicite de ces apprentissages pourrait contribuer à expliquer le décalage observé dans cette étude entre la difficulté à définir l'interprofessionnalité et l'expérience concrète du travail collaboratif. Les interactions quotidiennes avec les autres professionnels peuvent constituer des occasions d'apprentissage sans être identifiées comme telles par les internes. Dans un article consacré à l'apprentissage interprofessionnel informel en contexte professionnel, les auteurs soulignent également que ces interactions représentent des occasions importantes d'apprentissage interprofessionnel, mais qu'elles restent souvent peu identifiées et peu exploitées sur le plan pédagogique (27).

La difficulté initiale à définir le concept ne signifie pas nécessairement une absence de compétence collaborative, mais pourrait témoigner du caractère implicite et expérientiel de son apprentissage. L'interprofessionnalité semble ainsi être une compétence qui se construit progressivement avec l'expérience, plutôt qu'un savoir théorique à acquérir.

## 1.2 De la connaissance des professions à la construction d'une identité professionnelle collaborative

La découverte des autres professions de santé occupait une place importante dans le discours des internes. Les expériences d'observation et de collaboration leur permettaient de mieux comprendre le rôle, les compétences et la place de chacun dans la prise en soins d'un patient. Cette connaissance semblait ainsi utile pour identifier quand et comment faire appel aux compétences de ces professionnels.

Ce résultat rejoint les données de la littérature qui soulignent l'importance de connaître les rôles des différents professionnels dans la collaboration interprofessionnelle. Une revue systématique de 2015, portant sur 26 études d'éducation interprofessionnelle en soins primaires auprès d'étudiants de différentes filières de santé, rapporte un effet bénéfique avec une meilleure compréhension des autres professions ainsi que le développement de compétences liées au travail en équipe (28).

Dans notre étude, cette connaissance semblait surtout se construire au contact des pratiques réelles. Les internes découvraient les compétences des autres professionnels à travers les situations rencontrées en stage, plutôt que par un apprentissage théorique de leurs rôles.

La littérature rapporte des résultats similaires concernant le rôle des situations concrètes dans ces apprentissages : une étude qualitative portant sur l'apprentissage interprofessionnel en contexte clinique et une revue systématique portant sur des activités d'observation et de prise en charge interprofessionnelles rapportent des bénéfices sur la compréhension des rôles des autres professions, ainsi que sur le développement du travail en équipe (29,30).

Cette expérience pouvait également faire évoluer leur représentation du rôle du médecin. En prenant conscience de la complémentarité des compétences, les internes pouvaient envisager la prise en charge du patient au-delà de leurs propres compétences. La collaboration ne consistait alors pas seulement à connaître les autres professions, mais aussi à reconnaître ce qu'elles pouvaient apporter dans un objectif commun de prise en soins du patient.

La connaissance des autres professions semblait ainsi faire évoluer la représentation des internes vers une approche plus collaborative de leur futur exercice. Cette évolution supposait également de trouver sa place dans les échanges avec les autres professionnels. Les résultats montraient que certaines collaborations pouvaient être freinées par des appréhensions relationnelles, par le manque de temps ou par la difficulté à savoir comment entrer en contact avec eux.

# 2. Un apprentissage fortement dépendant de l'environnement de formation

## 2.1 Des opportunités d'apprentissage inégalement réparties selon les terrains de stage

Les internes ne semblaient pas bénéficier des mêmes occasions d'observer ou d'expérimenter le travail avec les autres professionnels selon les terrains de stage.

Cette variabilité des expériences en stage est également décrite dans la littérature. Des études qualitatives menées auprès d'étudiants en médecine en 2019 puis en 2023 ont montré que les étudiants étaient exposés à des pratiques de collaboration influencées par l'organisation du travail et les conditions locales de chaque terrain de stage (31, 32).

Malgré une maquette de formation commune aux internes de médecine générale (33), les occasions de rencontrer et de collaborer avec d'autres professionnels pouvaient varier selon les professionnels présents sur le terrain, leur accessibilité, le fonctionnement de l'équipe et la place accordée à l'interne dans les situations de collaboration.

## 2.2 Un contraste entre l'hôpital et l'ambulatoire

À l'hôpital, la présence quotidienne de nombreux professionnels autour du patient semblait favoriser les occasions d'observer, d'échanger et de collaborer avec les autres professions. De même, des réunions intégrées au fonctionnement des services, telles que les staffs et les transmissions, constituaient autant d'éléments permettant de favoriser cet exercice interprofessionnel.

À l'inverse, l'exercice ambulatoire était décrit comme un environnement dans lequel les interactions interprofessionnelles étaient moins spontanées et plus dépendantes de l'organisation locale. Il nécessitait davantage une démarche volontaire de la part de l'interne pour entrer en contact avec les autres professionnels. La proximité géographique des professionnels, leur accessibilité, les habitudes de communication ou encore l'existence d'une structure pluriprofessionnelle semblaient conditionner les occasions de travailler ensemble.

Ce contraste peut s'expliquer en partie par les caractéristiques organisationnelles propres aux soins primaires. Ceux-ci sont caractérisés par une grande diversité de structures d'exercice, souvent de petite taille, et de professionnels qui ne se rencontrent pas nécessairement physiquement de façon régulière, contrairement à l'environnement hospitalier où les différents professionnels exercent au sein d'une même organisation (26). Cette organisation pourrait

expliquer les résultats obtenus dans notre étude sur le contraste entre l'environnement hospitalier et ambulatoire.

L'enjeu serait de rendre davantage visibles et accessibles les occasions de rencontre et de collaboration dans le secteur extrahospitalier.

## 2.3 De la proximité physique à la proximité relationnelle

La présence de plusieurs professionnels au sein d'un même lieu ne semblait pas, à elle seule, garantir une dynamique interprofessionnelle. La proximité géographique semblait constituer une condition facilitatrice, en offrant des occasions de rencontre, mais non suffisante, de l'interprofessionnalité.

Les échanges réguliers avec les autres professionnels semblaient faciliter la communication et favoriser l'instauration d'une relation de confiance. Celle-ci pouvait notamment se construire au cours des temps informels, lors des repas, dans les couloirs ou autour de discussions spontanées concernant les patients.

Dans un article publié à partir d'une revue de la littérature sur l'apprentissage en contexte professionnel, les interactions interprofessionnelles informelles sont décrites comme des occasions d'apprentissage importantes, mais insuffisamment exploitées (27).

Cette proximité relationnelle semblait également conditionnée par l'accès au réseau professionnel environnant. Dans notre étude, l'accessibilité des professionnels et la connaissance des modalités de recours facilitaient la collaboration. En parallèle, dans le mémoire sur l'interprofessionnalité en soins primaires de Maria Ghali rédigé en 2026, les internes rapportaient, parmi leurs difficultés de communication, un manque de connaissance du réseau, des difficultés à identifier les coordonnées des professionnels et à connaître les modalités de prise de contact selon les territoires et les organisations (21).

## 2.4 Le MSU comme guide de pratique collaborative

Les participants décrivaient le MSU comme pouvant faciliter leur intégration dans le réseau de professionnels du territoire, notamment en leur présentant les différents interlocuteurs, en leur transmettant un carnet d'adresses des professionnels, en explicitant les modalités de recours aux différents professionnels ou encore en les invitant à des réunions pluriprofessionnelles. Le MSU apparaît ainsi comme un "modèle de pratique collaborative". Par l'observation de ses pratiques, notamment en stage ambulatoire de niveau 1, l'interne apprend non seulement quels professionnels solliciter, mais également comment les solliciter et quelle place leur accorder dans la prise en charge.

Une étude qualitative menée auprès d'étudiants en médecine montre effectivement que les échanges avec le médecin superviseur autour des consultations et l'observation de sa pratique participent aux possibilités d'apprentissage en stage (34).

Plus précisément, une étude menée auprès de médecins superviseurs, généralistes et spécialistes hospitaliers, montre que les superviseurs pouvaient intégrer les internes à leur réseau professionnel de manière active, en discutant avec eux des modalités de collaboration avec les autres professionnels, ou de manière plus passive, en les laissant observer leurs interactions (35).

Ces éléments sont également retrouvés dans une revue récente de 2025 incluant 12 études qualitatives publiées entre 2012 et 2024, dans laquelle les médecins superviseurs mettent en place des conditions favorables à la coopération interprofessionnelle, notamment en réservant un temps dédié à la rencontre et à la découverte des autres professions (36).

Le MSU pourrait donc jouer un rôle de « facilitateur d'apprentissage » de l'exercice interprofessionnel.

# 3. La formation universitaire : préparer et structurer l'expérience

## 3.1. Un enseignement théorique peu convaincant, mais une institution qui reste attendue

Les participants exprimaient une certaine réserve vis-à-vis d'un enseignement théorique consacré à l'interprofessionnalité. Cette perception doit toutefois être nuancée. Les résultats ne montrent pas un désintérêt général pour la formation interprofessionnelle, mais plutôt un décalage entre les modalités d'enseignement proposées et les besoins ressentis par les internes.

Les internes privilégiaient les situations concrètes, les outils directement utilisables et les rencontres avec les autres professionnels. À l'inverse, un enseignement uniquement théorique semblait difficilement transposable à leur pratique.

Plusieurs études montrent néanmoins que les dispositifs de formation interprofessionnelle peuvent modifier les représentations des étudiants et leurs attitudes vis-à-vis du travail en équipe. Une méta-analyse de 2019 auprès d'étudiants de différentes professions de santé montre que les formations interprofessionnelles améliorent la compréhension de la collaboration ainsi que les attitudes envers le travail en équipe interprofessionnelle (37). Les auteurs soulignent néanmoins l'intérêt de compléter ces interventions par des expériences en pratique clinique.

L'enjeu n'est pas d'opposer la formation universitaire à l'apprentissage en stage, mais de réfléchir à la manière dont la faculté peut compléter et structurer les apprentissages issus de l'expérience.

## 3.2. La faculté comme socle commun aux inégalités de terrain

Certes, le stage offre une expérience authentique de la collaboration : l'interne est confronté à de véritables patients, de véritables professionnels et à des situations de

coordination réelles. En revanche, cette expérience dépend fortement du terrain, du fonctionnement de la structure et du MSU. Un apprentissage uniquement expérientiel présenterait alors le risque que certains internes bénéficient d'un environnement riche en interprofessionnalité tandis que d'autres rencontrent moins d'opportunités de collaboration.

La faculté pourrait ainsi avoir un rôle de socle commun en garantissant à tous l'acquisition de compétences interprofessionnelles indispensables à l'exercice de la médecine générale. Elle pourrait permettre à tous les internes d'être exposés à certaines situations essentielles, indépendamment de leur terrain de stage : connaître les rôles des différents professionnels et des modalités de recours, donner des outils de communication, de télé-expertise, permettre de rencontrer les professions, ou encore apprendre à gérer des situations complexes.

Cette complémentarité pourrait constituer une réponse aux inégalités d'exposition observées dans notre étude.

## 3.3. Une formation qui doit être réellement interprofessionnelle

Un autre résultat important concerne la demande des internes de rencontrer directement les autres professionnels de santé. Cette attente semble cohérente avec le principe même de la formation à la collaboration interprofessionnelle, qui est définie par l'OMS comme un apprentissage au cours duquel des étudiants issus de filières de santé différentes apprennent ensemble, les uns des autres afin de favoriser une collaboration efficace et d'améliorer les résultats de santé (4).

Dans notre étude, les ET réunissant plusieurs filières, notamment les médecins et pharmaciens, étaient perçus comme particulièrement intéressants. Les internes ne souhaitaient pas seulement recevoir un discours médical sur la collaboration : ils souhaitaient pouvoir échanger directement avec les professionnels avec lesquels ils seraient amenés à travailler, que ce soit les pharmaciens ou les infirmiers par exemple.

Cette attente rejoint les données de la littérature montrant l'intérêt des dispositifs interprofessionnels associant effectivement plusieurs professions. Dans une étude qualitative menée auprès d'étudiants de différentes professions de santé en soins primaires, les auteurs rapportaient une demande d'activités d'apprentissage communes avec les autres filières, notamment afin de mieux comprendre leurs rôles et compétences et de faciliter les collaborations ultérieures (38).

La rencontre interprofessionnelle pourrait également avoir un intérêt au-delà de la transmission de connaissances. Elle permet de réduire la distance entre professions, de mieux comprendre les contraintes et compétences de chacun et de faciliter la construction ultérieure de relations professionnelles.

## 3.4. Vers une pédagogie réflexive et expérientielle

Les résultats de cette étude conduisent ainsi à envisager la faculté comme un lieu permettant de proposer des situations d'apprentissage interprofessionnel concrètes.

Les GEAP, bien qu'ils ne soient que peu identifiés spontanément par les participants comme une modalité d'apprentissage de l'interprofessionnalité, pourraient contribuer à mettre en perspective les expériences vécues sur les terrains de stage. Ces temps d'échange entre internes permettent de partager des situations rencontrées et de rendre explicites certains apprentissages qui restent parfois implicites. Un interne ayant découvert une modalité de collaboration sur un terrain particulier peut ainsi la faire connaître à d'autres internes qui n'y ont pas été exposés. Cependant, ils ne semblent pas répondre à la demande de rencontres directes avec les autres professionnels exprimée par les participants, puisqu'ils reposent sur des échanges entre internes de médecine générale.

Plus concrètement, les perspectives pédagogiques proposées par les participants privilégient des modalités actives telles que la simulation, les RCP simulées ou les rencontres avec les autres professionnels. Bien que des demi-journées auprès d'autres professionnels de santé

soient déjà proposées lors du stage de niveau 1, les internes exprimaient encore le souhait de rencontrer directement les autres professions. Cette demande pourrait ainsi inciter à diversifier les occasions de rencontre et d'apprentissage interprofessionnels au cours du DES.

La simulation constitue notamment une piste intéressante pour travailler ces compétences. Elle permet aux étudiants d'expérimenter la communication, la répartition des rôles et la coordination autour d'une situation clinique complexe dans un environnement sécurisé.

Anthony Le Lan et al. ont montré, dans une étude menée à Rennes auprès d'internes de médecine générale et d'étudiants en soins infirmiers, l'intérêt de la simulation interprofessionnelle fondée sur deux situations cliniques, pour travailler la communication et la mise en commun des compétences. Les étudiants rapportaient notamment des interactions autour des prescriptions, des orientations diagnostiques et de la répartition des rôles. Les internes évoquaient également la coordination, le leardership et la prise de décision (19). À Angers, Titouan Le Rhun a également montré, dans une expérimentation pédagogique réunissant des étudiants en médecine et en soins infirmiers autour d'un enseignement de communication interprofessionnelle par simulation, que les participants appréciaient le caractère réaliste des situations proposées et les échanges entre les deux filières (20).

# 4. Forces, limites et perspectives de l'étude

## 4.1. Forces

Le recours à une méthodologie qualitative était adapté à l'objectif d'explorer les perceptions et expériences des internes concernant leur formation à l'interprofessionnalité. Les entretiens individuels permettaient une expression détaillée du vécu personnel, tandis que l'entretien collectif favorisait la confrontation des points de vue et l'émergence de représentations partagées ou divergentes.

La diversité des terrains de stage constitue également un élément intéressant. Les participants avaient réalisé leur cursus dans plusieurs départements des Pays de la Loire. Cette diversité a permis de recueillir des expériences variées de l'apprentissage interprofessionnel et de mettre en évidence certains contrastes entre les terrains de stage.

Afin de favoriser l'expression libre des participants et de limiter l'influence des chercheuses, l'entretien collectif a été confié à une animatrice extérieure à l'équipe de recherche.

Enfin, le double codage réalisé indépendamment par les deux chercheuses, suivi d'une confrontation des analyses, a permis de limiter l'influence d'une interprétation individuelle des verbatims.

## 4.2. Limites

L'échantillon était constitué d'internes volontaires de la subdivision d'Angers. Ainsi les internes ayant accepté de participer pouvaient présenter un intérêt particulier pour les questions de collaboration ou de formation.

Les participants étaient interrogés en fin de cursus et devaient revenir sur des expériences parfois anciennes. Les expériences les plus récentes ont ainsi pu être davantage évoquées que celles vécues au début du cursus, pouvant ainsi conduire à une sous-représentation de certaines expériences plus anciennes.

La recherche étant centrée sur une seule subdivision, les modalités d'apprentissage interprofessionnel et l'organisation des terrains de stage peuvent varier d'une subdivision à l'autre.

Une autre limite concerne le recueil des données, réalisé par deux

chercheuses elles-mêmes internes en médecine générale dans la subdivision étudiée.

## 4.3. Perspectives

### a) Renforcer le rôle de la faculté

L'apprentissage sur le terrain et la formation universitaire apparaissent complémentaires. Le terrain offre la confrontation aux situations réelles, tandis que la faculté peut contribuer à fournir un socle commun, à compenser les différences d'exposition entre les terrains de formation. Elle pourrait également proposer des situations concrètes permettant aux internes de développer des compétences directement mobilisables dans leur pratique, notamment à travers la simulation, les RCP simulées ou l'apprentissage d'outils concrets de collaboration et de communication entre professionnels comme par exemple les plateformes de télé-expertises.

### b) Former les MSU

La place centrale du MSU soulève la question de sa propre formation à la supervision de l'apprentissage interprofessionnel. Si les opportunités proposées à l'interne dépendent en partie des pratiques de son superviseur, alors l'accompagnement des MSU pourrait constituer un levier afin de les sensibiliser à leur rôle de modèle de pratique collaborative et homogénéiser les expériences de formation.

### c) Perspectives de recherche

Ce travail pourrait être prolongé par une étude qualitative menée auprès d'un plus grand nombre d'internes, éventuellement issus de plusieurs subdivisions, afin d'explorer plus largement la diversité des expériences de formation à l'interprofessionnalité.

Il serait intéressant également de recueillir le point de vue des médecins superviseurs (MSU) et des autres professionnels de santé impliqués dans la formation des internes. Cette approche permettrait de compléter le point de vue des internes sur les apprentissages

interprofessionnels, les modalités de collaboration qu'ils proposent aux internes et les éventuels freins qu'ils rencontrent.

Enfin, la mise en place et l'évaluation d'un dispositif pédagogique interprofessionnel pourraient constituer une autre perspective de recherche, comme cela a déjà été expérimenté dans le cadre de dispositifs de simulation. Des rencontres entre étudiants de différentes filières ou des mises en situation avec apprentissage d'outils concrets de collaboration pourraient ainsi être expérimentées, puis évaluées afin d'en étudier la faisabilité, l'intérêt pédagogique et les apports perçus par les participants.

# CONCLUSION

Malgré leur avancée dans le cursus, les internes éprouvaient des difficultés à définir précisément l'interprofessionnalité. Cette difficulté semblait toutefois davantage relever d'une difficulté à mettre des mots sur le concept que d'une absence d'expérience du travail collaboratif. Les situations rencontrées en stage leur permettaient progressivement de comprendre l'intérêt de la complémentarité des compétences et de la mise en commun des connaissances dans l'intérêt du patient mais également pour leur faciliter leur pratique. L'interprofessionnalité apparaissait ainsi comme un apprentissage principalement construit par l'expérience.

Cet apprentissage demeurait cependant fortement dépendant de l'environnement de formation. Les opportunités de rencontrer et de collaborer avec les autres professionnels variaient selon les terrains de stage, leur organisation, les professionnels présents et la place accordée à l'interne dans les échanges. Le rôle du MSU apparaissait également important dans l'accompagnement de ces pratiques collaboratives. L'expérience de terrain, bien que particulièrement riche, ne permettait donc pas à elle seule de garantir une exposition homogène à l'interprofessionnalité.

La formation universitaire pouvait constituer, dans une certaine mesure, un complément à l'apprentissage expérientiel. Cependant les internes exprimaient un souhait de dispositifs concrets, participatifs et réellement interprofessionnels. La rencontre avec les autres professionnels, les échanges autour de situations cliniques ou la simulation constituaient des pistes privilégiées pour préparer et structurer les expériences vécues en stage.

# BIBLIOGRAPHIE


1. Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, Hazo JB, Naouri D, Pesonel E, et al. L'état de santé de la population en France. Les Dossiers de la DREES. 2022;102. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/DD1_MAJ.pdf

2. Haute Autorité de Santé. Coordination des soins [Internet]. 2019 [mis à jour le 19 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3029265/fr/coordination-des-soins

3. Ministère de la Santé. L'exercice coordonné entre professionnels de santé [Internet]. 2024. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne

4. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21174039/

5. Haute Autorité de Santé. Axe : travail en équipe pluriprofessionnelle [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757245/fr/axe-travail-en-equipe-pluriprofessionnelle

6. Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. J Interprof Care. 2021;35(2):191-201.

7. Tandan M, Dunlea S, Cullen W, Bury G. Teamwork and its impact on chronic disease clinical outcomes in primary care: a systematic review and meta-analysis. Public Health. 2024;229:88-115.

8. Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. J Interprof Care. 2022;36(5):735-749.

9. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF. 2009;(0167). Art.36. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/

10. Collège de la Médecine Générale. Référentiel professionnel de la médecine générale. Paris: Profession Médecine Générale; 2025. 112 p. Disponible sur: https://www.cmg.fr/profession-medecine-generale/

11. Ulrich G, Amstad H, Glardon O, Kaap-Fröhlich S. La formation interprofessionnelle au sein du système de santé suisse: analyse de la situation, perspectives et roadmap. Working Paper9. Zürich: Fondation Careum; 2020.

12. Lucas T. Formation des internes de médecine générale à l'exercice interprofessionnel: état des lieux des pratiques en Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

13.Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. exercer. 2013;108:148-155. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/529

14. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3.

15. Saragih ID, Hsiao CT, Fann WC, Hsu CM, Saragih IS, Lee BO. Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today.2024;136:106136. doi:10.1016/j.nedt.2024.106136.

16. Stalmeijer RE, de Grave WS, Smeenk FWJM, Varpio L. Guiding medical trainees' workplace learning for interprofessional collaboration—looking to physicians or seeing nurses? Med Educ. 2025;59(9):950-959.doi:10.1111/medu.15617.

17. Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes. Les structures de soins (MSP, CDS, CPTS, équipes primaires et spécialisées). Paris: Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes; 2024. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2024/01/depliant-structure-de-soin_2026_hdweb.pdf

18. Thorshaug K, Balthasar A, Gianola G, Zeltner C. Interprofessionnalité dans le domaine de la santé: exemples issus de la formation et de l'enseignement. Berne: Office fédéral de la santé publique;2020. Disponible sur: https://organizers-congress.org/custom/media/BAG20/Poster/Broschuere_Bildung_F.pdf

19. 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. 2016.

20. Le Rhun T. Apprentissage de la communication interprofessionnelle [thèse d'exercice]. Angers: Université d'Angers; 2025. 76 p. Disponible sur: https://dune.univ-angers.fr/documents/dune19121

21. Ghali M. Interprofessionnalité en soins primaires : quelle intégration auprès des étudiants en médecine générale ? France. Université de Lorraine, 2026.

22. De Bremond d'Ars P. La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3e cycle: un état des lieux en France [thèse d'exercice]. Créteil: Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, Faculté de médecine; 2018. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418212v1/document

23. Bogossian F, New K, George K, Barr N, Dodd N, Hamilton AL, et al.The implementation of interprofessional education: a scoping review. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2023;28(1):243-277. doi:10.1007/s10459-022-10128-4.

24. Pithon M, Tanguy G, Bedhomme S, Vaillant-Roussel H. What competencies are needed to develop collaboration between general practitioners and pharmacists through initial

interprofessional training? An analysis of training needs through a qualitative occupational didactic approach. BMC Med Educ. 2024;24(1):857. doi:10.1186/s12909-024-05857-6.

25. Mertens F, de Groot E, Meijer L, Wens J, Cherry MG, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in primary healthcare: a BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. Med Teach. 2018;40(2):117-134. doi:10.1080/0142159X.2017.1390216.

26. Miller KA, Ilgen JS, de Bruin ABH, Pusic MV, Stalmeijer RE. Physician development through interprofessional workplace interactions: a critical review. Med Educ. 2025;59(5):484-493. doi:10.1111/medu.15564.

27. Nisbet G, Lincoln M, Dunn S. Informal interprofessional learning: an untapped opportunity for learning and change within the workplace. J Interprof Care. 2013;27(6):469-475. doi:10.3109/13561820.2013.805735.

28. Kent F, Keating JL. Interprofessional education in primary health care for entry level students—a systematic literature review. Nurse Educ Today.2015;35(12):1221-1231. doi:10.1016/j.nedt.2015.05.005.

29. Kent F, Francis-Cracknell A, McDonald R, Newton JM, Keating JL, Dodic M. How do interprofessional student teams interact in a primary care clinic? A qualitative analysis using activity theory. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2016;21(4):749-760. doi:10.1007/s10459-015-9663-4.

30. Brack P, Shields N. Short duration clinically-based interprofessional shadowing and patient review activities may have a role in preparing health professional students to practice collaboratively: a systematic literature review. J Interprof Care. 2019;33(5):446-455. doi:10.1080/13561820.2018.1543256.

31. Leedham-Green KE, Knight A, Iedema R. Intra- and interprofessional practices through fresh eyes: a qualitative analysis of medical students' early workplace experiences. BMC Med Educ. 2019;19(1):287. doi:10.1186/s12909-019-1722-8.

32. Törnqvist T, Lindh Falk A, Jensen CB, Iversen A, Tingström P. Are the stars aligned? Healthcare students' conditions for negotiating tasks and competencies during interprofessional clinical placement. BMC Med Educ. 2023;23(1):648. doi:10.1186/s12909-023-04636-z

33. Université d'Angers. Le DES de médecine générale. Angers : Université d'Angers. Disponible sur : https://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/faculte-de-sante/formations/departement-medecine-generale/e-cycle.html

34. Van der Zwet J, Zwietering PJ, Teunissen PW, van der Vleuten CPM, Scherpbier AJJA. Workplace learning from a socio-cultural perspective: creating developmental space during the general practice clerkship. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2011;16(3):359-373. doi:10.1007/s10459-010-9268-x.

35. De Groot E, van den Broek M, Fokkens JT, Witte JAM, Damoiseaux RAMJ, Zwart DLM. Supervisors' pedagogies for supporting interns to learn intra-and interprofessional collaboration: a qualitative and quantitative ego network analysis. J Interprof Care. 2021;35(2):185-192. doi:10.1080/13561820.2020.1712336.

36. Sääf M, Elmqvist C, Pålsson B, Holst H. Experiences of interprofessional learning among students in primary healthcare settings: a scoping review. BMJ Open. 2025;15(3). doi:10.1136/bmjopen-2024-094572.

37. Wang Z, Feng F, Gao S, Yang J. A systematic meta-analysis of the effect of interprofessional education on health professions students' attitudes. J Dent Educ. 2019;83(12):1361-1369. doi:10.21815/JDE.019.147.

38. Wilhelmsson M, Pelling S, Uhlin L, Dahlgren LO, Faresjö T, Forslund K. How to think about interprofessional competence: a metacognitive model. J Interprof Care. 2012;26(2):85-91. doi:10.3109/13561820.2011.644644.

# LISTE DES FIGURES

Figure 1 : "Marguerite" des compétences du médecin généraliste selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) – 2009 ..... 7

# LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des participants en entretiens individuels ..... 16

Tableau II : Caractéristiques des participants à l'entretien collectif ..... 17

# TABLE DES MATIERES

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**PLAN**

**RESUME** ..... **2**

**INTRODUCTION** ..... **4**

**1. Évolution du système de santé et développement de l'exercice interprofessionnel** ..... **4**

**2. Définition et bénéfices de l'interprofessionnalité** ..... **4**

**3. Rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins** ..... **5**

**4. Formation à l'interprofessionnalité** ..... **6**

**5. Apprentissage de l'interprofessionnalité par l'expérience** ..... **8**

**6. Initiatives pédagogiques de formation** ..... **8**

**7. Formation à l'interprofessionnalité à Angers** ..... **9**

**8. Limites et freins de la formation interprofessionnelle** ..... **10**

**9. Objectif de l'étude** ..... **11**

**MÉTHODES** ..... **12**

**1. Type d'étude** ..... **12**

**2. Population et recrutement** ..... **12**

**3. Entretiens individuels et collectif** ..... **13**

**4. Recueil des données** ..... **13**

**5. Analyse des données** ..... **14**

**6. Cadre légal et éthique** ..... **15**

**RÉSULTATS** ..... **16**

**1. Caractéristiques des participants** ..... **16**

1.1. Données socio-démographiques ..... 16

1.2. Parcours et cursus de formation ..... 18

1.3. Modalités de recueil ..... 18

**2. Principaux résultats** ..... **19**

2.1. Des représentations qui évoluent ..... 19

2.1.1. L'interprofessionnalité, un concept théorique flou ..... 19

2.1.2. Prise de conscience du rôle des différents acteurs de santé ..... 20

2.1.3. Une mise en commun des pratiques pour une prise en charge globale du patient ..... 22

2.2. Apprentissage expérientiel ..... 23

2.2.1. L'influence déterminante des types de structures ..... 23

2.2.2. Les pratiques collaboratives ..... 25

2.2.3. Obstacles et ajustement de la posture ..... 27

2.3. L'apport d'une formation institutionnelle ..... 28

2.3.1. Un enseignement théorique perçu comme infructueux ..... 28

2.3.2. Un besoin d'enseignement concret et d'outils de collaboration ..... 30

2.3.3. Perspectives pédagogiques ..... 32

**DISCUSSION** ..... **35**

**1. D'une définition floue vers l'expérience concrète et plébiscitée d'un travail en interprofessionnalité** ..... **35**

1.1 L'interprofessionnalité, une notion difficilement conceptualisée sans expérience ..... 35

1.2 De la connaissance des professions à la construction d'une identitéprofessionnelle collaborative ..... 36

**2. Un apprentissage fortement dépendant de l'environnement de formation** ... **37**

2.1 Des opportunités d'apprentissage inégalement réparties selon les terrains de stage . 37

2.2 Un contraste entre l'hôpital et l'ambulatoire ..... 38

2.3 De la proximité physique à la proximité relationnelle ..... 39

2.4 Le MSU comme guide de pratique collaborative ..... 40

**3. La formation universitaire : préparer et structurer l'expérience** ..... **41**

3.1. Un enseignement théorique peu convaincant, mais une institution qui reste attendue ..... 41

3.2. La faculté comme socle commun aux inégalités de terrain ..... 41

3.3. Une formation qui doit être réellement interprofessionnelle ..... 42

3.4. Vers une pédagogie réflexive et expérientielle ..... 43

**4. Forces, limites et perspectives de l'étude** ..... **44**

4.1. Forces ..... 44

4.2. Limites ..... 45

4.3. Perspectives ..... 46

**CONCLUSION** ..... **48**

**BIBLIOGRAPHIE** ..... **49**

**LISTE DES FIGURES** ..... **53**

**LISTE DES TABLEAUX** ..... **54**

**TABLE DES MATIERES** ..... **55**

**ANNEXES** ..... **I**

# ANNEXES

## ANNEXE I : Mail de recrutement adressé aux internes

Bonjour,

Nous sommes Chloë et Aurore, deux internes en 5ème semestre de médecine générale à Angers. Nous nous permettons de vous contacter dans le cadre de notre thèse portant sur la formation des internes de médecine générale à l'interprofessionnalité au cours de leur DES.

Cette thèse vise à décrire la perception des internes de médecine générale à Angers de leur formation à l'interprofessionnalité au cours de leur DES et d'identifier les facteurs influençant cette formation et les perspectives d'amélioration envisagées selon vous.

Ainsi, nous recherchons des internes de médecine générale acceptant de participer à un entretien semi-dirigé individuel**.** L'entretien pourra se dérouler en présentiel ou en distanciel, selon votre préférence.

La participation est entièrement volontaire. Les données recueillies seront strictement anonymes, traitées de manière confidentielle et utilisées exclusivement à des fins de recherche universitaire.

Si vous acceptez de participer ou souhaitez obtenir des informations complémentaires, vous pouvez nous contacter par retour de mail à l'adresse suivante : chjarry@etud.univ-angers.fr ou aurore.bazoge@etud.univ-angers.fr

Nous vous remercions par avance pour l'attention portée à ce message et pour votre contribution.

Cordialement,

Chloë Deret et Aurore Bazoge, internes en médecine générale

**ANNEXE II : Lettre d'information destinée aux participants**

Bonjour,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée dans le cadre d'une thèse de médecine générale réalisée à la faculté de médecine d'Angers.

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre comment les internes de médecine générale sont formés à l'interprofessionnalité au cours de leur DES.

Votre expérience et votre point de vue sont essentiels pour analyser les pratiques de formation actuelles et identifier des pistes d'amélioration.

Votre participation consiste en un entretien semi-dirigé individuel.

- Durée estimée : 20 à 45 minutes
- Lieu : en présentiel ou en distanciel, selon votre préférence
- L'entretien portera sur votre perception de la formation reçue et vos propositions de pistes d'amélioration possibles.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré (audio uniquement) afin d'en permettre une retranscription fidèle.

La participation à cette étude est entièrement volontaire.

Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions et d'interrompre votre participation à tout moment.

Les données recueillies seront traitées de manière strictement confidentielle. Les enregistrements audio seront anonymisés.

Les données seront utilisées exclusivement à des fins de recherche universitaire dans le cadre de cette thèse.

**ANNEXE III : Guide d'entretien**

1/ Pouvez-vous nous raconter une situation où vous avez été amené à collaborer avec d'autres professionnels au cours de vos stages ?

Relances possibles :

- Avec quels types de professionnels ?
- Comment cette collaboration s'est-elle effectuée (spontanément, planifiée) ?
- Quel rôle aviez-vous dans cet échange ?
- Durant vos stages ambulatoires, avez-vous eu l'occasion de travailler avec différents professionnels ?

2/ Selon vous, comment définiriez-vous l'interprofessionnalité ?

Relances possibles :

- Quels mots vous viennent à l'esprit ?
- Quelle(s) différence(s) faites-vous entre interprofessionnalité et pluriprofessionnalité ?
- Pouvez-vous donner un exemple concret que vous avez vécu comme situation interprofessionnelle et pluriprofessionnelle ?

3/ Comment avez-vous été formés à l'interprofessionnalité au cours de votre internat ?

Relances possibles :

- Comment apprend-on à travailler ensemble avec d'autres professionnels ?
- Qu'est-ce qui vous a semblé le plus formateur ?
- En quoi cela est une compétence importante à développer pendant l'internat ?

4/ Qu'est ce qui favorise, selon vous, une meilleure formation à l'interprofessionnalité ?

Relances possibles :

- Quels types de structures favorisent une meilleure formation à l'interprofessionnalité selon vous ?
- Quelle place ont les MSU dans cette formation ?
- Quelle place ont les tuteurs ?
- Quelle place on les enseignants ?

5/ Quels sont, d'après vous, les obstacles à une formation à l'interprofessionnalité ?

Relances possibles :

- Avez-vous rencontré des obstacles organisationnels ?
- Avez-vous rencontré des obstacles relationnels ?
- Avez-vous rencontré des obstacles pédagogiques ?
- Comment pourraient-ils être corrigés selon vous ?

6/ Sur le plan pédagogique, que proposeriez-vous pour améliorer la formation à l'interprofessionnalité ?

Relances possibles :

- Quelles modalités d'apprentissage vous semblent pertinentes ?
- Que faudrait-il mettre en place pour mieux former les internes ?
- Avez-vous des idées de dispositifs à mettre en place ?
- Comment pourriez-vous l'intégrer au cursus ?
- Qu'aimeriez-vous que la faculté développe ?

Que voulez-vous ajouter ?

Voulez-vous aborder d'autres sujets sur ce thème ?

Merci pour votre partage.

**BAZOGE Aurore, DERET Chloë**

# Perception de la formation à l'interprofessionnalité par les internes de médecine générale de la subdivision d'Angers

RÉSUMÉ

**Introduction :** Face à l'évolution importante du système de santé, l'approche interprofessionnelle semble être une solution adaptée pour permettre une prise en charge optimale des patients. L'objectif principal de cette étude était de décrire la perception qu'ont les internes de médecine générale de la subdivision d'Angers de leur formation à l'interprofessionnalité au cours de leur DES. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs influençant la formation, les attentes en matière de formation afin d'identifier les perspectives d'amélioration des dispositifs de formation. **Matériels et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude qualitative reposant sur des entretiens individuels semi-directifs et un entretien collectif. L'échantillon était constitué d'internes de médecine générale de la subdivision d'Angers en fin de cursus et volontaires pour participer à l'étude. Les entretiens ont été intégralement retranscrits puis soumis à une analyse inductive selon une théorisation ancrée, avec double codage et triangulation des données avec la directrice de thèse. **Résultats :** Sept entretiens individuels et un entretien collectif ont été réalisés, avec une durée entre 20 minutes et 1h02. L'interprofessionnalité apparaissait d'abord comme un concept théorique relativement flou alors même que les internes évoluaient dans un environnement interprofessionnel. L'apprentissage se faisait essentiellement grâce aux stages, avec une influence importante du type de structures auquel était confronté les internes. Cependant, la formation facultaire apparaissait comme peu adaptée aux besoins des internes, qui souhaitaient un enseignement concret avec de nouvelles perspectives pédagogiques. **Conclusion :** Malgré la difficulté à définir le terme d'interprofessionnalité, les internes y étaient confrontés au cours de leurs différents stages. Une prise de conscience de l'intérêt de la complémentarité des compétences et de la mise en commun des connaissances autour du patient était constatée. L'apprentissage à l'interprofessionnalité semblait davantage venir de l'expérience par les stages. Cet apprentissage demeurait cependant fortement dépendant de l'environnement de formation. Le rôle du MSU apparaissait également important dans l'accompagnement de ces pratiques collaboratives. La formation universitaire pourrait quant à elle constituer un complément à l'apprentissage expérientiel avec un souhait de changement de format de l'enseignement théorique davantage concret et participatif.

**Mots-clés :Interprofessionnalité ; formation interprofessionnelle ; médecine générale ; internes en médecine générale ; apprentissage expérientiel.**

# Perception of Interprofessional Training by General Practice Residents in the Angers Subdivision

ABSTRACT

**Introduction:** In light of major developments within the healthcare system, an interprofessional approach appears to be a relevant solution to ensure optimal patient care. The primary objective of this study was to describe how general practice residents from the Angers subdivision perceive their interprofessional training during their specialty degree. Secondary objectives were to identify factors influencing this training and assess educational expectations in order to outline prospects for improving training programs. **Materials and Methods:** This was a qualitative study based on semi-structured individual interviews and one focus group. The sample consisted of final-year general practice residents from the Angers subdivision who volunteered to participate. Interviews were transcribed verbatim and analyzed inductively using grounded theory, with dual coding and data triangulation conducted with the thesis supervisor. **Results:** Seven individual interviews and one focus group were conducted, lasting between 20 minutes and one hour and two minutes. Interprofessionality was initially perceived as a relatively vague theoretical concept, even though residents operated daily in an interprofessional setting. Learning occurred primarily through clinical rotations, strongly influenced by the types of healthcare facilities encountered. However, the university curriculum appeared ill-suited to the needs of residents, who sought practical training with innovative teaching approaches. **Conclusion:** Despite initial difficulty defining interprofessionality, residents regularly engaged with it during clinical placements. There was a clear awareness of the value of complementary skills and shared knowledge centered around the patient. Interprofessional learning appeared to stem largely from clinical experience rather than formal education, yet remained heavily dependent on the training environment. The role of the general practice trainer also proved crucial in supporting these collaborative practices. University-based instruction could serve as a valuable complement to experiential learning, provided theoretical formats shift toward more practical, interactive teaching methods.

**Keywords : Interprofessionality; Interprofessional education; General practice; General practice residents; Experiential learning.**

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS