

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana  
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

**SUPSI**

**Le potentiel de la formation interprofessionnelle de base dans le  
domaine de la santé suisse: analyse de l'impact d'une expérience de  
formation interprofessionnelle en Suisse italienne**

*Rapport final à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique*

Lugano/Manno, le 22.11.2019

## IMPRESSUM

Numéro de contrat : 17.015619/714.0004-3/5/1

Durée de projet : 28.09.2017- 30.11.2019

Période de récolte des données : Oct 2017 - Mai 2019

Le présent projet de recherche a été financé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé ».

Il a été suivi par les membres de la section Développement professions de la santé (OFSP) suivants : Nico van der Heiden, coresponsable de la section, Cinzia Zeltner, collaboratrice scientifique et Lara De Simone, assistante de projet scientifique.

Proposition de citation : Bianchi, M., Meli, G., Caiata Zufferey, M., Di Giulio, P., Pedrazzani, C. (2019) Le potentiel de la formation interprofessionnelle de base dans le domaine de la santé suisse: analyse de l'impact d'une expérience de formation interprofessionnelle en Suisse italienne. Rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), SUPSI, Manno

Adresse de correspondance : Monica Bianchi  
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale  
Via Violino 11  
CH-6928 Manno  
[deass@supsi.ch](mailto:deass@supsi.ch)  
<http://www.supsi.ch/deass>

## Table des matières

<b>1. Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Protocole de recherche .....</b>	<b>7</b>
2.1. Objectifs .....	7
2.2. Setting : La formation interprofessionnelle de SUPSI DEASS.....	8
2.3. Dessin de recherche.....	11
2.3.1. Phase 1: Etude quantitative .....	12
2.3.2. Phase 2: Etude qualitative.....	12
2.3.3. Phase 3: Intégration des données.....	13
2.4. Récolte et analyse des données.....	15
2.4.1. Récolte et analyse des données quantitatives .....	15
2.4.2. Récolte et analyse des données qualitatives.....	15
2.5. Instruments pour la collecte des données .....	15
<b>3. Résultats.....</b>	<b>17</b>
3.1. Phase 1 : Etude quantitative.....	17
3.2. Phase 2 : Etude qualitative .....	22
3.2.1. Etudiants de 3 <sup>ème</sup> année: La familiarisation à l'IPC .....	23
3.2.2. Alumni 1+: L'incubation de l'IPC.....	28
3.2.3. Alumni 2+: L'engagement dans l'IPC.....	32
3.2.4. Les professionnels extra-SUPSI: Un regard positif sur les alumni SUPSI .....	35
3.3. Phase 3 : Intégration des données.....	39
<b>4. Discussion .....</b>	<b>40</b>
4.1. Discussion des résultats quantitatifs .....	41
4.2. Discussion des résultats qualitatifs.....	42
4.3. Discussion de l'intégration des données.....	45
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>46</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>54</b>
<b>Annexes:.....</b>	<b>58</b>



## Abréviations

CAIPE	Centre for the Advancement of Interprofessional Education
DEASS	Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (Département Économie d'entreprise, Santé et Social)
IPC	Collaboration interprofessionnelle
IPE	Éducation interprofessionnelle
OAQ	Organe d'accréditation et d'assurance qualité des hautes écoles suisses
OFSP	Office fédéral de la santé publique
SEFRI	Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (Haute école spécialisée de Suisse italienne)
WHO	World Health Organization

## 1. Introduction

La formation interprofessionnelle (IPE) dans le domaine de la santé a lieu quand deux ou plusieurs professions apprennent ensemble et/ou les unes des autres pour atteindre un niveau de collaboration efficace et améliorer les résultats de santé ; elle peut se dérouler au niveau académique ou non académique, ainsi que dans le cadre de la formation continue (CAIPE, 2002); (WHO, 2010).

L'objectif de l'IPE est d'intégrer la pratique collaborative à l'intérieur du contexte éducatif, de manière à ce que les expériences cliniques des étudiants ressemblent le plus possible aux véritables activités de soins qu'ils devront appliquer à la conclusion de leurs parcours de formation. Cette intégration crée également de bonnes conditions pour le développement d'actions de changement des milieux sanitaires de soins (IHI, 2009).

On peut considérer l'IPE comme l'un des facteurs-clés pour développer des attitudes positives pour la collaboration interprofessionnelle (IPC) dans les soins de la santé (Jacobsen, 2009), à savoir les attitudes à communiquer, à travailler en équipe, à participer aux processus de prise de décision, à partager les objectifs de soins (Arenson, 2015). L'IPE est essentielle pour préparer les futurs professionnels à l'IPC. Apprendre ensemble permet aux étudiants de comprendre les rôles des autres collègues, ainsi que d'améliorer leurs connaissances, compétences et attitudes à travailler dans des équipes interprofessionnelles (Bianchi et al., 2019).

Une meilleure collaboration entre les différents professionnels dans l'équipe est essentielle puisqu'elle déterminera l'obtention de résultats positifs dans la prise en charge des patients et par conséquent une amélioration de la qualité des soins et une réduction correspondante des coûts. Les milieux de travail dans lesquels on collabore, on communique et on partage avec les collègues de sa propre et d'autres professions se caractérisent en effet par un climat de travail stimulant, s'orientant vers l'autonomisation (empowerment) des collaborateurs. Ces aspects contribuent à fidéliser les collaborateurs, à diminuer la rotation (turnover) et donc à réduire la pénurie de main d'œuvre (CIHC, 2010; Choi & Pak, 2008; D'amour, 2005; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; Reeves et al., 2011).

Plusieurs études ayant examiné l'association entre IPE et les attitudes des étudiants des professions de la santé font état de résultats positifs. Parmi ces études, celle de Jacobsen (2009) a mesuré les attitudes des étudiants après une expérience d'IPE. Cet auteur a relevé que les étudiants des professions impliquées dans des initiatives d'IPE sont plus attentifs et moins « soumis » à la hiérarchie ; l'étude met en évidence que les initiatives IPE peuvent améliorer les attitudes des étudiants et réduire les stéréotypes qu'ils ont des autres professionnels. La même considération a été faite par Curran (2007) qui a souligné l'importance d'IPE pour renforcer la collaboration entre les professionnels de la santé ; en effet, IPE favorise la compréhension des rôles et des responsabilités des différentes professions et améliore le respect réciproque et la compréhension entre les membres de l'équipe d'assistance sanitaire.

Dans une étude plus récente, Lapkin (2013) met en évidence qu'à travers IPE il est possible de développer les attitudes nécessaires à la collaboration interprofessionnelle et à la prise de décision clinique des étudiants; l'auteur déclare toutefois qu'il n'y pas de certitude quant au fait que les bénéfices de l'IPE puissent être maintenus dans le temps.

Ces mêmes doutes sur les effets de l'IPE sont exprimés aussi par Kent (2015): bien que les étudiants impliqués dans des parcours de IPE semblent apprendre des compétences (skills) de travail en

groupe et accroître leur connaissance des rôles des autres disciplines, il n'y a aucune évidence que la participation à l'IPE se traduise effectivement par un changement d'attitude envers les autres disciplines.

L'état de la littérature met en évidence le potentiel certain de l'IPE, mais souligne aussi l'absence de données univoques quant à son impact (Bianchi et al., 2016). Cette ambiguïté se retrouve aussi dans le débat sur l'IPE au niveau académique suisse : bien qu'on parle depuis longtemps de ce thème et qu'il y a eu des expériences d'IPE dans quelques universités/HES qui s'occupent de la formation des professionnels sanitaires, il y a peu ou presque pas de littérature sur la manière dont ces expériences ont modifié les connaissances, compétences et attitudes des étudiants.

Ce rapport de recherche vise à analyser l'efficacité de l'IPE chez des étudiants qui ont suivi un parcours de formation intégrant ce type d'enseignement. Le cas pris en considération est celui de la formation délivrée par la Haute école spécialisée de Suisse italienne (SUPSI) aux étudiants en soins infirmiers, ergothérapie et physiothérapie. Cette formation a fait le choix explicite de promouvoir l'IPE à l'intérieur d'un parcours structuré, pendant les 6 semestres de formation, de manière graduelle, continue et progressivement plus complexe. Il s'agit d'une stratégie pédagogique novatrice qui, par ses caractéristiques, constitue un cas particulièrement explicite d'éducation interprofessionnelle. A travers un dessin de recherche à la fois quantitatif et qualitatif, notre objectif a été de comprendre d'une part, l'impact de l'IPE sur les attitudes des étudiants envers l'IPC et la persistance de ces effets dans le temps, de l'autre, le processus par lequel l'IPC est apprise et appliquée au cours de la formation de base, ainsi que et la manière dont cet apprentissage se modifie dans le monde du travail.

## 2. Protocole de recherche

### 2.1. Objectifs

Cette recherche vise à répondre à la question suivante : Quel est le potentiel de la formation interprofessionnelle de base dans le domaine de la santé suisse pour améliorer la qualité des soins, atténuer la pénurie de main-d'œuvre et réduire les coûts (accroissement de l'efficacité) ?

En particulier, il s'agit de

- évaluer l'*impact* que l'IPE a sur les attitudes des étudiants envers les équipes interprofessionnelles de soin et envers l'IPC ;
- évaluer la *persistance* des effets de l'IPE dans les deux années successives à la formation ;
- analyser le processus d'*apprentissage* par lequel l'IPC est acquise par les étudiants lors de la formation de base.
- Comprendre la *modification* de l'IPC une fois la personne confrontée avec le monde du travail.

La recherche se focalise donc sur le potentiel de l'IPE dans la formation de base pour développer des compétences spécifiques chez les étudiants, compétences qui favoriseront la collaboration professionnelle dans les équipes interprofessionnelles de soin.

Plus spécifiquement, ce projet de recherche poursuit deux objectifs. Tout d'abord, il vise à mesurer la présence d'attitudes à l'IPC dans quatre populations différentes : les étudiants de 1<sup>ère</sup> année, au moment de leur rentrée dans la SUPSI et avant le parcours de formation; les étudiants de 3<sup>ème</sup> année, à la fin de leur parcours de formation; et les anciens étudiants (appelés par la suite « Alumni ») qui ont suivi un parcours de formation caractérisé par l'IPE et qui seront rencontrés une voire deux années après leur insertion dans le monde du travail. Deuxièmement, la recherche vise à comprendre l'expérience d'apprentissage de l'IPC du point de vue des étudiants, ainsi que la manière dont cet apprentissage se modifie une fois la personne confrontée au monde du travail. En particulier nous sommes intéressés à comprendre la conception d'interprofessionalité que les personnes ont acquis et le processus qui a amené à son appropriation. A côté de ces deux objectifs originaires, dans le cadre de cette recherche nous avons aussi sollicité des professionnels qui collaborent avec les alumni SUPSI (ci-après appelés « professionnels extra-SUPSI ») afin de comprendre leur point de vue sur les retombées de la formation sur ces anciens étudiants au moment de l'insertion de ceux-ci dans le monde du travail.

Les résultats de l'étude ainsi constituée contribueront à répondre aux questions suivantes :

1. Comment renforcer l'efficacité par le biais de la formation interprofessionnelle de base ?
2. Quel est le cadre le plus approprié pour renforcer l'efficacité par le biais de la formation interprofessionnelle de base?
- 3.a) Pour quelles professions de la santé est-il particulièrement judicieux d'inscrire la thématique de l'interprofessionalité dans la formation de base?
- 3.b) Quelle est la probabilité que les nouveaux contenus de formation soient mis en pratique?
4. Quel est l'impact des nouvelles filières de formation et des compétences élargies des professions de la santé sur la collaboration interprofessionnelle?
5. Quel est l'impact des nouvelles filières de formation sur la pénurie de personnel spécialisé et sur l'efficacité des soins?
6. Quelle contribution la Confédération peut-elle apporter, au niveau national, à la promotion de l'interprofessionalité dans les professions universitaires et non universitaires de la santé et, ainsi, au renforcement de la qualité des soins?

## **2.2. Setting : la formation interprofessionnelle SUPSI DEASS**

Pour atteindre les objectifs évoqués ci-dessus, nous avons évalué une expérience d'IPE en cours auprès de la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)<sup>1</sup>. Depuis 2006 le département DSAN/DEASS<sup>2</sup> offre trois programmes Bachelor dans le domaine de la santé (un Bachelor of Science en soins infirmiers, un autre en ergothérapie et un troisième en physiothérapie). La particularité de ce setting réside dans l'importance attribuée, dans l'offre de formation, à la construction d'un climat de collaboration dans l'esprit d'un nouveau professionnalisme qui renforce la pratique collaborative et, par conséquent, la continuité des soins. En 2009 les trois programmes de formation ont été accrédités par OAQ selon les critères d'évaluation établis par le SEFRI.

---

<sup>1</sup> En français Haute école spécialisée (HES), en allemand Fachhochschule (FHS).

<sup>2</sup> La formation interprofessionnelle a débuté en 2006 dans le DSAN (Département Santé) de la SUPSI. En 2014, le Département Santé (DSAN) et le Département Sciences d'entreprise et sociales (DSAS) se sont unis pour créer le Département « Économie d'entreprise, Santé et Social » (DEASS).



Les choix faits par SUPSI DEASS au cours des années pour développer cette offre de formation reposent sur l'observation des changements en cours dans le domaine de la santé en Suisse, des nouveaux besoins de la population et du contexte, ainsi que des institutions de soin au niveau local, national et international. En particulier, il a été tenu compte de l'évolution démographique et du vieillissement de la population ; de l'augmentation de la chronicité, de la poly-morbidité et de la complexité clinique ; des modalités de prise en charge à domicile ; des nouveaux scénarios dans le cadre de l'assistance (DRG, parcours d'assistance). La réflexion pédagogique des dernières années a porté les responsables de la formation SUPSI DEASS à prendre distance d'une vision organiciste et biomédicale de la connaissance et des soins pour promouvoir une orientation marquée par le concept de « soin centré sur la personne » (Mortari, 2007), tout en valorisant les dimensions spécifiques à l'ergothérapie, à la physiothérapie et aux soins infirmiers. Une attention particulière a aussi été prêté aux modifications législatives qui évoluent sans cesse, ainsi qu'aux recommandations nationales et internationales, en veillant à intégrer dans l'offre de formation les éléments issus des stratégies nationales en matière de santé, de la stratégie nationale en matière de soins palliatifs (UFSP, 2012 e 2013 e DSS, 2015), de la stratégie nationale en matière de démences 2014-2019 (UFSP, 2013), des recommandations de l'Académie Suisse des Sciences médicales et de l'Office fédéral de la santé publique en matière d'interprofessionnalité (ASSM, 2014). Le document officiel de OdASanté<sup>3</sup> a aussi constitué un texte de référence, avec ses principes fondamentaux:

- 1) Pratique professionnelle basée sur les évidences scientifiques disponibles et mises à jour, ainsi que sur la réflexion dans l'action (Evidence Based Practice and Nursing, accès et utilisation des banques de données, lignes directrices, protocoles).
- 2) Recours à une pédagogie basée sur des situations cliniques et centrée sur des méthodologies actives de construction de la connaissance (Problem based learning (PBL), séminaires, skills labs) cohérent avec un système de formation qui prône la responsabilité (typique dans la pédagogie pour adulte).
- 3) Acquisition de connaissances et outils qui permettent de participer à des projets de recherche professionnelle, à la gestion de projets et à la diffusion des résultats.
- 4) Actualisation systématique du Clinical Assessment de manière à pouvoir exprimer des jugements et des évaluations professionnels et participer aux processus décisionnels en lien avec la thérapie et le traitement des patients.
- 5) Accompagnement clinique et apprentissages hebdomadaires fournis dans des structures de soins par des enseignants actifs en première ligne dans le soin des patients. Engagement substantiel dans la réflexion dans la pratique (épistémologie expérientielle).
- 6) Trois ans de formation interdisciplinaires en contact étroit avec des collègues physiothérapeutes et ergothérapeutes (modules communs).
- 7) Collaboration multiprofessionnelle et leadership (partenariat, responsabilité, networking, travail en équipe, délégation, évaluation de l'efficacité) – rôle de manager.

---

<sup>3</sup> CDS, OdA Santé. (2009). Rapport National sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Berna (IN ALLEGATO: Differenze formazioni infermieristiche / DSAN 2009)

Pour conclure, c'est sur la base de tous ces éléments qu'ont vu le jour la définition et l'implémentation des finalités de la formation SUSPI DEASS en matière de santé, des objectifs et des stratégies d'enseignement.

En ce qui concerne spécifiquement l'IPE, dans le cadre de la formation SUPSI elle est promue pendant les 6 semestres de la formation, et ceci de manière graduelle, continue et progressivement plus complexe. Sur les 180 ECTS prévus dans chaque curriculum de Bachelor, 80 ECTS sont attribués à des modules mono-professionnels, 48 ECTS sont en lien avec les quatre périodes de stage, tandis que 7 ECTS sont destinés à l'amélioration de l'anglais ; les 45 ECTS restants sont attribués à des modules communs aux trois métiers de la santé.<sup>4</sup>

Partant du présupposé que pour promouvoir et développer des compétences interprofessionnelles il ne suffit pas de mettre les étudiants dans une même salle de cours, un parcours et une progression de l'apprentissage ont été définis. Le travail de réflexion et de planification à la base de cette conception pédagogique a été fait conjointement par les trois responsables des formations Bachelor en accord avec un groupe multi-professionnel d'accompagnement<sup>5</sup>. Les modules communs adoptent une perspective humaniste pour explorer les concepts propres aux professions du soin, tels que la condition humaine dans sa complexité à travers une analyse des phases de la vie ; la compréhension des paradigmes, modèles et théories qui ont permis le développement des approches qui caractérisent la pratique du soin dans les trois professions ; le thème du malaise psychosocial en tant que condition humaine qui concerne un large segment de la population exposée à l'incertitude et à la vulnérabilité ; les dimensions de l'identité, de l'altérité et des aspects relationnels et de communication dans le but de promouvoir des relations basées sur le dialogue, le respect, la solidarité et la tolérance réciproques ; les dimensions de l'éthique clinique, de l'anthropologie médicale et de la réflexion philosophique en vue de promouvoir la construction d'un paradigme de la relation d'aide et de ses dimensions éthiques ; la collaboration interdisciplinaire en lien avec la complexité de l'assistance et de l'organisation ; la complexité de la relation d'aide et du soin et les dynamiques de l'équipe.

Planifier et gérer les modules communs signifie faire face à un très large groupe d'étudiants (environ 100 infirmiers, 30 physiothérapeutes, 20 ergothérapeutes par année). Il est dès lors nécessaire d'imaginer des approches et des stratégies pédagogiques diversifiées qui puissent favoriser l'attention, la réflexion et l'échange. Ainsi, à côté des leçons ex cathedra s'alternent des séminaires, des ateliers et des travaux de groupe mono et pluri-professionnels. Pour pouvoir garantir cette diversification, les modules communs sont dotés d'un grand nombre d'enseignants impliqués dans les activités didactiques. Le tout se déroule sous la direction des responsables du module, qui sont normalement trois enseignants des trois professions. La coordination pédagogique et l'évaluation des différents modules sont garanties à travers des rencontres régulières avant, durant et après les cours.

Une telle formation IPE, construite sur la base des choix méthodologiques décrits, fortement structurée et impliquant les trois années de Bachelor, est aujourd'hui un cas unique en Suisse. L'évaluation de ce parcours de formation permettra d'en élucider le potentiel en termes d'IPE et de développement des attitudes à l'IPC, en fournissant ainsi des indications utiles à la Confédération pour décider si et comment investir dans ce type d'expériences pédagogiques.

---

<sup>4</sup> SUPSI. Rapporto di autovalutazione del corso di laurea in Cure infermieristiche. Luglio-Dicembre 2017

<sup>5</sup> Commissions Bachelor en physiothérapie, ergothérapie et soins infirmiers et représentants du monde du travail.

### 2.3. Dessin de recherche

La méthodologie choisie pour l'évaluation de l'IPE réalisé à la SUPSI est la *Mixed Methods*, définie comme une méthode qui combine la collecte de données quantitatives et qualitatives dans le but d'élucider en profondeur le problème de recherche (Creswell, 2014, p.2). En particulier nous avons adopté l'*Explanatory sequential design*, un dessin de recherche spécifique qui prévoit que l'on recueille d'abord les données quantitatives ; la collecte des données qualitatives intervient dans un deuxième temps et sert à expliquer en profondeur les résultats quantitatifs (Creswell, 2014, p.6).

Dans cette recherche nous avons réalisé une enquête quantitative initiale pour évaluer les attitudes envers les équipes interprofessionnelles de soins des étudiants et anciens étudiants de la Haute école spécialisée de Suisse italienne, filière santé (DEASS-SUPSI), plus précisément : des étudiants de 1<sup>ère</sup> année au début de leur formation ; des étudiants de 3<sup>ème</sup> année, à la fin de leur formation ; des anciens étudiants après une voire deux années de pratique professionnelle. Il y a eu ensuite une enquête qualitative : à travers des entretiens semi-directifs avec un échantillon significatif de participants de l'étude quantitative, nous avons approfondi ce qui est ressorti dans l'enquête quantitative. Les données collectées et analysées dans cette deuxième phase ont finalement été intégrées avec celles de la phase précédente, en permettant ainsi de développer une vision globale du phénomène.

Le choix des populations de recherche s'explique de la manière suivante. Les étudiants de 1<sup>ère</sup> année ont été sollicités pour remplir un questionnaire dont le but était l'identification des attitudes et des connaissances en lien avec l'interprofessionnalité avant la formation. Nous avons ensuite choisi d'interroger les étudiants de 3<sup>ème</sup> année puisqu'ils sont à la fin d'un parcours de formation fortement caractérisé par l'IPE. Avec le questionnaire, il s'agissait d'observer la présence d'attitudes à l'IPC au bout de la formation ; à travers les entretiens semi-directifs, nous nous sommes par contre focalisés sur l'expérience vécue durant le parcours de formation et sur les facteurs qui ont favorisé/entravé l'apprentissage des attitudes à l'IPC. En interrogeant les anciens étudiants après une année de pratique professionnelle (ci-dessous nommés « alumni 1+ »), nous avons voulu comprendre l'évolution des attitudes à l'IPC après l'entrée dans le monde du travail ; dans ce cas aussi, nous avons administré des questionnaires et réalisé des entretiens semi-directifs. Nous avons utilisé les deux techniques aussi pour questionner les anciens étudiants après deux ans de pratique professionnelle (ci-dessous nommés « alumni 2+ ») puisque la littérature suggère qu'au cours du temps les attitudes à l'IPC pourraient être fortement influencées par le contexte de travail (Makino, 2013). A côté de ces quatre populations, nous avons aussi mené des entretiens semi-directifs avec les membres d'équipes interprofessionnelles dans lesquelles ont été ou sont insérés des anciens étudiants SUPSI. A travers le témoignage de ces professionnels formés à l'extérieur de SUPSI (ci-dessous nommés « professionnels extra-SUPSI »), nous avons pris en compte le point de vue de personnes tierces qui ont eu la possibilité d'observer l'insertion de professionnels ayant bénéficié d'une formation fortement marquée par l'IPE.

Le projet ainsi constitué s'est développé en trois phases successives :

- Phase 1 : Étude quantitative : Septembre 2017 – Mai 2019
- Phase 2 : Étude qualitative : Juin 2018 – Septembre 2019
- Phase 3 : Intégration des données obtenues dans les phases précédentes Septembre – Octobre 2019

### 2.3.1. Phase 1: Étude quantitative

L'étude quantitative visait à mesurer les attitudes envers les équipes interprofessionnelles de soins et envers l'IPC de la part des étudiants au début et à la fin de la formation, ainsi que de la part des anciens étudiants une voire deux années après la formation. Cette phase s'est déroulée en deux étapes principales :

- *Traduction et adaptation transculturelle du questionnaire.* L'instrument identifié - le questionnaire *Attitudes toward Health Care Teams scale* (Curran et al., 2007) - n'est pas disponible en italien. Il a fallu procéder à la traduction et à l'adaptation culturelle de celui-ci. Une première traduction de l'anglais à l'italien a été effectuée par deux traducteurs différents (*forward translation*) ; la version obtenue a été de nouveau traduite en anglais (*back translation*) par un autre traducteur. Une révision formelle a enfin été effectuée durant des « rencontres d'approbation » par un groupe d'experts en éducation interprofessionnelle (Beaton, 2000).
- *Administration du questionnaire et analyse des données.* Le questionnaire a été administré aux étudiants ou anciens étudiants de Bachelor en soins infirmiers, physiothérapie et ergothérapie selon les temporalités suivantes : en septembre 2017, le questionnaire a été envoyé à tous les étudiants inscrits en 1<sup>ère</sup> année ; en mars 2018 et en mars 2019, à tous les étudiants qui s'apprêtaient à terminer leur 3<sup>ème</sup> année<sup>6</sup> ; en mars 2018, finalement, aux anciens étudiants qui avaient terminé leur formation une voire deux années auparavant (voir le point 2.3).

### 2.3.2. Phase 2. Étude qualitative

Cette étude visait l'exploration compréhensive de l'expérience d'IPE chez un échantillon significatif d'étudiants à la fin de la formation, ainsi que d'anciens étudiants une voire deux années après la formation. L'étude incluait aussi l'exploration de l'expérience des membres d'équipes interprofessionnelles dans lesquelles ont été ou sont insérés des anciens étudiants SUPSI.

Pour réaliser l'étude qualitative, nous avons inséré dans le questionnaire sur la question demandant la disponibilité à participer à une phase ultérieure du projet. Il a ainsi été possible d'identifier des personnes à interviewer durant la phase 2.

Les données ont été récoltées à travers des entretiens semi-directifs ou des focus groups avec 4 populations différentes: un groupe d'étudiants s'apprêtant à terminer leur 3<sup>ème</sup> année (les entretiens ont été menés durant l'été 2018 et 2019) ; un groupe d'anciens étudiants ayant terminé leur formation depuis une année et insérés dans le marché du travail depuis au moins 10 mois (les alumni 1+ ces entretiens ont été menés au printemps 2018) ; un groupe d'anciens étudiants ayant terminé leur formation depuis deux ans et insérés dans le marché du travail depuis au moins 20 mois (les alumni 2+ ; dans ce cas aussi, les entretiens ont été menés en automne 2019) ; un groupe de professionnels formés hors SUPSI et travaillant dans les institutions qui embauchent les anciens étudiants SUPSI (les professionnels extra-SUPSI ; ces entretiens ont été menés au printemps 2019).

---

<sup>6</sup> Nous avons décidé de resoumettre le questionnaire en mars 2019 en raison du faible nombre de réponses durant l'année précédente. Ont été retenues pour l'analyse quantitative seulement les données récoltées par questionnaire en mars 2019.

### 2.3.3. Phase 3. Intégration des données

Durant la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> phase de la recherche, nous avons collecté des données quantitatives et qualitatives. A travers ces deux approches nous avons pu observer l'impact de la formation interprofessionnelle à partir de deux perspectives différentes. Durant la 3<sup>ème</sup> phase, nous avons intégré les données collectées à travers un processus de triangulation de manière à produire une "convergence coding matrix" (O' Cathain A et al, 2010). Ce procédé nous a permis d'examiner le niveau de consensus entre les données quantitatives et qualitatives, en observant ainsi des situations de « accord », « accord partiel », « silence » ou « discordance ».

La triangulation a été effectuée par deux chercheurs qui ont travaillé ensemble sur les données et sur la création de la matrice. Concrètement, le processus de triangulation a été réalisé à travers plusieurs étapes, issues du protocole de triangulation de Farmer T et al. (2006):

- *Triage (sorting)*. Comme première chose il s'est agi de sélectionner les données quantitatives et qualitatives faisant référence à une même question de recherche (par exemple: quels facteurs favorisent l'interprofessionalité ?). Dans chaque set de résultats sélectionné nous avons identifié les thèmes principaux qui y étaient discutés. Nous avons ainsi développé une liste de thèmes communs.
- *Codification de la convergence (convergence coding)*. Chacun des thèmes communs a été comparé en termes de présence/fréquence et signification. Le type et le degré de convergence ont été évalués. Différents scénarios étaient possibles : accord (consensus total entre les deux sets de résultats), accord partiel (le consensus entre les deux sets de résultats existait par rapport à certains éléments, mais pas à d'autres), silence (l'un des deux sets de résultats faisait référence à un thème, alors que l'autre ne s'exprimait pas), dissonance (il y avait discordance entre les deux sets de résultats par rapport aux éléments de la comparaison).
- *Évaluation de la convergence (convergence assessment)*. Nous avons procédé à une évaluation globale du niveau de convergence des deux sets de résultats, en documentant quand et où les chercheurs ont eu des perspectives différentes.
- *Comparaison de la totalité (completeness comparison)*. Nous avons développé une « histoire » unique en réponse à la question de recherche à partir des contributions de chaque set de résultats.
- *Comparaison des chercheurs (researcher comparison)*. Les résultats triangulés ont été soumis à l'évaluation des chercheurs pour en clarifier l'interprétation et déterminer le niveau de consensus entre eux.
- *Réactions (feedback)*. Nous avons pris en compte le point de vue de toute l'équipe et des partenaires de recherche par rapport aux résultats triangulés et à leur interprétation.

A travers ce processus complexe de triangulation des données, nous avons atteint un niveau d'analyse plus profond et nous avons ainsi répondu aux questions de recherche de manière plus complète.

**Tableau 1. Calendrier de la recherche**

Temps	Phase	Activité	Mois
T0	Préparation	Définition protocole de recherche, préparation matériel et soumission à l'OFSP	Sept 2017
		Rencontre avec l'équipe de recherche	Sept 2017
		Rencontre avec l'expert externe	Nov 2017
		Définition de l'échantillon d'enquête	Sept/Oct 2017
		Préparation formulaire consentement éclairé	Sept/Oct 2017
T1	Étude quantitative	Traduction questionnaire (forward translation)	Sept 2017
		Traduction questionnaire (back translation)	Sept 2017
		Soumission au comité d'experts	Sept 2017
		Création questionnaire online	Sept/Oct 2017
		Préparation lettre d'accompagnement pour les étudiants et les anciens étudiants	Sept/Oct 2017
		Présentation aux étudiants de 1 <sup>o</sup> année	Sept/Oct 2017
		Envoi lettres aux étudiants de 3 <sup>o</sup> année + anciens étudiants	Mars 2018
		Insertion données questionnaire en SPSS	Avril 2018/Mai 2019
		Préparation premier rapport intermédiaire	Juin 2018
		Analyse des données avec SPSS	Juin 2018/Mai 2019
		T2	Étude qualitative
Préparation trace entretien	Juin 2018		
Organisation entretiens	Juin 2018 – Mai 2019		
Entretiens avec les étudiants	Juillet/Sept 2018		
Entretiens avec les anciens étudiants	Mars/Oct 2018		
Entretiens avec professionnels extra SUPSI	Mars/Mai 2019		
Transcription verbatim entretiens	Mars 2018/Juin 2019		
Préparation dernier rapport intermédiaire	Janv 2019		
Analyse thématique entretiens	Juin /Sept 2019		
T3	Intégration	Production "convergence coding matrix"	Sept/Oct 2019
Gestion générale du projet et diffusion des résultats		Préparation portrait pour OFSP	Nov 2019
		Préparation rapport scientifique final	Nov 2019
		Préparation synthèse rapport pour grand public	Nov 2019

## 2.4. Récolte et analyse des données

### 2.4.1. Récolte et analyse des données quantitatives

La recherche s'est déroulée dans le canton du Tessin entre le mois de septembre 2017 et le mois de septembre 2019. Les participants ont tout d'abord été recrutés parmi les étudiants SUPSI inscrits en 2017-2018 en 1<sup>ère</sup> année (156) et en 3<sup>ème</sup> année (108) du Bachelor en soins infirmiers, physiothérapie et ergothérapie. Après un premier recrutement en septembre 2017 pour les étudiants de 1<sup>ère</sup> année et en mars 2018 (pour les étudiants de 3<sup>ème</sup> année) le taux de réponse a été de 115 étudiants de 1<sup>ère</sup> année (73,7 %) et de 37 étudiants de 3<sup>ème</sup> année (34,2%, pourcentage qui a été jugé insuffisant). Malgré plusieurs sollicitations, il n'a pas été possible de recruter davantage d'étudiants. Pour cette raison une deuxième tentative a été faite avec les étudiants de 3<sup>ème</sup> année en mars 2019. Dans ce cas 106 étudiants ont été sollicités et la totalité d'entre eux a répondu au questionnaire (100%). Lors de la première tentative les questionnaires ont été envoyés par mail aux étudiants. Face au taux insuffisant de réponse des étudiants de 3<sup>ème</sup> année en 2018, l'année suivante on a demandé aux étudiants de remplir le questionnaire en classe et de le laisser sur la table avant de quitter la salle. En ce qui concerne les alumni, ils ont aussi été recrutés en mars 2018. Nous avons envoyé un courrier électronique à tous ceux dont on avait encore les coordonnées, suivi de deux rappels à ceux qui n'ont pas répondu. Parmi les personnes contactées, 48 alumni 1+ sur 80 ont répondu (60%), ainsi que 55 alumni 2+ sur 86 (64%).

L'analyse statistique des données quantitatives a été effectuée à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 24. Des analyses descriptives ont été faites pour les caractéristiques socio-démographiques et les attitudes à l'égard des équipes interprofessionnelles de soin. La moyenne, la déviation standard, la fréquence et le pourcentage des différentes variables ont été calculés et une analyse inférentielle des différences entre les moyennes (avec un niveau de significativité bilatéral de 5 %) a été menée en utilisant le test *t Student*.

### 2.4.2. Récolte et analyse des données qualitatives

Les personnes à interviewer ont été choisies parmi celles qui avaient donné leur accord dans le questionnaire pour participer à la partie qualitative de l'étude. Les étudiants de 1<sup>ère</sup> année ne faisaient pas partie de ceux qui étaient censés être interviewés. Pour chacun des 3 autres groupes, nous avons choisi les participants de manière à diversifier l'échantillon dans le but de collecter le plus grand nombre d'expériences par rapport au thème de recherche et ainsi avoir une vision large du phénomène observé. Les critères de diversification pour assurer cette variabilité ont été le statut professionnel (personnes appartenant aux différentes professions : physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers), et le genre. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à la saturation des données (Sandelowski M 1995). Ils ont été réalisés en face-à-face par trois chercheurs différents dans une salle de SUPSI. Quand cela n'a pas été possible, ils ont eu lieu par téléphone ou Skype. Ce choix a été fait pour des raisons de flexibilité et pour pouvoir atteindre des alumni qui sont partis travailler en Suisse alémanique ou romande. Finalement, nous avons mené 15 entretiens avec les étudiants de 3<sup>ème</sup> année, 9 entretiens avec les alumni 1+ et 14 entretiens avec les alumni 2+.

En ce qui concerne les professionnels extra-SUPSI, nous avons contacté les institutions qui recrutent régulièrement des étudiants SUPSI (structures hospitalières publiques et privées, maisons pour personnes âgées, ambulatoires professionnels, privés) en demandant leur disponibilité à participer. Une fois l'accord institutionnel obtenu, nous avons demandé à identifier des professionnels qui avaient un rôle de gestion et/ou de formation dans l'organisation et qui avaient accueilli, en raison

de ce rôle, des étudiants SUPSI durant les 3 années précédentes. Nous avons aussi veillé à ce que ces personnes n'aient pas été formés à la SUPSI. L'échantillon a été diversifié l'échantillon en termes de profession, genre et contexte professionnel. Avec les professionnels extra-SUPSI nous avons mené d'abord 2 focus groups avec 4 personnes chacun ; ensuite nous avons réalisé 5 entretiens individuels afin d'approfondir différentes dimensions. Au total, 13 professionnels extra-SUPSI ont été sollicités.

Tous les entretiens et focus groups se sont déroulés après avoir obtenu le consensus des participants. Les rencontres ont été enregistrées et retranscrites verbatim par deux chercheurs différents. Les textes ainsi obtenus ont été analysés par groupe et thématiquement en suivant les six étapes décrites par Braun & Clarke (2006):

1. Les données enregistrées ont été retranscrites verbatim et lues à plusieurs reprises. Chaque entretien/focus group a été sectionné en séquences de conversation et analysé en examinant chaque phrase.
2. Les deux premiers entretiens ont été lus par deux chercheurs de manière indépendante. Ceux-ci ont identifié les codes initiaux avec le support du software pour l'analyse qualitative Nvivo 12. Par la suite, les deux chercheurs ont discuté les codes et leurs contenus.
3. Les deux chercheurs ont combiné les différents codes afin d'identifier les thèmes centraux et les sous-thèmes. Un troisième chercheur a ensuite reconsidéré les thèmes et les sous-thèmes dans le but d'en tester le bien-fondé.
4. La liste des thèmes identifiés a été commentée, revue et affinée par les trois chercheurs de manière à garantir leur cohérence interne. Les éventuels chevauchements ont été éliminés.
5. Les thèmes centraux ont été soigneusement décrits afin d'en clarifier et expliciter le sens.
6. Au moment de l'écriture du rapport, la construction du texte a été examinée par deux chercheurs.

La récolte et l'analyse des données ont procédé simultanément, de manière à permettre un aller-retour entre les entretiens, à identifier des thèmes à approfondir durant les entretiens successifs et à reconnaître la saturation des résultats quand la redondance de l'analyse devenait manifeste.

## 2.5. Instruments pour la collecte des données

L'instrument défini pour la collecte quantitative des données qui permet d'évaluer les attitudes envers les équipes interprofessionnelles de soin et envers l'IPC est le questionnaire *Attitudes toward Health Care Teams (ATHCT)* (Curran et al., 2007). Il s'agit d'un instrument validé en anglais composé de 14 éléments (item) qui utilise une échelle Likert de 5 points (de 1 à 5 = tout à fait accord) pour chaque énoncé. Le questionnaire explore le positionnement vis-à-vis de l'interprofessionnalité à l'aide de deux sous-catégories qui concernent la qualité des soins (*Quality of care ; 11 énoncés*) et les contraintes de temps (*Time constraints ; 3 énoncés*). Les scores des questionnaires varient entre 14 et 70 points (*cohérence interne  $\alpha=0,83$* ). Ceux des sous-catégories varient entre 1 et 55 points pour la qualité des soins (*11 énoncés,  $\alpha=0,82$* ) et entre 3 et 33 points pour les contraintes de temps (*3 énoncés,  $\alpha=0,56$* ) (Kim, 2014). Les trois énoncés négatifs concernant les contraintes de temps sont inversés, de sorte que plus le score est élevé, plus l'accord avec l'énoncé est grand (Kim, 2014).



En plus des données démographiques (sexe, âge, titre d'études), des données ont été recueillies au sujet de l'expérience professionnelle, du type de profession exercée, de la formation suivie après la formation de base, ainsi que des lieux de stage et d'expérience professionnelle. Pour des questions de respect de la sphère privée, les étudiants de première année n'ont pas été invités à indiquer quel type de cours (soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie) ils fréquentaient.

Le questionnaire a été traduit et adapté au contexte culturel conformément aux recommandations de Beaton et al. (2000). La traduction initiale de l'anglais à l'italien a été effectuée par deux traducteurs de langue maternelle italienne (*forward translation*), puis elle a été retraduite en anglais (*back-translation*) par une personne de langue maternelle anglaise. Un groupe d'experts en interprofessionnalité a révisé la version finale (Beaton et al., 2000). Ce questionnaire a permis de récolter les données telles qu'elles ont été évoquées dans le point 2.1.

Pour la collecte des données qualitatives, nous avons mené des entretiens semi-structurés avec les étudiants et les alumni (anciens étudiants ; cf. chapitre 2.2., phase 2), ainsi que des focus groups et des entretiens avec les professionnels extra-SUPSI. Au cours de l'entretien, nous avons laissé aux participants une large liberté de réponse, tout en ayant comme référence un ensemble de questions prédéfinies à utiliser comme guide d'entretien. Ces questions ont constitué un canevas d'entretien et ont été adaptées et/ou modifiées au cours de l'étude pour permettre d'approfondir les thèmes qui émergeaient au fur et à mesure.

L'enquêteur a débuté l'entretien avec une question exploratoire très générale (question principale), en invitant la personne interviewée à décrire une situation vécue inhérente aux expériences d'IPE et en demandant ensuite de décrire une situation vécue dans la pratique clinique dans un moment d'IPC.

Après ces premières questions, complètement ouvertes afin de permettre l'expression narrative du participant, l'intervieweur a poursuivi en posant des questions plus ciblées sur la base du guide d'entretien (cf. annexes), en veillant tout de même à la fluidité et à la spontanéité des réponses.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Phase 1 : Étude quantitative**

Le questionnaire a été distribué à 156 étudiants des professions de la santé (soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie) de première année. Le taux de retour s'est élevé à 73,7% (115 réponses). Le même questionnaire a été transmis à 106 étudiants de troisième année (tous ont répondu) et à 86 anciens étudiants ayant une année d'expérience depuis l'obtention de leur titre, ainsi qu'à 80 anciens étudiants ayant deux ans d'expérience (taux de retour de 60 % et 64 %, respectivement).

Les caractéristiques principales des répondants sont reportées dans le tableau 2.

**Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon**

	Étudiants 1 <sup>ère</sup> année (N=115)		Étudiants 3 <sup>ème</sup> année (N=106)		p <sup>^</sup>	Alumni 1+ (N=48)		Alumni 2+ (N=55)		p <sup>^^</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Sexe</b>										
Femmes	85	73.9	81	76.4	0.07	42	87.5	34	61.8	0.003
Hommes	30	26.1	25	23.6		6	12.5	21	38.2	
<b>Âge moyen – (DS)</b>	22.3	(5.1)	25	(6.2)	0.001	25.8	(2)	27.2	(3)	0.09
<b>Classes d'âge</b>										
< 20	31	27.0	1	0.9	0.00	-	-	-	-	0.001
≥ 20 <25	63	54.8	71	67.0		14	29.2	3	5.5	
≥ 25	21	18.2	30	28.3		34	70.8	51	92.7	
<b>Formation</b>										
Maturité santé-social	53	46.1	49	46.2	0.72	-	-	-	-	
Maturité gymnasiale	38	33.0	29	27.4						
Maturité commerciale	13	11.3	10	9.4						
Autre*	11	9.6	10	9.4						
<b>Bachelor</b>	-	-								
Soins infirmiers			73	68.9		23	47.9	31	56.4	0.7
Physiothérapie			20	18.9		18	37.5	17	30.9	
Ergothérapie			13	12.1		7	14.6	7	12.7	
<b>Expérience professionnelle/ stages''</b>	-	-								
Hôpital			102	96.2		27	56.3	42	76.4	0.03
EMS			48	45.3		6	12.5	16	29.1	0.04
Réadaptation			33	31.1		8	16.7	10	18.2	0.8
Cabinet privé			17	16.0		18	37.5	16	29.1	0.4
Soins à domicile			6	5.7		9	18.8	8	14.5	0.6
Autre**			13	12.3		4	8.4	8	14.5	0.6

'' Une personne peut avoir travaillé ou effectué un stage dans un ou plusieurs milieux professionnels.

\* Maturité artistique, technique, hôtelière, en diététique; autre bachelor.

\*\* Coopération internationale, centres pour handicapés, communautés pour le traitement de la toxicodépendance.

^ Comparaison entre les étudiants de première et de troisième année.

^^ Comparaison entre les professionnels ayant un et deux ans d'expérience.

La somme des pourcentages n'atteint pas toujours 100 en raison de données manquantes.

On remarque que les infirmiers sont le groupe le plus nombreux et que près de la moitié des étudiants avaient déjà été exposés au secteur des soins, puisqu'ils avaient une maturité santé-social.

De fait, 60% des étudiants de première année avaient déjà une expérience d'au moins six mois acquise dans le cadre d'un stage. Pour tous les groupes, le principal lieu de stage ou d'expérience professionnelle était un hôpital.

**Tableau 3. Scores globaux pour tous les groupes examinés**

	Étudiants 1 <sup>ère</sup> année (N=115)	Étudiants 3 <sup>ème</sup> année (N=106)	P*	Alumni 1+ (N=48)	Alumni 2+ (N=55)	P**
<b>Échelle complète (étendue 14-70)</b>	3.9 (0.3) (1.9-4.8)	4.1 (0.4) (3-5)	<b>0.02</b>	3.8 (0.5) (2-5)	4.1 (0.3) (3-5)	<b>0.004</b>
Moyenne (DS) (étendue)	54.6 (4.9) (26-67)	56.7 (5.1) (42-68)		53.5 (7.3) (32-70)	57.7 (4.8) (46-67)	
Score total – Moyenne (DS) (étendue)	4 (0.4) (1.6 – 4.8)	4.1 (0.4) (3-5)	<b>0.05</b>	3.9 (0.6) (2-5)	4.1 (0.4) (3-5)	<b>0.009</b>
	43.5 (4.1) (17-53)	45.1 (4.1) (35-55)	<b>0.05</b>	42.8 (6.2) (22-55)	45.5 (3.9) (35-54)	<b>0.03</b>
<b>Qualité des soins (étendue 11-55)</b>	3.7 (0.7) (1.3 – 5)	3.9 (0.6) (3-5)		3.6 (0.7) (1-5)	3.9 (0.7) (2-5)	
Moyenne (DS) (étendue)	11.1 (2) (4-15)	11.6 (1.8) (5-15)		10.7 (2.1) (3-15)	11.6 (2.1) (5-15)	
Score total – Moyenne (DS) (étendue)						
<b>Contraintes de temps (étendue 3-15)</b>						
Moyenne (DS) (étendue)						
Score total – Moyenne (DS) (étendue)						

\* Valeur P calculée entre les étudiants de première et de troisième année.

\*\* Valeur P calculée entre les personnes diplômées depuis un an et depuis deux ans

Même si les scores moyens ne diffèrent pas énormément entre les étudiants de première et de troisième année, les différences sont significatives pour toutes les dimensions de l'interprofessionnalité. Il en va de même entre les professionnels qui ont une ou deux années d'expérience. Même si la conviction que l'interprofessionnalité a des effets positifs est forte dans tous les cas, il semblerait que l'entrée sur le marché du travail ait un impact négatif, un impact qui tend toutefois à s'estomper avec l'expérience. De fait, les scores augmentent de manière significative pour toutes les dimensions chez les professionnels qui ont deux ans d'expérience, tout comme chez les étudiants, entre la première et la troisième année.

**Tableau 4. Énoncés qui rassemblent les avis les plus favorables**

Énoncé	Étudiants		p	Alumni		p
	1ère année (N=115)	3ème année (N=106)		Alumni 1 + (N=48)	Alumni 2+ (N=55)	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
<b>A1</b> Les patients qui reçoivent des soins interprofessionnels ont plus de chances d'être traités de manière holistique.	89 (77.4)	<b>90 (84.9)</b>	0.4	<b>41 (85.4)</b>	<b>46 (83.6)</b>	0.9
<b>A3</b> Les comparaisons entre les membres de l'équipe aident à prendre de meilleures décisions de traitement pour les patients.	<b>108 (93.9)</b>	<b>100 (94.3)</b>	0.6	<b>40 (83.3)</b>	<b>53 (96.4)</b>	0.07
<b>A4</b> L'approche interprofessionnelle en équipe permet d'administrer des traitements plus efficaces.	<b>109 (94.8)</b>	<b>98 (92.5)</b>	0.2	<b>40 (83.3)</b>	<b>54 (98.2)</b>	0.02
<b>A5</b> Le fait de développer un plan de soins avec les autres membres de l'équipe permet d'éviter des erreurs dans l'administration des traitements.	65 (56.5)	65 (61.3)	0.7	33 (68.8)	40 (72.7)	0.6
<b>A7</b> Le travail dans un contexte interprofessionnel nourrit la plupart du temps l'enthousiasme et l'intérêt au travail des professionnels.	52 (45.2)	64 (60.4)	0.05	26 (54.2)	33 (60)	0.5
<b>A8</b> L'approche interprofessionnelle améliore la qualité des soins.	<b>110 (95.7)</b>	<b>101 (95.3)</b>	0.99	<b>41 (85.4)</b>	<b>53 (96.4)</b>	0.1
<b>A10</b> Les professionnels de la santé qui travaillent en équipe répondent plus que les autres aux besoins émotionnels et financiers des patients.	44 (38.3)	35 (33.0)	0.008	19 (39.6)	20 (36.4)	0.6
<b>A11</b> L'approche interprofessionnelle permet aux professionnels de la santé de répondre aux besoins des proches ainsi qu'à ceux des patients.	<b>95 (82.6)</b>	<b>93 (87.7)</b>	0.6	34 (70.8)	<b>51 (92.7)</b>	<b>0.01</b>
<b>A12</b> Le fait de devoir signaler les observations à une équipe aide les membres de l'équipe à mieux comprendre le travail des autres professionnels.	<b>102 (88.7)</b>	<b>99 (93.4)</b>	0.2	35 (72.9)	<b>52 (94.5)</b>	<b>0.009</b>
<b>A13</b> Les patients hospitaliers qui sont soignés par une équipe interprofessionnelle sont mieux préparés à la sortie.	72 (62.6)	81 (76.4)	0.03	31 (64.6)	<b>49 (89.1)</b>	<b>0.01</b>

<b>A14</b> Les réunions d'équipe encouragent la communication entre les membres des différentes professions ou disciplines.	<b>105 (91.3)</b>	<b>103 (97.2)</b>	0.1	37 (77.1)	<b>54 (98.2)</b>	<b>0.004</b>
<b>A2</b> La mise au point d'un plan de soins interprofessionnel pour un patient exige un temps excessif.	69 (60)	63 (59.4)	0.6	22 (45.8)	31 (56.4)	0.5
<b>A6</b> La plupart du temps, le travail interprofessionnel complique les choses inutilement.	90 (78.3)	90 (84.9)	0.2	39 (81.3)	<b>47 (85.5)</b>	<b>0.7</b>
<b>A9</b> Dans la plupart des cas, le temps investi dans les consultations interprofessionnelles pourrait être mieux utilisé.	74 (64.3)	74 (69.8)	0.3	25 (52.1)	<b>44 (80.0)</b>	<b>0.01</b>

\* Valeur P calculée entre les étudiants de première et de troisième année.

\*\* Valeur P calculée entre les personnes diplômées depuis un an et depuis deux ans

Seuls 25 répondants ont exprimé un (fort) désaccord sur au moins trois énoncés du questionnaire, et un seul d'entre eux était dans le groupe des professionnels ayant deux ans d'expérience depuis l'obtention du titre.

L'analyse individuelle des énoncés tend à confirmer les conclusions tirées du tableau 2: la conviction que le travail interprofessionnel produit de meilleures décisions de traitement (A3), permet d'administrer des traitements plus efficaces (A4) et améliore la qualité des soins (A8) est élevée dès le départ. À l'exception de ceux qui n'ont qu'une année d'expérience professionnelle, plus de 80 % des anciens étudiants estiment que l'approche interprofessionnelle permet de répondre aux besoins des proches et des patients (A11), de mieux comprendre le travail des autres (A12) et de mieux communiquer, grâce aux réunions d'équipe (A14). Dans ce cas également, la conviction est renforcée par l'expérience. Les répondants sont moins persuadés du fait que l'IPC permette d'éviter des erreurs dans l'administration des traitements (A5) et qu'elle prépare mieux les patients à la sortie de l'hôpital (A13). Les professionnels ayant deux ans d'expérience ne sont toutefois pas du même avis et estiment à 89% (49 répondants sur 55) que le travail d'une équipe interprofessionnelle a aussi un impact positif sur la préparation à la sortie. L'énoncé qui recueille le moins d'avis positifs (moins de 40 % tout à fait d'accord, dans tous les groupes) est celui qui affirme que l'IPC permet de mieux répondre aux besoins émotionnels et financiers des patients (A10). Par contre, le temps reste un aspect problématique. Les plus bas niveaux d'avis favorables concernent en effet le temps supplémentaire que requiert le travail interprofessionnel (A2, A6) et le fait que ce temps pourrait être mieux utilisé (A9). L'idée que l'IPC stimulerait l'intérêt au travail (A7) peine aussi à convaincre.

En dépit des limites imposées par le petit nombre de répondants par groupe, des analyses exploratoires ont été effectuées pour évaluer l'impact des différentes caractéristiques sur la propension à l'IPC. Parmi les étudiants de première année, ceux qui avaient une maturité santé-social (53) affichent un score moyen significativement plus élevé et pensent donc que l'IPC a des effets positifs sur la qualité des soins, mais qu'elle nécessite aussi plus de temps. Il n'y a pas de différences significatives pour les autres caractéristiques au sein des autres groupes (sexe, âge, type de profession exercée, expérience professionnelle/stages, titre d'études).

### 3.2. Phase 2 : Étude qualitative

A travers le processus complexe de recrutement des participants qui a été décrit dans le chapitre méthodologique, nous avons au total mené 15 entretiens avec les étudiants de 3<sup>ème</sup> année; 9 entretiens avec les alumni après une année de travail ; 14 entretiens avec les alumni après deux ans de travail ; et deux focus groups et 5 entretiens individuels avec les professionnels travaillant dans des institutions qui ont accueilli des alumni SUPSI.

Tous les entretiens et les focus groups ont été retranscrits verbatim.

Les données recueillies ont été analysées en maintenant la distinction entre les 4 populations de l'échantillon. A la base de ce choix il y a la conviction selon laquelle chaque groupe était censé illustrer un moment spécifique du parcours général de formation et d'insertion professionnelle des étudiants SUPSI:

- Les étudiants de 3<sup>ème</sup> année ont permis d'éclairer le parcours formatif théorique (dans les salles de cours) et pratique (dans les stages) ;
- Les alumni après une année de travail ont fourni des informations sur le parcours formatif dans sa globalité, ainsi que leur vécu par rapport à l'insertion dans le contexte professionnel et leurs « premières » expériences dans ce domaine ;
- Les alumni après deux ans de travail ont décrit leur formation avec un certain recul ; ils ont approfondi ce qui arrive à la fin de la formation, quand on entre à plein titre dans le monde du travail; ils ont aussi réfléchi à leur évolution dans l'institution, une fois le processus d'insertion conclu et le rôle professionnel pleinement acquis;
- Les professionnels qui travaillent dans les institutions qui ont accueilli les alumni SUPSI ont fourni leur point de vue sur l'insertion de ces anciens étudiants et ont pu approfondir les dynamiques de la collaboration avec ceux-ci dans le quotidien.

En analysant chaque groupe, un certain nombre de thèmes et de sous-thèmes ont été identifiés.<sup>7</sup> La description des thèmes centraux a permis de saisir le sens profond des récits des participants. L'intégration de ces thèmes a engendré un tableau qui, avec des couleurs et des nuances différentes, représente l'impact d'une expérience de formation interprofessionnelle - celle proposée par SUPSI – pour les étudiants, en permettant ainsi d'atteindre les objectifs définis dans le protocole de recherche :

- Évaluer l'impact de l'éducation interprofessionnelle sur l'attitude des étudiants à l'égard du personnel sanitaire et de la collaboration interprofessionnelle.
- Évaluer la persistance des effets de l'éducation interprofessionnelle deux ans après la fin de la formation.
- Investiguer le processus à travers lequel la collaboration interprofessionnelle est apprise par les étudiants de la formation de base.
- Comprendre si et comment la collaboration interprofessionnelle change suite à la confrontation avec le monde du travail.

L'analyse des données a amené à identifier des dimensions transversales aux récits des trois populations principales de l'étude, à savoir les étudiants en 3<sup>ème</sup> année de formation, les alumni 1+ et les alumni 2+. Les dimensions transversales sont le concept de IPC tel que les participants

---

<sup>7</sup> Les tableaux synthétisant les thèmes et les sous-thèmes pour chaque groupe de participants sont visibles dans les annexes.

l'expriment, le processus dans lequel les participants sont impliqués en lien avec l'IPC, et les défis de ce processus.

Dans les lignes suivantes nous allons considérer comment chaque population traite la question de l'IPC. Dans un dernier paragraphe de cette partie qualitative, finalement, nous allons illustrer les résultats de l'analyse des entretiens avec la quatrième population, à savoir les professionnels extra-SUPSI qui ont accueilli, dans le passé, des étudiants SUPSI. A travers le regard de cette quatrième population nous allons considérer les spécificités des étudiants SUPSI.

### 3.2.1. Etudiants de 3ème année: La familiarisation à l'IPC

Les étudiants sont confrontés à l'IPC dès la première année de formation, puisqu'ils sont immédiatement mis dans la nécessité de devoir se relationner aux collègues des autres disciplines durant les modules communs. Au bout du parcours pédagogique, les étudiants ont développé une conscience autour du thème et un point de vue qu'il a été possible d'explorer dans les entretiens. La dimension principale qui émerge des paroles des participants est la familiarisation à l'IPC : les étudiants ont globalement pris conscience de son contenu, de sa valeur, ainsi que de ses difficultés. C'est une prise de conscience encore relativement théorique, mais qui jette les fondements de leur rapport futur à l'IPC.

#### a) Concept de IPC: Un bagage de connaissances acquises

Les étudiants, à la fin de la 3ème année de formation et juste avant la remise du titre qui les rend des professionnels à part entière, considèrent le concept d'IPC comme un bagage de connaissances importantes qu'ils ont acquises au long du parcours. Ils estiment avoir élaboré le concept de IPC durant la formation et ils pensent qu'ils ont pu s'en approprier. Ce bagage de connaissances les rend tout d'abord capables de reconnaître et comprendre les situations interprofessionnelles dans les différents contextes de stage.

*Mi è capitato durante uno stage... ero in oncologia, e... c'era un paziente che stava entrando in una fase di accompagnamento, è stato bellissimo anche se... era un po' fuori dal coro, mettiamola così, partecipare alla riunione interdisciplinare, vedere come i diversi professionisti, dal medico allo psiconcologo, allo psicologo di sostegno familiare, al fisioterapista, come ognuno tra virgolette diceva la sua, e si lavorava per importanza individuando i diversi obiettivi da dover seguire, quelli che fossero prioritari, quelli che magari bisognava lasciare in secondo piano, o comunque sui quali.. gli altri sui quali si doveva investire ancor di più. (STUD.10)*

En ayant pu développer une pensée critique et réflexive sur le thème de l'IPC, les étudiants ont été capables d'endosser le rôle d'acteurs/observateurs de l'IPC dans les contextes de stage. Grâce à ce regard critique, ils ont aussi montré leur capacité à identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la présence de l'IPC. Selon leurs récits, ces facteurs sont en lien avec les caractéristiques individuelles des différents professionnels, avec les relations qui s'instaurent entre eux (y compris leur niveau de communication), ainsi qu'avec les caractéristiques de l'organisation et son degré d'ouverture envers l'IPC.

L'absence de disponibilité individuelle est un premier obstacle à l'IPC selon les étudiants interrogés. Cette indisponibilité peut être due à des caractéristiques propres à la personne ou à des difficultés relationnelles, comme exprimé dans les citations suivantes.

*io ho visto molte somiglianze, però sulla pratica è difficile trovare delle situazioni veramente interdisciplinari. Cioè quello che ho notato è che quando si creano sono abbastanza somiglianti a quelle che comunque si creavano in classe, quando magari appunto c'è la possibilità di parlare, ognuno dice la sua e si crea una sorta di tavola rotonda. E qui ci sono molte somiglianze, appunto molte similitudini. Ma non sempre questo è fattibile, ad esempio mi è capitato di vedere una grande collaborazione tra ergo, fisio e specialista di attivazione in casa anziani che però si fermava al capo reparto di geriatria e poi come infermieri e come assistenti di cura è un po' come se non volessero partecipare a questo, a questa interdisciplinarietà. (STUD.11)*

*...è veramente difficile da applicare, però sono le differenze che comunque ci avevano detto e ci avevano comunque spiegato che... che ci sarebbero state, quindi difficoltà relazionali, difficoltà comunque tra anche vecchie e nuove generazioni, o... persone con caratteristiche differenti, e lì... è difficile. (STUD.7)*

L'absence de temps et l'organisation physique des espaces sont d'autres facteurs que les étudiants ont mis en évidence et qui à leur avis expliquent le niveau haut ou bas d'IPC.

*Un po' penso per questioni di tempo, o di difficoltà a contattarsi... comunque già so... già di per sé non è che ci si incontra con gli altri professionisti, in setting ambulatoriale, quello è già più difficile, perché ognuno magari, se sei a domicilio ognuno va a casa della persona, del paziente, ma poi torna nel proprio di studio. Quindi sì... solo puntualmente ci si contatta. Però... appunto, dopo anche in stage cercavo sempre di... eh, di provare a capire anche cosa fanno gli altri professionisti, e diciamo che saltavano fuori cose interessanti. (STUD.5)*

En décrivant le concept d'IPC, les participants ont aussi mis en évidence leur compréhension de l'impact de l'IPC. Ils affirment avoir pu constater, durant leurs stages, les effets positifs de l'IPC sur le patient et son traitement, sur l'équipe et sur l'organisation.

*È proprio quello che teoricamente vedevamo a scuola e... trovo che sia veramente arricchente. (STUD.4)*

L'IPC est particulièrement utile au patient. Celui-ci est plus motivé à adhérer au traitement s'il se rend compte que toute l'équipe communique et est soudée :

*se il paziente percepisce comunque che il team curante che lo sta seguendo lavora sulla stessa linea, lavora comunque in coesione, probabilmente anche la terapia che sta facendo è un po' più motivato a seguirla e risulta magari anche un po' più, come si dice, non dico assicurato però...cioè vede che sono in già in tre persone che supportano, o in più persone, che supportano questa via. (STUD.13)*

En plus de motiver le patient, l'IPC permet au professionnel de développer un regard plus global sur le patient ou sur le cas auquel il est confronté.

*è una visione più globale del paziente. O comunque del caso che ti viene posto di fronte. (STUD.10)*

Convaincus de l'importance de l'IPC, les étudiants ont aussi des attentes envers son implémentation. A l'avenir, ils se voient en tant que protagonistes actifs de l'IPC :

*...sono cosciente anche vedendo gli stages passati o comunque vedendo dove ho lavorato che se non c'è la disponibilità di ottenere o di fare un lavoro interdisciplinare non si può andare avanti, è come sbattere contro un muro. Quindi in sé, cioè aspettative non è che sono*



*cambiate, però vedendo appunto che già negli anni i futuri professionisti sanitari hanno cambiato il loro modo di pensare rispetto all'interdisciplinarietà comunque penso che se in futuro si vada avanti, saremo poi noi cheosterremo l'interdisciplinarietà e quindi l'aspettativa è un po' più positiva diciamo (STUD.13)*

En particulier, les étudiants reconnaissent le fait d'être sensibilisés à l'IPC, mais savent que la route est encore longue pour l'appliquer habituellement. Si la conscience et la connaissance est là, encore faut-il de l'expérience et de la compétence.

*La consapevolezza ce l'ho, chiaramente bisogna avere anche esperienza e competenza. Le competenze noi, abbiamo una competenza, usciamo con una competenza però è ancora tutto da costruire. E credo che competenza, esperienza e insieme a braccetto con interprofessionalità possano solo migliorare negli anni, sempre con la consapevolezza però che siamo persone e abbiamo tutte prospettive diverse, sensazioni diverse, sempre nel rispetto dell'altro. In futuro dovrebbe non solo funzionare bene ma benissimo. (STUD.14)*

En conclusion, les entretiens réalisés avec les étudiants en fin de formation montrent l'acquisition d'un bagage de connaissances en lien avec l'IPC. Ce bagage est constitué en particulier de la conviction de l'importance de l'IPC, de la capacité à reconnaître les facteurs qui l'entravent ou la favorisent, mais aussi du désir de l'appliquer efficacement à l'avenir et de la conscience qu'il faudra encore acquérir de l'expérience pour y parvenir.

#### b) Processus en lien avec l'IPC : Un apprentissage délicat

L'analyse des entretiens montre que le concept d'IPC tel qu'il est exprimé par les participants est le résultat d'un long processus d'apprentissage. Les étudiants parlent d'un véritable parcours d'approvisionnement qui s'est développé progressivement au cours des trois ans de formation.

*Pensando in precedenza a quando ero un po' più giovane, non riuscivo a comprendere appieno la potenzialità del dover lavorare insieme. Inizialmente: perché devo lavorare con altri professionisti per forza, non posso fare il mio e basta? Sicuramente nel tempo ho appreso la potenza che l'interprofessionalità può avere. (STUD.14)*

Cet apprentissage a été décrit comme complexe, pénible et parfois douloureux, mais au final positif. Au début l'IPC apparaissait comme une image opaque qui par la suite, grâce à l'aide des enseignants, est devenue de plus en plus claire et lumineuse. Au long de ce parcours, les étudiants interviewés disent avoir modifié le regard, la pensée et l'approche jusqu'à se sentir prêts pour le rôle de professionnels membres d'un team interprofessionnel.

*Faticoso ma... premia! Ehm...molto faticoso soprattutto all'inizio perché: dai, questo è più importante, mah guarda che ti dico così, no questo è più importante, eh... trovi molti conflitti e da quel punto di vista è faticoso. Però poi salta fuori, soprattutto quando tiri le somme alla fine ti rendi conto di cosa hai imparato (...) (STUD.10)*

La première difficulté exprimée en lien avec le processus d'apprentissage a été l'incompréhension initiale du sens du parcours pédagogique proposé. Plusieurs étudiants ont souligné le fait que dans un premier temps ils ne comprenaient pas la pertinence des modules communs et l'insistance sur l'IPC. Fondamental, à ce moment-là, a été le capital de confiance accordé aux enseignants :

*io facevo fatica ad entrare in quest'ottica. Rispetto alle situazioni di modulo comune, no? E mi ricordo che lei [la docente] mi disse una cosa, sì, mi spiegò bene naturalmente il senso*

*didattico pedagogico di questa cosa, ma poi mi disse anche: "Cerca di avere un po' fiducia, datti tempo". (STUD.12)*

Dans un premier temps, les étudiants ont parfois vu l'accent sur l'IPC comme excessif. Après trois ans de formation, par contre, le choix pédagogique a été globalement compris et apprécié :

*questo incontro chiamiamolo forzato, perché siamo obbligati ad essere qui: abbiamo l'obbligo della presenza, abbiamo anche una responsabilità verso una formazione che ha un costo di tempo e finanziariamente parlando, questa forzatura alla fine io sono dell'idea che sia stata necessaria e imprescindibile per poter fare almeno sbocciare qualcosa in qualcuno, sicuramente ha avuto più effetto, in altri ha creato qualcosa, ha fatto sbocciare qualcosa. Quindi l'incontro con le altre professioni è importante. (STUD.14)*

La difficulté de l'apprentissage tient aussi au fait que les étudiants disent avoir vécu et expérimenté directement les problèmes de l'IPC tant durant les modules communs de formation que durant les stages. Par exemple, ils ont dû faire face aux préjugés envers les autres professions :

*ho apprezzato molto eh... le lezioni interprofessionali, quindi quelle che venivano tenute comunque dai collaboratori dei vari docenti, [assistenti] dove... eravamo mischiati, no? ergoterapisti e fisioterapisti. Però in questi gruppi c'era sempre chi parlava poco nonostante comunque gli sforzi del docente, no? Però sono andati sempre molto bene alla fine dei conti. Quindi questa qua è una cosa... è un valore aggiunto, al tutto. Bisognerebbe fin da subito, probabilmente... favorire un punto d'incontro... più che tra gli studenti, tra varie personalità, abbattere quindi... pregiudizi, pensieri... eeh... anche se per scherzo alcune idee che subito vengono fatte tra infermieri, fisioterapisti ed ergoterapisti. Quindi abbattere subito un po' questi... questi mostri. (STUD.1)*

Durant les modules communs, les étudiants ont aussi dû apprendre à trouver un terrain d'entente à fixer des priorités consensuelles, à définir des modalités de travail avec les autres, à identifier un leader capable de mener à bien les projets d'intervention commune.

*trovare un'idea comune, un modello comune che potesse risolvere il caso e andare a costruire degli obiettivi di cura e degli interventi da fare al paziente. È stato veramente difficile, perché ognuno aveva il proprio modello. I fisioterapisti usavano un modello, noi infermieri un altro, e gli ergoterapisti un altro, quindi ognuno vedeva un po'... i fisioterapisti, più che altro per quanto riguarda la mobilità e... gli ergoterapisti anche, un pochino per quanto riguarda la mobilità, comunque le capacità del paziente. Noi infermieri sì... la mobilità ce ne fregava, ma ci fregava anche molto del resto. Quindi è stato veramente difficile. Capire anche quali erano gli interventi principali, gli obiettivi principali, quali erano invece quelli secondari. E poi anche il fatto di... trovare... cioè quello che ci era richiesto un pochino all'inizio era di trovare anche un leader all'interno del gruppo, il problema è che tutti volevano essere leader, e è stato... è stato veramente faticoso. (STUD.11)*

Pour l'apprentissage des fondements de l'IPC, les étudiants ont remarqué l'importance de certaines choix approches pédagogiques. Ils ont par exemple souligné l'utilité des travaux de groupe durant lesquels chacun pouvait exprimer son vécu et ses spécificités. Ils ont aussi remarqué à quel point il est crucial de créer les conditions pour que l'on puisse comprendre le travail de l'autre.

*sono stati sicuramente utili i lavori di gruppo, dove ognuno poteva portare comunque il suo vissuto, le sue esperienze con appunto la visione diversa di professionista della salute in modo differente, no. Però molto di più è stato il riuscire a capire un po' la professione dell'altro, quindi anch'io andare a vedere che cosa faceva l'ergoterapista o che cosa faceva l'infermiere*

*un po' più nello specifico magari, in modo da sapere anch'io quando ehm, quando puoi, quando ti puoi...aggrappare affidare a loro e che hai bisogno di loro. (STUD.13)*

*il percorso che offre la Supsi è molto specifico e secondo me si esce preparati da questo percorso, ehm.. chiaramente mmmm può essere utile introdurre quest'ottica mmm secondo me anche prima. Anche perché comunque trovo che chiaramente ci si sviluppa e si capisce la propria identità facendo il percorso, però ehm.. viene anche sviluppata grazie agli altri, secondo me, dunque... ehmmm capire anche magari in più cosa sanno fare gli altri eccetera eccetera, secondo me può essere un punto di forza. (STUD.14)*

Essentiel, pour l'apprentissage de l'IPC, a été aussi le niveau d'implication des enseignants eux-mêmes. La présence d'enseignants convaincus de l'importance de l'IPC a été en effet considérée une condition indispensable de l'apprentissage : il fallait des enseignants motivés à co-planifier et à co-gérer les modules pédagogiques, des enseignants qui exprimaient de l'estime envers la profession de l'autre, des enseignants donc qui puissent devenir un exemple d'IPC pour les étudiants.

*probabilmente un po' il fatto che ehm le persone che insegnavano, che portavano questo tema, erano persone che credevano nelle tre professioni all'interno della Supsi, quindi fisioterapia, ergoterapia e cure infermieristiche. Nel senso che credevano proprio e lo facevano proprio vedere, che siamo tutte allo stesso livello e che solo collaborando si possa creare qualcosa di positivo. Quindi proprio l'approccio che hanno avuto loro, il vedere in primis che loro ci credevano in questa cosa (STUD.3)*

En général, donc, les étudiants interviewés décrivent le processus d'apprentissage de l'IPC comme délicat, voire difficile, mais ils en reconnaissent les effets positifs au final. Ils soulignent aussi l'importance de certaines modalités et conditions d'apprentissage.

### c) Défis par rapport à l'IPC: L'interprofessionnalité au détriment de l'identité

L'apprentissage de l'IPC durant les trois ans de formation n'est pas sans poser de problèmes aux étudiants. Ceux-ci soulignent en particulier le fait qu'ils ont eu moins de temps à été mis à disposition pour construire leur identité professionnelle et qu'ils ont pu recevoir moins de contenus spécifiques à leur rôle. L'apprentissage de l'interprofessionnalité, donc, semble avoir été fait – au moins en partie - au détriment de la construction de sa propre identité et de son propre savoir professionnels.

*L'unica cosa è che, dico sinceramente, che i moduli comuni portavano eeh.. prendevano un sacco di tempo e portavano via un sacco di spazio a quello che erano i moduli specifici, secondo me. Eh.. quindi... l'idea di cominciare già dal primo anno ci sta, però forse eh... dare un pochino più spazio all'interdisciplinarietà, a questi moduli comuni, dal.. magari dal secondo anno o dal... e dal terzo, e magari il terzo proprio... (STUD.11)*

D'autres défis ont à faire avec l'utilisation des ressources: lieux, temps, argent. Beaucoup d'efforts ont dû être faits pour permettre la mise en place d'une pédagogie diversifiée, appliquée dans des groupes grands et petits, sur la base de la planification des modules, du nombre des participants, des compétences à co-construire. Certains étudiants ont remarqué que les conditions structurelles n'étaient parfois pas tout à fait suffisantes pour le type d'apprentissage proposé.

*Probabilmente avrei preferito magari piuttosto che 150, 50 a caso in tre classi diverse. Idea.. così. Proprio per il fatto di seguire la lezione. (...) a parte i problemi logistici che abbiamo qua*

*nella sede, dal mio punto di vista eh.. farei i moduli comuni non tutto... tutte tutte tutte le formazioni insieme, piuttosto le mischierei però farei tanti gruppi, come dicevo prima, piuttosto che 150, tre gruppi da 50, proprio per l'approfondimento perché... è impossibile in uno spazio così piccolo riuscire a seguire tutti la lezione. (STUD.10)*

En conclusion, les récits des étudiants attirent l'attention sur le fait que l'apprentissage de l'IPC exige un grand nombre de ressources. De plus, il a été relaté que l'accent sur l'interprofessionnalité a impliqué aussi le fait de faire des choix et est allé parfois au détriment de l'apprentissage du rôle professionnel spécifique.

### 3.2.2. Alumni après une année de travail: L'incubation de l'IPC

Une fois qu'ils ont conclu leur formation et qui commencent l'insertion à plein titre dans le monde du travail, les anciens étudiants SUPSI expliquent que le thème de l'IPC devient en même temps central et marginal : central, puisque le bagage de connaissances théoriques est mis à l'épreuve de la réalité professionnelle, en laissant émerger des similitudes et des décalages ; marginal, parce que la plupart des efforts des alumni 1+ est déployé pour comprendre le contexte dans lequel ils travaillent et y faire leur place. Il se dessine ainsi une phase que l'on pourrait qualifier de « incubation » par rapport à l'IPC, une phase dans laquelle il semblerait que l'IPC est mise de côté, mais dans laquelle en réalité beaucoup de choses se passent : on approfondit ce qu'on a appris, on renforce ses concepts, on mesure la distance avec la réalité, on réalise les nécessités auxquels il faut faire face.

#### a) Concept d'IPC: Un bagage de connaissances mises à l'épreuve

Interrogés sur la manière dont ils conçoivent l'IPC, les alumni 1+ soulignent qu'il s'agit d'une série de connaissances et compétences qu'ils ont acquis, mais qu'il faut encore arriver à appliquer correctement. Ils reconnaissent que l'IPC qu'ils ont connu durant la formation est un concept théorique qu'il faut adapter au contexte.

*durante il percorso alla Supsi abbiamo avuto diversi momenti e possibilità di lavorare a livello interprofessionale con le altre due figure di riferimento che sono i fisio e gli ergo. E beh, chiaramente iniziando il lavoro si è tutto concretizzato. Magari durante tutto il percorso alla SUPSI si c'era un'idea di come poteva essere poi il lavoro una volta conclusa la formazione, una volta concluso il Bachelor. Però devo ammettere che una volta iniziato a lavorare ho capito veramente come anche sono le relazioni tra queste figure molto più nello specifico, cosa che durante il percorso SUPSI si si capisce ma finché non si è davanti a un caso reale e finché non ci si lavora con questi pazienti secondo me lo si capisce ma non appieno ecco. (ALDP1\_6)*

Les participants constatent une distance entre ce qu'ils ont appris et ce qui se passe effectivement. En particulier, ils observent que l'IPC exige beaucoup de temps, d'énergie et de connaissance de d'autrui. En même temps, ils demeurent convaincus qu'il s'agit d'un effort qu'il vaut la peine de faire en raison de l'impact positif que cela peut avoir sur le patient et sur son traitement :

*L'idea di garantire una presa a carico ottimale per il paziente. Perché comunque la collaborazione interprofessionale richiede un investimento di tempo e di conoscenza dell'altro. Però la cosa che guida me ad approcciare questo tipo di approccio è proprio il miglioramento e il benessere del paziente. Il potere garantire delle cure ottimali a lui e farlo*

*stare bene, sia durante la degenza che poi migliorare quella che è la dimissione per il domicilio o per un altro istituto. (ALDP1\_4)*

L'analyse des entretiens suggère que les alumni 1+ expérimentent avec encore plus de vigueur la valeur de l'IPC. Confrontés à la réalité professionnelle, ceux-ci en constatent désormais directement les avantages. Ils observent que l'IPC encourage à analyser la situation à 360°, aide à fixer des objectifs amples, soutient les professionnels à planifier une intervention qui tient compte de tous les facteurs, conforte et rassure le professionnel dans sa pratique.

*la possibilità di toccare tutte le sfaccettature del paziente, quindi in base alle varie specificità di ogni professione la possibilità di indagare specificatamente ogni area. E poi senz'altro anche l'aver l'appoggio di un'altra figura, un professionista che possa guidarci un pochettino anche a noi nella presa a carico generale del paziente. (ALDP1\_7)*

*noi siamo consapevoli che come fisioterapisti non siamo, non abbiamo...e per fortuna che è così, non abbiamo la capacità e la possibilità di decidere molti aspetti della riabilitazione proprio perché certi aspetti non ci competono. E quindi siamo consapevoli che unicamente lavorando con tutte le figure professionali riusciamo a raggiungere un obiettivo. Da noi il paziente viene e resta in studio anche un'oretta, un'oretta e mezza senza problemi. Ma il resto della giornata è preso a carico da altre persone che fanno il loro mestiere. E noi non riusciremmo a seguirlo ventiquattrore, quindi capiamo e condividiamo il fatto che la presa a carico deve essere multidisciplinare proprio perché ogni professione e ogni specialista lo vede in un determinato arco della giornata e quindi viene coperto su tutto l'arco delle ventiquattro ore. (ALDP1\_9)*

Les alumni font expérience de ce qu'ils sont appris en classe théoriquement et se rendent ainsi compte que prendre soin d'une personne est une intervention dans laquelle interviennent nécessairement un grand nombre de professionnels. Ils deviennent conscients que le travail en solitaire ne leur permettra pas de répondre aux besoins complexes de l'individu. Bien au contraire, ils se rendent de plus en plus compte qu'il faut de la complémentarité. Parfois, de plus, la constatation de l'importance de l'IPC se fait par défaut, quand on se rend compte de ce qui se passe quand celle-ci n'est pas réalisée.

*Ho proprio visto come è importante collaborare con le altre figure e come è importante anche conoscere quali sono gli aspetti su cui lavorano le altre figure. Forse durante il percorso era molto difficile...cioè era tutto teorico ed era molto difficile vedere quanto cambiava poter collaborare con le altre figure oppure no, non riuscire a collaborare. (ALDP1\_2)*

Malgré la conviction persistante de l'importance de l'IPC, les alumni 1+ expriment aussi des difficultés dans la réalisation de l'IPC, puisque les contextes de travail ne sont pas toujours favorables. Par exemple, il arrive que certaines personnes ne jouent pas le jeu de la collaboration et de la communication, que l'organisation du service rende cette communication difficile, que le temps ne soit pas suffisant, etc.

*non è sempre rose e fiori nel senso che si cerca sempre di collaborare. A volte ci si rende conto che la pratica è un po' diversa dalla teoria. Nel senso che magari noi raccogliamo dei dati, scriviamo nelle piattaforme adeguate, poi ci si accorge che magari qualcuno non legge e quindi mancano un, come si dice, trapasso di informazioni...ci sono alcune volte dove magari manca un po' di collaborazione, magari da entrambi le parti si prende delle decisioni senza chiedere bene o senza essere più che sicuri. Può succedere ecco, dopo in grandi linee funziona eh, non è che... È che sinceramente quando si è anche separati da reparti e reparti, ognuno*

*ha anche i suoi compiti e non è sempre facile prendere ogni caso ad hoc perfettamente, ormai qualche screezio c'è sempre, non è che... (ALDP1\_1)*

*I presupposti sono il tempo, la disponibilità dei colleghi nel farlo e la presenza sul lavoro. Non lavorando ad un'altissima percentuale a volte arrivo con dei processi già instaurati in cui diventa più difficile inserirsi. (ALDP1\_4)*

En conclusion, les alumni 1+ sont amenés à mettre à l'épreuve le concept d'IPC qu'ils ont appris durant la formation. Ce travail d'expérimentation les amène d'une part, à observer qu'il y a une distance entre la théorie et la réalité, d'autre part, à se convaincre encore plus de l'importance de l'IPC.

#### b) Processus en lien avec l'IPC: Un transfert nécessaire

Devant le décalage entre le bagage de connaissances relatives à l'IPC et la réalité, les alumni 1+ soulignent l'importance de la transposition dans la pratique de ce qui a été appris. Si le concept d'IPC à la fin de la formation faisait référence à des situations de soin rencontrées en classe, une fois confrontés au monde du travail les alumni 1+ doivent penser à l'IPC en lien avec le cadre de leur contexte professionnel. Il s'agit d'une réalité qui a ses propres caractéristiques, qui se définit par des positions pour ou contre l'IPC, et qui inclut des professionnels avec qui collaborer et avec qui négocier les modalités d'IPC. En quelques mots, ce qui a été appris doit maintenant être adapté aux différents contextes.

*la SUPSI investe sicuramente molto sul concetto di interprofessionalità e questo aiuta sicuramente una volta usciti fuori. Banalmente il fisioterapista per avere una seconda, terza o quarta prescrizione ha bisogno di contattare il medico o di fare un referto. Quindi come detto è bello che la SUPSI ci pensi già ad introdurlo. Ma è poi fondamentale una volta che poi si è fuori attuarlo. (ALDP1\_8)*

L'implémentation de l'IPC exige que le néo-professionnel s'engage directement : il ne peut plus simplement se limiter à observer, il doit s'activer en première personne.

*il mio pensiero non è particolarmente cambiato, semplicemente è maturato. Ovvero si è approfondito: adesso io sono soggetto attivo di questa comunicazione interprofessionale e gli eventi beh, tutte le situazioni che trattiamo in reparto hanno a che fare con altre figure interprofessionali per cui è un continuo crescere, un continuo maturare questa possibilità. (ALDP1\_7)*

Par rapport à l'IPC, la personne est donc appelée à s'impliquer dans un processus continu d'élaboration et transformation qui exige qu'elle fasse preuve de créativité. Il faut être réflexif et résistant, trouver des solutions appropriées aux différentes situations et apprendre à gérer les frustrations qui découlent de la confrontation avec la réalité.

*La condizione che è cambiata è che non sono più allieva e che non ho più una figura che se vuoi mi fa da mentore, dove piuttosto mi consiglia, ma sono io che devo agire con una sorta di creatività e cercare di integrare delle figure o delle azioni correlate a queste figure specializzate per ogni paziente. E poi sicuramente anche il fatto di vivere...magari anche le cose negative che ci sono con l'interprofessionalità, il fatto dei ritmi delle altre figure, i nostri ritmi di lavoro,...quindi appunto tutte cose un po' nuove. (ALDP1\_3)*

En conclusion, les alumni 1+ se rendent compte de la nécessité de transposer le bagage de connaissances acquises dans la formation et testées durant les premiers mois de la vie professionnelle.

### c) Défis par rapport à l'IPC: L'urgence de construire sa propre place

Si les néo-professionnels sont convaincus de l'importance de l'IPC et de la nécessité de l'actualiser dans la pratique, durant les premiers mois après la formation leurs efforts sont caractérisés par d'autres priorités: leurs énergies sont orientées surtout à apprendre la spécificité du contexte dans lequel ils sont en train de s'insérer, à détecter les procédures et les protocoles qui le caractérisent, ainsi qu'à faire leur place dans l'institution. Ils doivent changer de perspective et d'approche, apprendre de nouveaux contenus, acquérir la capacité à évoluer dans le nouveau contexte et dans leur nouveau rôle. Cela se passe bien que les personnes interviewées reconnaissent avoir été très bien préparées durant les trois ans de formation du point de vue des connaissances théoriques et du développement des attitudes.

*Sicuramente ci si sente un po' sempre impreparati (...). Infatti una volta giunta al mio primo giorno in reparto, un attimino ero spaesata. C'è anche da dire che io sono andata in un ospedale svizzero tedesco, quindi sicuramente il fattore lingua e il metodo di lavoro non hanno facilitato l'introduzione ecco, il primo impatto non l'hanno sicuramente facilitato. A livello teorico siamo preparati, molto, sì. (...) E per quanto riguarda anche la relazione che si ha con il paziente, su questo posso dire che siamo molto preparati. (ALDP1\_6)*

*essere...lasciata...nel senso: fin dal principio sono stata abbastanza da sola, mi hanno buttata nel mondo del lavoro. Se da una parte questa è stata una grande difficoltà per me, perché comunque mi sono sentita in un contesto completamente nuovo con un ruolo completamente nuovo, dall'altro mi ha permesso di crescere veramente in fretta e di cavarmela con le risorse che ho trovato in me e una di queste risorse è la capacità appunto di confrontarmi con chi ne sa di più o chi sa diverso. (ALDP1\_7)*

Les alumni 1+ doivent ainsi faire face à des défis qui les concernent en tant qu'individus et en tant que professionnels: ils sentent d'avoir besoin de temps et de pratique pour renforcer leur rôle. L'exigence de comprendre les activités spécifiques en lien avec l'institution, d'acquérir des modes d'action appropriés, en développant ainsi plus de confiance en eux-mêmes, les éloigne parfois de la vision interprofessionnelle.

*all'inizio conoscevo o ero a conoscenza e ho ricevuto durante le lezioni gli approfondimenti e ho seguito anche un modulo legato all'interprofessionalità. Ma non mi ero resa conto della sua importanza finché non ho iniziato a lavorare. Forse nel primo anno ero più concentrata su quello che era la presa a carico del qui ed ora a concentrarmi a fare bene le tecniche, sul prendermi carico del paziente nel migliore dei modi. (ALDP1\_4)*

Concentrés sur l'effort de comprendre et faire leur place dans l'institution, les alumni 1+ s'engagent dans des activités d'IPC seulement si l'institution d'insertion les prévoit par elle-même. Dans le cas contraire, les alumni 1+ ne semblent pas avoir l'énergie et le temps pour en devenir eux-mêmes les promoteurs.

En conclusion, l'effort de construction de sa propre place dans l'institution fait donc que le néo-professionnel soit plus concentré sur lui-même que sur ses collègues d'autres disciplines. La

question de l'IPC se retrouve ainsi mise provisoirement entre parenthèses, si l'institution elle-même ne la prévoit pas par défaut.

### 3.2.3. Alumni après deux ans de travail : L'engagement dans l'IPC

Après deux ans de vie professionnelle, les participants semblent avoir trouvé leur place et leur spécificité. C'est à ce moment-là que la question de l'IPC peut « sortir » de sa phase d'incubation : les alumni 2+ ont maintenant l'énergie nécessaire pour s'y dédier, pour l'implémenter ou pour collaborer à son développement quand elle est déjà présente. C'est donc à ce moment-là que les participants réélaborent le concept, ils se l'approprient et, surtout, ils essaient de l'appliquer de manière personnalisée. Cette phase peut donc être caractérisée comme une phase d'engagement à l'égard de l'IPC : les alumni 2+ prennent des responsabilités, s'affirment, agissent sur les collègues et sur l'institution.

#### a) Concept d'IPC: Un bagage de connaissances réélaborées

Après 2 ans d'insertion professionnelle, les alumni ont acquis une distance par rapport à leur formation et aux premières expériences dans le monde du travail: ce sont des processus qui sont arrivés à leur fin et qui peuvent maintenant être regardés de manière détachée. Les participants arrivent ainsi à bien expliquer leur parcours et l'évolution du concept d'IPC.

Tout d'abord, ils confirment l'existence d'une distance entre ce qui a été appris et la réalité professionnelle :

*Forse boh quando si finisce la formazione tu ti aspetti...beh caspita noi qua abbiamo fatto tanta palestra tanto mettersi in gioco su questo aspetto. Forse quello che uno si immaginerebbe è ok, esco, vado nel mondo del lavoro e...e sarà facile perché tutti hanno imparato così. Ecco questa è un po' un'illusione nel senso che forse io mi aspettavo questo invece in realtà anche perché come un po' ti dicevo all'inizio si viene da ambiti culturali diversi probabilmente non a tutti viene...viene come dire rinforzata questa idea durante questo percorso. E quindi quello che è cambiato un po' è il fatto di vedere che caspita non è tutto rose e fiori. (ALDP2\_2)*

Les alumni 2+ reconnaissent aussi la nécessité de se concentrer sur la construction de leur propre place au début de leur insertion professionnelle. Une fois cette phase passée, toutefois, l'intérêt et la tension envers l'IPC augmentent à nouveau :

*nel lavoro secondo me va un attimo a decrescere questa visione multiprofessionale. Sei molto concentrato su te stesso. Mentre poi riaffiora dopo. Una volta che sei integrato, una volta che cominci a essere diciamo autonomo nel tuo lavoro, si comincia a riconsiderare appunto come era l'idea della formazione, tutto quello che è la multi professionalità. Ma secondo me appunto arriva in un secondo momento questa davvero idea di considerare tutti i professionisti della salute. È tanto incentrata a scuola, meno incentrata all'inizio del lavoro e poi ridiventa una parte importante diciamo cinque sei mesi dopo all'inizio del lavoro, quando c'è un po' più di autonomia sul posto di lavoro. (ALDP2\_14)*

Après deux ans de vie professionnelle, les alumni 2+ semblent particulièrement au clair par rapport à l'importance de l'IPC et aux implications de celle-ci sur le traitement du patient et sur l'organisation des soins et parviennent aussi à introduire des nouvelles dimensions. Par exemple, ils



reconnaissent l'importance de créer des liens avec d'autres professionnels et de construire un discours commun à l'égard du patient, afin d'assurer la cohérence et la continuité dans les soins.

*la mia idea di...sì appunto di collaborazione interprofessionale e che, bisogna avere...cioè è una cosa necessaria. Perché secondo me, se manca questo si dà, diciamo, secondo me, una cura ehm incompleta. Cioè, come se, le due possibilità sono o collaborazione professionale oppure il paziente dovrebbe integrare lui, ma è una cosa che non può fare. Cioè dovrebbe fare lui questa cosa qui che è impossibile. Cioè dovrebbe andare lui dal medico poi al medico dire "ah ma il fisioterapista mi ha detto questo, ma lo psicologo..." mentre in questo modo, con la collaborazione interprofessionale (...) integra, quello che può essere il trattamento di fisioterapico...cioè. No trattamento, ma quello che gli dice il medico per esempio, o l'infermiere è coerente e da quella cosa in più che ogni singola professione ha, anche che un po' si sovrappone ma che comunque rimane sempre eh...per ogni professione unica ...Quella componente in più che ogni professione dà alla cura globale. (ALDP2\_1)*

*anche se si sa che questo richiede tanta energia però si gradirebbe di avere questa possibilità nella pratica perché poi alla fine è a giovamento del paziente quindi della persona che stiamo curando. Quindi se vedi che funziona dovrebbe essere comunque una lampadina che guida un po' tutti. (ALDP2\_2)*

Ils mettent en avant aussi l'importance de l'implication du patient en tant que partenaire à parti entière de cette collaboration interprofessionnelle.

*è tenere conto anche del paziente, sicuramente coinvolgerlo. Cioè nel senso non di dire, ok noi decidiamo questo e il paziente non sa neanche le varie opzioni, non sa...ecco quindi anche questo, di essere comunque d'accordo anche su questo fatto, non che magari il professionista, tante volte il medico dice no facciamo così punto. Che ci sia anche una possibilità di dare la propria opinione, che poi se lui dice comunque no, decide comunque di non seguire la proposta è un conto, però se almeno...cioè l'ascolto e la capacità di ascolto e anche comunque è essere rispettati che anche noi vediamo il paziente e abbiamo un'opinione. (ALDP2\_12)*

En ayant une telle conscience de l'importance de l'IPC, les alumni 2+ reconnaissent leur responsabilité dans le fait de la promouvoir et de la réaliser dans leur contexte professionnel, à savoir dans l'organisation vue tant comme structure que comme ensemble de professionnels, rôles et hiérarchies.

*ho sempre cercato di essere io la prima. Nel senso, mi spiego. La clinica dove lavoro è molto...ha una struttura molto gerarchica ed è molto tutto un po'...sul fatto ovviamente chi c'è da più tempo ha più...ecco è così un po' in tutti gli ambiti, ma insomma gli ultimi arrivati sono proprio un po' gli ultimi nel senso che comunque devi farti conoscere, devi essere un po' tu. perché altrimenti il rischio è che...non che nessuno ti calcoli, ma il rischio è che non ti considerino. Non so come altro dire ma...quindi io ho sempre cercato un po' di fare valere questa idea. Ho proprio pensato, beh se voglio far valere questo valore devo essere io la prima no? Quindi mettermi in gioco per prima. Un po' in questo modo quindi cercando nonostante le difficoltà di...perché a volte questo crea un po' di frustrazione, sicuramente. (ALDP2\_2)*

En conclusion, les alumni 2+ semblent désormais s'être appropriés du concept d'IPC et semblent l'avoir enrichi. De plus, ils se situent par rapport à l'IPC comme des protagonistes à part entière, avec la conviction qu'ils doivent s'activer en première personne pour ensuite impliquer les collègues et les autres professionnels du team.

## b) Processus en lien avec l'IPC: Une actualisation personnalisée

Après deux ans d'insertion professionnelle, les alumni mettent fortement en évidence, dans leurs récits, l'implémentation personnalisée des connaissances et des compétences acquises dans le passé: ils reconnaissent avoir bénéficié d'une formation qui les a familiarisés à l'IPC, mais ils estiment qu'il a été nécessaire de revisiter le concept, de l'enrichir à la lumière de leurs propres expériences et de l'adapter au contexte dans lequel ils se trouvent.

*che da quello che vivi alla SUPSI a quello che vivi nel mondo lavorativo c'è un grande salto. È come se davvero quando esci dalla SUPSI devi accantonare un attimo questa idea teorica perfetta che ti è stata inculcata durante l'Uni per poi partire quasi da zero... ma senza nel senso, senza cancellare tutto quello che ti è stato detto. È come se devi partire da zero nella pratica e poi man mano reintegrare questi concetti che ti erano stati insegnati. (ALDP2\_10)*

L'expérience professionnelle interroge le bagage de connaissances théoriques accumulé durant la formation et oblige la personne à se repositionner.

*riportare quello che c'era nella formazione alla vita lavorativa, mah io penso che è arrivata abbastanza spontaneamente no. Sai lavorando. Lavorando tanto con le altre figure professionali poi ti viene in modo molto spontaneo. Non è che fai a cercare che cosa è stato trattato in modo teorico e dire okay vediamo dov'è che vedo questa cosa o dove vedo questa. È il contrario: stai lavorando e poi ti tornano in mente quelle cose. Magari succede un certo tipo di situazione, poi finisce questa situazione, sei lì un attimo tranquillo a farti i fatti tuoi e ti dici ah sì questa cosa è vero cacchio è proprio come è stata detta a scuola. (ALDP2\_7)*

Cette comparaison continue entre l'expérience, d'une part, et le bagage de connaissances acquises durant la formation, de l'autre, est à la base de la réélaboration de l'IPC et de son actualisation.

*l'IPC è nata attraverso ogni situazione che affrontavo. Quindi penso che man mano che affrontavo una situazione, che gestivo un caso, ricordo che imparavo sempre di più. Non lo so quell'utente lì aveva già un professionista che lo seguiva, ad esempio un fisioterapista, e quindi è nata la necessità di doverlo contattare. Viceversa vedendo gli effetti più positivi, la volta dopo, magari ero io che chiedevo al medico e poi veniva attivato. Quindi è un po' tutto così, un pochettino dall'esperienza, dalle situazioni un po' diverse sono riuscita a farmi un po' il mio pacchetto di informazioni e di strumenti. (ALDP2\_3)*

L'actualisation de l'IPC implique aussi de développer des stratégies personnelles en lien avec la négociation et le leadership. A ce propos, les participants expriment leur satisfaction pour le fait d'avoir pu exercer ces compétences durant la formation de base.

*Adesso sì, nel senso che si conoscendo un po' meglio che è sia tutta la rete all'esterno sia quello che sono anche i professionisti all'interno del mio ambito ehm aiuta. Anche perché quando ci si conosce un po' di più si sa che questa persona è un po' più portata per questo e quindi è meglio chiederlo a lei. Se lo fa in questo modo, se mette prima questo o l'altro...tutte delle strategie che si imparano man mano che si vivono. Sì, e poi il fatto di ehm di sapere che è molto più utile ehm chiedere direttamente ai colleghi delle cose e quindi spiegare anche io qual è...qual è il mio punto di vista e quindi dividerlo, permette anche di capirsi meglio e di lavorare meglio poi. Perché si ha bene in chiaro quello che è l'obiettivo. (ALDP2\_3)*

En conclusion, les alumni 2+ s'engagent dans un processus d'actualisation de l'IPC d'une part, à travers une comparaison constante entre le bagage théorique accumulé et les expériences réalisées

dans le présent, d'autre part, en développant des stratégies appropriées pour pouvoir poursuivre l'IPC, compte tenu de l'organisation et du team.

### c) Défis par rapport à l'IPC: Les résistances du contexte

Convaincus du bien-fondé de l'IPC et capables désormais d'appliquer de manière personnalisée, les participants tendent ici à agir en première personne et à prendre leurs responsabilités en termes d'IPC.

*Spesso e volentieri a me è capitato che guardo quando arriva la fisioterapista, quando arriva in camera prima di andare dal paziente viene da me a chiedere se c'è qualcosa di particolare e così e io magari le dico guarda, il paziente non è proprio mobile e così, vorrei venire magari a fare...a cambiare i cerotti o cambiare la medicazione. Già che tu arrivi, mi puoi dare magari una mano. E quindi mi è capitato più volte che magari la fisioterapista viene con me, alziamo il paziente in due, così il paziente si allena anche tra virgolette a mobilizzarsi, rimane magari a bordo letto o in piedi con la fisioterapista e io posso fare in cinque minuti le mie cose e quindi si collabora. (ALDP2\_7)*

Cette activité responsable en termes de IPC fait que parfois les alumni 2+ se retrouvent en contraste avec les autres professionnels. Certaines personnes, en effet, ne semblent pas prêtes à faire le saut culturel implicite dans l'IPC. Quand cela se passe, il est important de s'engager pour sensibiliser les collègues et l'organisation. Les capacités de communication, négociation et leadership deviennent essentielles.

*lavorare in modo interprofessionale richiede tanta energia, tanto sforzo, tanta flessibilità, tanta...tanta voglia di mettersi in gioco. Io personalmente nel mio piccolo cerco sempre veramente di coltivare questa cosa, pero quello che vedo è che non sempre per diversi fattori non è sempre possibile. (ALDP2\_2)*

Un autre obstacle important pour l'actualisation de l'IPC se situe au niveau de l'organisation elle-même: il se peut que celle-ci ne soit pas ouverte et favorable à l'IPC. Les alumni 2+ se trouvent ainsi dans la nécessité d'interagir, expliquer, modifier l'institution en agissant aussi dans le contexte organisationnel.

*pero non è sempre facile perché io vedo nella mia pratica che vorrei partecipare sempre a tutti i colloqui dei famigliari piuttosto che alle riunioni di progetto, pero è anche vero che spesso per varie questioni bisogna vedere un paziente piuttosto che, se la riunione-progetto la fanno in un altro padiglione io non posso essere dappertutto quindi dobbiamo fare delle scelte. E quindi a volte non è sempre facile. Io personalmente ci credo molto, faccio il possibile nel mio piccolo. Pero ci sono poi dei fattori che ostacolano a volte e questa secondo me è l'organizzazione e la struttura. (ALDP2\_2)*

Pour conclure, dans cette phase d'application de l'IPC, les difficultés majeures semblent donc venir non pas de l'individu lui-même, mais de son contexte professionnel et de ses résistances.

#### 3.2.4. Les professionnels extra-SUPSI : Un regard positif sur les alumni SUPSI

Deux focus groups et cinq entretiens individuels ont été menés avec des professionnels travaillant dans des institutions qui ont embauché récemment des alumni SUPSI. De ces données émergent

trois thèmes centraux : la présence de l'IPC dans le contexte de travail ; les procédures d'insertion des nouvellement recrutés ; les spécificités des alumni SUPSI.

#### a) La présence de l'IPC dans le contexte de travail

Bien que dans des formes différentes, l'IPC est présente dans tous les contextes des professionnels interviewés. Ceux-ci considèrent qu'elle est essentielle pour assurer des soins de qualité aux patients, mais aussi pour développer des projets, même organisationnels, à travers lesquels atteindre des objectifs communs.

*Ci sono reparti in cui è più spiccato rispetto ad altri, come può essere richiesto in oncologia piuttosto che in geriatria dove ci sono questi incontri multidisciplinari più strutturati e rispetto che magari ad altri reparti. Però aiuta sicuramente ad un'integrazione maggiore o più facilitata con colleghi che arrivano magari anche da altri reparti/ambienti (PROF\_FG2)*

*In clinica abbiamo questi percorsi di riabilitazione complessa dove ci sono delle riunioni settimanali multidisciplinari, ci sono delle valutazioni strutturate che fa l'infermiere all'entrata, il fisioterapista, l'ergoterapista, la neuropsicologa, c'è l'assistente sociale. Settimanalmente c'è l'incontro anche con il medico e con il medico assistente. Vengono condivisi gli ehm diciamo gli aspetti rilevati. Gli obiettivi fissati all'inizio della valutazione vengono rivisti per poi portare eventualmente quella che è il decorso finale e una decisione anche sul percorso clinico. Devo dire che sono quei percorsi che funzionano molto bene (PROF\_1)*

*anche a livello di progetti quanto sempre di più stiamo portando avanti un discorso di presa a carico progetto da più diversi professionisti. Se vogliamo anche tutto il dipartimento di medicina, infermieristico...medico-infermieristico all'Y è proprio basato su un approccio insieme di diversi professionisti in base al tema che dobbiamo sviluppare. (PROF\_2)*

Comme évoqué dans les citations précédentes, dans certains secteurs l'IPC est structurellement prévue grâce à la présence de réunions régulières, à la construction d'objectifs communs, aux processus négociés de prise de décision, etc. Tel est le cas, par exemple, de l'oncologie, de la gériatrie, voire de la réhabilitation, comme évoqué dans les citations précédentes. Dans d'autres secteurs, par contre, l'IPC est plus fréquemment le fruit d'une initiative individuelle ou de la nécessité de devoir s'occuper de situations particulières.

#### b) Procédure d'insertion des nouvellement recrutés

Tous les contextes des professionnels interviewés prévoient des parcours d'insertion pour les personnes nouvellement recrutées. Ces parcours sont organisés différemment en fonction de l'institution, de manière à répondre aux exigences et aux spécificités de l'organisation, ici pensée tant comme structure que comme organisation du travail.

*Praticamente entrano in un percorso, abbiamo dei momenti condivisi in tutto il nostro istituto che più o meno sono due giorni, dove i neo assunti svolgono dei momenti informativi più che formativi. Dopodiché vengono inseriti nelle proprie unità operativa. Lì parte un percorso che dura più o meno dalle sei alle otto settimane nel quale, oltre a entrare nello specifico quindi attraverso un programma specifico su quello che è l'oncologia, io lavoro in oncologia, vanno a vedere i diversi contesti che compongono il nostro istituto. (PROF\_FG1A)*

*Dopo una giornata di welcome day per l'accoglienza di questi collaboratori e la spiegazione quindi di quella che è la filosofia e la presa a carico, il collaboratore quindi viene accolto, si fa una giornata dedicata esclusivamente all'introduzione per poi procedere appunto come diceva il collega prima ad un processo di affiancamento anche questo della durata di un mese, quindi quattro sei settimane, e ... di conoscenza in questo caso, nel mio caso, delle varie tipologie di soggiorno dove comunque cambia il processo di presa a carico. (PROF\_FG1B)*

Plus le contexte de travail est complexe, plus l'insertion est structurée et étendue.

*la mezza giornata di welcome day che è la giornata di benvenuto. Cioè alcuni capo servizio danno il benvenuto nella sala conferenza a tutti i nuovi arrivati dando le informazioni principali. E poi a partire dal pomeriggio, ogni nuovo collaboratore entra nel proprio servizio. Questo percorso di introduzione del neo assunto è formalizzato che i primi tre giorni è assieme alla caporeparto in modo che venga presentato all'equipe, presenta tutto il reparto, tutti i...magari tutti i materiali, fa il giro della clinica, fa vedere le procedure, fa vedere la cartella informatizzata e sono tre giorni proprio che non sono operativi nel reparto ma...(interruzione, bussano alla porta). Scusami eh.*

*Dunque dopo queste tre giornate il nuovo collaboratore, a partire dalla quarta giornata, è operativo in turnistica con un'infermiera tutor. Questo per tre, quattro settimane. (PROF\_FG2A)*

Dans beaucoup de structures, le parcours d'insertion inclut des activités de présentation ou de préparation à l'IPC, de manière à familiariser le nouvellement recruté au thème et à la manière dont celui-ci est traité dans le contexte.

*È simile ma nel mio contesto di radio oncologia è più approfondito in quanto abbiamo ancora più professionisti che lavorano in stretta collaborazione, quindi oltre al percorso citato in precedenza, viene anche fatto fare un'esperienza in ogni equipe. Quindi nel segretariato, dai fisici medici, dai tecnici di radioterapia e chiaramente dai medici proprio per avere una visione della complessità del lavoro di ognuno e quali sono poi gli ambiti in cui si vanno a sovrapporre determinate anche competenze. (PROF\_FG1C)*

*nel mio contesto si fa, come ho detto prima, il fatto di permettere alla persona di girare diversi contesti è proprio per permettergli di capire questo [IPC]. Di metterlo a contatto con diverse professioni, ma soprattutto come il paziente viene, ed è un nostro un nostro valore importante, la centralità del paziente vista da più occhi quindi da più professioni. (PROF\_FG1A)*

*Anche per quanto mi riguarda effettivamente già nell'accoglienza del neo assunto quindi viene dato un taglio particolare e vengono presentati comunque tutti gli attori coinvolti, proprio perché giornalmente si lavora a livello interdisciplinare nella presa a carico dell'utente. (PROF\_FG1B)*

Dans d'autres structures, par contre, l'IPC est présentée de manière moins structurée.

*Così forse nel dettaglio no. Ci sono forse quelle più nelle realtà di reparto che loro vedono. Però se dobbiamo dire una dimensione...Non così strutturato (PROF\_5)*

Indépendamment du niveau de structuration des parcours d'insertion, force est de reconnaître que très souvent l'IPC est présentée et thématisée dès l'arrivée à la personne nouvellement recrutée. Une attention particulière à ce thème a donc été développée dans les dernières années.

*Io credo che negli ultimi anni rispetto comunque a questo percorso introduttivo che abbiamo sempre fatto, il fatto di aver strutturato in maniera un po' differente, con le mini équipes, ha avvantaggiato un po' la velocità dell'inserimento. Perché prima gli si chiedeva di avere una visione organizzativa molto più ampia, adesso averlo raggruppato in piccole équipe è più facile a rapportarsi nell'organizzazione del reparto per lo meno. Poi rimane veramente le capacità del singolo e le attitudini personali ad essere più veloci rispetto a quello che prevede il piano stesso. Però bene o male credo che venga rispettato nei tempi, abbastanza. (PROF\_FG2C)*

Si en général on constate l'existence de parcours d'insertion et de familiarisation à l'IPC dans les différentes institutions, la citation précédente montre que ce qui détermine ensuite l'efficacité de ces parcours sont les caractéristiques et les dispositions de l'individu nouvellement recruté.

### c) Spécificités des alumni SUPSI

Les professionnels extra-SUPSI interviewés constituent des observateurs privilégiés de la manière dont les alumni SUPSI s'insèrent dans l'institution et s'approchent, en particulier, de la question de l'interprofessionnalité. Interrogés sur les spécificités des alumni SUPSI, les professionnels extra-SUPSI ont souligné plusieurs particularités. Parmi celles-ci, émerge tout d'abord la capacité de raisonnement et d'assumer des responsabilités:

*Stiamo parlando di studenti Supsi per cui tendenzialmente la... la cosa importante dello studente Supsi è che quando poi diventa collaboratore è la capacità di ragionamento e dell'assumersi responsabilità (PROF\_FG1A)*

Plusieurs personnes interviewées ont souligné la capacité de relier la théorie et la pratique. En général, les alumni SUPSI sont jugés comme étant dotés d'un grand bagage théorique. Si défaut il y a, ça serait plutôt dans un excès de théorie et dans un déficit de pratique.

*Apprezzata, mi ricollego agli interventi in precedenza, apprezzate la capacità comunque di connessione tra l'aspetto teorico e quello pratico che si assiste comunque nella realtà lavorativa. (PROF\_FG1B)*

*secondo me quello che fa un po' sorprendere all'équipe che non è ancora così abituata è la base su cui lui [studente SUPSI] parte, adesso vediamo un po' di ricerca o documentazione, l'ancoraggio di mobilitare quello che lui ha visto teoricamente alla pratica. Perché spesso gli altri si ancoravano di più dalle cose più pratiche che avevano fatto e dovevano "switchare" molto di più sulla teoria. Invece qui è interessante come loro partono e poi hanno più bisogno della dimensione, del transfert nella pratica. Gli manca forse un pochino di più, almeno in alcuni casi, la pratica. (PROF\_2)*

*il fatto che con la formazione Supsi la persona arriva già pronta con un po' quello che è uno sguardo già futuro diciamo, adeguato all'oggi, legato più al so già come muovermi, so già come ricercare, ecco e tutta parte teorica e di ricerca e di sviluppo metodologico ce l'ha già ben e deve poi soltanto riuscire a traslarlo nella pratica. Viceversa nelle altre professioni è proprio il contrario: che hai la persona che ha avuto un'esperienza in base a che percorso ha fatto e dove è stato, più ancorato nella pratica che poi bisogna aiutare...(PROF\_4)*

La facilité et la vitesse d'insertion dans l'équipe ont aussi été soulignées:

*anche da noi quando l'anno scorso ha cominciato una...un nuovo professionista, ehm devo dire che ha seguito il processo che è stato descritto prima ed è stato affiancato, ma tuttavia le capacità di riflessione e di inserirsi all'interno del team sono state molto buone, per cui il processo di inserimento all'interno dell'equipe è stato anche piuttosto rapido. (PROF\_FG1C)*

En ce qui concerne spécifiquement les attitudes et les compétences en lien avec l'IPC, la majorité des personnes interviewées a remarqué une meilleure disposition des alumni SUPSI par rapport aux professionnels de la santé formés ailleurs. La citation suivante, par exemple, met en évidence la capacité des alumni SUPSI à comprendre tout de suite les enjeux de l'IPC. C'est comme s'ils arrivaient déjà équipés pour faire face aux défis de l'interprofessionnalité.

*Quando abbiamo introdotto la nostra ultima collega, ex studente SUPSI, si è notata proprio una differenza rispetto all'ultima [proveniente da un altro percorso formativo], in quanto era già pronta a comprendere le sfide che ci sono giornalmente con gli altri professionisti, però ad avere anche un'ottica in cui non si pongono delle barriere così forti. (PROF\_FG1D)*

Plusieurs personnes interviewées ont aussi souligné une plus grande capacité à gérer les relations et à se confronter avec les autres collègues.

*Lo studente Supsi ha una tempistica di integrazione, soprattutto per quanto riguarda l'interprofessionalità più accelerata. Quindi una maggiore facilità nell'integrazione, nell'integrarsi. La vive con più facilità. (PROF\_5)*

*troviamo più apertura e più facilità ad esempio in quello che era ad esempio le conoscenze e la parte sia informatica ma anche di andare a fare delle ricerche particolari. Sono più sviluppati in questo senso qui e più apertura su quello che è anche il comportamento di gruppo. (PROF\_1)*

*Io trovo che abbiano minore barriere nel confrontarsi con gli altri professionisti. (PROF\_3)*

Les éloges à l'égard des alumni SUPSI sont en général abondants et partagés. Seulement un participant n'a pas évoqué de spécificités en lien avec les alumni SUPSI :

*Diciamo che è sempre abbastanza soggettivo comunque. Abbiamo degli esempi di colleghi che arrivano dal percorso Supsi che hanno delle conoscenze molto approfondite e delle capacità di ragionamento clinico più spiccato. Trovo che però non posso escludere anche per l'altro percorso. (PROF\_FG2C)*

En conclusion, la grande majorité des personnes interviewés porte un regard fondamentalement positif sur les alumni SUPSI et sur leurs attitudes à l'IPC.

### **3.3. Phase 3 : Intégration des données**

La triangulation a été effectuée par deux chercheurs qui ont travaillé ensemble sur les données et sur la création de la matrice. Concrètement, le processus de triangulation s'est développé en différentes étapes. Celles-ci s'inspirent du protocole de triangulation de Farmer T et al. (2006):

- *Triage (sorting)*. Nous avons tout d'abord sélectionné les résultats de l'étude quantitative et ceux de l'étude qualitative qui font référence à une même question de recherche (par exemple: quels facteurs favorisent l'interprofessionnalité?). Dans chaque set de résultats ainsi sélectionné nous avons identifié les thèmes principaux qui y étaient discutés. Une liste de thèmes communs a été développée.

- Codification de la convergence (*convergence coding*). Chacun des thèmes communs a été comparé en termes de présence/fréquence et signification. Le type et le degré de convergence ont été évalués, en laissant entrevoir différents scénarios : nous avons parlé d'accord si la comparaison entre les deux sets de résultats montrait une convergence supérieure à 60% ; d'accord partiel si la convergence était égale ou inférieure à 60% ; de silence si l'un des deux sets de résultats faisait référence à un thème alors que l'autre ne l'évoquait pas ; et de dissonance s'il y avait discordance entre les deux sets de résultats par rapport aux éléments de la comparaison.
- Évaluation de la convergence (*convergence assessment*). Nous avons procédé à une évaluation globale du niveau de convergence des deux sets de résultats, en documentant quand et où les chercheurs ont eu des perspectives différentes.
- Comparaison de la totalité (*completeness comparison*). Nous avons développé une « histoire » unique en réponse à la question de recherche à partir des contributions de chaque set de résultats.
- Comparaison des chercheurs (*researcher comparison*). Les résultats triangulés ont été soumis à l'évaluation des chercheurs pour en clarifier l'interprétation et déterminer le niveau de consensus entre eux.
- Réactions (*feedback*). Nous avons pris en compte le point de vue de toute l'équipe et des partenaires de recherche par rapport aux résultats triangulés et à leur interprétation.

Les tableaux ci-dessus montrent qu'en général les étudiants sont d'accord avec les affirmations sur les effets de l'IPC sur le patient et sur sa prise en charge (seulement dans la question **A10** "I professionisti sanitari che lavorano in team rispondono, più di altri, ai bisogni emotivi e finanziari dei pazienti" l'accord est partiel ; en ce qui concerne les effets sur l'équipe, il y a accord partiel par rapport à la question **A7** "Lavorare in un ambiente interprofessionale mantiene la maggior parte dei professionisti entusiasti ed interessati al lavoro".)

Les mêmes observations faites à propos de la concordance partielle chez les étudiants peuvent être reprises aussi pour les alumni 1+ et 2+.

Le questionnaire utilisé pour récolter les données quantitatives ne prévoyait pas toute une série d'informations qui, au contraire, ont pu être récoltées à travers les entretiens individuels (facteurs qui favorisent ou entravent l'IPC, concept de IPC, informations sur le processus, etc.). C'est pour cette raison qu'il y a à plusieurs reprises les cases « silence » dans le tableau. Il importe enfin aussi de remarquer qu'il n'y a aucun cas de discordance entre les deux types de données.

## 4. Discussion

Les données mis en exergue dans les chapitres précédents ont l'avantage de fournir des informations précieuses sur les attitudes et les connaissances en lien avec l'IPC développées durant l'IPE, ainsi que sur l'expérience que les participants ont vécu en lien avec l'IPE et sur son impact sur la vie professionnelle par la suite. Tous ces résultats doivent toutefois être lus à la lumière des limites de l'étude. En ce qui concerne l'étude quantitative, il faut relever la numérosité modeste de l'échantillon. Quant à l'étude qualitative, il ne faut pas oublier que toutes les personnes interviewées ont décidé par elles-mêmes de se proposer pour un entretien. Il y a eu donc un processus d'auto-sélection qui pourrait avoir biaisé les résultats : on ne peut pas exclure que les personnes interviewées soient particulièrement intéressées ou favorables à l'IPC. La même réflexion



peut être faite par rapport aux professionnels extra-SUPSI : il s'agit de personnes avec lesquelles la SUPSI collabore régulièrement, par exemple dans le cadre des suivis de stage. On ne peut pas exclure, dès lors, que les entretiens aient été en partie influencés par les relations existantes entre les participants et la SUPSI. Pour réduire au maximum cet effet de distorsion, au début des entretiens il a été clairement souligné l'importance de s'exprimer le plus librement possible.

#### **4.1. Discussion des résultats quantitatifs**

En règle générale, les avis sur l'IPC sont très favorables au début (étudiants de première et troisième année; respectivement 6 et 7 énoncés avec lesquels ils sont tout à fait d'accord); la situation s'améliore même significativement en troisième année. Les avis favorables diminuent après une année d'expérience professionnelle (4 énoncés avec un score élevé), ce qui est probablement lié à la conjonction des difficultés du travail en équipe et de l'insertion dans un nouveau milieu professionnel. Mais après deux ans d'expérience, on voit se dessiner une conception de l'IPC plus mûrie et mieux enracinée (8 énoncés avec un score élevé), avec un regard qui reste toutefois critique, puisque plus de 80% des répondants de ce groupe estiment que l'IPC exige beaucoup de temps, un temps qui pourrait être mieux employé à faire autre chose.

L'expérience sur le terrain semble donc jouer un rôle important dans le renforcement ou l'amélioration de la propension à l'IPC. Mais il est difficile de distinguer entre la contribution de la formation à laquelle les étudiants ont été exposés et la contribution de l'expérience professionnelle. Il est probable que les notions transmises durant la formation soient mises à l'épreuve sur le terrain (ou que l'on en évalue les possibilités d'application). En outre, le fait que l'on ne constate pas de différence significative entre les milieux professionnels (l'IPC n'est pas utilisée partout comme modèle de référence) porte à reconsidérer en partie le rôle de l'expérience et à accorder plus de poids à la formation. On pourrait en effet supposer que l'on soit plus fortement convaincu des avantages de l'IPC lorsqu'on travaille de cette manière. Mais comme tel n'est pas le cas dans tous les milieux, il est plus probable que ce soient les notions transmises durant la formation qui poussent à mieux apprécier les avantages de l'IPC, soit parce que l'on en fait l'expérience, soit parce que l'on en perçoit l'absence.

Le fait que la plupart des répondants sont des infirmiers n'a pas d'incidence sur les résultats, parce que tous les étudiants sont exposés aux mêmes messages et dans les mêmes amphithéâtres. Mais surtout, on n'observe pas de différences significatives par type de profession exercée, à l'intérieur de chaque groupe.

L'analyse des réponses données aux différents énoncés permet de mieux comprendre le phénomène investigué. Le seul énoncé qui recueille peu d'avis positifs est celui qui affirme que le travail en groupes interprofessionnels permet de mieux répondre aux besoins émotionnels et financiers des patients. Comme les avis favorables sont très nombreux pour l'énoncé selon lequel l'interprofessionnalité améliore la prise en charge holistique, il est probable que l'aspect économique ait pesé dans cette réponse, alors que cet aspect n'est généralement pris en compte dans aucun modèle de soins.

## 4.2. Discussion des résultats qualitatifs

En confrontant les résultats des trois premières populations interviewées (étudiants 3ème année, alumni 1+, alumni 2+) on constate que les thèmes centraux identifiés se modifient au long du parcours qui caractérise l'expérience formative.

### 4.2.1. Concept d'IPC

A la fin de la troisième année de formation, les étudiants considèrent le concept d'IPC comme un bagage acquis de connaissances théoriques et de compétences de base. Ce qu'ils ont appris et conceptualisé, grâce aussi à la pensée réflexive et critique qu'ils ont développée, leur donne la capacité d'observer la présence/absence d'IPC dans les contextes de stage et d'identifier les effets que l'IPC a sur les patients, le traitement, l'équipe et l'organisation. Durant la première année de travail après la formation, l'attention et les énergies des alumni sont consacrées à l'apprentissage des activités et des spécificités de leur nouveau rôle en tant que professionnels à part entière. C'est seulement à la fin de cette phase d'insertion qu'ils parviennent à se concentrer sur l'IPC. Ils se rendent compte à ce moment-là que l'IPC ne peut plus être le concept théorique appris durant la formation, mais qu'il doit être intériorisé, remanié et appliqué dans l'institution dans laquelle ils travaillent. Après deux ans de travail, le concept d'IPC assume des nuances plus personnelles, les alumni reconnaissent l'importance du parcours de formation en tant que point de départ. Ils se rendent aussi compte que le concept d'IPC dont ils disposent est le résultat de ce qu'ils ont appris dans les salles des cours, transféré ensuite dans sa propre réalité professionnelle et expérimenté, vécu et appliqué dans l'organisation.

### 4.2.2. Processus en lien avec l'IPC

Durant la formation, le processus en lien avec l'IPC dans lequel les étudiants sont impliqués est celui de l'apprentissage. Celui-ci évoque fortement le concept d'apprentissage décrit par Kolb (2014): un processus dans lequel la connaissance se crée à travers la transformation de l'expérience. En effet, durant les trois années de cours, les étudiants font une *expérience concrète* de l'IPC, notamment quand ils se retrouvent dans une salle de cours avec des collègues de disciplines différentes; à ces moments-là ils font aussi preuve d'*observation* et de *réflexion (observation réflexive)* par rapport aux différentes modalités d'approcher le patient, de poser un diagnostic et de mettre en place un traitement; ils *développent des concepts abstraits (conceptualisation abstraite)* pour définir des hypothèses d'intervention et pour planifier une approche interprofessionnelle focalisée pour le cas spécifique; ils *expérimentent activement (expérimentation active)* ce qui a été théorisé en lien avec l'IPC; ils vivent ensuite de nouveau l'*expérience concrète* de l'IPC dans la salle de cours avec les collègues et les enseignants, en se réinvestissant donc dans le processus de création de la connaissance.

Après une année de travail, le processus majeur dans lequel les alumni sont impliqués est celui du transfert du concept d'IPC dans la réalité. Mezirow (1991; 2000) considère ce processus comme un travail d'attribution de sens aux expériences vécues. Il lie cette activité à l'usage d'un cadre de référence développé par l'adulte sur la base de présupposés et attentes qu'il a bâti au fur et à mesure. Mezirow considère le processus de transfert comme l'usage des schèmes d'interprétation construits ou remodelés par l'individu, et ceci pour pouvoir inclure les nouvelles expériences/situations dans ce qui a déjà été vécu. Ceci est exactement ce qui est ressorti des entretiens: l'importance de transférer les connaissances théoriques abstraites et générales dans la

réalité que l'on est en train de vivre. C'est seulement à la fin de la deuxième année de travail que l'on peut identifier la conclusion d'une partie importante du parcours. Cet aboutissement se fait parce qu'on n'est plus devant l'activité d'un individu, au contraire, on est devant un véritable apprentissage organisationnel (Argyris & Schon, 1996): e n'est plus l'individu à agir, mais le groupe de professionnels dont il fait partie et qui représentent l'organisation. Ceux-ci agissent de manière à ce que les connaissances, compétences et expériences de l'individu deviennent patrimoine de l'institution à travers la définition de valeurs, normes et outils qui guident l'action collective. Ainsi, en se sentant responsable de la diffusion et de l'actualisation d'un consensus important comme celui de l'IPC, l'individu peut amener un changement dans l'organisation qui encadre cette manière d'agir dans son modus operandi.

#### 4.2.3. Défis par rapport à l'IPC

Dans tout le parcours examiné, de la fin de la formation jusqu'à l'installation stable dans le monde du travail, les étudiants – et ensuite alumni – SUPSI font face à toute une série de défis en lien avec l'IPC. Ces défis prennent forme à un moment donné de la trajectoire et se modifient au fur et à mesure que le parcours avance. Comme pour les deux concepts précédents, donc, même dans ce cas on observe une évolution des défis auxquels les personnes sont confrontées.

Pour les étudiants de 3ème année le défi majeur en lien avec l'IPC et son apprentissage concerne la *construction de leur identité professionnelle*. Les étudiants relèvent qu'un temps considérable est attribué à la construction d'attitudes et compétences en lien avec l'IPC. Ce temps est à leur avis soustrait à la construction d'une identité mono-professionnelle claire et forte. La construction de l'IPC se ferait donc au détriment de la construction de sa propre identité professionnelle. Or, la formation académique des professionnels de la santé vise, parmi les autres choses, la construction d'une identité professionnelle. La loi fédérale est très claire à ce propos : le parcours de formation SUP/HES/FH qui délivre le titre de bachelor of science doit être professionnalisant. Une profession se caractérise par un haut degré d'autonomie professionnelle, une activité fondée sur l'expertise scientifique, une activité soumise à un autocontrôle collégial, un prestige social élevé et une identité reconnue (Kuhlmeier, A. 2012). L'affirmation donc selon laquelle l'IPC risque d'affaiblir la construction de l'identité professionnelle pose un problème de taille. A support de l'IPC, toutefois, il est possible de mobiliser deux arguments issus de la littérature sociologique. Premièrement, la construction identitaire exige l'inclusion progressive du professionnel dans une communauté de pratique qui est de plus en plus « plurielle ». Dans le cas des professions de la santé cette pluralité est une évidence. Soigner est un acte collectif qui engage différentes personnes et professions. Ainsi, la collaboration interprofessionnelle est l'une des conditions sine qua non à la mise en place d'offres de soins coordonnées. En particulier, les personnes âgées, atteintes de maladies chroniques ou psychiques dépendent des services de différents professionnels, ce qui se traduit par des interfaces dans la procédure de traitement. Une coordination imparfaite engendrerait des baisses de la qualité, des traitements inutiles et des coûts superflus. (OFSP, 2016) A la lumière de ces considérations, la construction identitaire ne peut pas se faire sans la confrontation continue de la personne avec cette communauté de pratique plurielle. Deuxièmement, il ne faut pas oublier que l'identité d'un individu ne se construit pas dans un vide social, ni en solitude. Selon Dubar (1996), l'identité est un concept relationnel, qui prend forme autant à partir des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi. Sur la base de ces considérations, la confrontation équilibrée de la personne tant avec son groupe mono-professionnel qu'avec un collectif pluri-professionnel peut

être vue comme la première étape d'un processus de socialisation vers une identité professionnelle forte.

Pour les alumni 1+ le défi principal est celui de *construire leur propre place* dans leur nouvelle institution. L'inexpérience, l'ignorance du contexte, des procédures et des règles, les préoccupations par rapport aux compétences dont il faut faire preuve, voici toute une série de conditions qui font que l'ancien étudiant SUPSI ait besoin – dans un premier temps - de concentrer ses actions et ses énergies dans la construction de son propre rôle.

Pour conclure, pour les alumni 2+, le défi principal est celui de *construire une organisation conforme avec l'IPC*. Concrètement, il faut prendre la responsabilité d'agir sur l'organisation afin de la transformer, en la rendant susceptible d'offrir structurellement les conditions pour promouvoir l'IPC dans son modus operandi.

Le tableau suivant reporte une synthèse des résultats tels qu'ils ont été présentés et discutés dans ce rapport.

**Tableau 5. Le parcours des étudiants SUPSI par rapport à l'IPC: De l'apprentissage individuel à l'apprentissage organisationnel**

	<b>ETUDIANTS</b> <i>La familiarisation à l'IPC</i>	<b>ALUMNI 1+</b> <i>L'incubation de l'IPC</i>	<b>ALUMNI 2+</b> <i>L'engagement dans l'IPC</i>
<b>CONCEPT DE IPC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un bagage de connaissances acquises</li> <li>- Concept acquis en théorie ; capables de l'observer dans la réalité</li> <li>- Pensée critique et réflexive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un bagage de connaissances mises à l'épreuve</li> <li>- Intériorisation du concept</li> <li>- Concept théorique à décliner dans son contexte</li> <li>- Difficulté à l'appliquer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un bagage de connaissances réélaborées</li> <li>- Concept réélaboré, développé à travers l'expérience</li> <li>- Actualisation du concept</li> <li>- Responsabilité individuelle</li> </ul>
<b>PROCESSUS EN LIEN AVEC IPC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprentissage</li> <li>- Processus complexe, opaque, progressif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfert</li> <li>- Processus d'attribution de sens aux expériences vécues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprentissage organisationnel</li> <li>- Processus d'actualisation personnalisée</li> </ul>
<b>DEFI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'interprofessionnalité au détriment de l'identité</li> <li>- Nécessité de ressources</li> <li>Commitment enseignants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'urgence de construire sa propre place</li> <li>- Temps consacré à l'apprentissage de son propre rôle dans le contexte spécifique</li> <li>- Se relationner avec la structure, les ressources, d'autres professionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résistances du contexte</li> <li>- Temps consacré à l'organisation</li> <li>- Responsabilité individuelle</li> <li>- Confrontation avec d'autres collègues pour travailler sur l'organisation</li> </ul>

#### 4.2.4. Spécificités des alumni SUPSI

Selon les professionnels interviewés, les alumni SUPSI présentent des spécificités considérables par rapport à d'autres personnes nouvellement recrutées provenant de parcours de formation différents.

Les caractéristiques principales mises en exergue par les professionnels extra-SUPSI sont:

- a) Capacité de raisonnement et de réflexion
- b) Capacité de créer des liens entre la théorie et la pratique
- c) Capacité de rechercher des informations pour interroger l'expérience professionnelle
- d) Capacités relationnelles, à s'intégrer dans un team et à se confronter avec d'autres professionnels
- e) Capacité de prendre des responsabilités

Le nombre réduit des professionnels extra-SUPSI interviewés ne permet bien sûr pas de généraliser leurs perceptions par rapport aux qualités des alumni SUPSI, ni de conclure à la supériorité systématique de ces derniers par rapport aux professionnels issus de parcours de formation différents. Néanmoins, en analysant les prémisses épistémologiques SUPSI<sup>8</sup> (2009), il est possible d'observer des liens évidents entre les capacités mises en évidence par les professionnels extra-SUPSI et les principes à la base du projet didactique SUPSI DEASS. Les documents officiels SUPSI, par exemple, font référence aux concepts d'autonomie, responsabilité, raisonnement clinique, capacité décisionnelle, prise en considération des évidences scientifiques, pensée critique, dialogue entre pratique et recherche, processus réflexif, intelligence émotionnelle, communication, participation dans l'équipe, capacité d'être à jour, collaboration efficace, utilisation compétente des nouvelles technologies de l'information, ainsi que collaboration interdisciplinaire.<sup>9</sup> Il n'est pas surprenant, dès lors, de retrouver ces caractéristiques chez les alumni SUPSI.

### 4.3. Discussion de l'intégration des données

La lecture en parallèle et complémentaire des résultats quantitatifs et des résultats qualitatifs permet d'avoir une vision globale de l'IPE tel qu'elle est pratiquée dans SUPSI DEASS. En gros, les résultats se confirment et se complètent.

Les données quantitatives fournissent des informations sur les étudiants de première année. L'hypothèse initiale prévoyait que cette population était totalement ignorante en matière d'IPC. Or, force est de constater que le 60% de ces étudiants a eu au moins une expérience de stage de 6 mois avant d'intégrer la SUPSI, par conséquent ils étaient déjà entrés en contact avec le thème.

Pour comprendre l'impact de l'IPE, cruciale est la comparaison avec les données quantitatives relatives aux étudiants de 3ème année et aux alumni. En réalité, les scores moyens ne diffèrent pas énormément entre les étudiants de première et de troisième année. Malgré cela, on peut observer que les différences sont significatives pour toutes les dimensions de l'interprofessionnalité. Il en va de même entre les professionnels qui ont une ou deux années d'expérience.

Les résultats quantitatifs montrent aussi que l'entrée sur le marché du travail a un impact négatif qui tend à s'estomper avec l'expérience. De fait, les scores augmentent de manière significative

---

<sup>8</sup> Premesse epistemologica comuni (SUPSI, 2009)

<sup>9</sup> Les extraits des documents officiels SUPSI qui évoquent les concepts mentionnés sont reportés dans les annexes.

pour toutes les dimensions chez les professionnels qui ont deux ans d'expérience. A partir de ces évidences, l'équipe de recherche s'est interrogée sur les raisons de ces résultats. Certaines questions ont ainsi pu être posées aux participants durant les entretiens qualitatifs afin de comprendre les dynamiques du moment de l'insertion dans le contexte professionnel et celles de la phase successive. Il a ainsi été possible de mettre en exergue la phase d'incubation, qui explique la flexion des résultats pour les alumni 1+, et la phase d'engagement, qui clarifie l'augmentation des scores pour les alumni 2+.

Les résultats qualitatifs ont aussi permis de comprendre que le concept d'IPC évolue: au fur et à mesure les étudiants renforcent les aspects théoriques appris en classe et les observent dans les stages. A la fin de la formation, les étudiants sont en mesure d'analyser le parcours de manière critique et de faire des suggestions aux responsables de la formation. Avec ce bagage de connaissances, ensuite, les étudiants entrent dans le monde du travail. Ils assument ainsi le rôle de professionnels à part entière et ils deviennent les membres d'une équipe. Ce changement exige de leur part de grands efforts. Par conséquent, le thème de l'IPC se retrouve momentanément mis dans une phase que nous avons appelé d'incubation: il n'est pas oublié, mais provisoirement mis de côté et récupéré seulement dans les situations dans lesquelles l'institution prévoit des moments d'IPC de manière explicite. Une fois le moment de l'insertion passé, ensuite, beaucoup de personnes parviennent à assumer directement la responsabilité de l'IPC. Ils deviennent ainsi les protagonistes du développement et du concept dans leurs propres institutions, ils se présentent comme en étant les promoteurs et en encourageant la diffusion en agissant aussi sur les différents leviers de l'organisation.

Ceux qui les observent, à savoir les professionnels extra-SUPSI qui ont été interviewées, voient et valorisent leurs attitudes et compétences.

## 5. Conclusion

Le but de cette recherche était d'analyser l'efficacité de l'IPE chez des étudiants qui ont suivi un parcours de formation intégrant ce type d'enseignement. Le cas analysé est celui de la formation offerte par SUPSI DEASS et qui inclut trois programmes Bachelor dans le domaine de la santé (un Bachelor of Science en soins infirmiers, un autre en ergothérapie et un troisième en physiothérapie). Le cas d'étude a été choisi en raison de son caractère novateur dû à la nature structurée, continue et progressive de l'IPE.

Le design de recherche a prévu une approche méthodologique mixte, incluant d'une part, une analyse quantitative visant à mesurer les attitudes envers les équipes interprofessionnelles de soin, et, d'autre part, une analyse qualitative dans le but d'explorer de manière compréhensive l'expérience d'IPE. Pour l'étude quantitative, nous avons sollicité a) des étudiants de 1<sup>ère</sup> année pour évaluer leurs attitudes et connaissances en lien avec l'interprofessionnalité avant la formation ; b) des étudiants de 3<sup>ème</sup> année pour mesurer l'impact de l'IPE sur ces attitudes et connaissances au bout de la formation; et c) des anciens étudiants SUPSI après une année voire deux ans de pratique professionnelle pour investiguer l'évolution de ces aspects une fois les personnes insérées et installées dans le monde du travail. Pour l'étude qualitative, nous avons mené des entretiens avec a) des étudiants de 3<sup>ème</sup> année pour explorer l'expérience vécue durant le parcours de formation ; b) d'anciens étudiants SUPSI après une année voire deux ans de pratique professionnelle pour

comprendre la manière dont l'apprentissage se déclinait dans le contexte professionnel ; et c) des membres d'équipes interprofessionnelles dans lesquelles ont été ou sont insérés des anciens étudiants SUPSI afin d'avoir le point de vue de personnes tierces sur l'impact de l'IPE dans la pratique professionnelle des personnes qui ont été exposées à ce type d'apprentissage.

La récolte des données quantitatives a permis de collecter en tout 324 questionnaires auprès d'étudiants de 1<sup>ère</sup> année (115 personnes), d'étudiants de 3<sup>ème</sup> année (106 personnes), d'anciens étudiants SUPSI après 1 année de vie professionnelle (48 personnes) et après deux ans de vie professionnelle (55 personnes). Dans le cadre de l'étude qualitative nous avons rencontré 51 personnes, parmi lesquelles il y avait des étudiants de 3<sup>ème</sup> année (15 personnes), d'anciens étudiants SUPSI après 1 année de vie professionnelle (9 personnes), d'anciens étudiants SUPSI après 2 ans de vie professionnelle (14 personnes), et des professionnels formés hors SUPSI travaillant dans des institutions qui ont accueilli récemment des étudiants SUPSI (13 personnes).

A travers cette étude complexe, on visait à atteindre quatre objectifs spécifiques, qui peuvent être ainsi résumés:

1. Évaluer l'*impact* que l'IPE a sur les attitudes des étudiants envers les équipes interprofessionnelles de soins et envers l'IPC.
2. Évaluer la *persistance* des effets de l'IPE dans les deux années successives à la formation.
3. Analyser le processus d'*apprentissage* par lequel l'IPC est acquise par les étudiants lors de la formation de base.
4. Comprendre la *modification* de l'IPC une fois la personne confrontée avec le monde du travail.

L'analyse quantitative et qualitative de toutes les données récoltées, ainsi que leur triangulation, a permis d'atteindre ces quatre objectifs.

1. L'IPE a un impact significatif sur les attitudes des étudiants envers les équipes interprofessionnelles de soin. Les résultats quantitatifs montrent une différence significative entre les étudiants de 1<sup>ère</sup> et ceux de 3<sup>ème</sup> année. Toutefois, il faut faire deux remarques concernant l'amont et l'aval de l'IPE. Concernant l'amont, les étudiants de 1<sup>ère</sup> année n'étaient pas si dépourvus d'une certaine sensibilité à l'égard d'IPC, ce qui nous amène à dire que probablement l'expérience de stage avant l'entrée en formation est un moment crucial pour une première sensibilisation à l'IPC. Quant à l'aval, les résultats montrent que l'effet de l'IPE baisse chez les anciens étudiants interviewés après une année de vie professionnelle, pour ensuite remonter dans les mois successifs, ce qui suggère que l'effet n'est pas stable à court terme. L'efficacité de l'IPE ne semble toutefois pas en question même chez les alumni 1+, puisque les données qualitatives récoltées auprès des professionnels formés hors SUPSI font état de compétences dans l'IPC supérieures à la moyenne chez les étudiants SUPSI.
2. Les effets de l'IPC persistent après deux ans à partir de la fin de la formation. Cette persistance ne suit toutefois pas une ligne continue et stable : une année après la formation les effets de l'IPE semblent s'estomper, bien qu'ils ne s'annulent pas. Ensuite ils remontent de manière significative. Les données qualitatives aident à comprendre cette flexion à travers la mise à jour d'un phénomène d'incubation : l'insertion dans la vie professionnelle exige de la part des anciens étudiants SUPSI un grand effort en termes d'investissement dans l'institution. Les énergies et la détermination des nouveaux professionnels sont mises à profit en vue de construire sa place dans l'institution et apprendre son propre rôle. Une fois

ce travail d'accommodation dans la nouvelle institution achevé, l'ancien étudiant SUPSI semble avoir toutes les ressources nécessaires pour s'engager activement dans une vie professionnelle marquée par une forte dimension interprofessionnelle.

3. L'apprentissage de l'IPC se fait bel et bien durant la formation SUPSI. Toutefois, les étudiants sont exposés au concept et aux pratiques d'IPC déjà avant le début de la formation structurée à la SUPSI, comme le démontrent les scores plutôt positifs des étudiants de 1<sup>ère</sup> année par rapport aux attitudes envers l'IPC. Durant la formation SUPSI elle-même, ensuite, l'apprentissage devient explicite, exigeant, parfois délicat. Les conditions de son efficacité sont la mise en situation des étudiants avec des collègues d'autres disciplines, l'engagement et la conviction des enseignants, la disponibilité de ressources appropriées pour pouvoir gérer la complexité de ce type d'apprentissage (espaces, nombre de tuteurs, etc.). La plus grande préoccupation des étudiants par rapport à l'apprentissage de l'IPC est que celle-ci puisse se faire au détriment de la construction d'une identité professionnelle spécifique.
4. L'IPC telle qu'elle a été apprise, est un bagage de connaissances, attitudes, modes d'action qui bien sûr se modifient dans le temps, en fonction du contexte professionnel avec lequel les personnes entrent en contact (ouverture de l'institution à l'IPC, présence/absence de formes d'IPC structurées au sein de l'institution, etc.). Toutefois il apparaît clair que le contexte institutionnel n'est pas le seul à déterminer la modification des dispositions à l'IPC. La situation spécifique de l'individu lui-même a aussi un impact dans la manière de se rapporter à l'IPC (cf. première expérience professionnelle qui nécessite l'apprentissage de son propre rôle, etc.). Après la phase de familiarisation à l'IPC, on a ainsi observé une phase d'incubation, durant laquelle il semblerait que peu de choses se passent en termes d'IPC, mais durant laquelle en réalité se construisent les conditions pour que la personne puisse finalement passer à la phase d'engagement dans l'IPC, qui prévoit une prise de responsabilité individuelle et la mise en route d'un processus d'apprentissage organisationnel.

Cette étude souligne donc le grand potentiel de l'IPE pour le développement de l'IPC au sein des institutions de soin. En même temps, elle met aussi en évidence la complexité du processus et les nombreuses variables dont il faut tenir compte. Un certain nombre de recommandations pratiques découlent des analyses et des réflexions effectuées :

- Les stages pré-formation ont un grand potentiel dans la sensibilisation des personnes à l'IPC, il vaut la peine d'en suivre attentivement le déroulement et d'aider le futur étudiant à thématiser la question de l'IPC.
- Il importe de soutenir les institutions à introduire des activités structurées d'IPC. Cela est particulièrement important pour les institutions qui accueillent des personnes fraîchement diplômées, pour qu'elles trouvent les conditions qui facilitent l'IPC même dans un moment du parcours professionnel où ils ont d'autres priorités (construire sa place, comprendre son rôle, etc.) .
- Durant l'IPE, les étudiants doivent être aidés à penser la construction identitaire comme un processus dynamique qui se fait dans la relation continue avec leur groupe d'appartenance, d'une part, et les collègues d'autres disciplines, de l'autre. Cela est important afin de désamorcer le sentiment que l'IPE se fait au détriment de l'apprentissage de sa propre discipline.



- L'IPE nécessite un grand nombre de ressources pour qu'elle puisse tenir ses promesses. En particulier, il est fondamental que les enseignants qui ont la responsabilité des modules communs constituent un véritable exemple de IPC, à travers la manière dont ils collaborent et surtout à travers un degré très élevé de conviction par rapport à l'importance de l'IPC et à la valorisation continue et mutuelle des différentes professions de la santé.

En conclusion, à la lumière des analyses et des réflexions effectuées, il est possible de fournir quelques réponses aux questions générales qui ont inspiré le projet.

1. Comment renforcer l'efficacité par le biais de la formation interprofessionnelle de base ?

Selon les données quantitatives récoltées, les participants sont convaincus que le travail interprofessionnel produit de meilleures décisions de traitement, permet d'administrer des traitements plus efficaces et améliore la qualité des soins. Les données qualitatives confirment cette représentation, puisque les personnes interviewées ont mis en exergue les effets positifs de l'IPC sur le patient, le traitement, l'équipe et l'organisation. Or, si l'IPC est reconnue pour avoir des effets cruciaux sur la qualité des soins, cette étude montre aussi que l'IPE influence fortement la construction du concept de IPC et les attitudes envers les équipes interprofessionnelles de soin.

2. Quel est le cadre le plus approprié pour renforcer l'efficacité par le biais de la formation interprofessionnelle de base?

Nous pouvons répondre à cette question à travers l'analyse des données collectées durant les entretiens avec les anciens étudiants insérés dans le marché du travail. De leurs récits émerge que ceux qui sont nouvellement insérés dans le monde du travail (moins d'un an) sont appelés à transférer ce qu'ils ont appris et conceptualisé en lien avec l'IPC dans leur activité professionnelle. Ils doivent donc faire preuve de créativité, réflexivité, résistance et tolérance. Quant à ceux qui sont depuis plus longtemps dans le marché du travail (2 ans), ils sont plutôt dans une phase où ils doivent s'engager activement à l'égard de l'IPC, et donc ont surtout besoin de faire recours à des techniques de négociation, communication et de leadership clinique. A la lumière de ces observations, il importe que les étudiants puissent accéder, durant le parcours de formation, aux outils nécessaires à l'apprentissage de ce type d'activités.

3.a) Pour quelles professions de la santé est-il particulièrement judicieux d'inscrire la thématique de l'interprofessionnalité dans la formation de base?

*L'Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (IPEC 2011)* affirme que l'IPE peut être pensée comme une formation qui inclut plus d'une profession mais ne doit pas nécessairement s'appliquer à toutes les professions sanitaires. La littérature internationale évoque des expériences avec des étudiants en médecine, soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, pharmacie (Dow A.W., 2014; Caylor S., 2015). Par ce projet de recherche, développé à l'intérieur du setting SUPSI DEASS (Département économie d'entreprise, santé et socialité de la Haute école spécialisée de Suisse italienne), nous avons pu analyser l'expérience pluriannuelle d'IPE adressée aux infirmiers, physiothérapeutes et ergothérapeutes. Des données analysées émerge que ce type de parcours est positif pour les étudiants. Les professionnels extérieurs à la SUPSI et travaillant dans les institutions où sont insérés des anciens étudiants SUPSI confirment les effets positifs de la formation sur la pratique professionnelle de ceux qui ont été exposés à ce type d'apprentissage. Forts de cette expérience, nous avons récemment participé à la construction d'un programme d'IPE destiné, d'une part, aux étudiants SUPSI en soins infirmiers, physiothérapie et ergothérapie, d'autre part, aux étudiants en médecine de l'Università della Svizzera italiana. Le programme de master en médecine de l'USI va débiter en septembre 2020 et prévoit d'ores et déjà, donc, un programme articulé d'IPE.

### 3.b) Quelle est la probabilité que les nouveaux contenus de formation soient mis en pratique?

La recherche a montré que les étudiants SUPSI sont capables de manier le concept d'IPC et d'en reconnaître les spécificités et les dimensions durant la formation ; que les anciens étudiants fraîchement embauchés sont capables de transférer le concept d'IPC dans la pratique professionnelle quand les conditions le leur permettent ; et que les anciens étudiants désormais installés dans la vie professionnelle savent s'engager dans un travail actualisation de l'IPC susceptible d'amener à un véritable apprentissage organisationnel. Les professionnels formés en dehors de SUPSI, mais travaillant avec des anciens étudiants SUPSI, affirment d'ailleurs que les alumni SUPSI ont des connaissances, compétences et attitudes par rapport à l'IPC particulièrement élevées. Ils ont par exemple constaté que les alumni SUPSI sont spécialement capables de a) raisonner et réfléchir ; b) créer des liens entre la théorie et la pratique ; c) rechercher des informations pour interroger l'expérience professionnelle ; d) entrer en relation, s'intégrer dans un team et se confronter avec d'autres professionnels ; et e) prendre des responsabilités.

### 4. Quel impact les nouvelles filières de formation et les compétences élargies des professions de la santé ont-elles sur la collaboration interprofessionnelle?

La littérature internationale affirme que l'IPE détermine le développement de compétences et d'attitudes comme par exemple le respect réciproque, la connaissance du rôle et sa clarification, les soins centrés sur la personne et la communication dans l'équipe interprofessionnelle (CIHC 2010); (Choi BC & Pak A.W.P 2008); (D'amour D 2005); (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011); (Reeves S et al. 2011). Cette recherche en a donné une confirmation ultérieure, puisqu'elle a montré que a) les étudiants ont développé des compétences et des attitudes en lien avec l'IPC ; b) ils ont pu mieux comprendre le travail des autres professionnels ; et c) ils ont pu renforcer la communication entre les membres de l'équipe même si ils appartenaient à des professions différentes. En particulier nous avons pu observer qu'après une période d'ajustement dans le monde du travail, les alumni SUPSI parviennent à transférer et appliquer dans leur rôle professionnel les contenus appris durant l'IPE.

### 5. Quel impact les nouvelles filières de formation ont-elles sur la pénurie de personnel spécialisé et sur l'efficacité des soins?

L'analyse a montré que l'IPC a des effets positifs sur le climat de travail et sur l'équipe. Or, cela devrait constituer un facteur de protection contre la pénurie de personnel spécialisé et l'inefficacité des soins. En effet, selon la littérature scientifique "l'intention de quitter" (Tschannen D. 2010) serait à mettre en relation avec un mauvais climat de travail et la présence d'asymétries de pouvoir dans les rapports entre les différents professionnels sanitaires (Malloy D.C. 2009) (Tang C.J. 2013).

### 6. Quelle contribution la Confédération peut-elle apporter, au niveau national, à la promotion de l'interprofessionnalité dans les professions universitaires et non universitaires de la santé et, ainsi, au renforcement de la qualité des soins?

Le rôle de la Confédération serait de sensibiliser les hautes écoles et les universités à introduire des modèles d'IPE, en accordant les ressources nécessaires pour l'implémentation de ce processus de formation complexe et délicat. Il faudrait aussi favoriser le partage des expériences de formation entre les différentes institutions.

## Domaines d'intervention

Sur la base des résultats de l'étude, il est possible de définir des domaines d'intervention qui comprennent des recommandations spécifiques et des pistes de développement. Dans les lignes qui suivent nous avons identifié les destinataires de ces recommandations : les instituts de formation, les formateurs, les étudiants, les établissements de soin et le monde politique.

Il existe de nombreux **instituts de formation** au niveau national. Certains incluent des parcours d'IPE consolidés ; d'autres sont caractérisés par des expériences à un stade encore initial ; d'autres encore sont en train de réfléchir à l'introduction de cette approche pédagogique. Dans tous les cas, il est essentiel que les instituts de formation réalisent l'importance de l'IPE pour le développement des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires à l'IPC ; il est de plus crucial qu'ils définissent et renforcent avec leurs équipes le sens et la valeur de l'IPC. Une fois cette conscience acquise, il sera possible de co-construire le parcours d'IPE à travers une ingénierie de la formation qui identifiera les stratégies éducatives à privilégier sur la base des objectifs pédagogiques et du profil de compétences. A ce propos, cette étude a mis en évidence l'importance de rester ancré dans la pratique professionnelle tant pour créer les situations à travailler durant la formation (par exemple, situations organisationnelles, situations liées au leadership et/ou à l'éthique) que pour réfléchir aux vécus en lien avec les stages.

L'institut qui décide de prévoir un parcours de formation interprofessionnelle doit aussi considérer la question des ressources : structurelles, de temps, de personnel et économiques. L'IPE a certainement un coût ; en même temps, il ne faut pas renoncer à l'introduire sur la seule base du thème des ressources, car une réflexion approfondie sur les résultats qui peuvent être atteints justifie les investissements faits.

Le rôle des **formateurs** est essentiel pour l'IPE. Les étudiants, en effet, se rendent compte si les enseignants sont motivés et si ces derniers expérimentent en première personne la valeur de l'interprofessionnalité. Il est important que les enseignants partagent substantiellement le parcours d'IPE tel qu'il a été défini par l'institut de formation ; il faut qu'ils collaborent au choix et à l'adoption de modèles théoriques de référence solides tant par rapport à l'IPE qu'à l'IPC ; il est aussi essentiel qu'ils aient expérimenté le concept d'IPC durant leur pratique professionnelle et qu'ils aient pu en comprendre la valeur, mais aussi les éventuelles difficultés ; tout cela sera très utile pour soutenir les étudiants au début de leur formation, quand ceux-ci auront de la peine à trouver le sens de la proposition de l'IPE et quand ils se décourageront face aux premières difficultés. Une autre recommandation aux formateurs et aux établissements dans lesquels ceux-ci travaillent concerne l'attribution de la responsabilité des modules interprofessionnels : celle-ci devrait être partagée entre des enseignants issus des professions présentes dans la salle de cours ; de cette manière, ils pourront transmettre directement l'expérience d'IPC aux étudiants.

Les **étudiants** sont eux aussi des acteurs essentiels du processus d'IPE. Ils peuvent d'ailleurs l'influencer considérablement, notamment à travers leur manière de participer aux leçons, de s'approcher à l'IPC durant les stages, ainsi que d'élaborer ces deux expériences à travers une pratique réflexive et critique. Durant les trois années de formation il se peut que les étudiants perçoivent le temps de l'IPE comme un temps enlevé à la création de leur propre identité professionnelle. Durant ces phases il faudra qu'ils se sentent soutenus et orientés par l'équipe des enseignants et, surtout, qu'ils réalisent que la construction identitaire se fait dans une dynamique relationnelle. En se préparant à intégrer le monde du travail, ils devront aussi développer des capacités de résilience envers les contextes professionnels et les collègues hostiles à l'IPC. Ils

devront être conscients de la richesse de pouvoir expérimenter et entraîner l'IPC durant la formation, ainsi que de l'importance de construire au fur et à mesure leurs capacités de résilience.

Les **établissements de soin** peuvent être des structures publiques et/ou privées, résidentielles et/ou ambulatoires. C'est à l'intérieur de ces structures que les étudiants réalisent leurs stages et sont engagés une fois le parcours de formation achevé. Ainsi il est essentiel que ces structures partagent un modèle de référence pour l'IPC et qu'elles définissent des ressources pour sa réalisation. Bien sûr il faut des ressources financières, mais aussi des ressources en termes d'espaces, de temps, d'équipe mixte, de skill mix, ainsi que des ressources pour la constitution de moments définis durant lesquels les différents professionnels peuvent se confronter, partager, projeter et planifier. Avec le temps, au sein de ces structures il y aura de plus en plus de personnes qui auront vécu des expériences d'IPE et qui se sentiront impliquées dans une culture organisationnelle qui encourage et promeut l'IPC. Ces personnes deviendront de plus en plus cruciales au sein de leurs institutions ; il sera important de les soutenir. Un autre rôle stratégique des institutions est celui de définir et développer des parcours d'insertion pour le professionnel qui vient être engagé, de manière à en faciliter l'intégration et à diminuer le niveau de stress. Il faudra aussi prévoir des parcours de formation continue (résidentielle ou pas) pour les professionnels qui travaillent dans ces institutions, de manière à les aider dans leur développement professionnel et à les supporter dans l'actualisation de l'IPC. Pour conclure, il est important de se souvenir qu'il existe des moments d'incubation durant lesquels les connaissances, compétences et attitudes à l'IPC sont mises entre parenthèse. Cela est le cas notamment durant l'insertion professionnelle, normalement au cours de la première année de travail. Durant cette période, il pourrait être utile de prévoir des outils de soutien ad hoc pour les nouveaux professionnels.

Dans le **monde politique**, la Confédération et swissuniversities pourraient avoir le rôle de sensibiliser les établissements de formation à l'IPE comme moyen de construire l'IPC, de promouvoir des programmes de recherche en lien avec ce thème, de soutenir la divulgation des résultats des études réalisées, et enfin d'encourager les bonnes pratiques dans le domaine. Il pourrait être utile de considérer la présence de modules de formation fondés sur l'IPE comme l'un des critères de qualité pour l'accréditation de la formation. Une autre action politique pourrait être engagée par les associations scientifiques et professionnelles : celles-ci pourraient faire un travail de sensibilisation à l'IPE et à l'IPC à travers des initiatives spécifiques destinées à leurs associés.

### Pistes de recherche

Des pistes de recherche ultérieures se dessinent tant en lien avec l'IPE qu'avec l'IPC.

En ce qui concerne l'IPE, il pourrait être utile de réfléchir à des projets visant à :

- Évaluer les méthodologies didactiques qui favorisent la construction de compétences en lien avec l'IPC (ex. : simulation, role playing, discussion de cas)
- Confronter les résultats obtenus en termes d'IPC à partir de parcours de formation différents (avec et sans IPE)
- Explorer la satisfaction du corps enseignant et son implication dans les parcours de formation avec l'IPE
- Analyser l'impact des stages sur la construction de compétences en lien avec l'IPC

Quant à l'IPC, les pistes de recherche ultérieures suggèrent de:

- Évaluer l'impact de l'IPC sur les résultats des soins
- Analyser l'impact de l'IPC sur le climat de travail
- Évaluer l'impact de l'IPC par rapport à "*l'intention to leave*".

## Bibliographie

- Arenson, C. U. (2015) The health mentors program: three years experience with longitudinal, patient-centered interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29,138–143.
- Argyris, C., & Schön, D.A. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Baker, G.R. (2011). The roles of leaders in high-performing health care systems. Retrieved from [kingsfund.org.uk](http://kingsfund.org.uk).
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., Freeth, D. (2006) Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. *Journal of Interprofessional Care*, 20, 217 – 218.
- Beaton, D E., Bombardier, C., Guillemin, F., Bosi Ferraz, M. (2000) Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures, *SPINE*, 25:24, 3186–3190.
- Bianchi, M., Bagnasco, A., Bressan, V., Sasso, L. (2006) An exploration of the effectiveness of interprofessional education approaches: An integrative review. *Oral Presentation NET2016 Conference, Churchill College, Cambridge, (UK)*.
- Bianchi, M., Sasso, L., Bagnasco, A., Carnevale, F. (2017) *Praticare modelli contestuali di cura interprofessionale: il processo di preparazione degli studenti delle professioni sanitarie alla collaborazione interprofessionale*. Tesi di Dottorato in Metodologia della Ricerca Infermieristica. Università di Genova.
- Bianchi, M., Bagnasco, AM., Ghirotto, L., Aleo, G., Catania, G., Zanini, M., Carnevale, F., & Sasso, L. (2019) The Point of View of Undergraduate Health Students on Interprofessional Collaboration: A Thematic Analysis. *SAGE Open Nursing* 5: 1–10 DOI: 10.1177/2377960819835735.
- BOEIJE, H. (2002) A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews, *Quality & Quantity*, 36: 391–409.
- Bolesta, S., Chmil, J.V. (2014) Interprofessional Education Among Student Health Professionals Using Human Patient Simulation. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78 (5), 94, doi: 10.5688/ajpe78594.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. ISSN 1478-0887.
- CAIPE. (2002) Interprofessional education—a definition. [www.caipe.org.uk](http://www.caipe.org.uk).
- Caylor, S., Aebbersold, M., Lapham, J., Carlson, E. (2015) The Use of Virtual Simulation and a Modified TeamSTEPPSTM Training for Multiprofessional Education. *Clinical Simulation in Nursing*, 11:163–171. doi:10.1016/j.ecns.2014.12.003.
- Choi, BC., & Pak, AWP. (2007) Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education, and policy. 2. Promotors, barriers, and strategies of enhancement. *Clinical Investigative Medicine*, 30: E224-E232.
- CIHC, Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010) A national interprofessional competency framework. <http://www.cihc.ca>.

- CIHC, Canadian Interprofessional Health Collaborative, (2010) Canadian Interprofessional Health Collaborative. <http://www.cihc.ca>.
- Creek, J. (2010). The core concepts of occupational therapy. A dynamic framework for practice. London: Jessica Kingsley publishers.
- Creswell, JW. (2014) A Concise Introduction to Mixed Methods Research. Sage edition.
- Curran, V.R., Sharpe, D., & Forristall, J. (2007) Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Medical Education*, 41(9):892–896.
- D'amour, D., & Oandasan I. (2005) Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept.» *Journal of Interprofessional Care*, 19:8-20.
- Dewey, J. (1933). *Come pensiamo*. Firenze: La nuova Italia 1986.
- Doering, L. (1992) Power and knowledge in nursing: A feminist poststructuralist view. *Advances in Nursing Science*, 14(4):24-33.
- Dow, A.W., Diaz Granados, D., Mazmanian, P.E., Retchin, S.M. (2014) An exploratory study of an assessment tool derived from the competencies of the interprofessional education collaborative. *Journal of Interprofessional Care*, 28:299–304. doi:10.3109/13561820.2014.891573.
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S.J., Eyles, J. (2006) Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qual Health Res*, 16:377-94.
- Farrell, K., Payne, C., Heye, M. (2015) Integrating Interprofessional Collaboration Skills into the Advanced Practice Registered Nurse Socialization Process. *Journal of Professional Nursing*, 3:1, 5-10.
- Gordon, M. (2008). *Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Haynes, R., Brian, P.J., Devereaux, G., Guyatt, H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP Journal Club*, 136(2):A-11.
- Higgs, & Jones. (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. Third edition. Oxford: ButterworthHeinemann.
- IHI. (2009)The IHI triple aim initiative. <http://www.ihio.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, (IECEP). (2011) Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, DC.
- IPEC, Interprofessional Education Collaborative Expert panel. (2011) Core competencies for interprofessional collaborative practice. [www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/IPECReport.pdf](http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/IPECReport.pdf).
- Jacobsen, F., & Lindqvist, S. (2009) A two-week stay in an interprofessional training unit changes students' attitudes to health professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 23: 242–250.
- Jungyai, K. MSSA, Bailey-Kloch, M. MSW & Kyeongmo, K. MSW.(2014) Interprofessional Experiences and Attitudes Toward Interprofessional Health Care Teams Among Health Sciences Students, *Social Work in Health Care*, 53:6, 552-567, DOI:10.1080/00981389.2014.903884.
- Kent, F., & Keating, J. L. (2015) Interprofessional education in primary health care for entry level students— A systematic literature review. . *Nurse Education Today*, 35(12), 1221-1231.
- Kerry, R. (2010). The theory of clinical reasoning in combined movement therapy. In McCarthy C. *Combined Movement Theory*. Edimburgh: Churchill Livingstone – Elsevier.

- Lapkin, S., Levett-Jones, T., Gilligan, C. (2013) A systematic review of the effectiveness of Interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today*, 2013, 33(2), 90-102.
- Makino, T., Shinozaki, H., Hayashi, K., Lee, B., Matsui, H., Kururi, N., Kazama, H., Ogawara, H., Tozato, F., Iwasaki, K., Asakawa, Y., Abe, Y., Uchida, Y., Kanaizumi, S., Sakou, K., Watanabe, H. (2013) Attitudes toward interprofessional healthcare teams: A comparison between undergraduate students and alumni. *Journal of Interprofessional Care*, 27: 261–268. doi:10.3109/13561820.2012.751901.
- Malloy, D.C., Hadjistavropoulos, T., McCarthy, E.F., Evans, R.J., Zakus, D.H., Park, I., Lee, Y., Williams, J.,. (2009) Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians. *Nursing Ethics* , 16(6):719-733. Doi: 10.1177/0969733009342636.
- Mèche, P., Meyenberg, CL., Douchamps, L., Wyndham-White, C., Ibrahimovic, A., Jeannot, E.(2016) Students' Readiness and Perception of Interprofessional Learning in an Undergraduate Swiss Healthcare Student Context: A Cross Sectional Study. *J Allied Health*. 45(2):11-14.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- MEZIRROW, J. (1991), *Transformative dimensions of adult learning*, San Francisco, Jossey-Bass.
- MEZIRROW, J. (2000), *Learning to think like an adult: Core concepts of transformation theory*. In J. MEZIRROW et alii, *Learning as transformation: critical perspectives on a theory in progress*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Mitchell, P.H, Belza, B, Schaad, D.C, Robins, L.S, Gianola, F.J, Odegard, P.S, Kartin, D, & Ballweg R.A. (2006) Working across the boundaries of health professions disciplines in education, research and service: The University of Washington Experience. *Academic Medicine*, 81:891 – 896.
- Mortari, L. (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.
- Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*. Roma: Carocci.
- O'Cathain, A., Murphy, E., Nicholl, J. (2010) Three techniques for integrating data in mixed methods studies *BMJ*, 341 :c4587.
- Parsell, G., Bligh, J. (1999) The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ.*, 33(2):95-100.
- Popper, K. R. (1974). *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. 5th edition. London: Routledge and Kegan Paul.
- Reeves, S., Goldman, J., Burton, A., Sawatzky Girling, B. (2010) Synthesis of systematic review evidence of interprofessional education. *Journal of Allied Health*, 39:198 – 203.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011) A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25: 167 – 174.
- Reeves, S., Boet, S., Zierler, B., & Kitto, S. (2015) Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 29:4, 305-312, DOI: 10.3109/13561820.2014.1003637.
- Sandelowski, M. (1995) Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18:179–83.
- Sackett, D., Richardson, W., et al. (1998) *Evidence-based medicine-how to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.



- Sasso, L., Lotti, A. (2007). *Problem-based Learning per le professioni sanitarie*. Milano: McGraw-Hill.
- Schön, DA. (1983). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo 1993.
- SUPSI. (2009) *Premesse Epistemologiche comuni*.
- SUPSI. (2017) *Rapporto di autovalutazione del corso di laurea in Cure infermieristiche*.
- Stigler, F L., Duvivier, RJ., Weggemans, Salzer, MHJF.(2010). Health professionals for the 21st Century: a student's view. *The Lancet* 376 (9756):1877-1878.
- Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T., & Liaw S.Y. (2013) Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International Nursing Review* , 60(3): 291-302. Doi: 10.1111/inr.12034.
- Tschannen, D., Kalisch, B., Lee, J., Kyung, H. (2010) Missed Nursing Care: The Impact on Intention to Leave and Turnover Les soins non prodigués : l'incidence sur l'intention de quitter et le roulement du personnel. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 42:4, 22-39.
- WHO. (2010) Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en).
- WCPT. World Confederation for Physical Therapy. (2011a). *Description of Physical Therapy*. London: WCPT.
- Woermann, U., Weltsch, L., Kunz, A., Stricker, D., Guttormsen, S. (2016) Attitude towards and Readiness for Interprofessional Education in Medical and Nursing Students of Bern. *GMS J Med Educ.* ;33(5): Doc73. DOI: 10.3205/zma001072.
- Zwarenstein, M., Atkins, J., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S.(1999) A systematic review of interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 13: 417 – 424.

## ANNEXES

## Annexe 1. Instruments de récolte des données<sup>10</sup>

### **Griglia intervista studenti 3° anno**

**Obiettivi:** a) comprendere l'esperienza d'apprendimento dell'IPC durante il percorso di formazione interprofessionale; b) conoscere il concetto di interprofessionalità che gli studenti hanno acquisito ed il processo che ha permesso il suo sviluppo.

### **Domande**

1. Può descrivermi come ha vissuto un recente caso assistenziale che implicava la collaborazione interprofessionale tra i membri del team di cura? Le chiedo di descriverlo, per come lo ricorda, partendo dal primo momento in cui ha ritenuto necessitasse IPC sino alla conclusione dell'episodio. Mi descriva come ha vissuto la situazione e le riflessioni che ne sono derivate riguardo l'IPC.
2. Quando partecipa a momenti di condivisione del percorso di presa a carico assistenziale del paziente quale idea di IPC la guida?
3. Nel tempo la sua idea riguardo l'IPC si è modificata?  
Se sì, in che modo?
4. Le sue aspettative rispetto alla collaborazione interprofessionale sono cambiate? Mi racconta come?
5. A suo parere il paziente è coinvolto nella collaborazione interprofessionale? Se sì in che modo?
6. Quali sono gli effetti che, a suo parere, la IPC ha sul paziente?
7. Quali sono gli effetti che, a suo parere, la IPC ha sul team di cura?
8. Quali sono gli effetti che, a suo parere, la IPC ha sull'organizzazione?
9. Quali sono, a suo parere, gli elementi principali che a livello individuale favoriscono l'IPC?
10. Quali quelli a livello dell'organizzazione del servizio?
11. Quali fattori le sono stati maggiormente d'aiuto in relazione allo sviluppo del concetto di IPC nel corso della sua formazione?
12. Quali fattori invece sono stati di ostacolo?
13. Se potesse dare alcuni suggerimenti ai docenti SUPSI riguardo alle modalità con cui è organizzata la formazione rispetto ai moduli comuni, cosa direbbe?

---

<sup>10</sup> Les guides d'entretien reportés dans les annexes doivent être compris comme des instruments flexibles. Ils ont été développés sur la base des questions de recherche mais aussi en tenant compte des caractéristiques de l'interlocuteur et du contexte d'entretien ou de focus group. Les guides d'entretien ont constitué une feuille de route générale et ont servi comme rappel des thèmes importants à traiter, au cas où les arguments n'émergeaient pas spontanément de la discussion avec et entre les participants.

14. Che rapporto (differenze e somiglianze) vede tra la collaborazione interprofessionale vissuta nel suo curriculum di studi e la collaborazione interprofessionale vissuta nel corso della sua pratica clinica?
15. Ora che è un professionista e non più uno studente, come si aspetta che cambi il suo ruolo nel team interprofessionale?

### **Griglia intervista alumni dopo 1 e dopo 2 anni di pratica professionale**

**Obiettivi:** a) comprendere come l'esperienza d'apprendimento dell'interprofessionalità (IPC) durante il percorso di formazione interprofessionale ha orientato gli studenti al momento del loro ingresso nel mondo del lavoro; b) indagare il mondo in cui il concetto di IPC appreso in formazione si è modificato durante il percorso di inserimento nel mondo del lavoro e/o nel lasso di tempo in cui stanno lavorando (1 o 2 anni); c) conoscere quale concetto di interprofessionalità gli studenti hanno acquisito nel percorso formativo ed il processo che ha condotto al suo sviluppo.

---

1. Può descrivermi come ha vissuto un recente caso assistenziale che implicava la collaborazione interprofessionale tra i membri del team di cura? Le chiedo di descriverlo, per come lo ricorda, partendo dal primo momento in cui ha ritenuto necessitasse IPC sino alla conclusione dell'episodio. Mi descriva come ha vissuto la situazione e le riflessioni che ne sono derivate riguardo l'IPC.
2. Quando partecipa a momenti di condivisione del percorso di presa a carico assistenziale del paziente quale idea di IPC la guida?
3. Se torna con la mente all'idea di interprofessionalità maturata al termine del suo percorso formativo in SUPSI e a quella che ha ora, dopo questo periodo di lavoro, essa si è modificata? Se sì, in che modo?
4. Quali eventi particolari hanno contribuito a questa modifica?
5. ^Pensa che il percorso formativo in SUPSI abbia contribuito alla costruzione della sua idea di IPC? In che modo?
6. Quali elementi hanno facilitato ciò durante la sua formazione?
7. Quali elementi invece hanno ostacolato questo?
8. Ripensando a tutto il percorso formativo nel suo insieme, quali riflessioni si sente di condividere?
9. Le sue aspettative rispetto alla collaborazione interprofessionale sono cambiate nel corso di questi anni? Mi racconti come.
10. A suo parere il paziente è coinvolto nella collaborazione interprofessionale? Se sì in che modo?
11. Ora le propongo, una alla volta, alcune affermazioni che riguardano "interprofessionalità e paziente". Le chiedo di commentarle.
  - I pazienti che ricevono cure interprofessionali, più probabilmente di altri, sono trattati in modo olistico.

- L'approccio interprofessionale migliora la qualità delle cure ai pazienti.
  - L'approccio interprofessionale permette ai professionisti sanitari di rispondere ai bisogni dei famigliari così come a quelli dei pazienti.
  - Pazienti in ospedale che ricevono cure da un team interprofessionale, sono meglio preparati per la dimissione rispetto ad altri pazienti.
12. Pensa che la collaborazione interprofessionale possa avere impatto sul team curante? Se sì in che modo?
13. Ora le propongo, una alla volta, alcune affermazioni che riguardano "interprofessionalità e collaboratori". Le chiedo di commentarle.
- Il confronto tra i membri del team li aiuta a prendere migliori decisioni per la cura di pazienti.
  - Lavorare in un ambiente interprofessionale mantiene la maggior parte dei professionisti sanitari entusiasti ed interessati al loro lavoro.
  - Dover segnalare osservazioni ad un team, aiuta i membri del team a meglio comprendere il lavoro degli altri professionisti sanitari.
14. Secondo lei, quali effetti ha l'IPC a livello dell'organizzazione?
15. Cosa ne pensa dell'affermazione: Lavorare in modo interprofessionale quasi sempre complica inutilmente le cose?
16. Secondo lei quali caratteristiche individuali favoriscono la collaborazione?
17. Secondo lei quali fattori favoriscono la collaborazione a livello dell'organizzazione del servizio?
18. Se ora pensa al momento in cui, come neo-professionista, si è inserito nell'organizzazione, ricorda come è riuscito a trasferire nella pratica la sua idea di IPC?
19. Quali fattori le sono stati maggiormente d'aiuto al momento dell'inserimento (sempre riguardo al tema IPC)?
20. Quali fattori invece sono stati di ostacolo?
21. Ora, dopo 1 (2) anni da professionista, riesce ad agire l'IPC nell'ambiente in cui lavora?
22. Quali fattori favoriscono ciò?
23. Quali fattori sono invece di ostacolo?
24. Io ho concluso tutte le domande che avevo da farle su questo tema. Ci sono cose che non le ho chiesto e che vuole dirmi?

Grazie

**Griglia intervista professionisti che lavorano con alunni**

Obiettivi: a) comprendere come l'esperienza d'apprendimento dell'interprofessionalità (IPC) durante il percorso di formazione interprofessionale ha orientato gli studenti al momento del loro ingresso nel mondo del lavoro; b) indagare come il concetto di IPC appreso in formazione ha influito sul percorso di inserimento dei neo-professionisti nei differenti contesti lavorativi; c) indagare come gli altri professionisti del team hanno percepito l'inserimento degli alunni.

1. Può descrivermi come avviene l'inserimento dei neo-assunti nel contesto in cui lavora?
2. In genere il processo è uguale per tutti oppure viene adattato alla persona?
3. Nell'ultimo anno ha potuto osservare l'inserimento di un ex studente SUPSI?
4. Le chiedo di ricordare questo evento e di descrivere come è avvenuto.
5. Nel suo contesto di lavoro quanti diverse professioni collaborano?
6. Quale significato lei dà al termine collaborazione interprofessionale?
7. Quale è il valore che lei dà alla collaborazione interprofessionale?
8. Le chiedo di pensare ad un caso avvenuto in questo ultimo periodo in cui vi è stata IPC e di raccontarmelo.
9. Nella sua organizzazione quali fattori favoriscono la collaborazione IPC?
10. Quali fattori la ostacolano?
11. Nel percorso di inserimento dei neo-assunti considerate l'aspetto della IPC? Con che modalità?
12. Se pensa all'inserimento dello studente SUPSI è stata seguita questa modalità?
13. Mi può descrivere come ricorda l'inserimento nelle relazioni di team del neo-assunto SUPSI?
14. Nel corso della sua esperienza ha potuto osservare anche l'inserimento di studenti non SUPSI? È stato seguito anche in questi casi la modalità di inserimento stabilita?
15. Ha potuto osservare peculiarità legate ad un tipo di formazione rispetto ad un'altra?
16. Se potesse dare suggerimenti ai docenti SUPSI che seguono il percorso di formazione degli studenti, cosa direbbe?
17. Ci sono domande su questo tema che non le ho fatto e che lei ritiene importanti?

La ringrazio molto.

**Attitudini verso i team interprofessionali di cura**

**Ci interessa conoscere le sue attitudini verso i team interprofessionali di cura (cioè la partecipazione di più di tre professioni che collaborano nella cura del paziente).**

**Per favore, indichi quanto concorda con ognuna delle seguenti affermazioni, mettendo una x nello spazio appropriato che segue ogni affermazione.**

**Usare la scala: FD = fortemente in disaccordo; D = disaccordo; N = neutrale; A = accordo; FA = fortemente in accordo.**

<b>AFFERMAZIONI:</b>	<b>FD</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>FA</b>
1. I pazienti che ricevono cure interprofessionali, più probabilmente di altri, sono trattati in modo olistico.					
2. Sviluppare un piano di cura interprofessionale per pazienti richiede un eccessivo uso di tempo.					
3. Il confronto tra i membri del team li aiuta a prendere migliori decisioni per la cura di pazienti.					
4. L'approccio interprofessionale d'équipe permette di erogare cure più efficienti.					
5. Sviluppare un piano di cura per pazienti con altri membri del team, evita errori nell'erogazione delle cure.					
6. Lavorare in modo interprofessionale quasi sempre complica inutilmente le cose.					
7. Lavorare in un ambiente interprofessionale mantiene la maggior parte dei professionisti sanitari entusiasti ed interessati al loro lavoro.					
8. L'approccio interprofessionale migliora la qualità delle cure ai pazienti.					
9. Nella maggior parte dei casi, il tempo richiesto per consulti interprofessionali potrebbe essere meglio utilizzato in altri modi.					
10. I professionisti sanitari che lavorano in team rispondono, più di altri, ai bisogni emotivi e finanziari di pazienti.					
11. L'approccio interprofessionale permette ai professionisti sanitari di rispondere ai bisogni dei famigliari così come a quelli dei pazienti.					
12. Dover segnalare osservazioni ad un team, aiuta i membri del team a meglio comprendere il lavoro degli altri professionisti sanitari.					
13. Pazienti in ospedale che ricevono cure da un team interprofessionale, sono meglio preparati per la dimissione rispetto ad altri pazienti.					
14. Le riunioni di team promuovono la comunicazione tra i membri del team che appartengono a diverse professioni o discipline.					

Scale adapted from: Heinemann, GD, Schmitt, MH, and Farrell, MP. Attitudes toward health care teams. In Heinemann, GD, and Zeiss, AM. (Eds.) Team performance in health care: Assessment and Development. (pp. 155-159). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2002.

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana  
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

## SUPSI

### Dichiarazione di consenso

**Titolo dello studio: Le potentiel de la formation interprofessionnelle de base dans le domaine de la santé: Analyse de l'impact d'une expérience de formation interprofessionnelle en Suisse italienne**

**Istituzione:** Scuola Universitaria professionale della Svizzera Italiana.

**Responsabile dello Studio:** Monica Bianchi

**Partecipante (cognome e nome):** .....

Gentile Signora/e,

le si chiede di partecipare allo studio in oggetto che si propone di valutare l'impatto che l'educazione interprofessionale(IPE) ha sulle attitudini degli studenti verso l'équipe di cura e verso la collaborazione interprofessionale (IPC), oltre che la persistenza degli effetti dell'IPE nei due anni seguenti alla formazione; in secondo luogo la ricerca intende focalizzarsi sui processi attraverso cui l'IPC viene appresa dagli studenti nella formazione di base oltre che sul modo in cui l'IPC si modifica in seguito al confronto con il mondo del lavoro. La ricerca proposta permetterà dunque di chiarire qual è il potenziale dell'IPE nella formazione di base per sviluppare le competenze specifiche negli studenti, competenze che favoriscono IPC nell'équipe di cura.

L'adesione a tale ricerca è volontaria e non comporta alcun rischio riconosciuto per lei.

Potrà interrompere, temporaneamente o definitivamente, la sua partecipazione all'intervista a sua totale discrezione e in ogni momento.

Le risposte da lei date saranno utilizzate ai soli fini della ricerca, garantendole la riservatezza e la confidenzialità delle stesse.

- **Dopo avere letto e compreso queste informazioni e avere discusso e chiarito eventuali dubbi, decido di partecipare volontariamente allo studio di ricerca in oggetto.**
- **Autorizzo l'utilizzo delle risposte da me date e dei miei dati personali ai soli fini della ricerca, con la garanzia della riservatezza e confidenzialità.**
- **Sono altresì informato di poter ritirare il consenso alla mia partecipazione in ogni momento e a mia totale discrezione.**

Data: .....

Firma del/la partecipante: .....

Firma del ricercatore (che ha informato il partecipante): .....



## Annexe 2. Tableaux avec la description des échantillons qualitatifs

**Tableau Description de l'échantillon des étudiants de 3<sup>ème</sup> année**

ÉTUDIANT	BACHELOR	GENRE	ÂGE
ÉTUD 1	Physiothérapie	M	21
ÉTUD 2	Physiothérapie	F	25
ÉTUD 3	Physiothérapie	M	24
ÉTUD 4	Ergothérapie	F	22
ÉTUD 5	Ergothérapie	F	24
ÉTUD 6	Ergothérapie	F	26
ÉTUD 7	Ergothérapie	M	23
ÉTUD 8	Physiothérapie	M	24
ÉTUD 9	Soins infirmiers	F	25
ÉTUD 10	Soins infirmiers	F	21
ÉTUD 11	Soins infirmiers	M	23
ÉTUD 12	Soins infirmiers	M	22
ÉTUD 13	Physiothérapie	F	25
ÉTUD 14	Ergothérapie	F	23
ÉTUD 15	Soins infirmiers	F	24

**Description de l'échantillon des alumni 1+**

ALUMNI 1+	Profession	GENRE	ÂGE
Al. + 1 1	Ergothérapeute	F	23
Al. + 1 2	Physiothérapeute	M	25
Al. + 1 3	Ergothérapeute	F	27
Al. + 1 4	Infirmier	M	24
Al. + 1 5	Infirmier	M	26
Al. + 1 6	Infirmière	F	27
Al. + 1 7	Physiothérapeute	F	25
Al. + 1 8	Infirmière	F	26
Al. + 1 9	Physiothérapeute	F	27

**Description de l'échantillon des alumni 2+**

<b>Alumni 2+</b>	<b>Profession</b>	<b>GENRE</b>	<b>ÂGE</b>
Al. + 2 1	Physiothérapeute	F	26
Al. + 2 2	Ergothérapeute	F	25
Al. + 2 3	Infirmière	F	27
Al. + 2 4	Physiothérapeute	M	25
Al. + 2 5	Ergothérapeute	F	26
Al. + 2 6	Infirmier	M	27
Al. + 2 7	Infirmier	M	26
Al. + 2 8	Infirmière	F	28
Al. + 2 9	Infirmière	F	29
Al. + 2 10	Ergothérapeute	F	27
Al. + 2 11	Physiothérapeute	M	26
Al. + 2 12	Infirmière	F	25
Al. + 2 13	Physiothérapeute	M	27
Al. + 2 14	Infirmier	M	26

**Description de l'échantillon des professionnels extra-SUPSI**

	<b>RÔLE</b>	<b>GENRE</b>	<b>ÂGE</b>	<b>Institution</b>
FG 1				
1	Expert clinique	M	30	Hôpital public
2	Responsable de la structure	F	45	Hôpital public
3	Travailleur social	F	42	Hôpital public
4	Médecin	F	49	Hôpital public
FG 2				
1	Directeur	M	53	Clinique privée
2	Formateur	F	48	Clinique privée
3	Médecin	M	55	Clinique privée
4	Ergothérapeute	F	35	Clinique privée
Entr 1	Expert clinique	F	33	Clinique privée
Entr 2	Middle management	F	45	Spitex
Entr 3	Chef des physiothérapeutes	M	41	Clinique privée
Entr 4	Responsable infirmier	F	47	EMS
Entr 5	Middle management	M	42	Ambulatoire privé

## Annexe 3. Tableaux avec les thèmes issus des entretiens

### a. Thèmes qui émergent des entretiens avec les étudiants de 3ème année

Thème	Sous-thèmes	Entrevues	Citations
Effets	Effets sur le patient	13	23
	Effets sur l'équipe	14	41
	Effets sur les soins	7	13
	Effets sur l'organisation	13	19
Facteurs favorisant l'IPC	Caractéristiques individuelles	11	25
	Partage/structure	11	17
	Besoin d'information	6	36
	Organisation du travail	1	9
	Demande de collaboration	1	1
Obstacles à l'IPC	Préjugés	6	8
	Désavantages de l'IPC	1	3
Impact de la formation	Formation: impact positif	15	65
	Formation: impact négatif	11	25
Conseils	Conseils à la formation	14	47
IPC	Participation des patients	15	38
	Idée IPC	15	33
	IPC observé pendant le stage	14	43
	Quand l'IPC	3	4
Développement de processus	Attentes	11	20
	Variation sur trois ans	1	1
	Comment elle s'est développée	15	53

### b. Thèmes qui émergent des entretiens avec les alumni 1+

Thème	Sous-thèmes	Entrevues	Citations
Effets	Effets sur le patient	8	23
	Effets sur l'équipe	9	16
	Effets sur les soins	9	26
	Effets sur l'organisation	9	9
	Effets sur le professionnel	8	15
Facteurs favorisant l'IPC	Facteurs favorisant: organisation	6	12
	Facteurs favorisant: professionnel	8	18
Facteurs qui entravent l'IPC	Facteurs qui entravent l'IPC	9	17
Conseils	Conseils à la formation	5	7
IPC	Participation des patients	9	17
	Idée IPC	7	7
	Quand l'IPC	8	12
	Attentes	5	5
Développement de processus	Réflexions	3	3
	Comment a-t-on modifié l'IPC en travaillant	8	16
	Comparaison avec la formation	5	12
	Formation: impact positif	9	26

	Placement	9	13
	Possibilité de mettre en œuvre l'IPC maintenant	8	9

### c. Thèmes qui émergent des entretiens avec les alumni 2+

Thème	Sous-thèmes	Entrevues	Citations
Effets	Effets sur le patient	13	33
	Effets sur l'équipe	14	35
	Effets sur les soins	14	50
	Effets sur l'organisation	9	14
	Effets sur le professionnel	10	18
Facteurs favorisant l'IPC	Facteurs favorisant: organisation	13	34
	Facteurs favorisant: professionnel	14	37
Facteurs qui entravent l'IPC	Facteurs qui entravent l'IPC	13	29
Conseils	Conseils à la formation	7	19
IPC	Participation des patients	14	36
	Idée IPC	12	27
	Quand l'IPC	14	26
	Attentes	5	6
	Réflexions	4	10
	Objectifs	1	1
	Cas de discussions	2	3
	Développement de processus	Comment a-t-on modifié l'IPC en travaillant	14
	Comparaison avec la formation	10	24
	Formation: impact positif	5	10
	Placement	14	56
	Possibilité de mettre en œuvre l'IPC maintenant	14	35
	Comment a-t-on modifié l'IPC en travaillant	12	33

### d. Thèmes qui émergent des entretiens avec les professionnels extra-SUPSI

Thème	Sous-thèmes	Entrevues	Citations
Alumni	Aptitudes IPC et anciens étudiants	4	6
	Spécificité anciens étudiants SUPSI	5	21
Placement	Attention IPC dans le placement	5	12
	Procédure pour le placement	5	22
IPC	Différentes professions	4	6
	L'IPC dans le contexte	4	9
Spécificité des autres formations		4	4
Conseils		4	7

## Annexe 4. Tableaux avec la triangulation des résultats

## Triangulation des résultats chez les étudiants de 3ème année

Risultati quantitativi		Risultati quantitativi			Convergenza
N	(%)	Tot 106	Tot 15		
			N° interviste	N° di quotes	
<b>90 (84.9)</b>	<b>A1</b> I pazienti che ricevono cure interprofessionali, più probabilmente di altri, sono trattati in modo olistico	Effetti sul pz Effetti sulla cura	13 7	23 13	Accordo
<b>100 (94.3)</b>	<b>A3</b> Il confronto tra i membri del team li aiuta a prendere migliori decisioni per la cura dei pazienti	Effetti sulla cura Effetti sul team	7 14	13 41	Accordo
<b>98 (92.5)</b>	<b>A4</b> L'approccio interprofessionale d'équipe permette di erogare cure più efficienti	Effetti sulla cura Effetti su organizzazione	7 13	13 19	Accordo
65 (61.3)	<b>A5</b> Sviluppare un piano di cura per pazienti con altri membri del team, evita errori nell'erogazione delle cure	Effetti sulla cura	7	13	Accordo
64 (60.4)	<b>A7</b> Lavorare in un ambiente interprofessionale mantiene la maggior parte dei professionisti entusiasti ed interessati al lavoro	Effetti sul team Effetti su organizzazione	14 13	41 19	Accordo parziale
<b>101 (95.3)</b>	<b>A8</b> L'approccio interprofessionale migliora la qualità delle cure	Effetti sulla cura	7	13	Accordo
35 (33.0)	<b>A10</b> I professionisti sanitari che lavorano in team rispondono, più di altri, ai bisogni emotivi e finanziari dei pazienti	Effetti sul pz	13	23	Accordo parziale
<b>93 (87.7)</b>	<b>A11</b> L'approccio interprofessionale permette ai professionisti sanitari di rispondere ai bisogni dei famigliari	Effetti sul pz Effetti sulla cura	13 7	23 13	Accordo

<b>99 (93.4)</b>	così come a quelli dei pazienti <b>A12</b> Dover segnalare osservazioni ad un team, aiuta i membri del team a meglio comprendere il lavoro degli altri professionisti	Effetti sul team	14	41	Accordo
		Effetti su organizzazione	13	19	
81 (76.4)	<b>A13</b> Pazienti in ospedale che ricevono cure da un team interprofessionale, sono meglio preparati per la dimissione	Effetti sul pz	13	23	Accordo
		Effetti sulla cura	7	13	
<b>103 (97.2)</b>	<b>A14</b> Le riunioni di team promuovono la comunicazione tra i membri del team di diverse professioni o discipline	Effetti sul team	14	41	Accordo
		Effetti su organizzazione	13	19	
		Organizzazione del lavoro	1	9	
63 (59.4)	<b>A2</b> Sviluppare un piano di cura interprofessionale per pazienti richiede un eccessivo uso di tempo	Effetti su organizzazione	13	19	Accordo parziale
		Svantaggi IPC	1	6	
90 (84.9)	<b>A6</b> Lavorare in modo interprofessionale quasi sempre complica inutilmente le cose	Pregiudizi	6	8	Accordo
74 (69.8)	<b>A9</b> Nella maggior parte dei casi, il tempo richiesto per consulti interprofessionali potrebbe essere meglio utilizzato	Pregiudizi	6	8	Accordo
		Effetti su organizzazione	13	19	
		Svantaggi IPC	1	6	
		Fattori per favorire IPC			
		caratteristiche individuali	11	25	Silenzio
		condivisione	11	17	Silenzio
		la necessità di informazioni favorisce	6	36	Silenzio
		richiesta collaborazione	1	1	Silenzio
		Ostacoli a IPC			
		svantaggi IPC	1	3	Silenzio
		Impatto formazione			

impatto positivo formazione	15	65	Silenzio
impatto negativo formazione	11	25	Silenzio
IPC			
coinvolgimento del pz	15	38	Silenzio
idea di IPC	15	33	Silenzio
osservata nello stage	14	43	Silenzio
quando	3	4	Silenzio
Suggerimenti	14	47	Silenzio
Sviluppo processo			
aspettative	11	20	Silenzio
cambiamento nei 3 anni	1	1	Silenzio
come si è sviluppata	15	53	Silenzio

### Triangulation des résultats chez les alumni 1+

Risultati quantitativi		Risultati quantitativi		Convergenza	
N (%)	Tot 48	Tot 9	N° di interviste		
<b>41 (85.4)</b>	<b>A1</b> I pazienti che ricevono cure interprofessionali, più probabilmente di altri, sono trattati in modo olistico	Effetti sul pz	8	23	Accordo
		Effetti sulla cura	9	26	
<b>40 (83.3)</b>	<b>A3</b> Il confronto tra i membri del team li aiuta a prendere migliori decisioni per la cura dei pazienti	Effetti sulla cura	9	26	Accordo
		Effetti sul team	9	16	
		Effetti sul professionista	8	15	
<b>40 (83.3)</b>	<b>A4</b> L'approccio interprofessionale d'équipe permette di erogare cure più efficienti	Effetti sulla cura	9	26	Accordo
		Effetti su organizzazione	9	9	
<b>33 (68.8)</b>	<b>A5</b> Sviluppare un piano di cura per pazienti con altri membri del team, evita errori nell'erogazione delle cure	Effetti sulla cura	9	26	Accordo

26 (54.2)	<b>A7</b> Lavorare in un ambiente interprofessionale mantiene la maggior parte dei professionisti entusiasti ed interessati al lavoro	Effetti sul professionista Effetti sul team Effetti su organizzazione	8 9 9	15 16 9	Accordo parziale
<b>41 (85.4)</b>	<b>A8</b> L'approccio interprofessionale migliora la qualità delle cure	Effetti sulla cura	9	26	Accordo
19 (39.6)	<b>A10</b> I professionisti sanitari che lavorano in team rispondono, più di altri, ai bisogni emotivi e finanziari dei pazienti	Effetti sul pz	8	23	Accordo parziale
34 (70.8)	<b>A11</b> L'approccio interprofessionale permette ai professionisti sanitari di rispondere ai bisogni dei famigliari così come a quelli dei pazienti	Effetti sul pz Effetti sulla cura	8 9	23 26	Accordo
35 (72.9)	<b>A12</b> Dover segnalare osservazioni ad un team, aiuta i membri del team a meglio comprendere il lavoro degli altri professionisti	Effetti sul professionista Effetti sul team Effetti su organizzazione	8 9 9	15 16 9	Accordo
31 (64.6)	<b>A13</b> Pazienti in ospedale che ricevono cure da un team interprofessionale, sono meglio preparati per la dimissione	Effetti sul pz Effetti sulla cura	8 9	23 26	Accordo
37 (77.1)	<b>A14</b> Le riunioni di team promuovono la comunicazione tra i membri del team di diverse professioni o discipline	Effetti sul team Effetti sul professionista Effetti su organizzazione fattori favorenti organizzazione	9 8 9 6	16 15 9 12	Accordo
22 (45.8)	<b>A2</b> Sviluppare un piano di cura interprofessionale per pazienti richiede un eccessivo uso di tempo	Effetti su organizzazione	9	9	Accordo parziale



39 (81.3)	<b>A6</b> Lavorare in modo interprofessionale quasi sempre complica inutilmente le cose				Silenzio
25 (52.1)	<b>A9</b> Nella maggior parte dei casi, il tempo richiesto per consulti interprofessionali potrebbe essere meglio utilizzato	Effetti su organizzazione	9	9	Accordo parziale
		Fattori per favorire IPC			
		fattori favorenti professionisti	8	18	Silenzio
		Fattori ostacolanti IPC	9	17	Silenzio
		IPC			
		aspettative	5	5	Silenzio
		coinvolgimento	9	17	Silenzio
		pz			
		idea IPC	7	7	Silenzio
		quando	8	12	Silenzio
		riflessioni	3	3	Silenzio
		Sviluppo_processo			
		come si è modificata	8	16	Silenzio
		confronto con la formazione	5	12	Silenzio
		impatto	9	26	Silenzio
		formazione			
		inserimento	9	13	Silenzio
		possibilità di agire IPC ora al lavoro	8	9	Silenzio
		Suggerimenti	5	7	Silenzio

**Triangulation des résultats chez les alumni 2+**

Risultati quantitativi		Risultati quantitativi		Convergenza	
N	(%)	N°	N° di quotes		
<b>46 (83.6)</b>	<b>A1</b> I pazienti che ricevono cure interprofessionali, più probabilmente	Effetti sul pz	13	33	Accordo
		Effetti sulla cura	14	50	

	di altri, sono trattati in modo olistico				
<b>53 (96.4)</b>	<b>A3</b> Il confronto tra i membri del team li aiuta a prendere migliori decisioni per la cura dei pazienti	Effetti sulla cura	14	50	Accordo
		Effetti sul team	14	35	
		Effetti sul professionista	10	18	
<b>54 (98.2)</b>	<b>A4</b> L'approccio interprofessionale d'équipe permette di erogare cure più efficienti	Effetti sulla cura	14	50	Accordo
		Effetti su organizzazione	9	14	
40 (72.7)	<b>A5</b> Sviluppare un piano di cura per pazienti con altri membri del team, evita errori nell'erogazione delle cure	Effetti sulla cura	14	50	Accordo
33 (60)	<b>A7</b> Lavorare in un ambiente interprofessionale mantiene la maggior parte dei professionisti entusiasti ed interessati al lavoro	Effetti sul professionista	10	18	Accordo parziale
		Effetti sul team	14	35	
		Effetti su organizzazione	9	14	
<b>53 (96.4)</b>	<b>A8</b> L'approccio interprofessionale migliora la qualità delle cure	Effetti sulla cura	14	50	Accordo
20 (36.4)	<b>A10</b> I professionisti sanitari che lavorano in team rispondono, più di altri, ai bisogni emotivi e finanziari dei pazienti	Effetti sul pz	13	33	Accordo parziale
<b>51 (92.7)</b>	<b>A11</b> L'approccio interprofessionale permette ai professionisti sanitari di rispondere ai bisogni dei famigliari così come a quelli dei pazienti	Effetti sul pz	13	33	Accordo
		Effetti sulla cura	14	50	
<b>52 (94.5)</b>	<b>A12</b> Dover segnalare osservazioni ad un team, aiuta i membri del team a meglio comprendere il lavoro degli altri professionisti	Effetti sul professionista	10	18	Accordo
		Effetti sul team	14	35	
		Effetti su organizzazione	9	14	
<b>49 (89.1)</b>	<b>A13</b> Pazienti in ospedale che ricevono cure da un team	Effetti sul pz	13	33	Accordo
		Effetti sulla cura	14	50	

	interprofessionale, sono meglio preparati per la dimissione				
<b>54 (98.2)</b>	<b>A14</b> Le riunioni di team promuovono la comunicazione tra i membri del team di diverse professioni o discipline	Effetti sul team	14	35	Accordo
		Effetti sul professionista	10	18	
		Effetti su organizzazione	9	14	
		Fattori favorenti organizzazione	13	34	
31 (56.4)	<b>A2</b> Sviluppare un piano di cura interprofessionale per pazienti richiede un eccessivo uso di tempo	Effetti su organizzazione	9	14	Accordo parziale
<b>47 (85.5)</b>	<b>A6</b> Lavorare in modo interprofessionale quasi sempre complica inutilmente le cose				Silenzio
<b>44 (80.0)</b>	<b>A9</b> Nella maggior parte dei casi, il tempo richiesto per consulti interprofessionali potrebbe essere meglio utilizzato	Effetti su organizzazione	9	14	Accordo
		Fattori per favorire IPC			
		fattori favorenti professionista	14	37	Silenzio
		Fattori ostacolanti IPC	13	29	Silenzio
		IPC			
		aspettative	5	6	Silenzio
		coinvolgimento pz	14	36	Silenzio
		discussione casi	2	3	Silenzio
		idea IPC	12	27	Silenzio
		obt	1	1	Silenzio
		quando	14	26	Silenzio
		riflessioni su IPC	4	10	Silenzio
		Sviluppo_processo come si è modificata lavorando	14	38	Silenzio
		confronto con la formazione	10	24	Silenzio

impatto formazione	14	56	Silenzio
inserimento negli stage	14	35	Silenzio
possibilità di agire IPC ora al lavoro	5	10	Silenzio
Suggerimenti	12	33	Silenzio
	7	19	Silenzio

## Annexe 5. Les prémisses épistémologiques SUPSI

“- premessa 9: La professionalizzazione.

Le nostre professioni provengono storicamente da una relazione ancillare rispetto alla professione medica. Oggi, a seguito di un percorso di crescita e di consapevolezza, ci stiamo definendo come professioni **autonome, responsabili**, competenti e dotate di un proprio corpo di saperi e di pratiche (Meleis 2012; WCPT 2011a, Creek 2010). Il **ragionamento clinico** e la **capacità decisionale** guidano le nostre pratiche professionali portandoci a sviluppare modelli di intervento e strumenti validi di verifica, coniugando competenze procedurali e personali, specialistiche e relazionali.” (SUPSI, 2009, p. 1)

“- premessa 13: I metodi.

Ci accomuna il modello per le decisioni cliniche basate sull’Evidence Based Practice (EBP). L’Evidence Based Practice rappresenta una strategia per la risoluzione di problemi clinici. Essa prevede in egual misura la **considerazione delle migliori evidenze disponibili**, dell’expertise professionale così come dei valori e delle preferenze del paziente, il tutto tenendo conto del contesto socio-economico (Sackett 1998; Haynes et al. 2002). Mediante il **ragionamento clinico** basato sul metodo del problem solving (Higgs and Jones 2008) attraverso l’accertamento che integra l’assessment si formula la diagnosi professionale che guida il trattamento. L’integrazione di misure di outcome sensibili all’intervento professionale e del **pensiero critico** sostengono un ragionamento clinico in continua evoluzione al servizio della migliore qualità delle prestazioni sanitarie e della crescita del professionista, facilitandone il passaggio da novizio ad esperto (Kerry 2010). Siamo consapevoli che si sviluppa expertise soltanto nella misura in cui la conoscenza sia il frutto di un **dialogo tra la pratica e la ricerca**, in un **processo riflessivo** ricorsivo e continuo (Dewey 1933; Schön 1983, Popper 1974; Mortari 2003, 2007). Riteniamo quindi un dovere professionale l’uso consapevole delle Evidence Based Practice e contribuire alla loro evoluzione nella costruzione del sapere professionale.” (SUPSI, 2009, p. 2)

“- premessa 14. Le sfide per le professioni.

I cambiamenti sociali e demografici, tecnologici ed economici, la complessità e l’incertezza degli scenari che ci attendono impongono ai professionisti della salute lo sviluppo di nuove competenze. Si richiede sensibilità alla sofferenza e resilienza, conoscenze valide e **intelligenza emotiva**, abilità tecniche e **pensiero critico**, passione per l’umano e capacità di valutazione etica. I professionisti della salute sono al contempo curanti, **comunicatori**, educatori, **membri di team**, manager, leader e policy makers. (Stigler et al. 2010). ‘Il personale sanitario si trova a dover acquisire nuove competenze accanto a quelle tecnico-specialistiche, che comprendono le cosiddette competenze trasversali: il pensiero critico, la capacità di prendere decisioni in modo indipendente, la **capacità di mantenersi aggiornati lungo** tutto l’arco della vita, la **collaborazione efficace** all’interno di un gruppo di lavoro, **l’utilizzo competente delle nuove tecnologie dell’informazione** sono, oggi più che mai, indispensabili per saper fronteggiare le sfide che il mondo quotidiano pone’. (Sasso e Lotti, 2007).” (SUPSI, 2009, p. 2)

“- premessa 15. Dalla specificità alla collaborazione.

Da questi mutamenti si sono sviluppati dei profili di competenze, in costante evoluzione, specifici di ciascuna professione della salute. Se inizialmente vi erano pochi punti d’incontro, oggi le professioni, pur avendo un’identità unica, condividono dei principi ordinatori. La costruzione ed il

ricoscimento dell'identità professionale sono resi possibili dal confronto e dalla **collaborazione interdisciplinare**, condizioni imprescindibili per far fronte efficacemente alla complessità delle sfide sanitarie (Gordon 2008).” (SUPSI, 2009, p. 2-3)