

# Éducation interprofessionnelle en santé : des enjeux à l'implémentation★

## *Interprofessional education in healthcare: From challenges to implementation*

Patricia PICCHIOTTINO<sup>1,2,\*</sup>  et Thomas FASSIER<sup>1,3,4</sup> 

<sup>1</sup> Centre interprofessionnel de Simulation de Genève, Genève, Suisse

<sup>2</sup> Haute École de Santé, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Genève, Suisse

<sup>3</sup> Faculté de médecine, Université de Genève, Genève, Suisse

<sup>4</sup> Service de Médecine Interne de l'Âgé, Département de Réadaptation et Gériatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse

Manuscrit soumis à la rédaction le 31 octobre 2025 ; accepté pour publication le 31 octobre 2025

**Résumé - Contexte et problématique :** L'éducation interprofessionnelle (EIP) est un levier essentiel pour améliorer la qualité, la sécurité et l'humanité dans les soins. Son intégration dans les *curricula* d'études de santé reste cependant un défi pédagogique, logistique et culturel. **Exégèse :** À Genève, un programme commun d'EIP intégré aux *curricula* de sept filières issues de trois institutions forme chaque année plus de 1200 étudiants. Ce programme de 3 ans (6 crédits ECTS) est basé sur le référentiel de compétences interprofessionnel canadien et sur le modèle de gestion de ressources de crises *TeamSTEPPS*<sup>®</sup> : stratégies et outils de travail d'équipe pour améliorer la performance et la sécurité des patients. Il combine plusieurs stratégies d'apprentissage : ateliers, *e-learning*, jeux sérieux et simulations interprofessionnelles. Nous précisons dans cet article les termes et concepts clefs de l'EIP, clarifiant notamment la nuance utile entre les adjectifs multiprofessionnel, interprofessionnel et interdisciplinaire. Nous explicitons comment l'EIP répond à des enjeux d'actualité : qualité-sécurité des soins, évolutions de santé publique, transformation de la formation et bien-être professionnel. Enfin, nous partageons les facteurs de succès pour son implémentation : soutien institutionnel, alignement curriculaire, formation de l'équipe de formatrices et de formateurs, lien terrain-formation, amélioration continue. **Conclusion :** L'EIP est un investissement stratégique pour transformer les pratiques professionnelles et la culture de collaboration en santé. Son implémentation nécessite une volonté politique et institutionnelle affirmée, une diffusion progressive et une collaboration étroite avec le terrain, contribuant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et le bien-être des professionnels.

**Mots-clés :** éducation interprofessionnelle, collaboration, formation en santé, qualité des soins, *curriculum*

**Abstract. Context and Issues:** Interprofessional Education (IPE) is a key driver for improving quality, safety, and humanity in healthcare. However, its integration into health education curricula remains a challenge in terms of education, logistics, and culture. **Exegesis:** In Geneva, a joint IPE program integrated into the curricula of seven disciplines across three institutions trains over 1200 students each year. This three-year program (6 ECTS credits) is based on the Canadian Interprofessional Competency Framework and on the *TeamSTEPPS*<sup>®</sup> model (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety). It combines several learning strategies, including workshops, e-learning, serious games, and interprofessional simulations. In this article, we clarify key terms and concepts of IPE, particularly distinguishing between the adjectives multiprofessional, interprofessional, and interdisciplinary. We explain how IPE addresses current challenges, including care quality and safety, public health developments, educational transformation, and professional well-being. Finally, we share key implementation success factors: institutional support, curricular alignment, faculty development, integration between education and practice, and continuous improvement. **Conclusion:** IPE represents a strategic investment to transform professional practices and the culture of collaboration in healthcare. Its implementation requires strong political and institutional commitment, progressive dissemination, and close collaboration with the clinical field, contributing to improved quality and safety of care as well as professional well-being.

**Keywords:** interprofessional education, collaboration, health professions education, quality of care, curriculum

★ Cet article a été élaboré à partir d'une présentation effectuée par les auteurs en session plénière lors du Congrès international francophone de pédagogie en sciences de la santé, qui s'est tenu à Orléans du 26 au 28 mai 2025.

\*Correspondance et offprints : Patricia Picchiottino, rue Michel-Servet 1, 1211 Genève 4, Suisse. Téléphone : +41 22 379 51 50.

Mailto : [patricia.picchiottino@hesge.ch](mailto:patricia.picchiottino@hesge.ch)

## Introduction

L'éducation interprofessionnelle (EIP) est essentielle pour améliorer la qualité, la sécurité et l'humanité dans les soins. Toutefois, intégrer un programme d'EIP structuré dans les *curricula* d'études de santé nécessite de relever plusieurs défis. À Genève, un tel programme existe depuis 2013, conjoint à sept filières de trois institutions de formation : médecine (Faculté de médecine de l'Université de Genève), nutrition et diététique, physiothérapie, sage-femme, soins infirmiers, technique en radiologie médicale (Haute École de Santé de Genève – Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale) et pharmacie (Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale) [1]. Les trois objectifs de cet article, basés sur cette expérience, sont de préciser les termes et concepts clefs de l'EIP, d'en expliciter les enjeux et défis, et de partager des facteurs de succès pour son implémentation.

## EIP : de quoi parlons-nous ? Termes et concepts

Traduction du terme anglophone *interprofessional education*, l'éducation interprofessionnelle (EIP) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'occasion pour «deux professions ou plus d'apprendre ensemble, les unes des autres et les unes à propos des autres afin de collaborer efficacement et d'améliorer la qualité des soins» [2]. Dans notre expérience, l'utilisation de cette définition de l'interprofessionnalité est précieuse : elle apporte une clarté terminologique et théorique pour distinguer l'interprofessionnalité d'autres modalités d'apprentissage et de collaboration [3].

Clarifions d'abord la distinction des suffixes «inter-, pluri- et multi-». L'apprentissage **pluri**professionnel ou **multi**professionnel fait davantage référence à la mutualisation de l'apprentissage par plusieurs professions en parallèle avec des objectifs similaires (par exemple un atelier de gestes de réanimation cardio-pulmonaire), par contraste avec l'IPE, qui vise l'atteinte d'objectifs **inter**professionnels explicites (par exemple une formation à la gestion des ressources de crise – le *crisis resource management* des anglophones – visant la clarification des rôles des professionnels et l'optimisation du travail d'équipe dans la conduite d'une réanimation cardio-pulmonaire).

Clarifions aussi les noms «professions» et «disciplines», souvent utilisés de façon indistincte, en rappelant leur étymologie respective [4]. Du latin *professio*, la **profession** associe implicitement l'appartenance identitaire à un groupe partageant les mêmes normes, valeurs et expertises. L'interprofessionnalité vise le décloisonnement des expertises sans diluer les identités (par exemple, dans une réunion d'équipe interprofessionnelle d'une unité de soins palliatifs associant aides en soins, infirmières et infirmiers, médecins, physiothérapeutes, psychologues...) Du latin *disciplina*, la **discipline** fait référence originellement à une branche de connaissance dans l'organisation du savoir, puis par extension à un champ de pratique. La

collaboration ou concertation **pluridisciplinaire** ou **interdisciplinaire** fait davantage référence à la mutualisation, voire à l'intégration dans une situation complexe, de savoirs disciplinaires, souvent au sein d'une même profession (par exemple une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie – le *Tumor Board* des anglophones – associant des médecins d'anatomopathologie, d'oncologie, de radiologie, de radiothérapie, de spécialités chirurgicales...) [4].

Dans la communauté francophone des professionnels de santé, nous reconnaissons que les termes «multidisciplinaire ou interdisciplinaire, multiprofessionnel ou interprofessionnel» sont parfois utilisés de façon indifférenciée, par habitude. Dans notre expérience en Suisse romande, l'utilisation intentionnelle de l'adjectif «interprofessionnel» nous a permis de rejoindre une communauté de pratique en IPE déjà solidement implantée dans le monde anglophone ainsi qu'au Québec et de construire notre programme d'IPE sur le référentiel canadien de compétences interprofessionnelles disponible en langue anglaise et française [5]. Nous reconnaissons aussi qu'il existe une diversité de pratiques collaboratives. Nous trouvons éclairante la typologie de pratiques collaboratives proposée par Careau *et al.* de Laval [4], le long d'un continuum de situations de soins (de simples à complexes) et d'interactions entre les intervenants (de limitées à interdépendantes). Dans les situations simples, une **pratique parallèle**, voire **par référence**, est adéquate pour la transmission d'informations, voire la consultation entre professionnels (pratique multiprofessionnelle indépendante, connaissances unidisciplinaires juxtaposées). Pour des situations plus complexes, une **pratique concertée** devient nécessaire pour être cohérente (pratique multiprofessionnelle avec interdépendance limitée, connaissances multidisciplinaires complémentaires). Les situations les plus complexes exigent une **pratique partagée** dans laquelle professionnels, patientes ou patients et proches développent une vision commune, coconstruisent une stratégie et s'engagent dans un processus de décision partagée (pratique interprofessionnelle avec interdépendance, connaissances interdisciplinaires intégrées) [4].

Ainsi nommée précisément et avec nuance selon les contextes de soins, l'EIP se décline en formation initiale et continue pour préparer et améliorer la pratique collaborative interprofessionnelle [1,6]. En permettant aux étudiantes et étudiants en santé d'apprendre non seulement ensemble mais aussi les uns des autres et les uns à propos des autres, elle vise à développer précocement la prise de conscience d'une interdépendance «à géométrie variable» selon les situations de soins. Elle les initie aux responsabilités – communes et respectives – des professions de santé, et elle contribue à en déconstruire les stéréotypes lorsque c'est nécessaire. L'EIP les aide à développer un raisonnement clinique collaboratif et des compétences interprofessionnelles [5] : clarification des rôles et négociation, fonctionnement d'équipe, communication, gestion des différends et résolution de conflits, soins en partenariat entre professionnels, patientes, patients et

proches. Idéalement, l'EIP contribue également au développement d'une identité professionnelle et interprofessionnelle duale et complémentaire [7].

## Pourquoi miser sur l'EIP ? Enjeux et défis

Intégrer l'EIP dans les *curricula* de formation répond à des enjeux majeurs [8]. Elle ne devrait pas être envisagée comme une mode passagère ou une contrainte réglementaire. Passons brièvement en revue quatre arguments pour motiver nos équipes et convaincre nos décideurs de miser sur l'interprofessionnalité !

L'EIP est **un enjeu de qualité – sécurité des soins**. Les événements indésirables associés aux soins surviendraient chez un patient sur dix à l'hôpital, quatre sur dix dans les soins communautaires, mais heureusement deux sur trois seraient évitables [9]. Une meilleure collaboration interprofessionnelle est un levier majeur pour les prévenir en renforçant la coordination, le partage de l'information et la décision partagée entre professionnels et avec les patients. Cet enjeu est également éthique. Dans les situations les plus complexes et les plus graves, les équipes doivent s'engager ensemble pour partager l'incertitude des décisions de fin de vie et délivrer les soins les plus ajustés à la volonté de la personne en détresse vitale.

L'EIP est aussi **un enjeu de santé publique**. Transitions démographiques et épidémiologiques, transformations numériques, bouleversements climatiques et géopolitiques [8]... La pandémie de COVID-19 a souligné l'interdépendance des professionnels, patients et proches et révélé l'enjeu d'une résilience collective face à de telles crises de santé publique [10]. Les systèmes de santé évoluent, les métiers aussi ! L'EIP prépare les futurs professionnels à s'adapter ensemble à ces mutations, à construire des solutions innovantes et à renforcer leur capacité d'agir collectivement dans la complexité.

De plus, l'EIP est **un enjeu de transformation de la formation** des professionnels de santé [8]. S'investir dans l'EIP, c'est participer à la transformation de la formation en santé par et pour des pratiques innovantes. C'est préparer les étudiantes et étudiants, professionnels des équipes de demain, à partager des modèles mentaux et des raisonnements cliniques, à expliciter leurs processus de travail et à développer une double identité, professionnelle et interprofessionnelle, équilibrée et assumée. L'EIP contribue ainsi à instaurer une culture de collaboration et de partenariat indispensable pour répondre aux situations cliniques complexes qui requièrent un raisonnement partagé entre professions et disciplines [11].

Enfin, l'EIP est **un enjeu du bien-être au travail**. Pour les étudiantes et étudiants, parfois désenchantés, pour les professionnels, souvent épuisés, l'interprofessionnalité peut donner du sens aux études et aux métiers du soin en favorisant l'entraide, la communication et le soutien entre professions dès la formation et tout au long de la vie professionnelle [10].

En résumé, l'EIP est un levier puissant pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, pour anticiper et s'adapter aux transformations des systèmes de santé, pour transformer les pratiques pédagogiques vers une culture de collaboration et ainsi contribuer au bien-être des professionnels. Ces enjeux justifient pleinement l'intégration de l'EIP dès la formation initiale et nous encouragent à dépasser les freins culturels et institutionnels à son implémentation.

## EIP : comment l'implémenter ? Partage d'expérience

À Genève, l'EIP est intégrée dans les *curricula* des sept filières de formation en santé sous la forme d'un programme longitudinal composé de trois modules interprofessionnels (IP), de sessions d'*e-learning* et d'activités interprofessionnelles en stage (6 crédits ECTS) [1]. Dans chaque module, les étudiantes et étudiants s'impliquent dans des formats d'apprentissage variés : ateliers interactifs, conférences, jeux sérieux [12], analyse et présentation de cas cliniques en équipe (module IP-1) ; simulations interprofessionnelles de situations aiguës et chroniques, activités de *shadowing* d'une autre profession, d'une patiente ou d'un patient (module IP-2) ; simulations de scénarios plus complexes visant l'application des compétences collaboratives en contexte hospitalier, domiciliaire et dans les transitions de soins (module IP-3).

Chaque module comprend également des sessions de *e-learning* sur les facteurs humains et le modèle de *CRM TeamSTEPPS*<sup>®</sup> (Stratégies et outils de travail d'équipe pour améliorer la performance et la sécurité des patients) [13]. Dans notre expérience, la traduction et l'adoption de ce modèle de *CRM* a permis de l'intégrer dans les différents formats pédagogiques, offrant des outils concrets pour structurer la communication, expliciter le leadership et la structure d'équipe, améliorer la conscience situationnelle et favoriser le soutien mutuel et le partenariat.

L'implémentation de l'EIP dans les formations en santé à Genève s'est faite progressivement sur plusieurs années, en surmontant de nombreux défis. Nous partageons les conseils suivants à partir de notre expérience :

- **Commencez tôt et petit !** [1] Initiez des projets pilotes avec seulement 2 ou 3 professions pour lancer la dynamique. L'ampleur logistique et pédagogique de l'EIP peut décourager ;
- **Intégrez l'EIP dans les *curricula*** des filières impliquées, en sécurisant dans les plannings des temps communs d'apprentissage et en mutualisant les ressources. C'est un réel défi, mais c'est la condition pour que l'EIP soit intégrée de façon cohérente et pérenne ;
- **Pérennisez la formation !** L'EIP ne devrait pas être une option réservée à une élite chanceuse, mais une formation obligatoire et systématique. Dans notre expérience, l'obtention de crédits ECTS dédiés à l'EIP lui a fait gagner sa légitimité auprès des étudiantes et étudiants, ainsi que du corps enseignant ;

- **Constituez et formez une équipe** capable de concevoir, animer, évaluer et adapter l'EIP et la simulation interprofessionnelle [14]. Ces formatrices et formateurs apportent aux étudiantes et étudiants leur expérience de collaboration de leurs contextes cliniques, puis y retournent avec une motivation accrue et une compétence renforcée pour l'enseigner : c'est la « *cross-pollinisation* » ! ;
- **Diffusez l'EIP comme une innovation !** Pensez à l'application dans la santé de la théorie de la diffusion de l'innovation d'Everett Rogers [15] : à la suite des « *innovators* », vous êtes les « *early adopters* » qui transmettez la culture et les outils de l'EIP à la « *early majority* » ;
- **Évaluez et accompagnez le transfert** des outils *TeamSTEPPS*<sup>®</sup> et des compétences collaboratives de l'environnement simulé à l'environnement clinique authentique. Ce défi de la mise en pratique est difficile, mais il est important pour justifier les efforts consentis.

Rétrospectivement, quels facteurs ont le plus contribué à l'implémentation de l'EIP dans notre contexte ? [1]. La **volonté politique** affichée des responsables de l'enseignement supérieur et de la santé du Canton a été déterminante pour créer le Centre interprofessionnel de Simulation de Genève qui implémente ce programme. Le **soutien institutionnel** des établissements publics de formation en santé est encore aujourd'hui essentiel pour pérenniser le programme d'EIP, qui survit et même contribue aux réformes curriculaires successives. Nous saluons **l'engagement des formatrices et formateurs** en EIP, dont la motivation et l'expertise en EIP et en simulation assurent la vitalité du programme. Réunis par une communauté de pratique en EIP, ces collègues inspirent les étudiantes et étudiants, incarnant avec enthousiasme une identité professionnelle et interprofessionnelle harmonieuse, duale et non en duel ! La **légitimité du programme d'EIP** est certainement aussi liée à de solides fondations en éducation des professionnels de santé : approche par compétence basée sur le référentiel canadien, adoption des outils *TeamSTEPPS*<sup>®</sup>, implication de patients partenaires, notamment. **L'EIP est augmentée par la simulation**, avec ses 3 facteurs d'efficacité : l'intégration curriculaire, la formation des formatrices et formateurs, les locaux, équipements et ressources humaines, y compris les personnes simulées. La **démarche d'amélioration continue**, basée sur les évaluations, les retours des étudiantes, étudiants, formatrices, formateurs et personnes simulées, permet d'adapter le programme aux besoins évolutifs des professions et du système de santé.

## Conclusion

L'implémentation de l'EIP dans les *curricula* nécessite une terminologie précise et un cadre conceptuel explicite, qui indiquent une vision claire. En définitive, l'EIP ne peut se développer qu'avec une volonté institutionnelle affirmée, une stratégie progressive et une collaboration étroite

entre les institutions de formation et de soins. Elle représente un investissement au service de la qualité des soins, de la sécurité des patients et du bien-être des professionnels, contribuant à construire une culture partagée, indispensable pour affronter ensemble les défis complexes des soins de demain.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts par rapport à cet article.

## Approbation éthique

L'approbation éthique n'était pas requise.

## Références

1. Van Gessel E, Picchiottino P, Doueradjam R, Nendaz M, Mèche P. Interprofessional training: Start with the youngest! A program for undergraduate healthcare students in Geneva, Switzerland. *Med Teach* 2018;40(6):595-9.
2. WHO. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice; 2010. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.
3. Hean S, Craddock D, Hammick M. Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62. *Med Teach* 2012;34(2):e78-101.
4. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2014. Disponible sur : [https://www.usherbrooke.ca/travail-social/fileadmin/sites/travail-social/espace-admin/Interpro/Module\\_3/Activite\\_1/10\\_Annexe\\_10\\_Continuumdespratiquesdecollaboration.pdf](https://www.usherbrooke.ca/travail-social/fileadmin/sites/travail-social/espace-admin/Interpro/Module_3/Activite_1/10_Annexe_10_Continuumdespratiquesdecollaboration.pdf).
5. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux; 2024. Disponible sur : [https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC\\_FR\\_053024.pdf](https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC_FR_053024.pdf).
6. Hosny S, Thistlethwaite J, El-Wazir Y, Gilbert J. Interprofessional learning in practice-based settings: AMEE Guide No. 169. *Med Teach* 2025;47(2):182-94.
7. Reinders JJ, Baser Kolcu M, Kolcu G. Developing an interprofessional identity complementary to a professional identity – findings related to Extended Professional Identity Theory (EPIT). *Front Med* 2024;11. Disponible sur : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2024.1467362/full>.
8. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Sécurité des patients; 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

10. Ambrose JW, Catchpole K, Evans HL, Nemeth LS, Layne DM, Nichols M. Healthcare team resilience during COVID-19: A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2024;24(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-10895-3>.
11. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach* 2016;38(7):656-68.
12. Picchiottino P, Paignon A, Hesse L, Bos S, Conti JW, Schneider MP, *et al.* Large-scale, mobile and technology-enhanced serious game for interprofessional education: Pilot study and lessons learnt. *J Interprof Care* 2024;38(4):782-786.
13. Chen AS, Yau B, Revere L, Swails J. Implementation, evaluation, and outcome of TeamSTEPPS in interprofessional education: A scoping review. *J Interprof Care* 2019;33(6):795-804.
14. Wiesner Conti J, Picchiottino P, Doureradjam R, Bosson JP, Paignon A. Programme de formation de formateur en simulation interprofessionnelle. *Pédagogie Médicale* 2023;24(1):61-8.
15. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA* 2003;289:1969-1975.

**Citation de l'article :** Picchiottino P, Fassier T. Éducation interprofessionnelle en santé : des enjeux à l'implémentation. *Pédagogie Médicale*, 2025;26;5-9, <https://doi.org/10.1051/pmed/2025010>