

Université de Montréal

Apprendre ensemble : Attitudes des étudiants en médecine envers la pratique collaborative suite à un cours d'éducation interprofessionnelle impliquant un patient-formateur

par
Lyne Chiniara

Département de psychopédagogie et d'andragogie
Faculté des sciences de l'éducation / Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès arts en Sciences de l'éducation
option Pédagogie universitaire des sciences médicales

Avril, 2020

© Lyne Chiniara, 2020

Résumé

Les cours d'éducation interprofessionnelle (IPE) permettent de cultiver la pratique collaborative, composante intégrante et contemporaine de la prestation optimale des soins aux patients. Ce projet de recherche a pour but d'explorer si un cours d'IPE utilisant, entre autre, un atelier interprogramme et la rétroaction d'un tandem composé d'un patient partenaire à profil formateur et d'un professeur, influence les attitudes des étudiants en médecine envers l'IPE, ainsi que le développement des habiletés de communication et de collaboration. Quarante-six de 250 étudiants en troisième année de médecine ayant participé au cours ont rempli le questionnaire *Readiness of Health Care Students for InterProfessional Learning Scale*. Près de 90% de ces étudiants démontrent une attitude positive envers l'IPE. L'analyse qualitative de plus de 1500 commentaires écrits de 223 étudiants en médecine à partir d'un questionnaire d'évaluation du cours a démontré que ceux-ci perçoivent une amélioration de leurs habiletés de communication et de collaboration, une confiance accrue en leurs compétences et globalement une meilleure compréhension des rôles et responsabilités des professionnels. Des facteurs influençant leurs attitudes et croyances, ainsi que les barrières à l'IPE émergent de l'analyse, tels que l'importance d'un respect mutuel et de l'abolition des préjugés envers les autres professions pour la réussite de l'IPE. En participant à ce cours d'IPE, les étudiants de l'Université de Montréal ont une opportunité exceptionnelle de s'initier à la pratique collaborative en partenariat de soins avec le patient. Les barrières à la participation des étudiants de médecine à la recherche pédagogique sont discutées et des pistes de solution pour rehausser leur intérêt dans le futur sont présentées.

Mots-clés : Éducation interprofessionnelle, Interdisciplinarité, Collaboration, Communication, Partenariat patient, Simulation, Compétence

Abstract

Interprofessional education (IPE) courses help cultivate collaborative practice, an essential aspect of contemporary health care delivery that improves patient care. The goal of this study is to explore if an IPE course, using an interprogram workshop and retroaction by a tandem comprised of a patient-partner with an instructor profile and of a teacher, an innovative approach initiated by the Université de Montréal, influences medical students' attitudes towards IPE and allows developing communication and collaborative skills. Forty-six of the two hundred and fifty medical students participating in the course filled out the *Readiness of Health Care Students for InterProfessional Learning Scale*. A positive attitude towards IPE is found in the vast majority of students («teamwork and collaboration» section: $88.9 \pm 5.8\%$ of student answers = *agree/completely agree*). Qualitative analysis of more than 1500 written comments made by students showed that students perceived an improvement in their communication and collaboration skills, as well as their confidence in those skills. Overall, they had better understanding of professional roles and responsibilities. Factors influencing their attitudes and beliefs, as well as barriers to IPE, emerged from the analysis; the importance of respect and abolishing prejudices in order to succeed at IPE were raised. By participating to this IPE course, medical students of Université de Montréal have an exceptional opportunity to familiarize themselves with health care involving partnership with patients and collaborative practice. A discussion of barriers for the participation of medical students in pedagogical research and possible solutions to enhance their interest in the future are provided.

Keywords : Interprofessional education, Interdisciplinarity , Collaboration, Communication, Patient partnership, Simulation, Competency

Table des matières

RÉSUMÉ	I
ABSTRACT	II
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTES DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	IX
REMERCIEMENTS	XI
INTRODUCTION	12
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE ET RECENSEMENT DES ÉCRITS	13
1.1 MISE EN CONTEXTE : L' IPE DANS LE CURSUS DE LA FORMATION MÉDICALE	13
1.2 BÉNÉFICES DE L' IPE SUR L' ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ ET LES PATIENTS : LA POSITION DE L' OMS	15
1.3 LES THÉORIES DERRIÈRE L' IPE	17
1.3.1 L' hypothèse de Contact Intergroupe d' Allport	17
1.3.2 Théorie de l' identité	19
1.3.3 Le modèle d' interprofessionalisme d' Amour	19
1.3.4 La théorie du capital social	20
1.4 FAIRE LE PONT ENTRE THÉORIES ET PRATIQUE AVEC LA CRÉATION D' UN COURS D' IPE DANS LE CURRICULUM DU DOCTORAT EN MÉDECINE; DIRECTION COLLABORATION ET PARTENARIAT-PATIENT	21
1.4.1 Historique de la création du cours d' IPE : Collaboration en sciences de la santé (CSS)	21
1.4.2 Une leçon d' histoire: l' évolution culturelle de la pratique médicale	23
1.4.3 Partenariat de soins et de services : pilier des cours CSS	26
1.4.4 Cours du cours CSS	28
1.4.5 Format pédagogique du cours CSS3900	29
1.4.6 L' approche par compétences: des CanMeds aux compétences de la pratique collaborative en partenariat avec le patient	32
1.4.7 Aspect unique du cours CSS : le partenariat patient	34
1.5 ATTITUDES DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE FACE À L' IPE : CE QUI EST DÉJÀ CONNU	36
1.6 QUESTION DE RECHERCHE	40
CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE	41

2.1 CADRE DE RECHERCHE	41
2.2 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE	44
2.3 OBJECTIFS DE RECHERCHE	44
2.4 CHOIX DE L'APPROCHE DE RECHERCHE	45
2.5 PARTICIPANTS	47
2.5.1 Description de la population à l'étude.....	47
2.5.2 Échantillonnage : choix des participants et représentativité théorique	49
2.5.3 Taille de l'échantillon	50
2.5.4 Recrutement des participants.....	51
2.6 MESURE ET COLLECTE DE DONNÉES	52
2.6.1 Partie quantitative de l'étude	52
2.6.1.1 RIPLS.....	52
2.6.1.2 Questionnaire démographique.....	55
2.6.1.3 Évaluation des étudiants	55
2.6.2 Partie qualitative de l'étude	56
2.6.2.1 Question de recherche qualitative	56
2.6.2.2 Groupe de discussion	56
2.7 ANALYSE DE DONNÉES	57
2.7.1 Partie quantitative de l'étude : statistiques.....	57
2.7.2 Partie qualitative de l'étude	57
2.8 CONTRIBUTION DE LA CANDIDATE AU PROJET	58
2.9 CONFIDENTIALITÉ ET ÉTHIQUE.....	59
CHAPITRE III : RÉSULTATS.....	60
3.1 QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE.....	61
3.2 RÉSULTATS DU RIPLS.....	62
3.2.1 Statistiques descriptives	63
3.2.2 Comparaison des réponses du RIPLS selon l'âge, le sexe et la formation antérieure	65
3.2.3 Comparaison entre CSS2900 et CSS3900.....	67
3.3 QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION DES ÉTUDIANTS	70
3.3.1 Les apprentissages et nouveaux savoirs.....	72
3.3.1.1 Concept 1 : partenariat de soins avec le patient:.....	73
3.3.1.2 Concept 2 : Clarification des rôles et responsabilités	77
3.3.1.3 Concept 3 : Communication	78
3.3.1.4 Concept 4 : Collaboration	78
3.3.2 Vision du médecin dans l'équipe de soins.....	80

3.3.3 Contenu pédagogique	81
3.3.4 Patient-formateur	81
3.3.5 Justification/Impact de l'IPE et de la pratique collaborative	83
CHAPITRE IV : DISCUSSION.....	84
4.1 THÉORIE CENTRALE ISSUE DE L'ANALYSE QUALITATIVE	85
4.1.1 Apprentissages via le cours CSS3900 : attitude positive envers l'IPE et la pratique collaborative et développement des habiletés.....	86
4.1.2 Influence de la formation professionnelle et évolution à travers le temps.....	88
4.1.3 Influence des visions stéréotypées et des perceptions des autres professionnels de l'équipe	91
4.1.4 Influence positive du patient partenaire à profil formateur	93
4.1.5 Barrières à l'IPE et à la pratique collaborative.....	94
4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	94
4.2.1 Forces de l'étude.....	94
4.2.2 Limites de l'étude.....	97
4.3 PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE.....	100
4.4 PLAN POUR DISSEMINER LES RESULTATS	103
CONCLUSION.....	104
RÉFÉRENCES.....	105
ANNEXES.....	113
ANNEXE A - QUESTIONNAIRE RIPLS.....	113
ANNEXE B – RÉSULTATS RIPLS DU CSS3900 DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (N=46) AVEC RÉSULTATS DU RIPLS DU CSS2900 (N=218) POUR FIN DE COMPARAISON	116
ANNEXE C - ÉVALUATION DE L'ATELIER INTERFACULTAIRE DU COURS CSS3900.....	118
ANNEXE D – ÉCHÉANCIER	123
ANNEXE E - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	124
ANNEXE F - BUDGET HYPOTHÉTIQUE POUR DEMANDE DE FONDS	133
ANNEXE G – GRILLE DU GROUPE DE DISCUSSION.....	134
ANNEXE H - APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE	135
ANNEXE I – LETTRE D'INVITATION À PARTICIPER (PREMIER CONTACT)	137
ANNEXE J – COURRIEL D'INVITATION AUX ÉTUDIANTS (DEUXIÈME CONTACT).....	138
ANNEXE K - QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE	140
ANNEXE L – GRILLE DE CODIFICATION	142
ANNEXE M – EXEMPLE DE CODIFICATION OUVERTE AVEC ANNOTATIONS ET MÉMOS	143

ANNEXE N – EXEMPLE DE FIGURE/DIAGRAMME UTILISÉ POUR L'ANALYSE 144

Liste des tableaux

Tableau I: Résumé des objectifs et résultats des différentes revues systématiques sur l'IPE par ordre chronologique	36
Tableau II: Caractéristiques démographiques des participants.....	62
Tableau III: Réponses du RIPLS des participants à l'étude (CSS3900) (n=46)	64
Tableau IV: Exemple d'analyse statistique effectuée sur le logiciel SPSS v.25 : comparaison des moyennes de la question 2 du RIPLS entre les groupes Homme vs Femme	66
Tableau V: Réponses « d'accord + totalement d'accord » (adaptées pour items à réponses négatives) du RIPLS (% ± SD).....	68
Tableau VI: Test de Levene comparant la variance du groupe CSS2900 et CSS3900	69
Tableau VII: Test t de Student comparant les moyennes du CSS2900 (n=218) et CSS3900 (n=46).....	70
Tableau VIII: Comparaison des statistiques descriptives entre le CSS3900 et CSS2900 pour la question 15.....	70
Tableau IX: Opinions des étudiants vis-à-vis du partenariat de soins avec le patient.....	74
Tableau X: À quelle fréquence avez déjà participé à une réunion interprofessionnelle en milieu clinique ?	75
Tableau XI: Selon vous, l'approche respectait-elle le concept de partenariat avec le patient et ses proches?	75
Tableau XII : Avantages de la discussion en groupe interprofessionnel (GIP).....	77
Tableau XIII: Niveau de compétence perçue pour les interactions interprofessionnelles en milieu clinique	78
Tableau XIV: Valeur ajoutée du patient avec profil formateur.....	81
Tableau XV: Les critères de rigueur scientifique pour l'analyse des données ainsi que les techniques utilisées pour les respecter	95
Tableau XVI: Tableau décrivant les analyses quantitatives prévues dans le devis de l'étude n'ayant pu être faites.....	98
Tableau XVII: Raisons proposées expliquant le manque de participation des étudiants et les solutions proposées.	99

Liste des figures

Figure 1 : Lien entre IPE et pratique collaborative, et impact sur le système de santé.....	16
Figure 2 : Chronologie de la mise en place du cours CSS	21
Figure 3 : Évolution de paradigme de la relation patient-intervenant.....	23
Figure 4 : Défi de synchronisation.....	25
Figure 5 : La logique du travail en partenariat de soins.....	26
Figure 6 : Cours du cours CSS	28
Figure 7 : Composition des cours CSS	30
Figure 8 : Approche par compétences CanMEDS.....	33
Figure 9 : Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient...	34
Figure 10 : Les différents profils des patients partenaires.....	35
Figure 11 : Résumé des principaux aspects du projet de recherche.....	41
Figure 12 : Cadre de recherche conceptuel	43
Figure 13 : Réflexion sur le choix de méthodologie.....	45
Figure 14 : Rapport entre la population cible et l'échantillon	47
Figure 15 : Taille de l'échantillon	50
Figure 16 : Processus de recrutement des participants.....	52
Figure 17 : Contribution de la candidate au projet	58
Figure 18 : Organigramme des participants à l'étude	61
Figure 19 : Exemple de distribution des résultats aux questions du RIPLS.....	65
Figure 20 : Codes descriptifs par fréquence	71
Figure 21 : Carte conceptuelle initiale	72
Figure 22 : Schéma récapitulatif des résultats principaux de l'analyse des résultats corrélés aux théories derrière l'IPE et pistes de réflexion pour de futurs projets de recherche.....	86
Figure 23 : Étapes proposées afin d'améliorer le recrutement.....	102

Listes des sigles et des abréviations

CIO-UdeM: Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal

CSS: Cours Collaboration en sciences de la santé

DCPP: Direction collaboration et partenariat patient

GIP : Groupe interprofessionnel

IPE: Éducation interprofessionnelle

IP : Interprofessionnel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PII: Plan d' intervention interdisciplinaire

RIPLS: *Readiness for Interprofessional Practice Learning Scale*

TAQ: *Teamwork Attitude Questionnaire*

TeamSTEPPS: *Team Strategies and Tools to enhance Performance and Patient Safety*

UdeM : Université de Montréal

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Le terme « patient partenaire au profil formateur » est utilisé pour désigner les patients partenaires ayant comme responsabilité la supervision/observation/mentorat d'un groupe multidisciplinaire d'étudiants participant au cours CSS3900 (co-tuteur/co-animateur). Afin d'alléger le texte, le terme patient formateur sera utilisé.

A Antoine et Lylia : J'ai commencé cette maîtrise seule et je l'ai terminée avec deux amours.

Remerciements

« En automne, je récoltai toutes mes peines et les enterrai dans mon jardin. Lorsqu'avril refleurit et que la terre et le printemps célébrèrent leurs noces, mon jardin fut jonché de fleurs splendides et exceptionnelles ».

- Khalil Gibran

Mon parcours à travers cette maîtrise débuta par l'apprentissage de la recherche sur une discipline qui me passionne. J'ai rencontré, à travers les cours, des experts fascinants et ai côtoyé des étudiants de différents aléas, véritable vent de fraîcheur et ouverture d'horizon, moi qui étais habituée au silo des études médicales.

Le projet de recherche est préparé avec soin, mais avec un accouchement puis un déménagement à Toronto, il n'est pas réalisé comme prévu. Mes directrices de maîtrise se firent rassurantes et me poussèrent à découvrir d'autres perspectives intéressantes. Puis la vie pose un nouvel obstacle. Par leur humanité et par leur force, mes directrices s'allièrent, sans le savoir, à mon entourage, pour m'aider à enterrer mes peines dans mon jardin. Le printemps est revenu, le projet est enfin mûr, et mon jardin est jonché de pousses de fleurs splendides et exceptionnelles.

Dr Huot et Dr Lebel, je vous remercie de tout cœur car je n'aurais jamais pu terminer ce projet sans vous. Je n'oublierai jamais votre support et votre patience. C'était un grand privilège de vous avoir comme mentors; votre standard d'excellence est une inspiration.

Merci au Dr Charlin et au Dr Gagnon; le cours Séminaire m'a inspirée et motivée à m'impliquer dans la recherche en enseignement.

Finalement, merci à mes parents, ma famille, surtout mon Papa Joseph (RIP, tu resteras dans mon cœur à jamais, tout ce que j'ai accompli est grâce à toi), et mes bébés, Antoine et Lylia. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Sincèrement,

Lyne

Montréal, Novembre 2019

INTRODUCTION

Le présent mémoire présente un projet de recherche qui explore les attitudes d'étudiants en médecine ayant suivi un cours d'éducation interprofessionnelle (IPE) utilisant, entre autres, un atelier interprofessionnel et la rétroaction d'un tandem composé d'un patient partenaire à profil formateur et d'un professeur, une approche novatrice initiée à l'Université de Montréal.

Ce mémoire présente d'abord la problématique de l'apprentissage de la pratique collaborative par l'IPE dans le cursus médical pré-clinique, en exposant ses bénéfices sur le système de santé et les soins aux patients, ainsi que les théories sur lesquelles se fonde l'IPE. Le cursus et la composition du cours d'IPE sont ensuite décrits, avec une attention particulière sur le partenariat de soins et le patient formateur. La méthodologie choisie pour répondre à la problématique sera ensuite présentée. Ce mémoire présentera des données explorant les effets positifs du cours d'IPE sur les attitudes et la motivation envers l'IPE et le travail d'équipe, tout comme sur l'émergence des habiletés de collaboration et de communication des étudiants de médecine. D'autre part, il permettra de démontrer l'effet positif du contact avec le patient formateur et de l'atelier interprogramme sur l'expérience d'apprentissage des étudiants. Le mémoire présente également une discussion approfondie des écueils et obstacles rencontrés durant le recueil et l'analyse des données et propose des pistes de solutions à ces derniers.

Ce projet s'inscrit dans la mission de la Faculté de médecine d'avancement du savoir et de la maîtrise des compétences pour l'amélioration des soins de santé. La pratique collaborative fait partie intégrante de l'organisation contemporaine des soins de santé et est clé dans la pratique des soins aux patients. Les habiletés de collaboration et de communication sont les pierres angulaires des compétences de cette pratique. Les étudiants de l'Université de Montréal ont une opportunité exceptionnelle de s'y initier avec l'approche de partenariat de soins avec le patient et ses proches.

«Tout comme la recherche, la pédagogie est au centre de la mission de la Faculté de médecine. (...) la Faculté de médecine brille par son rôle de chef de file en matière d'approche par compétences et de pratiques collaboratives interdisciplinaires, ainsi que par son expertise dans l'approche «patient partenaire de soins» et dans la promotion du bien-être étudiant.»

- Faculté de médecine, Université de Montréal

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE ET RECENSEMENT DES ÉCRITS

« *Working together for health* »
- (World Health Organization, 2006)

1.1 Mise en contexte : l'IPE dans le cursus de la formation médicale

« *Learning together to work together for health* » (World Health Organization, 2010): ces mots illustrent l'essence de l'éducation interprofessionnelle (IPE: *Interprofessional education*) et de la pratique collaborative. Ces deux concepts sont en plein essor dans le système de santé contemporain, et ce, depuis qu'en 1988, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie l'IPE comme une composante importante du système des soins de santé primaires, et comme l'une des approches novatrices qui permettraient d'aider à relever le défi mondial des professionnels de la santé (Yan, Gilbert, & Hoffman, 2011).

L'IPE est communément définie comme « toute activité d'apprentissage et d'enseignement qui promeut activement la pratique collaborative », ou comme « des situations à travers lesquelles deux professions, ou plus, apprennent avec, de, ou sur l'une ou l'autre, afin d'améliorer la pratique collaborative et la qualité du système de santé » (Barr, 2002).

L'attention accrue à l'IPE peut être expliquée par la complexité croissante de l'organisation et de la mise en pratique du système de soins de santé. En effet, le vieillissement de la population et le transfert du fardeau des maladies du système de soins aigus vers le système de soins chroniques requièrent l'implication d'une myriade de professionnels de la santé ainsi que des services psychosociaux dans l'application de ces soins de santé.

D'autre part, les études ont également démontré qu'il existe un lien important entre la communication de l'équipe de santé et la sécurité du patient : en effet, l'échec de communication à l'intérieur des équipes de santé interprofessionnelles est une cause établie d'insatisfactions et de retombées négatives sur les soins de santé (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004) et même

de décès (Greenberg et al., 2007). De ce fait, il est crucial d'améliorer les habiletés de communication et de collaboration afin d'aider la coordination des soins aux patients de façon efficace (Reeves et al., 2008) et de souligner l'importance de former les futurs professionnels de santé à travailler en équipe (Kyrkjebø, Brattebo, & Smith-Strom, 2006; Anderson, Thorpe, Heney, & Petersen, 2009; DeSilets, 2010). Finalement, la communication et la collaboration sont devenues un critère d'agrément pour plusieurs des programmes de formation en sciences de la santé au Canada, dont la médecine.

Bien que des programmes d'IPE existent déjà depuis les années 1960 dans quelques facultés de médecine, ceux-ci sont intégrés en nombre croissant dans le cursus médical en Amérique du Nord, étant de plus en plus perçus comme un outil permettant de cultiver la pratique collaborative et d'améliorer le système de santé, tout en réduisant les erreurs médicales (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, & Freeth, 2005; Morey et al., 2002; Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007). De plus, en 2013, un rapport de l'Institut de Médecine des États-Unis (Ceff, Board on Global Health: Institute of Medicine, 2013), une mise à jour du rapport paru dans *The Lancet Commissions* en 2010 (Frenk et al., 2010), met l'accent sur la nécessité d'une exposition précoce à l'IPE, et requiert la mise en place de cours d'IPE pour répondre aux exigences du système de santé d'aujourd'hui.

Créés en 2010, les cours en Collaboration en Sciences de la Santé (CSS) de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal permettent aux futurs professionnels de la santé et des sciences psychosociales de s'initier aux pratiques collaboratives interprofessionnelles. Des étudiants provenant de 13 programmes de formation ont ainsi la possibilité d'explorer le champ de pratique de leurs collègues d'autres disciplines et d'apprendre à travailler en équipes interprofessionnelles dans le but d'offrir aux patients des soins de qualité.

Le but de l'étude actuelle est d'évaluer l'efficacité d'un cours d'éducation interprofessionnelle (CSS) donné aux étudiants en médecine, utilisant un atelier interprogrammes et la rétroaction d'un tandem composé d'un patient-formateur et d'un co-tuteur professionnel de la santé ou des sciences sociales. Cette approche novatrice initiée par l'Université de Montréal permet aux étudiants de développer leurs habiletés de communication

et de collaboration, d'accroître leurs connaissances et influencer leurs attitudes envers l'IPE, tout en stimulant la motivation pour une pratique collaborative future.

1.2 Bénéfices de l'IPE sur l'organisation des soins de santé et les patients : la position de l'OMS

Tel que mentionné ci-haut, les erreurs et événements indésirables dans le système de santé proviennent fréquemment d'une mauvaise communication entre les différents professionnels, causant des préjudices aux patients et à l'équipe de santé (Granheim, Shaw, & Mansah, 2018). Afin d'améliorer la qualité des soins et réduire les erreurs, une collaboration et communication efficace sont fondamentales (Edwards & Siassakos, 2012).

L'OMS statue qu'il existe assez de données pour indiquer que l'IPE permet de développer une pratique collaborative efficace qui, à son tour, optimise les soins de santé aux patients et renforce le système de santé. Plus précisément, la pratique collaborative peut (World Health Organization, 2010):

Diminuer

- Les complications chez les patients
- La durée d'un séjour hospitalier
- Les admissions à l'hôpital
- Les taux d'erreurs cliniques
- Les taux de mortalité

Améliorer

- La productivité
- Le moral des différents professionnels
- La sécurité des patients

De plus, autant au niveau des soins aigus que chroniques, les patients rapportent des niveaux de satisfaction plus élevés, une meilleure acceptation des soins et des meilleurs résultats (*better*

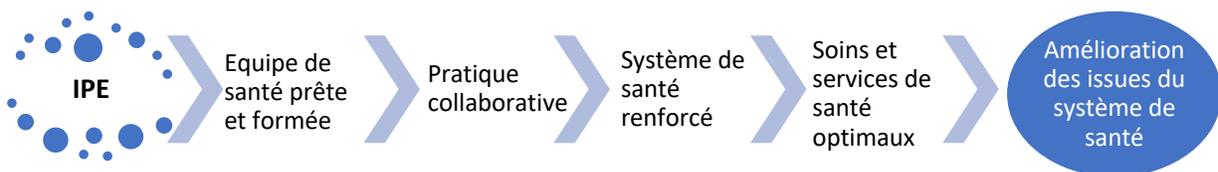
outcomes) suite aux soins d'une équipe multidisciplinaire collaborative (World Health Organization, 2010). En effet, une étude Cochrane sur les effets de l'IPE sur la pratique professionnelle et sur les résultats des soins de santé (Reeves et al., 2008) a rapporté des résultats positifs au niveau des attitudes et comportement des membres du département de l'urgence, une satisfaction accrue des patients, et une réduction du taux d'erreurs cliniques des équipes du département de l'urgence (Morey et al., 2002).

La figure 1 résume le lien entre l'IPE et la pratique collaborative (World Health Organization, 2010).

Figure 1 : Lien entre l'IPE et la pratique collaborative, et l'impact sur le système de santé

(Adaptée et traduite de WHO 2010, http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en)

L'IPE permet aux différents professionnels de la santé d'être formés et préparés à la pratique collaborative lors de leur passage en milieu clinique. Cette dernière mène à des services de santé optimaux, renforce l'organisation des soins de santé et, ultimement, permet de meilleurs résultats du système de santé.



Finalement, l'OMS émet des lignes de conduite sur l'éducation médicale en 2013 et statue que les facultés des sciences de la santé devraient implémenter l'IPE dans le curriculum des étudiants, à la fois pour les étudiants en formation pré-clinique que pour les étudiants gradués (World Health Organization, 2013). De ce fait, l'OMS promeut l'IPE dans le curriculum pré-clinique des étudiants des sciences de la santé comme une approche efficace pour développer la collaboration et la communication entre les étudiants, et les prépare pour la pratique interdisciplinaire future.

1.3 Les théories derrière l'IPE

Il n'existe pas de théorie généralisable dans la littérature justifiant l'IPE ou expliquant de façon définitive pourquoi l'IPE fonctionne (Hean, Craddock, & Hammick, 2012; Visser, Ket, Croiset, & Kusrkar, 2017). Cependant, plusieurs théories furent proposées pour mieux comprendre comment et quand l'apprentissage par l'IPE est réussi.

Afin de mieux comprendre l'origine de ces théories, il faut se rappeler qu'elles émergent de trois disciplines principales: l'éducation, la psychologie et la sociologie. Barr (2013) évoque que la recherche de la base théorique sur l'IPE dépend de la volonté (*readiness*) de ces différentes disciplines académiques à comparer et potentiellement combiner leurs perspectives dans un esprit d'ouverture, d'honnêteté et d'humilité. Barr établit d'ailleurs un parallèle entre cette démarche théorique et la pratique collaborative qui dépend de ces mêmes qualités.

Les sections qui suivent présentent certaines de ces théories.

1.3.1 L'hypothèse de Contact Intergroupe d'Allport

Historiquement, les scientifiques des sciences sociales ont commencé à explorer les contacts intergroupes après la Seconde Guerre Mondiale (Pettigrew, 1998). L'hypothèse de Contact Intergroupe d'Allport de 1954, faisant référence à l'apprentissage en groupe, a influencé de façon majeure les théories de l'époque. En effet, cette hypothèse décrit les conditions situationnelles critiques permettant de réduire les préjugés en regard des contacts intergroupes, afin de favoriser leurs effets positifs (Pettigrew, 1998):

a. Statut égal/équivalent du groupe dans la situation (*equal group status within the situation*), permettant de réduire les biais intergroupes.

b. Buts communs des membres du groupe; on donnera comme exemple la réduction des préjugés interraciaux des athlètes d'une équipe sportive ayant pour but commun la victoire (Pettigrew, 1998).

c. Coopération intergroupe; bannir la compétition intergroupe afin de favoriser la collaboration plutôt que l'avancement/le succès personnel.

d. Soutien des autorités, lois ou coutumes; ceci s'inscrit plutôt dans un contexte socioculturel et historique dans lequel des sanctions sociales explicites existaient (par exemple, entre les individus de différentes religions ou ethnicités).

Pettigrew, quant à lui, rapporte quatre processus interreliés qui amènent un changement des attitudes à travers les contacts intergroupes. Ceux-ci ont été initialement décrits par Allport, tandis que Pettigrew en ajoute une cinquième:

a. L'apprentissage du/sur le groupe externe (*outgroup*), faisant référence aux individus hors de son groupe d'appartenance; par exemple, les étudiants en pharmacie constituent un *groupe externe* pour les étudiants en médecine); les nouveaux apprentissages devraient corriger les vues négatives envers ce groupe externe et ce contact devrait donc réduire les préjugés.

b. Le changement de comportement (par exemple, l'acceptation des membres du *groupe externe*); celui-ci est souvent le précurseur du changement des attitudes.

c. La création de liens affectifs. En effet, l'émotion est clé lors de contacts intergroupes et se décline sous plusieurs formes. L'anxiété est fréquente au contact initial entre les groupes et peut provoquer des réactions négatives. Habituellement, un contact répété réduit cette anxiété, mais une expérience négative peut, au contraire, l'accroître. De façon générale, la répétition du contact amène d'elle-même l'appréciation d'autrui (*liking*) et le confort dans l'interaction («*feels right*»). D'autre part, l'empathie est une émotion positive pouvant amener un changement d'attitude.

d. La réévaluation du groupe d'appartenance (*ingroup*), directement liée au changement d'attitude.

e. La création d'amitiés intergroupe, processus ajouté par Pettigrew. Selon ce dernier, les amitiés amènent des émotions positives, diminuent les préjugés et permettent une généralisation à d'autres *groupes externes*.

Certains auteurs ont appliqué la Théorie du Contact à l'IPE (Hean, Craddock, & Hammick, 2012). Ils expliquent que l'IPE amène des étudiants de différents groupes professionnels à être en contact, et ce, dans des conditions prédéterminées. Ce contact promeut le développement d'attitudes positives entre ces groupes professionnels. Cette théorie appliquée

dans le contexte d'IPE amène les questions suivantes : quelles sont ces conditions qui doivent être introduites dans le curriculum permettant de générer des changements/progression d'attitudes positives chez les étudiants? Comment savoir si leurs attitudes ont effectivement changé?

1.3.2 Théorie de l'identité

Selon Barr (2013), pour mieux comprendre la théorie de contact qui décrit les conditions situationnelles critiques des contacts intergroupes, il est important de prendre en compte la théorie de l'identité. Selon la théorie de l'identité sociale, l'identité est dérivée de l'appartenance (*membership*) à un groupe social; la perception du groupe d'appartenance (*ingroup*) est vue de façon plus positive que celle des autres groupes (*outgroup*) (Barr 2013).

De plus, la notion des conflits réalistes « *realistic conflict* » propose que les attitudes et comportements intergroupes observés dépendent des objectifs propres à chaque groupe. En effet, si les objectifs divergent, les groupes auront des relations hostiles et discriminatoires. Par contre, quand les objectifs sont communs, les groupes se comporteront de façon conciliante (Barr, 2013).

1.3.3 Le modèle d'interprofessionnalisme de d'Amour et Oandasan

D'Amour et Oandasan proposent en 2005 le concept d'interprofessionnalisme (D'Amour & Oandasan, 2005). Les auteurs décrivent que chaque profession possède un savoir spécifique à une discipline, et qu'une juridiction professionnelle ou un champ d'application lui appartient. Cette division en silo des responsabilités professionnelles ne serait pas intégrée avec cohésion d'une manière à répondre aux besoins des patients et des professionnels. La notion d'interprofessionnalisme a pour prémisse de reconnaître l'émergence d'une pratique interprofessionnelle plus cohésive et serait une réponse à la réalité des pratiques de soins fragmentées.

L'interprofessionnalisme serait une solution aux préoccupations des professionnels cherchant à réconcilier leurs visions différentes et, par moment, même opposées, et impliquerait une interaction continue et un partage du savoir entre professionnels. De plus, ce modèle incite

à optimiser la participation du patient à l'équipe interprofessionnelle (D'Amour & Oandasan, 2005). Ce modèle propose également qu'il existe une corrélation et une interdépendance entre les initiatives d'IPE et la pratique interprofessionnelle, et que les professeurs et praticiens collaborent de façon synergique.

Finalement, les auteurs discutent des enjeux de socialisation (*socialization issues*) impliqués dans l'IPE et dans la collaboration IP. En effet, les croyances professionnelles et culturelles, ainsi que les attitudes qui se développent chez les professionnels de la santé peuvent influencer leur volonté (*willingness*) de collaborer avec d'autres professionnels de la santé (D'Amour & Oandasan, 2005). Les étudiants amorcent leur programme professionnel avec des stéréotypes déjà formés de leur propre identité professionnelle et de ceux des autres professionnels de la santé. Cette identité peut être également façonnée par leurs éducateurs/mentors, agissant comme des modèles (*role models*). Ainsi, les croyances et attitudes des éducateurs concernant la pratique collaborative jouent un rôle critique dans l'enseignement des étudiants (D'Amour & Oandasan, 2005).

1.3.4 La théorie du capital social

Le capital social est un concept heuristique utilisé pour décrire, comprendre et mesurer les avantages gagnés/obtenus par l'individu faisant partie d'un réseau social (Hean, Craddock, & Hammick, 2012). Appliquée à l'IPE, la théorie de Hean et al souligne que les étudiants de groupes d'IPE apprennent à construire un capital social personnel à investir dans une équipe interprofessionnelle. Les étudiants sont ainsi mieux préparés à collaborer lors de leur entrée en pratique.

D'autre part, la création de relations sociales entre les étudiants de différentes professions durant les activités d'IPE amène les étudiants à avoir confiance (*trust*) en des étudiants d'autres groupes professionnels. La généralisation de cette confiance acquise envers d'autres groupes de professionnels est un outil de grande valeur pour ces étudiants pour leur future pratique. De ce fait, le curriculum d'IPE devrait inclure des tâches de groupe et un processus facilitateur permettant la construction de cette confiance interprofessionnelle, à un niveau personnel et généralisable (Hean, Craddock, & Hammick, 2012).

De plus, faire partie d'un groupe d'IPE permet le transfert de savoir (*knowledge*) entre les membres du groupe. L'acquisition de ce savoir amène une meilleure compréhension du rôle des autres professionnels, une aptitude améliorée à articuler son propre rôle professionnel et un gain dans les compétences requises pour travailler dans une équipe interprofessionnelle

1.4 Faire le pont entre les théories et la pratique avec la création d'un cours d'IPE dans le curriculum du doctorat en médecine

Dans cette section, nous décrivons le cours d'IPE à l'étude, en débutant par sa conception (Figure 2), ses caractéristiques uniques (partenariat patient, patient formateur), son cursus et format pédagogique (Figure 6-7), tout en le rattachant à l'évolution des paradigmes de soins et services offerts aux patients par les professionnels de la santé (Figure 3).

1.4.1 Historique de la création du cours d'IPE : Collaboration en sciences de la santé (CSS)

Dans la figure 2, nous illustrons, à travers le temps, les étapes du développement du cours d'IPE CSS.

Figure 2: Chronologie de la mise en place du cours CSS



IP=Interprofessionnel, CSS=Collaboration en Sciences de la Santé

Tel que décrit à la figure 2, l'approche des «soins centrés sur le patient» a évolué vers le «partenariat de soins avec le patient et ses proches» (DCPP; CIO-UdeM, 2016). Pour illustrer

cette évolution, nous allons présenter l'évolution temporelle des cadres conceptuels des soins et services offerts aux patients par les professionnels de la santé (Figure 3).

1.4.2 Une leçon d'histoire: l'évolution culturelle de la pratique médicale

Le paternalisme a été l'approche de soins dominante en Amérique du Nord pendant plusieurs décennies (Figure 3). Dans cette approche fondée sur la bienfaisance, le professionnel de la santé devient l'unique détenteur d'un savoir médical. Dans les années 1960, face à l'intérêt accru pour la dimension émotionnelle de la maladie, des groupes d'entraide se forment et marquent l'émergence de nouvelles pratiques d'écoute et d'accompagnement, et le paternalisme commence à être remis en question (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2016). Dans les 20 dernières années, le paternalisme a fait place à l'approche des soins centrés sur le patient qui prône une pratique des soins informant le patient et l'incluant dans la prise de décision.

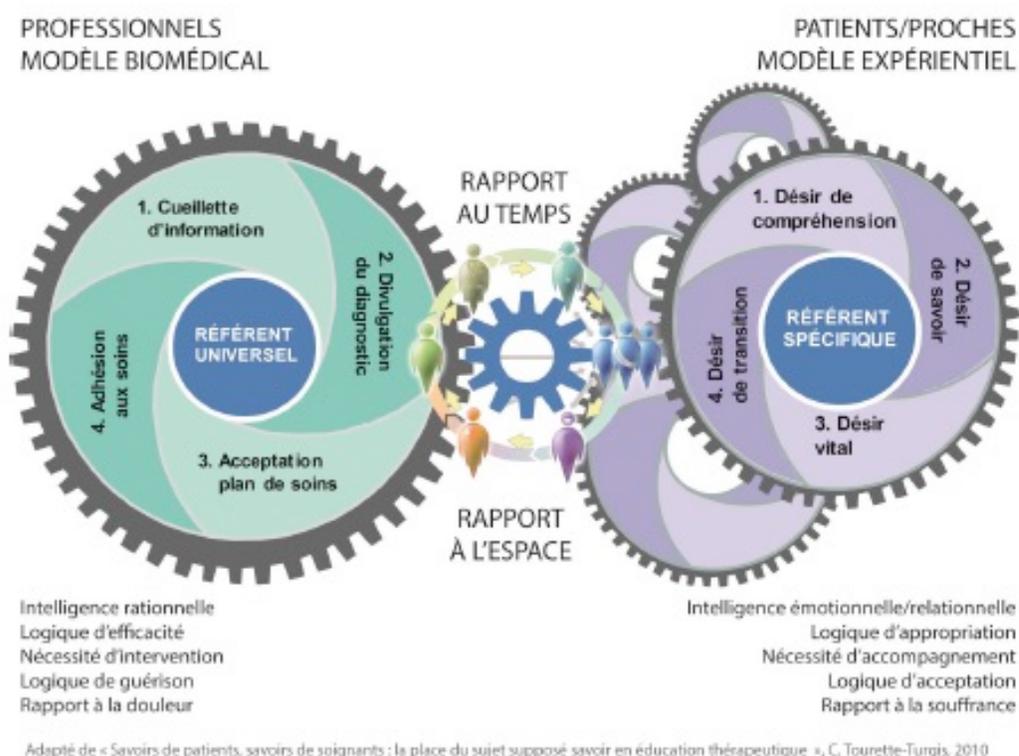
Figure 3: Évolution de paradigme de la relation patient-intervenant

Tiré de Karazivan et al., 2015

Une approche plus apte à répondre aux préoccupations et défis actuels de notre société en matière de santé s'impose. Comment arriver à arrimer deux modes de fonctionnement différents: celui des intervenants de l'équipe de soins et de services et celui du patient et de ses proches aidants (Figure 4)? En développant un modèle permettant la synchronisation des actions des intervenants avec le rythme de cheminement du patient dans sa vie avec la maladie, tout en adaptant les attitudes et les comportements de chacun en vue d'harmoniser les actions.

Figure 4: Défi de synchronisation

Tiré de : Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. (DCPP , 2015)



C'est ainsi qu'une dizaine d'années plus tard, le partenariat patient émerge, nouveau paradigme de soins et de services; le patient est alors membre de l'équipe de soins et de services (Karazivan et al., 2015). Il est encouragé à développer ses compétences de soins tout au long de

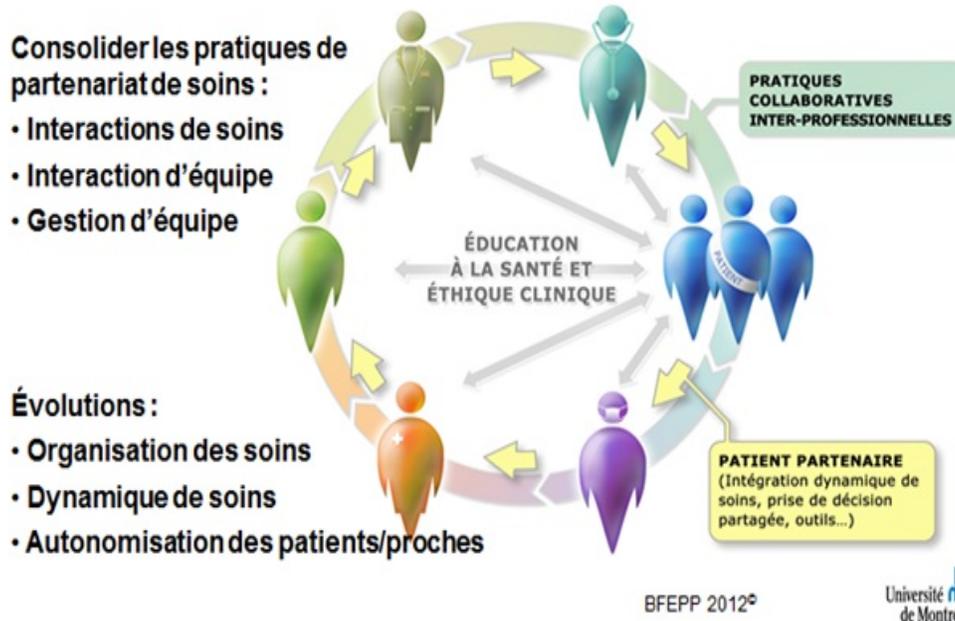
son parcours de santé, de façon à devenir un véritable partenaire des intervenants qui l'accompagnent. Le partenariat de soins dénote une évolution culturelle de la pratique médicale en reconnaissant non seulement le savoir scientifique, mais encore le savoir expérientiel (Karazivan et al., 2015).

1.4.3 Partenariat de soins et de services : pilier des cours CSS

Le partenariat de soins et de service se définit comme un mode de collaboration entre patients et professionnels, fondé sur la complémentarité des expertises et des savoirs expérientiels de chacun et sur un leadership partagé, en vue de réaliser une activité conjointe à partir d'une compréhension commune de la finalité visée et de la démarche à employer (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2016). Le partenariat s'exerce aussitôt qu'un intervenant entre en relation avec le patient et que s'installe entre eux une relation de collaboration, d'égalité, de reconnaissance mutuelle des savoirs, avec le souci d'une habilitation progressive du patient à prendre sa situation de santé en main. En ce sens, patient et intervenant forment une équipe (DCPP; CIO-UdeM, 2016) (Figure 5).

Figure 5: La logique du travail en partenariat de soins

Tiré de: DCPP; CIO-UdeM, 2016



Afin d'appliquer le concept de partenariat de soins, tel que mentionné à la figure 2, des patients formateurs ont été progressivement intégrés dans les groupes de discussion des ateliers interprogrammes de formation à la collaboration interprofessionnelle. Ceux-ci co-animent activement les ateliers avec les cliniciens. Le rôle de patient partenaire sera décrit plus en détail à la section 1.4.7.

« La Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) a pour principal objectif d'orchestrer une transformation profonde de la philosophie et des modèles de soins et services à partir d'une vision innovante du partenariat patient qui lie les patients et les intervenants de la santé dans le cadre du processus de soins et de services sociaux.

Dans une perspective novatrice d'amélioration des pratiques cliniques, la Direction collaboration et partenariat patient assure la promotion d'une approche relative au partenariat de soins et de services auprès des étudiants des sciences de la santé de l'Université de Montréal et du personnel des établissements de soins affiliés à l'Université. La DCPP a également le mandat de sensibiliser les divers intervenants de la santé, présents et à venir, à l'intégration des savoirs de toutes les parties concernées – y compris ceux des patients – afin de consolider

dans les nombreux milieux cliniques du RUIS de l'UdeM de réels partenariats de soins et de services. »

DCPP, UdeM

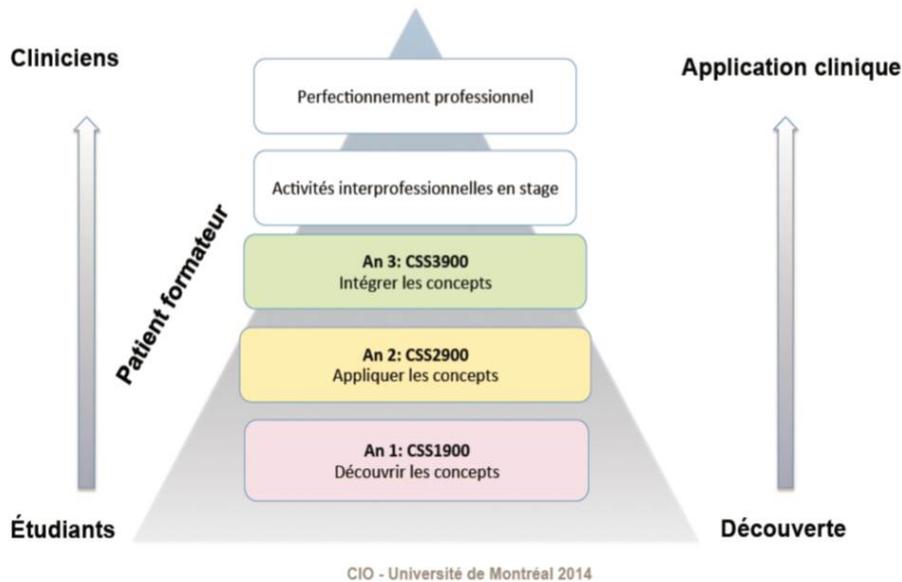
1.4.4 Cursus du cours CSS

Le curriculum d'IPE CSS est organisé selon une approche par étape (Figure 6). En effet, le cours de première année (Année 1 : CSS1900) est dédié à la découverte des différentes professions du domaine de la santé, ainsi que du concept de patient partenaire. Par la suite, le cours de deuxième année (Année 2 : CSS2900) permet de clarifier les rôles et de pratiquer les habiletés apprises à travers une étude de cas. Finalement, le cours de troisième année (Année 3 : CSS3900) permet de solidifier les habiletés acquises de pratique collaborative par l'entremise de la production d'un plan d'intervention interprofessionnel via une étude de cas gériatrique. Le curriculum, ainsi que ses objectifs, ont été développés par un comité multidisciplinaire d'experts, composé de membres des différents programmes de formation à l'UdeM de futurs professionnels du système de santé : médecine, pharmacie, physiothérapie, orthophonie, nutrition, audiologie, psychologie, travail social, ergothérapie, sciences infirmières, kinésiologie, optométrie et médecine dentaire.

Le but global de ce programme est le développement des habiletés de communication et de collaboration interprofessionnelle par l'usage de cours didactiques, de modules d'auto-apprentissage en ligne, du journal de bord collaboratif, et d'un atelier interprogrammes dont la rétroaction est chapeautée par un tandem de co-tuteurs composé d'un professeur pratiquant une profession de la santé ou des sciences sociales et d'un patient-formateur. D'autre part, en participant aux différentes activités du cours, les étudiants seront sensibilisés à l'importance de la pratique collaborative, et auront une meilleure compréhension de la nécessité de clarifier les tâches et les rôles de chaque professionnel de la santé au sein de l'équipe. De plus, ils pourront identifier des stratégies pour négocier de façon efficace les rôles et tâches des professionnels et pour planifier des interventions en partenariat avec le patient et ses proches.

Figure 6: *Cursus du cours CSS*

Continuum de formation à la collaboration interprofessionnelle à UdeM



1.4.5 Format pédagogique du cours CSS3900

L'Année 3, qui se déroule au tout début de l'externat clinique des étudiants en médecine, comporte 15 heures de cours, incluant des modules en ligne, une session didactique intradisciplinaire à l'université, ainsi qu'une demi-journée d'atelier en équipe «interprogrammes» et de sessions de rétroaction (Figure 7). Les ateliers interprogrammes sont composés de la simulation de deux ébauches de rencontres d'équipes interprofessionnelles en lien avec un même patient fictif, un aîné diabétique de 70 ans ayant récemment souffert d'un accident cérébrovasculaire. Le but de ces deux réunions est de créer : a) un plan d'intervention pour le séjour à l'hôpital du patient (première réunion multidisciplinaire) et b) un second plan d'intervention pour le congé de l'hôpital (seconde réunion multidisciplinaire). Ces sessions par petits groupes sont supervisées par un professionnel de la santé ou des sciences sociales chevronné et par un patient formateur. Les étudiants non désignés au premier atelier en équipe seront mandatés d'observer et d'évaluer leurs pairs, et vice-versa pour les étudiants dans le second atelier en équipe. Enfin, chaque atelier sera suivi d'une rétroaction facilitée par les

étudiants observateurs et participants, ainsi que par le tuteur et le patient formateur. Il faut noter que ces réunions simulées sont un moyen de pratiquer, d'observer et d'évaluer les habiletés de communication et de collaboration; elles n'ont pas pour objectif primaire de produire le plan d'intervention idéal.

Figure 7: Composition des cours CSS

Figure 7a. Trois cours, trois volets pédagogiques

Tiré de : DCPD et CIO-UdeM, 2016

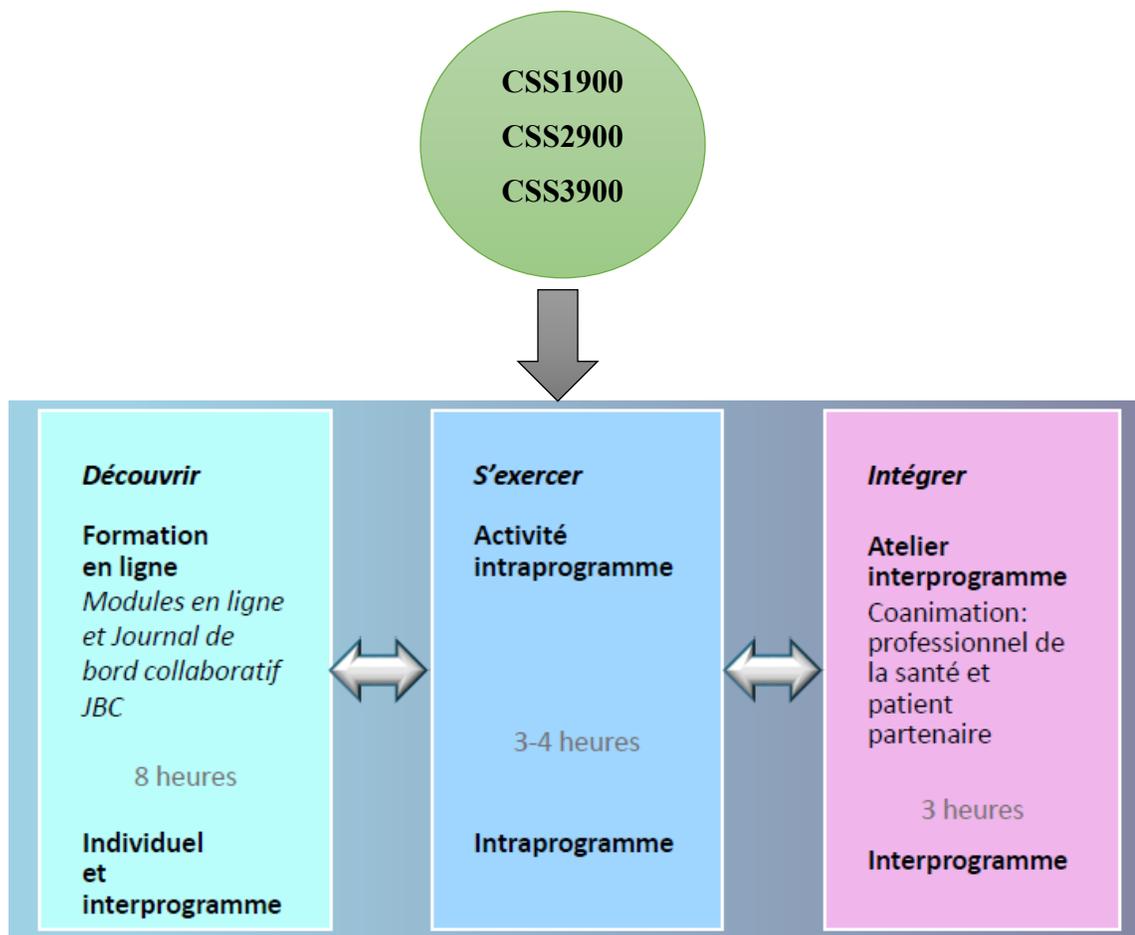
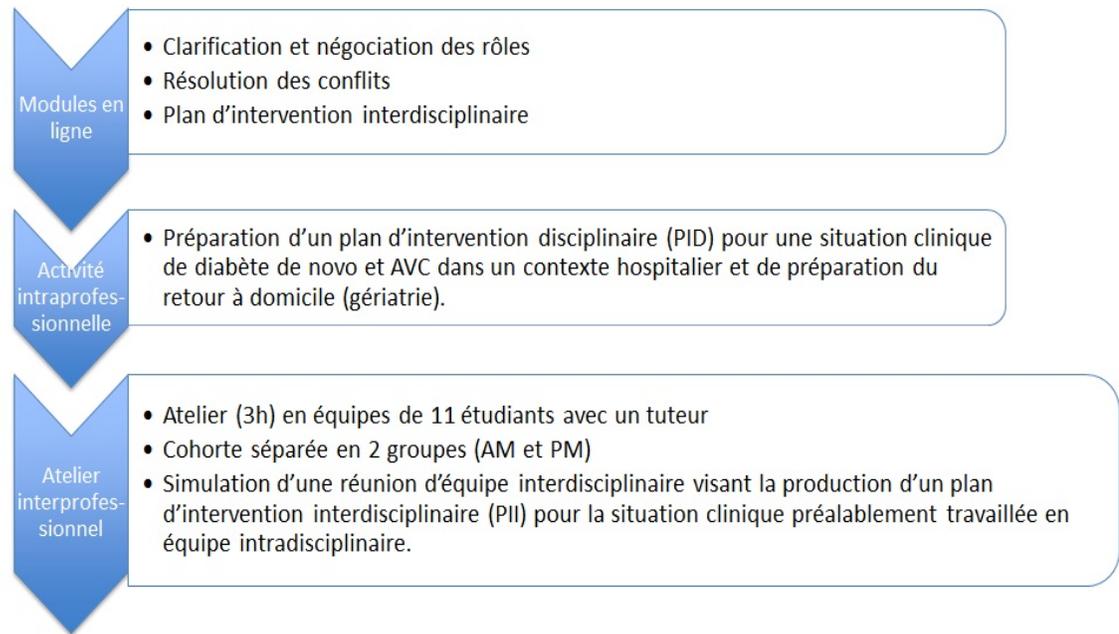


Figure 7b. Description des trois principaux volets

Tiré de : DCPD et CIO-UdeM, 2016



Malgré le fait que les cours d'IPE dans les différentes institutions ont le but commun de développer les habiletés nécessaires à la pratique collaborative, ceux-ci sont organisés de multiples façons, en termes d'objectifs, de longueur du cours ou du choix des différentes méthodes pédagogiques et d'évaluation. Par exemple, certains cours emploient uniquement des sessions didactiques, alors que d'autres n'ont recours qu'à la simulation en équipe.

L'apprentissage par simulation est un excellent moyen pour les équipes d'étudiants de travailler en collaboration, et ce, dans un environnement réaliste et sécuritaire, sans possibilité de faire du tort aux patients (Gaba, 2007; Rosen et al., 2008). L'utilisation de la simulation permet aux étudiants de pratiquer les habiletés de communication et de collaboration interprofessionnelle, d'observer les dynamiques des équipes interprofessionnelles, d'offrir une rétroaction aux autres membres de l'équipe et d'en recevoir une à travers les rétroactions facilitées. La rétroaction réciproque à des moments propices (réflexion sur l'action) permet de consolider le développement des compétences se réalisant dans l'action (via la simulation). La rétroaction a pour but de modifier un comportement en suivant un processus dans lequel se

succèdent l'action, l'observation, l'interprétation et la redirection (O'Brien, Marks, & Charlin, 2003).

1.4.6 L'approche par compétences: des CanMeds aux compétences de la pratique collaborative en partenariat avec le patient

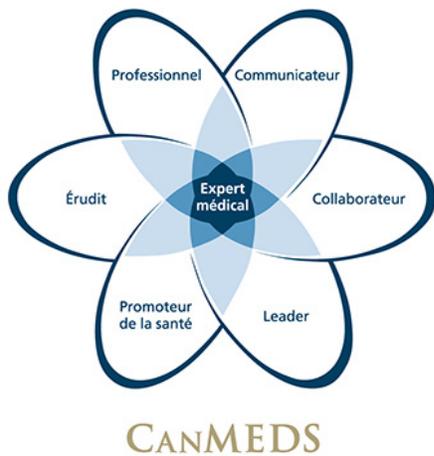
Le cours CSS est basé sur l'approche par compétences, ou, au Canada, la compétence par conception (CPC). Une compétence est un ensemble de savoirs (savoir, savoir être, savoir-faire), d'habiletés et d'attitudes qui, lorsque couplés à un bon jugement et mobilisés dans un contexte spécifique de soins de santé et de services sociaux, permettent aux patients et aux intervenants d'obtenir des résultats de santé optimaux, en exerçant leurs rôles et responsabilités de façon autonome, en améliorant leurs actions et en s'adaptant à un environnement en constante mutation (DCPP et CIO-UdeM, 2016).

La CPC est une approche d'enseignement médical axée sur les résultats/habiletés, et non sur le temps, et repose sur un référentiel de compétences, les CanMEDS, dérivant d'une analyse des besoins des patients, ainsi que sociétaux, et préparant les médecins à la pratique (Figure 8) (Frank, 2005).

Le référentiel CanMEDS définit et décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux et celles à qui ils prodiguent des soins. Ces compétences s'articulent autour de sept rôles. Un médecin compétent intègre les compétences des sept rôles CanMEDS (The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada).

Figure 8: Approche par compétences CanMEDS

Reproduction de: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>



Le cours CSS détient un référentiel de compétences qui lui est propre (Figure 9) composé d'une compétence centrale (planification, mise en œuvre et suivi des soins de santé et des services sociaux) faisant appel à 7 compétences transversales (travail d'équipe, clarification des rôles et des responsabilités, leadership collaboratif, prévention et résolution de conflits, éthique clinique, éducation thérapeutique et éducation à la santé et communication). Les patients et les intervenants de la santé et des services sociaux développent ensemble ces compétences au fil du temps, en exerçant leurs rôles et responsabilités dans le but d'agir comme partenaires de soins et services (DCPP, 2015).

Figure 9: Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient

Tiré de : DCPD et CIO-UdeM, 2016



1.4.7 Caractéristique unique du cours CSS : le partenariat patient

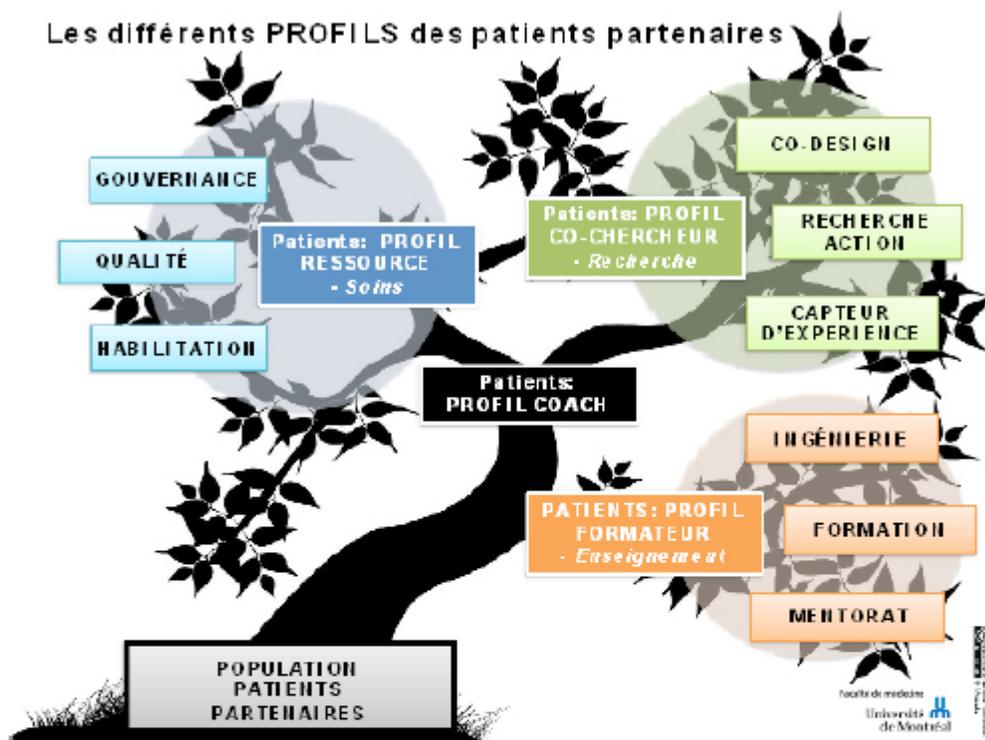
Un aspect clé du cours CSS est celui de la participation du patient formateur, introduit dans les cours CSS depuis 2010 (Figure 2).

La DCPD définit le patient partenaire comme une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés (DCPD, 2015). Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de l'équipe pour les soins et services qui lui sont offerts. Ses savoirs expérientiels sont reconnus. D'une part, les intervenants l'accompagnent pour faciliter le développement de ses compétences, d'autre part, à son tour, le patient enrichit la vision et les savoirs des intervenants par ses savoirs expérientiels. Tout en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent.

Plusieurs profils de patient partenaires existent tel que présenté à la Figure 10. Les patients partenaires peuvent intervenir dans le domaine des soins de services, de l'enseignement ou de la recherche. Le patient partenaire au profil formateur contribue, chez les étudiants en sciences de la santé et psychosociales, au développement des compétences nécessaires pour favoriser l'émergence et le maintien de solides partenariats de soins et de services avec leurs futurs patients (DCPP, 2015).

Figure 10: Les différents profils des patients partenaires

Tiré de : Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP)



Ainsi, le rôle principal du patient formateur est de faire découvrir la perspective du patient aux différents étudiants des sciences de la santé et des sciences psychosociales. Lors du

cours de l'année 3, le patient formateur aide les étudiants à élaborer le plan d'intervention en mettant le patient au cœur du processus. Il leur donne une rétroaction concernant l'intégration et l'application du partenariat de soins du point de vue du patient (Vanier et al., 2013). Idéalement, une approche complète en partenariat implique que le patient doit être intégré stratégiquement et méthodologiquement à plusieurs niveaux pour améliorer le système de santé (Vanier et al., 2014).

1.5 Attitudes des étudiants en médecine face à l'IPE : ce qui est déjà connu

Plusieurs revues systématiques sur l'IPE existent dans la littérature. Un tableau résumant les résultats de ces études est présenté (Tableau I).

Tableau I: Résumé des objectifs et résultats des différentes revues systématiques sur l'IPE par ordre chronologique

REVUE	OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	ÉTUDES	RÉSULTATS
Barr H et al, 2000	Identifier où et comment l'IPE est évaluée dans le Royaume-Uni	19	L'IPE est appréciée et valorisée par les étudiants y participant; Modification positive des attitudes; A le potentiel de modifier la pratique et les soins aux patients
Reeves S, 2001	Évaluer l'étendue et la qualité des études publiées sur l'IPE dans le domaine des adultes avec problèmes de santé mentale	19	Résultats positifs identifiés dans les 19 études; Par contre plusieurs lacunes méthodologiques (manque d'informations sur le type

			d'intervention d'IPE ainsi que sur le type d'évaluation utilisé et l'évolution des effets de l'IPE avec le temps)
Cooper H et al, 2001	Explorer la faisabilité d'introduire l'IPE aux étudiants au niveau pré-clinique	30	Bénéfices de l'IPE sur le changement de connaissances, habiletés, attitudes et croyances; Pas d'impact perceptible sur la pratique professionnelle; Les théories de la psychologie et de l'éducation sont rarement utilisées pour guider le développement des interventions éducatives
Barr H et al, 2005	Revoir les connaissances conventionnelles sur l'IPE à la lumière des résultats d'études plus rigoureuses	353	L'IPE permet d'établir des bases de connaissances communes et de modifier les attitudes réciproques; Importance de continuer de développer l'IPE sur un continuum intégrant le post-gradué pour améliorer les soins aux patients et leur satisfaction; Importance de la rigueur du processus d'évaluation en utilisant des méthodologies qualitatives et quantitatives.

Hammick M et al, 2007	Identifier et revoir les évaluations les plus solides d'IPE; classifier les résultats d'IPE et analyser l'influence du contexte sur certains résultats; développer un narratif sur les mécanismes sous-jacents qui déterminent les effets positifs et négatifs de l'IPE	21	IPE généralement bien reçue; Permet de développer les connaissances et habiletés nécessaires à l'apprentissage de la pratique collaborative; Les étudiants ont des valeurs uniques en ce qui concerne les autres étudiants et eux-mêmes, et le développement de l'équipe a une influence clé pour l'efficacité de l'IPE
Reeves S et al, 2008	Évaluer l'efficacité d'interventions d'IPE vs interventions éducatives effectuées par des membres du même ordre professionnel; Étudier l'efficacité d'IPE vs aucune intervention	6	4 études : résultats positifs (culture dans le département d'urgence, satisfaction patient, comportement collaboratif de l'équipe); 2 études: pas d'impact sur la pratique professionnelle ou soins aux patients
Visser C et al, 2017	Identifier les facteurs facilitants et les barrières perçues à l'IPE par les étudiants	65	Plus d'ouverture (<i>readiness</i>) pour l'IPE chez les femmes sans lien avec l'expérience antérieure dans le domaine de la santé; Barrières : sentiment d'intimidation par les docteurs, le manque d'évaluation formelle; Facteurs facilitants : situations de crises créant un

			sentiment d'urgence, activités d'apprentissage par petit groupe dans un contexte authentique, apprendre à se connaître de façon informelle
Reeves S et al, 2017	Évaluer l'impact d'interventions d'IPE basées sur la pratique (practice-based IPE) pour améliorer la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels de la santé	9	4 études : résultats positifs (amélioration de l'usage des ressources de la santé, amélioration de l'adhérence des professionnels de la santé aux pratiques recommandées); 5 études: incertitude d'un effet positif sur la qualité des soins rapportée par les patients, la continuité des soins, et la pratique collaborative.

Adapté de: *Annexe 6: Summary chart of research evidence from systematic reviews on Interprofessional Education (IPE)*, WHO 2010

En somme, plusieurs études rapportent que les étudiants de différentes professions de la santé participant dans des programmes d'IPE perçoivent une amélioration de leurs connaissances et de leurs habiletés de communication et dans l'appréciation des rôles des différents professionnels de la santé (Dumont et al., 2010). Des études longitudinales évaluant l'impact de l'IPE ont montré que les professionnels, après graduation, se sentent plus confiants en leurs habiletés de communication et de travail interdisciplinaire. Par contre, des inférences générales sur l'IPE sont difficiles à émettre à cause de l'hétérogénéité des interventions ainsi que des limitations méthodologiques dont les différents types d'études (longitudinales, transversales, essais randomisés contrôlés), les différentes populations étudiées, les différents outils d'évaluation et l'utilisation des questionnaires standardisés vs non standardisés (Reeves et al., 2008).

Alors que les attitudes et les connaissances sur l'éducation médicale sont en constante évolution, et que les patients sont de plus en plus informés, il est nécessaire d'offrir aux étudiants en médecine la meilleure éducation médicale qui soit, pour développer leurs habiletés de collaboration de la façon la plus efficace possible. Le but de cette étude est de démontrer qu'un cours d'IPE inclus dans le cursus médical des étudiants en médecine, avec la participation d'un patient formateur, permet aux étudiants d'atteindre les objectifs déterminés par le comité de cours interfacultaire et l'université, tout en appliquant les recommandations de l'OMS à l'effet de développer la pratique collaborative et l'IPE.

1.6 Question de recherche

Un cours d'IPE inclus dans le cursus médical des étudiants en médecine, utilisant des modules d'auto-apprentissages en ligne et un journal de bord collaboratif (JBC), des cours magistraux et un atelier interprogramme avec rétroaction facilitée par un tandem de co-tuteurs composé d'un patient formateur et d'un professeur a-t'il un impact sur les attitudes des étudiants en médecine envers l'IPE et la pratique collaborative en partenariat de soins avec le patient?

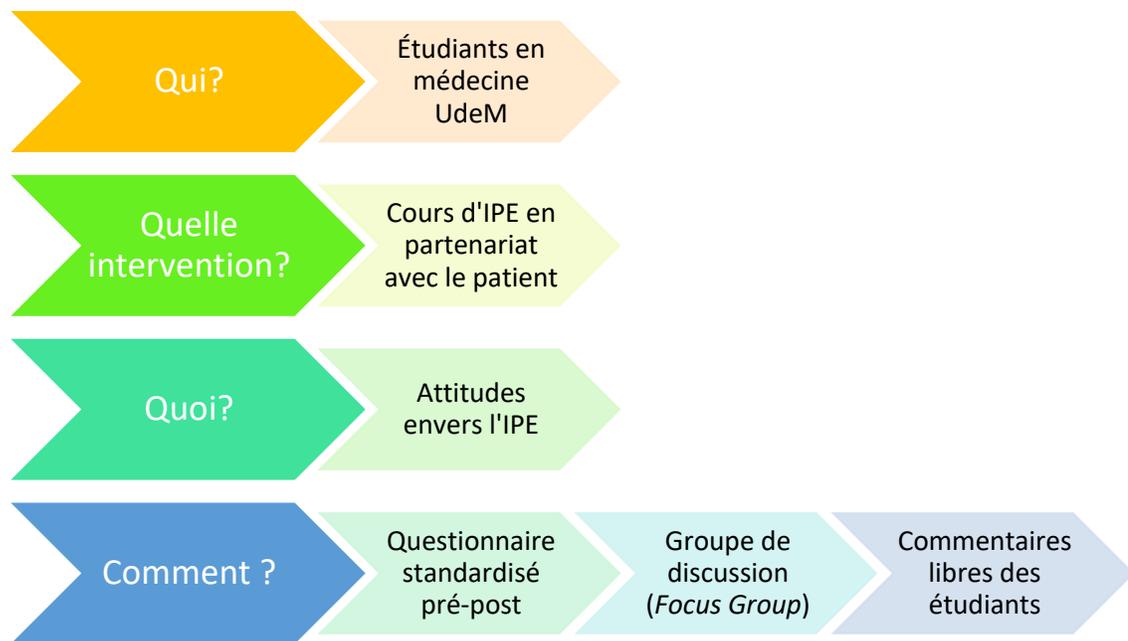
CHAPITRE II : MÉTHODOLOGIE

Jusqu'à présent, nous avons décrit les deux premiers principes fondamentaux de la démarche de recherche (Shavelson & Towne, 2002):

- Question pertinente (Section 1.6)
- Lien recherche-théorie (Section 1.3)

Dans ce chapitre, nous allons décrire la méthodologie utilisée pour répondre à la question de recherche. La Figure 11 résume brièvement les principaux aspects du projet qui seront chacun décrits en détail à travers le Chapitre II

Figure 11: Résumé des principaux aspects du projet de recherche



2.1 Cadre de recherche

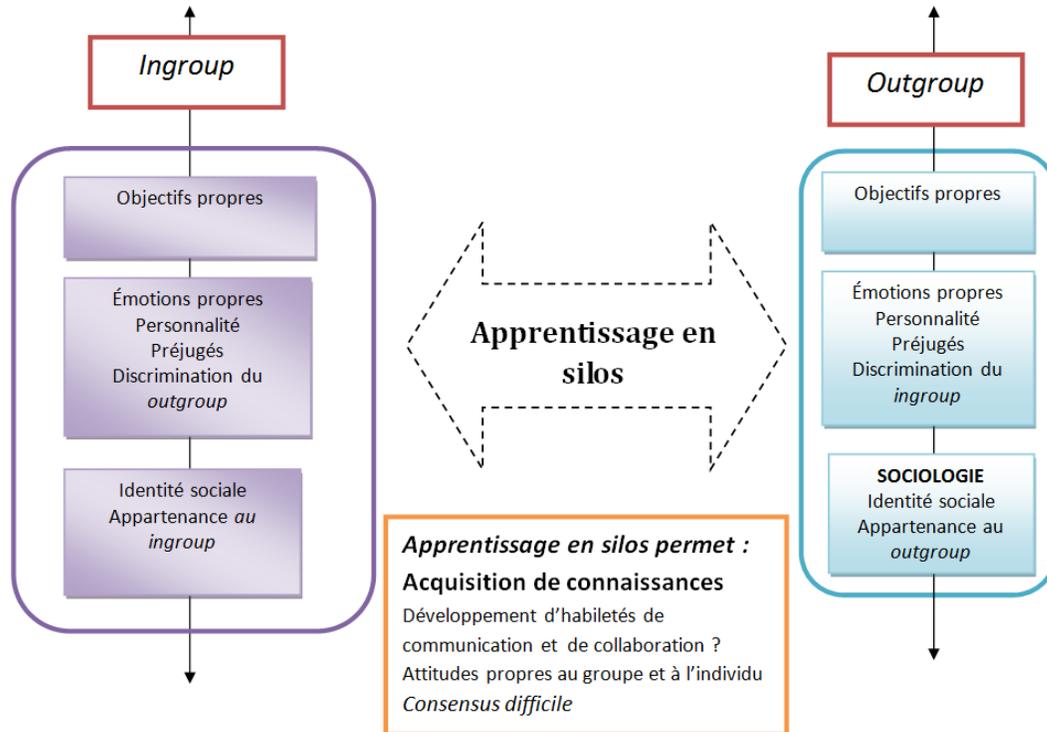
A la lumière du recensement des écrits, afin de générer notre hypothèse de recherche, nous avons schématisé un cadre de recherche conceptuel à la Figure 12. Couramment utilisé en

recherche quantitative, un cadre de recherche est une représentation graphique des principaux concepts et de leurs relations présumées, et sert de base à la formulation d'hypothèses (Fortin, 2010).

En effet, nous cherchions à explorer l'impact du cours d'IPE en partenariat avec le patient sur les attitudes des étudiants en médecine envers l'IPE. Nos premiers concepts (Figure 12a) s'inscrivent dans le contexte de l'apprentissage en silos, c'est-à-dire, pour chacune des disciplines des sciences de la santé et des services sociaux (*ingroup*) les étudiants et professeurs apprennent au sein de leur propre discipline. Le contact avec les autres disciplines (*outgroup*) est pauvre. Par notre recensement des écrits, en se basant sur les théories derrière l'IPE, sans contact avec le *outgroup*, les préjugés envers ce dernier ne sont pas adressés, le sentiment d'identité sociale est renforcé, et les objectifs sont propres à chaque discipline. Alors que ce type d'apprentissage favorise l'acquisition de connaissances propres à la discipline et le développement de la compétence CanMEDS « expert », il permet peu le développement des habiletés de communication et collaboration. Par contre, tel qu'illustré à la Figure 12b, le cours CSS permettrait, entre autres par le contact de l'atelier en équipe interdisciplinaire, de favoriser des attitudes positives envers l'IPE ainsi que le développement des habiletés de communication et de collaboration.

Figure 12: Cadre de recherche conceptuel

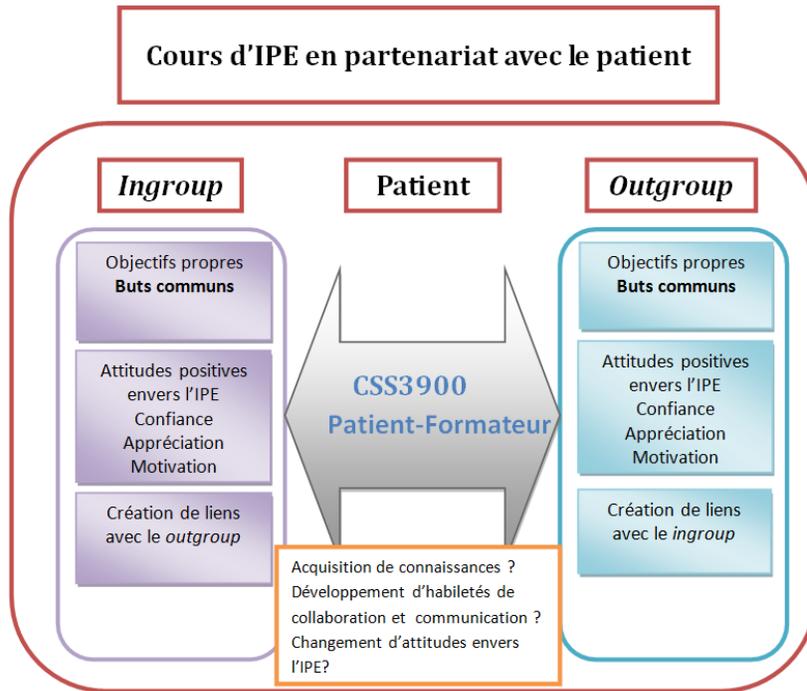
Figure 12a : Concepts reliés à l'apprentissage en silos



Ingroup=Groupe d'appartenance

Outgroup=Groupe externe

Figure 12b : Concepts reliés à l'apprentissage en IPE en partenariat avec le patient



Ingroup=Groupe d'appartenance

Outgroup=Groupe externe

2.2 Hypothèse de recherche

A la lumière de notre cadre de recherche, nous avons émis l'hypothèse que le cours d'IPE CSS3900 en partenariat avec le patient:

- aurait un impact positif sur les attitudes des étudiants en médecine envers l'IPE ainsi que sur leur motivation et leur confiance en soi;
- permettrait de pratiquer et développer des habiletés de communication et de collaboration.

2.3 Objectifs de recherche

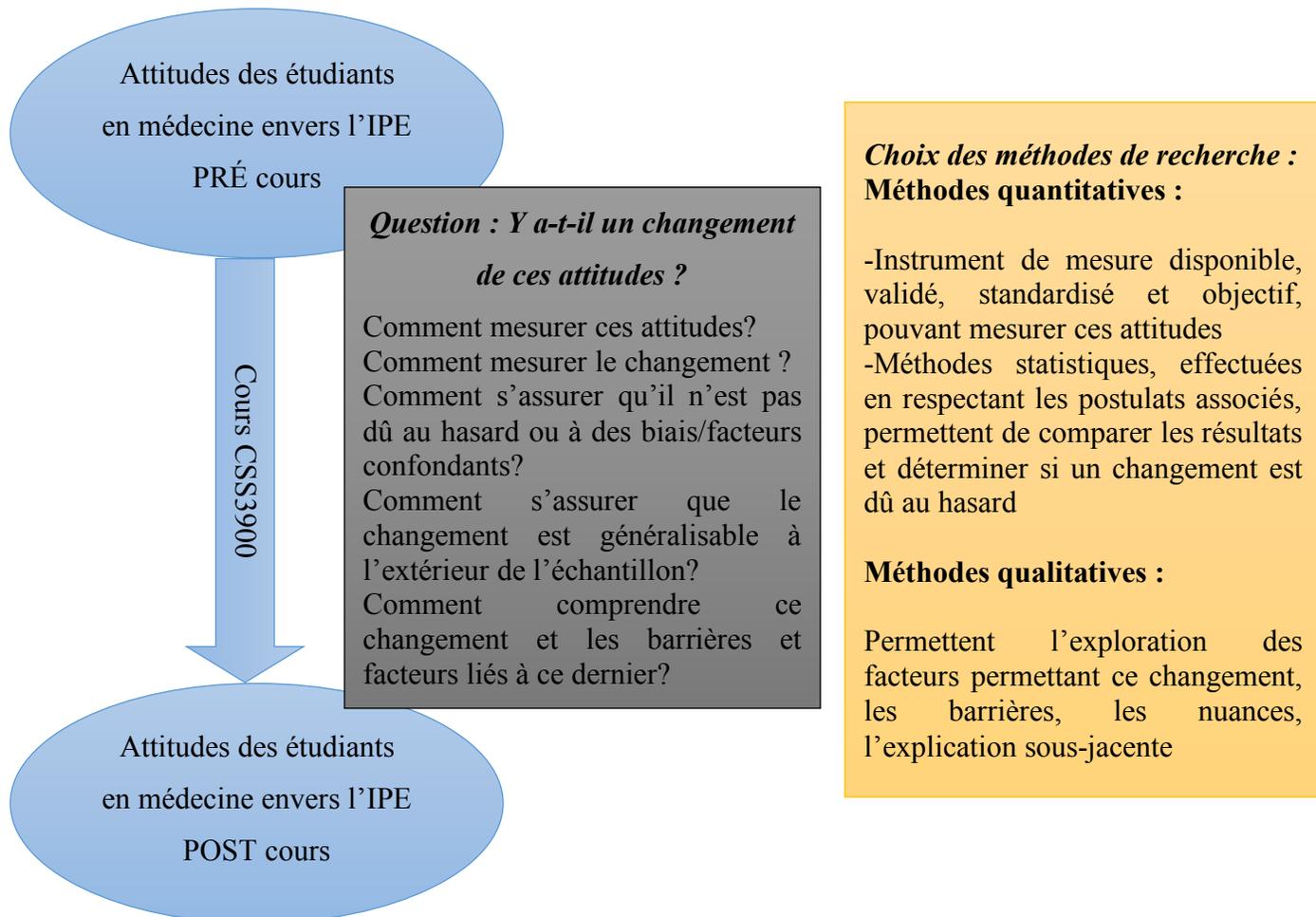
- 1) Explorer si le cours CSS permet aux étudiants en médecine de développer leur attitude et leur confiance en soi en regard de leur pratique collaborative future.
- 2) Déterminer si le cours CSS permet aux étudiants de reconnaître les rôles et la contribution des différents membres de l'équipe de soins.

- 3) Décrire la perception des étudiants en médecine de leurs habiletés de communication et de collaboration en équipe interdisciplinaire suite à leur participation au cours CSS.
- 4) Explorer l'appréciation du patient formateur et de son impact auprès des étudiants en médecine.

2.4 Choix de l'approche de recherche

Le choix des méthodes de recherche appropriées et la construction du modèle d'analyse, troisième principe fondamental de la démarche de recherche (Shavelson & Towne, 2002) et troisième étape de la recherche selon Quivy et Van Campenhoudt (2006), a été basé sur la nature de la question de recherche et de la problématique en question. La Figure 13 illustre cette réflexion.

Figure 13: Réflexion sur le choix de méthodologie



Étant donné qu'il n'existe pas de formulation générale et universelle (loi) associée à notre thème de recherche, nous avons donc décrit une hypothèse de recherche (i.e. «Le cours CSS3900 amène un changement des attitudes des étudiants en médecine envers l'IPE et la pratique collaborative») et avons cherché à vérifier cette hypothèse. Notre mode de raisonnement a donc été déductif, allant du général au particulier. Ce type de démarche (hypothético-déductive) est la pierre angulaire de la recherche quantitative expérimentale. En effet, la recherche quantitative permet de déterminer la nature et les caractéristiques des phénomènes et suggère certains types de relations possibles entre les phénomènes, tout en évaluant la probabilité qu'un événement se produise. Appliqué à notre projet, nous avons choisi, par l'entremise de notre recensement des écrits, un instrument standardisé et validé permettant de décrire, et même «quantifier» les attitudes des étudiants en médecine ayant suivi le cours CSS3900 envers l'IPE (Section 2.5.1). Avec ces données chiffrées, nous pouvons utiliser des méthodes statistiques afin de déterminer si nos résultats (Chapitre III) étaient liés au hasard ou bel et bien associés au cours d'IPE, tout en gardant en tête et identifiant si des facteurs confondants ou des biais existent (Chapitre IV); cette approche est basée sur un paradigme postpositiviste qui reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreur (Fortin, 2010).

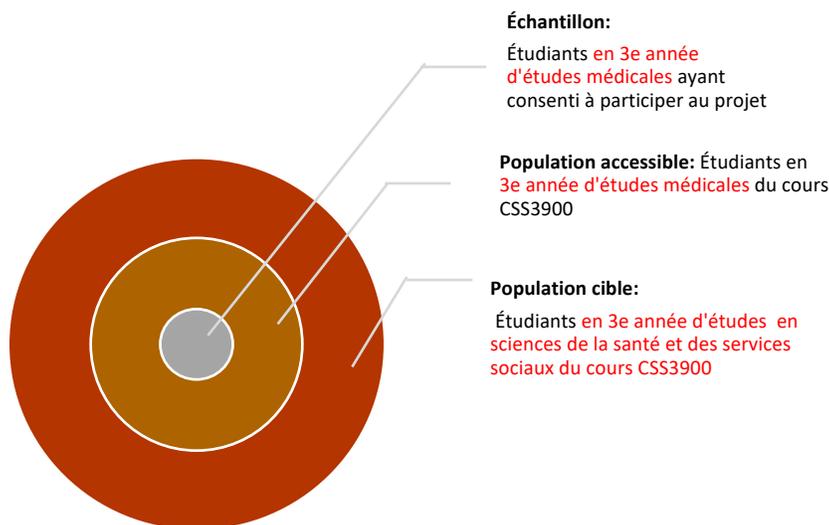
Cependant, nous cherchions également à explorer comment ce cours influence les attitudes des étudiants de médecine et quels sont les facteurs sous-jacents pouvant aider à comprendre ce changement d'attitudes. En effet, il est possible que ces questionnaires puissent avoir une portée et une envergure limitées pour explorer de façon plus fine les attitudes et réflexions des étudiants. Nous nous sommes donc également inscrits dans une démarche inductive et exploratoire, en cherchant à aller du particulier vers le général, des faits vers la théorie, c'est-à-dire, par l'entremise de la recherche qualitative. En effet, la recherche qualitative permet de comprendre ou découvrir le sens ou la signification d'un phénomène et de le décrire. Appliquée à notre projet, une approche qualitative, par l'entremise d'un groupe de discussion, permettra d'acquérir une meilleure compréhension des perspectives des étudiants en médecine envers l'IPE, la pratique collaborative, l'implication du patient formateur et l'impact de l'atelier interprogramme dans leur expérience d'apprentissage et sur les changements de leurs attitudes.

En somme, notre paradigme est pragmatiste (Fortin, 2010); nous avons choisi d'utiliser comme méthodologie de recherche des méthodes mixtes pour répondre à la problématique et à la question de recherche. Les méthodes mixtes privilégient la combinaison d'approches méthodologiques issues des paradigmes quantitatifs et qualitatifs. Les avantages et inconvénients de cette méthodologie ayant eu un impact sur le projet de recherche seront décrits au Chapitre IV.

2.5 Participants

2.5.1 Description de la population à l'étude

Figure 14: Rapport entre la population cible et l'échantillon



L'objectif du cours CSS3900 est de favoriser l'IPE et la pratique collaborative en sciences de la santé et services sociaux. Il va donc de soi que la population à l'étude soit la cohorte des étudiants pré-gradués des sciences de la santé et services sociaux (Figure 14).

La population accessible, quant à elle, représente la portion de la population que nous pouvons étudier, atteindre (Fortin, 2010) : dans cette étude, elle correspond aux étudiants en

médecine pré-gradués de l'UdeM ayant suivi le cours CSS3900 en 2015. En effet, 250 étudiants de médecine ont participé au cours d'IPE, ainsi que près de 1450 autres étudiants des programmes de pharmacie, physiothérapie, orthophonie, nutrition, audiologie, psychologie, travail social, ergothérapie, sciences infirmières, kinésiologie, optométrie et de médecine dentaire. Pour les ateliers interprogrammes, chaque équipe sera composée d'étudiants représentant la majorité des disciplines professionnelles participant au cours d'IPE, ainsi que de deux co-tuteurs (un professionnel de la santé ou des services sociaux et un patient formateur ayant suivi une formation particulière).

Pour cette étude, seuls les étudiants en médecine seront inclus, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, à leur niveau, ces étudiants n'auront pas encore été significativement en immersion dans la pratique clinique, contrairement aux étudiants issus d'autres professions, telles que les sciences infirmières, l'orthophonie ou l'ergothérapie, pour n'en nommer que quelques-unes, qui offrent déjà une exposition clinique bien avant ce stade de la formation. En effet, l'exposition clinique pourrait causer un biais entre l'impact pur du cours d'IPE et l'apprentissage naturel à travers l'exposition clinique. Deuxièmement, se concentrer sur des étudiants d'une seule profession nous permettra une compréhension plus approfondie de leurs besoins spécifiques et de leur expérience. Il sera toujours possible de se pencher sur les étudiants des autres professions lors d'études additionnelles avec un protocole similaire. Troisièmement, l'approche collaborative interprofessionnelle en partenariat avec le patient et/ou ses proches offre une alternative dynamique et réciproque à l'approche paternaliste longtemps promue par les médecins en pratique. Quatrièmement, les étudiants en médecine sont parmi les plus susceptibles de travailler en équipe interprofessionnelle dans leur futur milieu de travail. Cinquièmement, l'endossement des étudiants de médecine à l'approche en partenariat de soins est essentiel à la diffusion de la méthode.

Afin de mieux décrire cette population, il est important de mentionner que les étudiants de médecine possèdent différentes formations antérieures : en effet, certains sont admis directement du niveau collégial au Programme de Pré-Médecine, sans passage universitaire préalable, alors que d'autres auront complété des baccalauréats, maîtrises ou doctorats universitaires en d'autres domaines. Certains auront même pratiqué dans une autre profession de la santé au préalable, par exemple, la pharmacie, les sciences infirmières, l'ergothérapie, le droit ou le génie.

2.5.2 Échantillonnage : choix des participants et représentativité théorique

Le but de l'échantillonnage est d'obtenir un échantillon représentatif de la population cible afin que l'échantillon puisse se substituer à l'ensemble de la population cible (Fortin, 2010) afin de pouvoir généraliser les résultats à cette population.

Pour la partie quantitative de l'étude, nous avons choisi un échantillonnage probabiliste de type aléatoire simple. Cette méthode donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon, corrige les biais d'échantillonnage, permet d'accroître la représentativité de l'échantillon et d'évaluer l'erreur d'échantillonnage (Fortin, 2010). Afin de minimiser les biais de sélection, nous n'avons pas de critères d'exclusion, et nos critères d'inclusion sont larges :

- Être un étudiant en médecine
- Participer au cours CSS3900

En ce qui concerne la partie qualitative de l'étude, nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné qui, selon Maxwell (2005), est la stratégie privilégiée pour sélectionner des personnes en recherche qualitative. En effet, nous cherchions à sélectionner certains participants afin de pouvoir explorer et comparer des éléments typiques de la population à l'étude, c'est-à-dire :

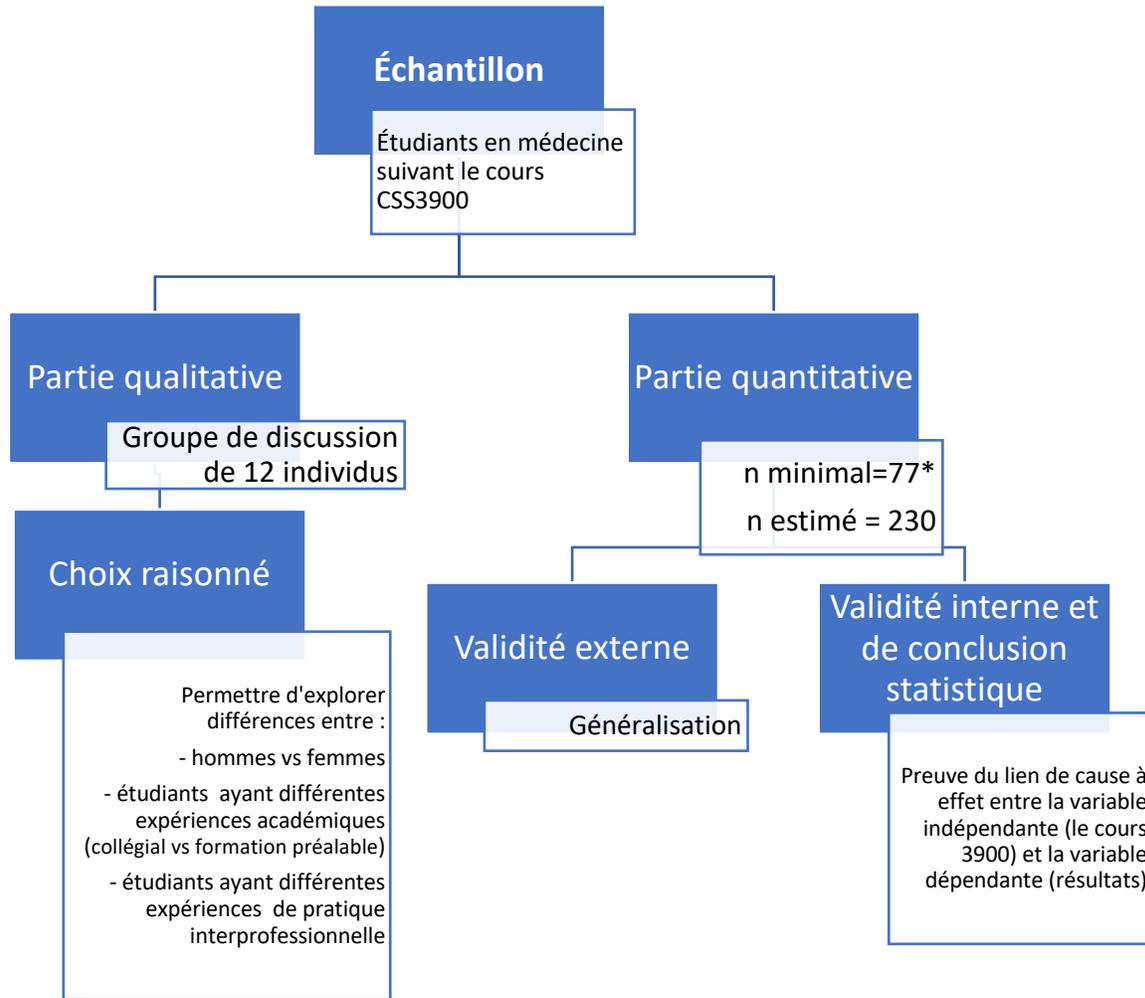
- Sexe féminin et masculin
- Avoir des parcours académiques différents (provenir directement du niveau collégial versus avoir une formation universitaire)
- Avoir diverses expériences professionnelles de pratique interprofessionnelle. Une approche par groupe de discussion permet d'établir de la diversité dans les participants afin d'explorer en profondeur les phénomènes à l'étude.

2.5.3 Taille de l'échantillon

En général, en méthodes quantitatives, il est préférable d'avoir un large échantillon afin de donner une image plus fidèle des caractéristiques de la population. D'autre part, puisque nous effectuerons des analyses statistiques, afin de respecter les postulats et obtenir des résultats fiables, nous avons déterminé la taille requise de l'échantillon par une analyse de puissance. En effet, nous avons calculé que pour obtenir une puissance statistique de 0.9 (i.e. : il y a 90% de probabilité de déceler une relation si celle-ci existe, donc, d'accepter $H_1 : \mu_{\text{pré}} \neq \mu_{\text{post}}$, ou de rejeter correctement l'hypothèse statistique $H_0 = \mu_{\text{pré}} = \mu_{\text{post}}$, les moyennes sont similaires entre les deux groupes et les différences sont dues au hasard et non à l'intervention), il faudra une taille d'échantillon d'au moins 77 étudiants, si la vraie différence de la moyenne des réponses des étudiants pré- et post-cours est de 3, telles que des données antérieures dans la littérature indiquent. Plus précisément, ces dernières indiquent que la différence dans les réponses de paires assorties (*matched pairs*) présente une distribution normale avec une déviation standard de 8 (Lie, Fung, Trial, & Lohenry, 2013). Nous estimons que notre étude comportera près de 230 participants, et si la vraie différence de la moyenne des réponses est de 3, nous pourrons rejeter l'hypothèse nulle, c'est-à-dire que la différence entre les réponses pré- et post-cours est de 0, avec une puissance de 1.0.

En ce qui concerne la partie qualitative de l'étude, l'important est plutôt d'avoir un échantillon qui reflète bien la population cible, en terme de diversité, plutôt qu'un échantillon large, puisqu'il n'y a pas d'analyses statistiques effectuées. Étant donné que notre sujet à l'étude est clair et circonscrit, un plus petit échantillon sera suffisant (Fortin, 2010). Nous avons choisi un n de 12 pour le groupe de discussion (focus group) qui permettra d'avoir un nombre égal des différents éléments cités ci-haut (section 2.5.2), tout en évitant d'avoir un groupe trop large qui pourrait nuire à la participation de tous à la discussion (Figure 15).

Figure 15: *Taille de l'échantillon*



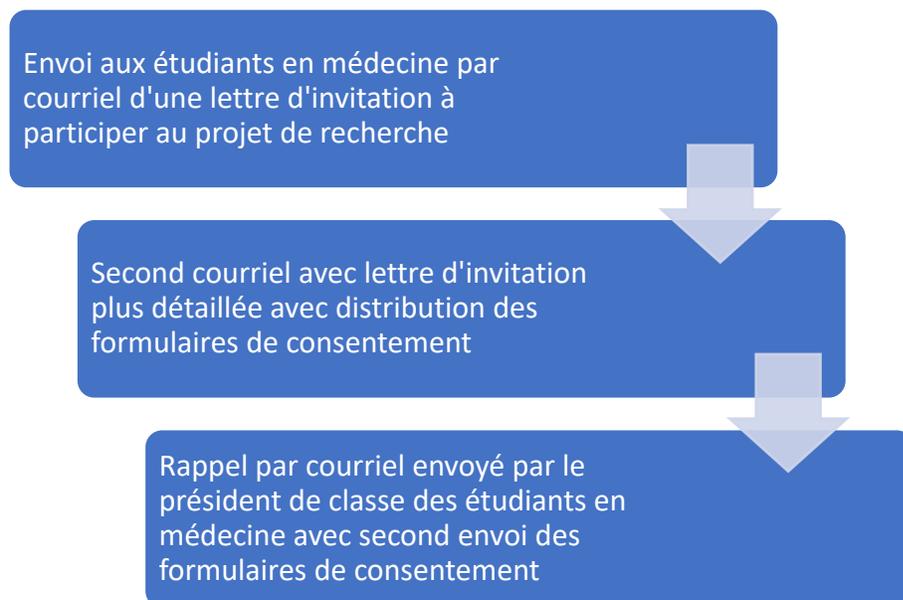
* Pour respecter la puissance statistique de 0.9

2.5.4 Recrutement des participants

La figure 16 illustre le processus de recrutement des étudiants tel qu'accepté par le comité d'éthique. Les lettres d'invitation ainsi que les formulaires de consentement sont disponibles aux annexes E, I et J. Les étudiants n'ont pas été rémunérés pour leur participation, mais une carte-cadeau de 50\$ a été remise à un des participants par tirage au sort pour remercier les étudiants de leur participation. En ce qui concerne le groupe de discussion, repas et boissons devaient être fournis.

A posteriori, plusieurs failles au processus de recrutement ont été trouvées et celles-ci seront discutées en détail au Chapitre IV.

Figure 16: *Processus de recrutement des participants*



2.6 Mesure et collecte de données

2.6.1 Partie quantitative de l'étude

2.6.1.1 RIPLS

Dans la première phase quantitative de l'étude, afin d'étudier l'impact du cours d'IPE sur l'attitude envers l'IPE (Objectif 1), nous avons effectué des évaluations pré- et post-cours, en utilisant le *Readiness of health care students for Interprofessional Learning* (RIPLS) publié par Parsell et Bligh en 1999. Le RIPLS est composé de 19 items et est validé pour huit professions de la santé (Parsell & Blight, 1999) et contient quatre sous-échelles : travail d'équipe et collaboration, identité professionnelle négative, identité professionnelle positive et rôles professionnels et responsabilités (McFadyen, Webster, & Maclaren, 2006). La pondération au RIPLS varie de 1 à 5, avec les scores moyens plus élevés représentant une attitude plus positive envers l'éducation interprofessionnelle. Les questions permettent de recueillir l'opinion des

étudiants sur l'apprentissage partagé du travail en équipe et les environnements d'apprentissage communs entre différentes professions de la santé par l'utilisation d'échelles de Likert à 5 points (1= Totalement en désaccord, 2= En désaccord, 3= Neutre, 4= D'accord, 5= Totalement d'accord) (voir Annexe A).

Étant donné l'existence de plusieurs questionnaires d'IPE dans la littérature, nous avons choisi d'utiliser le RIPLS pour les raisons suivantes. Tout d'abord, le RIPLS s'adresse spécifiquement aux étudiants pré-gradués des sciences de la santé, alors que d'autres questionnaires ciblent principalement les externes et les résidents, par exemple les questionnaires du programme Team Strategies and Tools to enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS) (King et al., 2008), explorant un système établi de communication en équipe interprofessionnelle (Brock et al., 2013). Il existe de multiples questionnaires TeamSTEPPS, tels le Teamwork Attitude Questionnaire (TAQ). Le TAQ est un instrument validé formé de 30 items sous forme d'échelle de Likert qui permet d'évaluer les attitudes envers la communication en équipe sous cinq dimensions soulignant le modèle de communication TeamSTEPPS: structure de l'équipe, leadership, maîtrise de la situation, support mutuel et communication. Cependant, puisqu'il s'adresse plutôt aux étudiants post-gradués, de nombreux items ne pourraient pas s'appliquer à des étudiants pré-gradués.

De même, un questionnaire de 18 items, l'Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS), a été originellement développé avec une intention similaire à celle du RIPLS, et validé sur 143 étudiants (Luecht, Madsen, Taugher, & Petterson, 1990). Il a été remodelé subséquemment en une échelle de 12 items avec 3 sous-échelles stables (Compétence et autonomie, Besoin d'aide perçu pour la coopération, Perception de la coopération actuelle) pour détecter des changements dans l'enseignement à travers le temps, pour neuf professions de la santé (nutrition, podiatrie, physiothérapie, ergothérapie, travail social, sciences infirmières, radiologie, prothésiste et orthésiste) en Écosse et au Royaume-Uni. Cependant, il n'a pas encore été validé en Amérique du Nord par les facultés des professions de médecine et autres professions de la santé ni de pharmacie (Lie, Fung, Trial, & Loheny, 2013). Il ne pourrait donc pas s'appliquer à la population à l'étude.

Finalement, en 2012, Sigalet construit son propre instrument de mesure des attitudes des étudiants en médecine, le KidsSIM Attitude Towards Teamwork in Training Undergoing

designed Educational Simulation (ATTITUDES) (Sigalet, Donnon, & Grant, 2012). Ce questionnaire a été construit spécifiquement pour explorer les perceptions et attitudes des étudiants envers l'IPE, l'impact de la simulation comme modalité d'apprentissage et les concepts clés du travail en équipe tels les rôles et responsabilités et la communication. Ce dernier questionnaire s'adresse aux étudiants de médecine, sciences infirmières et inhalothérapie, et est complété par ces étudiants suite à deux sessions de simulation. Les étudiants de médecine étaient dans l'année précédant leur externat, alors que notre population entamait cette phase de la formation. Le questionnaire en question comporte trente items, sous forme d'échelle de Likert, distribués selon cinq domaines: Pertinence de l'IPE, Pertinence de la simulation, Communication, Maîtrise de la situation, et Rôles et Responsabilités. Cependant, ce questionnaire est nouveau et n'a été validé que dans l'étude de Sigalet, si bien qu'il serait précoce de l'extrapoler à notre population.

La seconde raison justifiant le choix du RIPLS est l'accès à une version française du questionnaire RIPLS de 21 items, approuvée par les auteurs, qui est utilisée avec les étudiants des cours CSS depuis le début du curriculum d'IPE en 2010.

D'autre part, étant donné que le RIPLS existe depuis 1999, il existe de multiples articles dans la littérature qui évaluent et confirment sa validité et sa fiabilité, telle que décrite initialement par les auteurs. En effet, la consistance interne α de Cronbach est de 0.9, et sa corrélation intra-classe est de 0.76 (Parsell & Blight, 1999; Reid, Bruce, Allstaff, & McLernon, 2006), témoignant de la robustesse de ce questionnaire. Une autre étude utilisant une version modifiée du RIPLS a également démontré une bonne consistance interne et fiabilité test-retest (McFadyen, Webster, & Maclaren, 2006).

De plus, les cohortes précédentes d'étudiants en médecine ayant participé au cours d'IPE ont toutes complétées le RIPLS comme questionnaire pré-cours. Nous pouvons donc utiliser ces données pour les comparer à celles qui seront obtenues avec l'étude actuelle, afin d'accroître la validité et la fiabilité dans notre population à l'étude. En somme, nous avons décidé d'utiliser un questionnaire qui, non seulement cible la population à l'étude, c'est-à-dire les étudiants en médecine au tout début de l'externat (cours CSS3900), mais encore, qui a été largement utilisé et validé. Les étudiants en médecine ont complété ce questionnaire comme pré-test au début du cours d'IPE. Pour augmenter la participation des étudiants et pour s'assurer du meilleur taux de

réponses au questionnaire pré-test, il sera disponible en ligne. Le RIPLS sera aussi utilisé comme questionnaire post-cours, afin de pouvoir comparer les résultats des étudiants avant et après le cours. Le questionnaire post-test était également disponible en ligne pour faciliter la participation des étudiants et était accessible après l'atelier interprogramme.

2.6.1.2 Questionnaire démographique

D'autre part, les étudiants ont complété un questionnaire démographique, afin d'obtenir des variables pouvant être des facteurs potentiellement confondants lors de l'analyse. Ceux-ci sont: l'âge, le sexe, la formation académique précédant la médecine ainsi que l'expérience professionnelle dans ce domaine, la participation à des activités de collaboration interprofessionnelle (description et fréquence : aucune, une, 2 à 5 occasions, plus que 5 occasions), l'expérience d'IPE sous forme de cours ou sous forme d'expérience pratique (description et fréquence : aucune, une, 2 à 5 occasions, plus que 5 occasions) (Sigalet, Donnon, & Grant, 2012). Certaines études dans la littérature suggèrent une attitude différente envers l'apprentissage interprofessionnel entre hommes et femmes (Coster et al., 2008; Wilhelmsson, Ponzer, Dahlgren, Timpka, & Faresjö, 2011), ces dernières démontrant une meilleure attitude quelle que soit leur profession, leur âge et leur exposition passée à l'IPE (Coster et al., 2008; Pollard, Miers, & Gilchrist, 2004; Curran, Sharpe, Flynn, & Button, 2010).

2.6.1.3 Évaluation des étudiants

Afin de répondre aux objectifs 1, 2, 3 et 4 à la fin de l'atelier en équipe interdisciplinaire, un questionnaire d'évaluation de l'activité est rempli par les étudiants (Annexe C). Ce dernier est composé des sections suivantes:

- 1) Les apprentissages (7 questions)
- 2) Le contenu pédagogique (6 questions)
- 3) Le déroulement de l'activité (6 questions)
- 4) Le partenariat de soins (5 questions)
- 5) La participation du patient-formateur (9 questions)

6) Le niveau de confiance pour l'interaction avec d'autres professionnels

Les réponses sont sous forme d'échelle de Likert à 4 items: Totalemment en désaccord, En désaccord, En accord, Totalemment en accord. Le questionnaire contient également une auto-évaluation du niveau de compétences perçu pour les interactions interprofessionnelles en milieu clinique comportant 4 énoncés de type pré-post, avec réponses sur une échelle de 0 à 3 : 0, non compétent; 1 : peu compétent; 2 : compétent; 3 : très compétent. Le questionnaire se termine par du texte libre sur les nouveaux savoirs et commentaires des étudiants.

2.6.2 Partie qualitative de l'étude

2.6.2.1 Question de recherche qualitative

Dans la seconde partie de l'étude, notre question de recherche était la suivante: quel est l'impact de l'atelier interprofessionnel et du patient formateur sur votre expérience d'apprentissage? Ceci nous permet de répondre aux objectifs 3 et 4.

2.6.2.2 Groupe de discussion

Pour répondre à la question de recherche, nous avons formé un groupe de discussion (*focus group*) avec des étudiants de médecine sélectionnés par choix raisonné (n=12). Cette discussion a eu lieu dans la semaine suivant l'atelier interdisciplinaire. Tel que mentionné précédemment, les critères d'échantillonnage étaient les suivants : a) être un étudiant en médecine, b) avoir différentes expériences académiques (étudiants admis directement du niveau collégial au programme de Pré-médecine versus issus d'un baccalauréat, d'une maîtrise ou d'un doctorat universitaire), c) avoir différentes expériences antérieures de pratique interprofessionnelle. Plus spécifiquement, nous avons prévu sélectionner six étudiants de la Pré-médecine et six avec expérience. Certains ayant acquis au préalable de l'expérience interprofessionnelle et d'autres non, et finalement, nous avons prévu recruter autant d'hommes que de femmes. Ces informations ont été obtenues du questionnaire démographique rempli au début du cours d'IPE. Les questions du groupe de discussion (Annexe G) ciblaient l'expérience globale du cours d'IPE et l'impact sur les connaissances, les attitudes, la confiance

en soi et la motivation pour une pratique collaborative future à travers l'expérience de l'atelier interprogramme et du contact avec le patient-formateur.

2.7 Analyse de données

2.7.1 Partie quantitative de l'étude : statistiques

Pour la partie quantitative de l'étude, nous effectuerons tout d'abord un test *t* de Student pairé (*paired t-test*) pour comparer les scores des questionnaires pré et post (données continues). Nous effectuerons également une analyse de variance (ANOVA) pour explorer les différences entre les différents étudiants de médecine en ce qui concerne l'âge, et un test χ^2 de Pearson pour données catégorielles pour l'expérience clinique et académique antérieure ainsi que le sexe, et pour comparer les étudiants avec et sans un parcours universitaire antérieur. Un test de Friedman et une analyse post-hoc de comparaisons multiples par correction de Bonferroni ont été utilisés pour contrer le problème des comparaisons multiples, et ainsi réduire le risque d'erreur de type I. Une valeur *p* de 0.05 a été appliquée pour la signification statistique ($p < 0.05$ sera statistiquement significatif). Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique informatique SPSS version 25.0.0.

2.7.2 Partie qualitative de l'étude

Tout d'abord, étant donnée l'absence de théorie préexistante ou de catégories, nous avons décidé d'opter pour une stratégie d'analyse qualitative de données par révision de texte, tel que décrit par Marshall et Rossman (2006), qui vise l'interprétation, afin de trouver des segments de texte qui revêtent une signification particulière dans le contexte de l'étude et permettent de faire ressortir des catégories riches de sens.

Plus spécifiquement, nous avons utilisé une analyse de contenu par une approche de recherche de théorisation ancrée. L'analyse comportait les principaux procédés suivants :

1. Comparaison constante telle que décrite par Strauss et Corbin (1990)
2. Codification des données selon trois étapes : codification ouverte, axiale et sélective
3. Élaboration de catégories

4. Découverte de la catégorie centrale
5. Élaboration de la théorie.

Pour ce faire, basé sur le modèle interactif d'analyse qualitative de Miles et Huberman (2003), nous avons utilisé 3 composantes-activités :

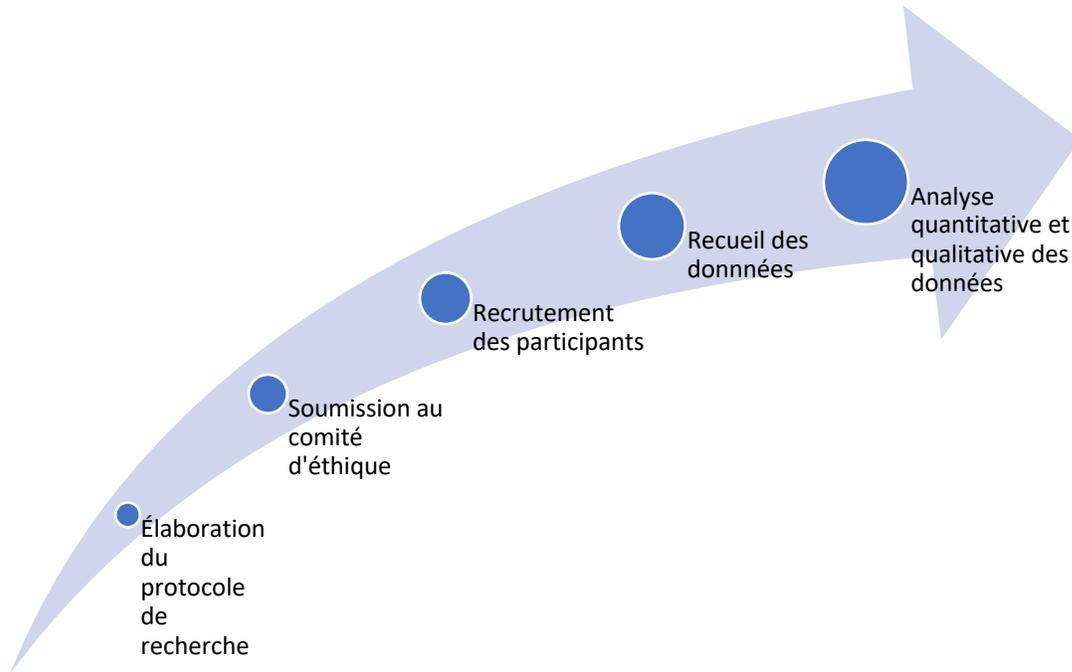
1. Condensation des données : ceci afin de permettre de réduire l'information sans qu'elle ne perde de sa valeur significative. Cette composante-activité présente plusieurs étapes dont la codification des données, l'élaboration de catégories, la codification thématique.
2. Présentation des données : par matrice ou figure.
3. Élaboration et vérification des conclusions : basés sur Huberman et Miles (1991), nous avons utilisé principalement la triangulation des données et le contrôle de la représentabilité.

Le logiciel NVivo 12 (QSR International) a été utilisé pour l'analyse qualitative.

2.8 Contribution de la candidate au projet

La candidate a été impliquée dans toutes les étapes de la mise en place de l'étude, tel que décrit à la figure 17, et ce, avec la supervision de ses directrices de maîtrise. Le manuscrit a été rédigé par la candidate et révisé par ses directrices de maîtrise.

Figure 17: Contribution de la candidate au projet



2.9 Confidentialité et éthique

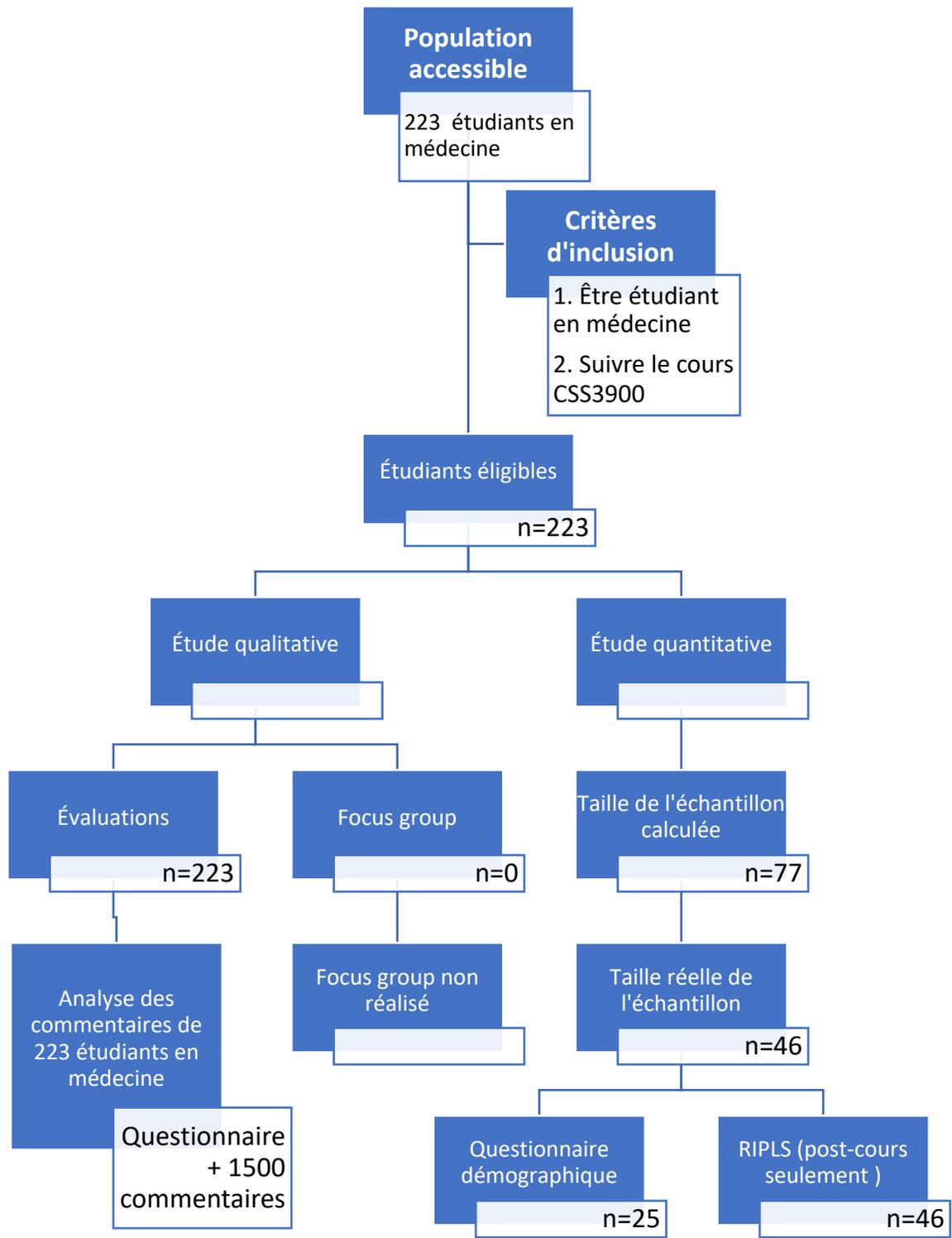
Le projet a été approuvé par le comité d'éthique institutionnel de l'Université de Montréal (annexe H). Les formulaires de consentement à l'étude sont disponibles à l'annexe E.

CHAPITRE III : RÉSULTATS

La cohorte médicale approchée comptait 223 étudiants en médecine. Quarante-six étudiants ont accepté de remplir le RIPLS à une seule reprise ; le RIPLS a donc été administré à la fin du cours CSS3900. De ces 46 étudiants, 25 ont également rempli le questionnaire démographique. Aucun étudiant n'a donné son consentement pour participer au groupe de discussion si bien qu'il a été annulé (Figure 18).

L'analyse quantitative pré-post CSS3900 du RIPLS n'a pas pu être réalisée car les étudiants n'ont pas consenti à remplir à deux reprises le RIPLS. Nous avons tout de même analysé si les facteurs recueillis dans ce questionnaire (i.e. : âge, sexe, formation et expérience antérieure) avaient une influence sur les résultats au RIPLS. Cependant, il est primordial de rappeler que la taille de l'échantillon calculée était de 77 étudiants : avec 25 étudiants seulement, la puissance statistique de 0.9 n'est pas respectée, et lorsque la puissance du test est faible, le risque de commettre une erreur de type II, c'est-à-dire accepter l'hypothèse nulle alors qu'elle serait fausse, est élevé. Ceci sera rappelé lors de la description de l'analyse statistique afin d'éviter de tirer des conclusions sur des inférences potentiellement erronées.

Figure 18: Organigramme des participants à l'étude



3.1 Questionnaire démographique

Les participants étaient répartis entre 16 femmes (64%) et 9 hommes (36%). Le tableau II contient une comparaison des réponses au questionnaire démographique selon le sexe. Quatorze de ces participants ont un diplôme universitaire précédant la médecine (psychologie, mineure en arts et sciences, baccalauréat en sciences biologiques, sciences biomédicales, physiothérapie, ergothérapie, musique, pharmacie, mathématique, baccalauréat en administration) et 11 proviennent du niveau collégial. Des participants ayant un diplôme universitaire, 6 (43%) ont travaillé dans leur domaine initial pour moins d'un an, et 1 (7%) entre 1-5 ans. Cinq participants ont eu de l'expérience en collaboration interprofessionnelle (en excluant les cours CSS) : 4 entre 2 et 5 fois et l'un plus de 5 fois, dans le cadre de leur pratique professionnelle (ergothérapie) ou de stages cliniques optionnels (en psychiatrie et en pédiatrie). Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les groupes Femme et Homme ($p > 0.05$ dans toutes les catégories).

Tableau II: Caractéristiques démographiques des participants

		Femme (n=16)	Homme (n=9)	P
Âge % (n)	20-25 ans	63 (10)	67 (6)	.746
	26-30 ans	31 (5)	33 (3)	
	Plus de 30	6 (1)	0	
Formation antérieure % (n)	Oui	50 (8)	67 (6)	.420
	Non	50 (8)	33 (3)	
Exposition antérieure en collaboration interdisciplinaire % (n)	Oui	63 (10)	67 (6)	.529
	Non	37 (6)	33 (3)	
Exposition antérieure à l'IPE % (n)	Oui	6 (1)	11 (1)	.667
	Non	94 (15)	89 (8)	

*Différence statistiquement significative : $p < 0.05$, Test χ^2 de Pearson pour données catégorielles comparant les groupes Femme et Homme

3.2 Résultats du RIPLS

3.2.1 Statistiques descriptives

Tout d'abord, nous présenterons des statistiques descriptives sur les réponses au RIPLS, ainsi qu'une comparaison par groupe (Sexe, Âge, Formation antérieure, Expérience antérieure en IPE, Expérience antérieure en pratique collaborative). Étant donné que les données sont catégorielles, nous avons utilisé des mesures de dispersion telles que le mode et la médiane pour illustrer les réponses les plus fréquemment choisies. Cependant, les réponses de l'échelle de Likert possèdent une tendance ordinale; plus les réponses se rapprochent de 5, plus les attitudes sont positives. Nous avons donc également ajouté la moyenne et l'écart-type à nos statistiques descriptives (tableau III). Un exemple de la distribution des réponses est illustré à la figure 19. Les résultats complets du RIPLS se retrouvent dans l'annexe B.

Les résultats du RIPLS présentés dans le tableau III et IV démontrent que les étudiants en médecine témoignent en grande majorité d'attitudes **positives** envers l'IPE et la pratique collaborative. Dans le tableau III, il est possible d'apprécier la similitude des modes, médianes et moyennes, permettant de conclure à une distribution symétrique des réponses (figure 19). D'autre part, il y a peu de variabilité des réponses; en effet, le mode est uniformément à 4 (ou 2 pour les questions négatives) et l'écart-type est petit. Cependant, la question 20 (tableau III) se démarque des autres par sa moyenne à 3.2 ± 0.96 (*J'ai à acquérir beaucoup plus de connaissances et d'habiletés que les autres étudiants des sciences de la santé*).

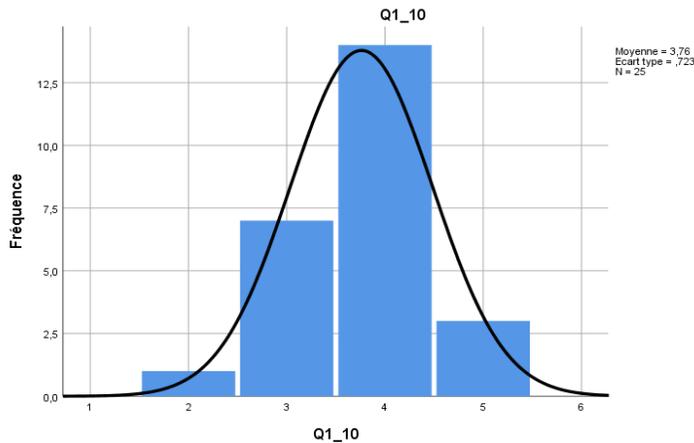
Plus précisément, les attitudes les plus positives des étudiants en médecine se retrouvent dans les volets 1 «travail d'équipe et collaboration» et 2 «identité professionnelle» (tableau IV). En contrepartie, les résultats du volet 3, «rôles professionnels et responsabilités» démontrent des attitudes moins positives et surtout moins uniformes (écarts-types les plus larges, donc variabilité plus grande des résultats) (tableau IV). A noter que les données du cours précédent, le CSS2900, étaient disponibles hors du projet de recherche et certaines données spécifiques ont été extraites pour comparaison; nous observons la même au CSS2900.

Tableau III: Réponses du RIPLS des participants à l'étude (CSS3900) (n=46)

Questions	Médiane	Mode	Min	Max	Moyenne	Écart-type
Q1	4	4	3	5	4.1	0.4
Q2	4	4	2	5	4.2	0.6
Q3	4	4	3	5	3.9	0.6
Q4	4	4	3	5	4.1	0.6
Q5	4	4	3	5	4.2	0.7
Q6	4	4	3	5	4.2	0.7
Q7	4	4	3	5	4.1	0.7
Q8	5	4	3	5	4.6	0.6
Q9	5	4	4	5	4.6	0.5
Q10	4	4	2	5	3.8	0.7
Q11*	2	2	1	5	2.2	1.2
Q12*	2	2	1	5	2.0	1.1
Q13*	2	2	1	5	2.0	0.8
Q14	4	4	2	5	4.0	0.6
Q15	4	4	1	5	3.7	1.0
Q16	4	4	2	5	3.8	0.8
Q17	4	4	3	5	4.0	0.7
Q18*	2	2	1	4	1.9	0.8
Q19	2	2	1	4	2.3	1.0
Q20	3	3	2	5	3.2	1.0
Q21	4	4	1	5	3.8	1.0

*Questions à réponses négatives : des résultats plus près de 1-2 démontrent des attitudes positives

Figure 19: Exemple de distribution des résultats aux questions du RIPLS



3.2.2 Comparaison des réponses du RIPLS selon l'âge, le sexe et la formation antérieure

Étant donné les faibles effectifs, nous ne pouvons faire de test χ^2 pour variables catégorielles car plus de 20% des valeurs pour les fréquences attendues sont inférieures à 5.

Par contre, tel que décrit dans la section précédente, les réponses de l'échelle de Likert possèdent une tendance ordinale; plus les réponses se rapprochent de 5, plus les attitudes sont positives. De plus, la distribution des scores est une distribution normale. Nous avons décidé de comparer les moyennes individuelles de chaque question du RIPLS selon le sexe, la formation, l'exposition antérieure à l'IPE et à la collaboration interprofessionnelle, en utilisant un test t de Student pour échantillons indépendants.

Nous souhaitons rappeler encore une fois que nos résultats doivent être interprétés avec précaution car la taille minimale de l'échantillon n'est pas respectée. Néanmoins, nous ne violons pas de postulats pour l'utilisation d'un test t de Student car les échantillons possèdent une variance égale (telle que déterminée par un test de Levene sur l'égalité des variances : $p > 0.05$ dans toutes les questions du RIPLS, tableau IVa) et les variables sont réparties selon une distribution de Gauss (figure 19). L'hypothèse de recherche statistique est : $H_0 : \mu_1 = \mu_2$. Le tableau IVb illustre un exemple des résultats. De façon générale, quelle que soit la question du RIPLS, $p > 0.05$; il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre les moyennes selon le sexe, la formation antérieure, l'exposition à l'IPE antérieure ou l'expérience antérieure à la pratique collaborative (i.e. : les différences de moyennes sont dues au hasard et non par

l'intervention). L'absence d'effet peut être véritable ou en lien avec notre petit échantillon et manque de puissance (H_0 n'est pas rejetée alors qu'elle est fautive donc erreur de type II β).

Tableau IV: Exemple d'analyse statistique effectuée sur le logiciel SPSS v.25 : comparaison des moyennes de la question 2 du RIPLS entre les groupes Homme vs Femme

a. Test de Levene sur l'égalité des variances : $p=0.059$ soit >0.05 , donc on assume que les variances sont égales.

		Test de Levene sur l'égalité des variances	
		F	Sig.
Q1_2	Hypothèse de variances égales	3.943	0.059
	Hypothèse de variances inégales		

b. Test t de Student pour échantillons indépendants selon le sexe : la probabilité associée à la statistique du test est égale à 0.616 soit >0.05 , donc on accepte H_0 : on conclut que la différence entre les moyennes des deux groupes est seulement due au hasard.

Test des échantillons indépendants selon le sexe (n=23): groupe Homme vs Femme								
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
Q1_2	Hypothèse de variances égales	3.943	0.059	0.508	23	0.616	0.139	0.273
	Hypothèse de variances inégales			0.622	22.026	0.540	0.139	0.223

En ce qui concerne, l'âge, étant donné que nous avons 3 échantillons indépendants (20-25 ans, 25-30 ans, plus de 30 ans), nous avons utilisé une ANOVA simple (à 1 facteur). Les postulats suivants sont respectés : distribution normale des scores, homoscedasticité (test de

Levene $p > 0.05$) et indépendance des observations. L'hypothèse statistique est : $H_0 : \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$. Les statistiques obtenues étaient toutes $p > 0.05$, sauf en ce qui concerne les questions 16 («l'apprentissage collaboratif m'aidera à préciser la nature des problèmes du patient», $p = .039$) et 19 («je ne sais pas très bien ce que sera mon rôle professionnel» $p = .018$). Dans ces 2 questions, $p < .05$ donc on rejette H_0 et au moins l'une des moyennes est différente des autres. Nous aurions pu faire une comparaison de chaque moyenne par test de Bonferroni (pour nombre plus petit de comparaisons) pour savoir quel groupe est différent des autres, mais avec nos faibles effectifs, nous n'avons pas fait ce test. Ceci peut être un résultat véridique ou une erreur de type 1 (rejeter H_0 alors qu'elle est vraie).

3.2.3 Comparaison entre CSS2900 et CSS3900

Rappelons que l'objectif était de comparer le RIPLS pré et post CSS3900, mais par manque de participation, ceci ne peut être réalisé. Par contre, nous présenterons une comparaison des résultats du RIPLS entre la même cohorte d'étudiants du CSS2900 et du CSS3900. En effet, le RIPLS était rempli de façon obligatoire à la fin du cours CSS2900, si bien que nous avons ces résultats de façon anonymisée sous forme de moyenne. Cette comparaison entre CSS2900 et 3900 donne une certaine idée «pré-post». Il faut préciser que l'analyse pairée des résultats du CSS2900 et 3900 n'a pas pu être réalisée pour deux raisons. Premièrement, le nombre de répondant était différent entre les deux groupes (plus élevé dans le CSS2900 que le CSS3900, voir tableau V). Deuxièmement, nous n'avons pas les résultats spécifiques à chaque étudiant entre le CSS2900 et 3900. Afin d'alléger les données, le tableau V présente les réponses positives («d'accord et totalement d'accord») des étudiants selon chacun des trois volets du RIPLS. Nous observons qu'entre les résultats de notre échantillon et ceux des étudiants en médecine du CSS2900, les scores positifs diminuent dans les volets 1 et 2, mais augmentent dans le volet 3.

Tableau V: Réponses « d'accord + totalement d'accord » (adaptées pour items à réponses négatives) du RIPLS (% ± SD)

Volets principaux du RIPLS	CSS2900 Toutes disciplines (n=1390) (%±SD)	CSS2900 Étudiants en médecine (n=218) (%±SD)	CSS3900 Étudiants en médecine (n=46) (%±SD)
1. Travail d'équipe et collaboration	92.2±3.4	94.5±4.1	88.9±5.8
2. Identité professionnelle	84.6±4.8	81.4±2.1	77.2±6.3
3. Rôles professionnels et responsabilités	70.5±14.8	63.3±10.5	68.4±10.7

À la lumière des statistiques descriptives du Tableau II, l'étape suivante est de faire une analyse par test *t* de Student (pour les données continues) pour voir s'il existe une différence statistiquement significative entre les résultats du CSS2900 et CSS3900; en d'autres termes, par exemple dans le volet 1, pour voir si la diminution de 94.5%±4.1 à 88.9%±5.8 des attitudes positives est due au hasard (donc, que les résultats ne sont pas différents entre CSS2900 et

CSS3900, donc l'hypothèse nulle est acceptée) ou non (donc, qu'il y a un facteur non dû au hasard qui a fait diminuer ces résultats).

Puisque nous n'avons pas notre taille minimale d'échantillon pour le CSS3900, nous ne pouvons inférer des conclusions basées sur ces analyses statistiques. D'autre part, nous n'avons pas de caractéristiques démographiques sur la cohorte du CSS2900, donc nous ne pouvons pas nous assurer que nos groupes sont comparables. Tout d'abord, nous ne respectons pas le postulat d'homoscédasticité des moyennes pour les questions 1-4, 8, 14, 16-18 et 20, avec une statistique du test de Levene $<.05$ (tableau VI); nous ne pouvons donc pas utiliser de test t de Student pour analyser ces questions. Pour les questions 6-7, 9-10 et 19, $p>.05$; donc les différences des moyennes sont dues au hasard.

Tableau VI: Test de Levene comparant la variance du groupe CSS2900 et CSS3900

		Test de Levene sur l'égalité des variances	
		F	Sig.
Q1_1	Hypothèse de variances égales	32.115	0.000
	Hypothèse de variances inégales		
Q1_2	Hypothèse de variances égales	7.519	0.007
	Hypothèse de variances inégales		
Q1_3	Hypothèse de variances égales	6.683	0.010
	Hypothèse de variances inégales		
Q1_4	Hypothèse de variances égales	6.811	0.010
	Hypothèse de variances inégales		

Finalement, l'analyse des questions 7-15 et 21 démontre une différence statistiquement significative avec $p<.05$ (tableau VII), donc une différence des moyennes non due au hasard. Nous avons pris pour exemple la question 15, qui est celle avec la statistique la plus significative ($p=0.001$) et avons comparé les statistiques descriptives entre CSS2900 et CSS3900 dans le tableau VIII. Nous pouvons alors inférer que pour la question 15 («J'accepterais volontiers de travailler sur des projets en petits groupes avec d'autres étudiants en sciences de la santé»), les

attitudes déclinent entre le CSS2900 et CSS3900. Nous discuterons des raisons potentielles de ce résultat dans la discussion au Chapitre IV.

Tableau VII: Test t de Student comparant les moyennes du CSS2900 (n=218) et CSS3900 (n=46)

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)
Q1_7	Hypothèse de variances égales	0.868	0.352	-2.444	262	0.015
	Hypothèse de variances inégales			-2.249	62.300	0.028
Q1_15	Hypothèse de variances égales	1.012	0.315	-3.515	262	0.001
	Hypothèse de variances inégales			-3.242	62.429	0.002
Q1_21	Hypothèse de variances égales	0.040	0.841	-2.420	262	0.016
	Hypothèse de variances inégales			-2.221	62.153	0.030

Tableau VIII: Comparaison des statistiques descriptives entre le CSS3900 et CSS2900 pour la question 15

Questions	Médiane	Mode	Min	Max	Moyenne	Écart-type
Q15 (CSS3900)	4	4	1	5	3.7	1.0
Q15 (CSS2900)	4	4	1	5	4.2	0.8

3.3 Questionnaires d'évaluation des étudiants

Ces évaluations ont été remplies à la fin du cours CSS3900 par les étudiants en médecine (n=223). Ce questionnaire d'évaluation du cours par les étudiants était obligatoire dans le cours car il constitue une activité pédagogique réflexive; ceci explique le haut taux de réponse des étudiants et comporte une section de commentaires libres. En effet, plus de 1500

commentaires libres des étudiants en médecine ont été recueillis et analysés. Les résultats complets des étudiants en médecine sont disponibles à l'Annexe C.

«Le cours CSS3900 aide à se concentrer davantage sur le savoir-être, un aspect qui est parfois négligé par les étudiants et les professionnels en général qui accordent beaucoup plus d'importance au savoir et au savoir-faire».
Étudiant en médecine

Tel que décrit dans le chapitre Méthodologie, nous avons débuté l'analyse qualitative par la codification des données et la création de catégories. La codification ouverte s'est faite *in vivo*, durant la lecture des questionnaires et des commentaires des étudiants, via des mémos, annotations et surlignages. Les codes initiaux sont illustrés à la figure 20 : la taille des rectangles est proportionnelle à la fréquence des références aux codes. La grille initiale de codification se retrouve dans l'annexe L, tout comme un exemple de codification *in vivo* (annexe M).

Figure 20: Codes descriptifs par fréquence

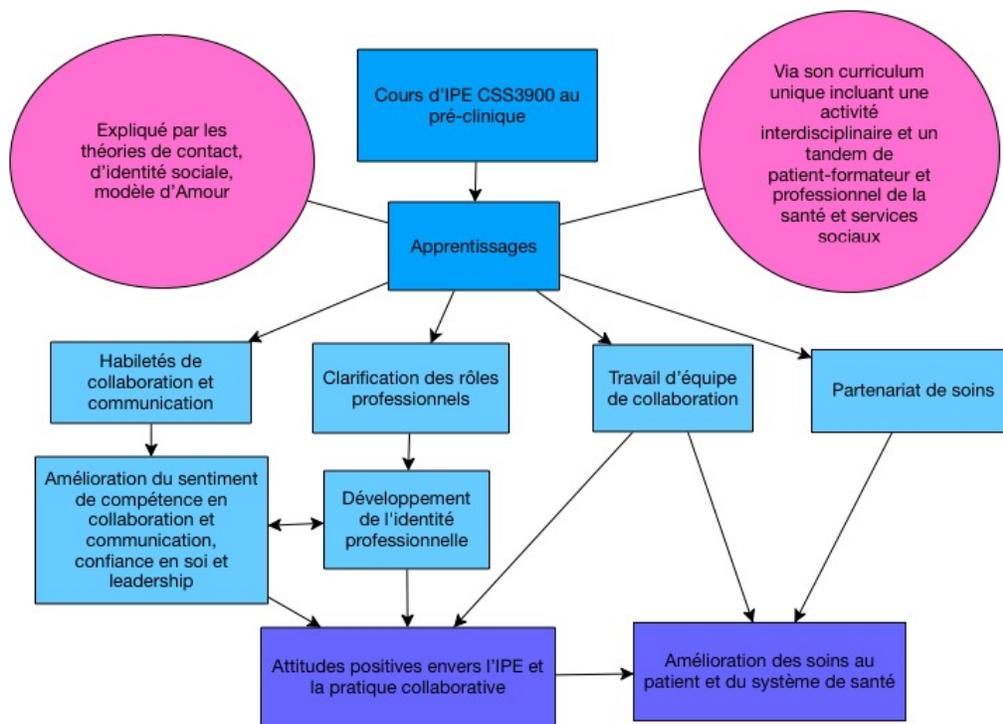


Par ordre de fréquence, les codes les plus retrouvés sont : partenariat patient, rôles et responsabilités, communication, collaboration, activité appréciée. Les codes retrouvés moins fréquemment sont, entre autres,

vulgarisation, barrière à l'IPE, confiance en soi, perception des médecins, amélioration des soins de santé, patience, valorisation des autres.

Nous avons par la suite groupé (*grouping*) les codes avec contenu similaire pour obtenir des catégories. La figure 21 présente une carte conceptuelle des différentes catégories.

Figure 21: Carte conceptuelle initiale



Nous allons à présent décrire les différentes catégories obtenues par regroupement des codes (*grouping*).

3.3.1 Les apprentissages et nouveaux savoirs

Le cours CSS3900 a permis d'acquérir au moins un nouveau savoir chez les étudiants en médecine; en effet, 95.9 % des étudiants décrivent au moins un nouveau savoir acquis suite au cours CSS3900. En effet, à travers le processus de codification ouverte avec annotations et mémos (Annexes L et M), quatre concepts principaux ont émergé et se sont démarqués par leur fréquence (figure 20):

- Le partenariat-patient (61 références)
- La clarification des rôles et responsabilités (52 références)
- La communication (38 références)
- La collaboration (28 références).

3.3.1.1 Concept 1 : partenariat de soins avec le patient:

« Le partenariat avec le patient permet de considérer le patient comme un membre de l'équipe qui possède ses propres compétences. »

Étudiant en médecine

Le partenariat de soins avec le patient est le concept principal ayant émergé dans la catégorie des apprentissages et nouveaux savoirs. Afin d'illustrer l'importance de ce concept, nous ajoutons des données quantitatives à la démarche qualitative d'analyse des commentaires ouverts. En effet, la quasi-totalité des étudiants en médecine considère que la création d'un partenariat de soins avec le patient et ses proches est importante (tableau IX). De plus, 39 étudiants en médecine ont commenté sur l'importance des soins en partenariat avec le patient et sa famille, permettant la compréhension et l'observance au traitement du patient. Les étudiants décrivent qu'assurer le partenariat de soins implique un accompagnement du patient dans sa globalité, par la compréhension des sphères culturelles, sociales et spirituelles qui lui sont propres, et par la priorisation des objectifs de soins selon ses objectifs personnels. Pour définir cette approche plus spécifiquement, les étudiants ont utilisé les mots-clés suivants d'éléments à respecter lors des réunions interdisciplinaires : objectifs (25 commentaires), désirs (21), point

de vue (20), besoins (18), intérêts (8), opinion (6), projet de vie (5), attentes (5), priorité (4), avis (4), préoccupations (2), proposition (2), réalité (1) et vœux (1).

Tableau IX: *Opinions des étudiants vis-à-vis du partenariat de soins avec le patient*

	D'accord et totalement d'accord	
	Médecine % (n)	Tous % (n)
Suite à l'activité de formation interprogramme :		
La création d'un partenariat de soins avec le patient et ses proches est importante.	99.1 (221)	98.8 (1424)
Je considère essentielle la création d'un partenariat de soins avec le patient et ses proches pour réaliser pleinement mon rôle professionnel.	99.1 (221)	98.1 (1414)
Total	100 (223)	100 (1442)

Par contre, pour tous programmes confondus, les étudiants expriment que l'approche en partenariat avec le patient est une nouvelle perspective de soins qui n'est que rarement intégrée sur le terrain. Dans l'expérience des étudiants en médecine, lorsqu'ils ont assisté à des réunions multidisciplinaires, une approche en partenariat avec le patient n'était pas préconisée dans 19.2% des cas (tableau X et XI). Dans 66.2% des cas, le patient n'était jamais présent lors de ces réunions. Selon les étudiants, ceci ne pouvait donc pas donner lieu à une approche en partenariat de soins avec le patient, mais plutôt à une approche centrée sur le patient (9 commentaires). En effet, la présence du patient lors des rencontres interprofessionnelles est décrite comme essentielle afin que le patient puisse s'exprimer et collaborer avec les intervenants; «*travailler avec et non pour le patient*». De plus, assurer une collaboration

optimale avec le patient implique une communication adéquate avec un langage adapté de la part des professionnels de la santé tout en s'assurant de la compréhension du patient.

Tableau X: À quelle fréquence avez-vous déjà participé à une réunion interprofessionnelle en milieu clinique ?

Fréquence(n)	Médecine % (n)	Tous % (n=1442)
0	14.3 (32)	28.1 (405)
1 à 2	25.6 (57)	29.2 (421)
3 à 4	22.9 (51)	19.3 (279)
Plus de 5	37.3 (83)	25.1 (337)
Total	100 (223)	100 (1442)

Tableau XI: Selon vous, l'approche respectait-elle le concept de partenariat avec le patient et ses proches?

Réponse	Médecine % (n)	Tous % (n)
Oui	80.8 (160)	70.5 (766)
Non	19.2 (38)	29.5 (320)
Total	100 (198)	100 (1086)

Néanmoins, certains étudiants ont proposé des explications pour l'absence du patient lors des rencontres interprofessionnelles: un patient inapte, par exemple, avec une démence (2),

une maladie psychiatrique (2), ou un enfant (1). Cependant, la raison la plus citée était le manque de temps alloué à ces rencontres (3), lors desquelles jusqu'à 25 patients pouvaient être discutés, ainsi que le manque de ressources. Un étudiant évoque également que tous les professionnels ne sont pas formés pour cette approche. Dans son expérience en milieu hospitalier, il était davantage question d'un amalgame entre le modèle paternaliste et celui de l'accompagnement, sans être un modèle de partenariat avec le patient. Certains professionnels ont émergé comme porte-parole ou représentant principal du patient de façon plus importante que d'autres. En effet, travailleur social (n=13), infirmière (13), psychologue (2) et médecin (2) furent cités. Ceci peut faire réfléchir sur l'importance de l'accès aux professionnels qui peuvent manquer dans certaines équipes ou dans certains milieux.

« Le patient ne peut pas toujours être là. Pas parce qu'on ne le respecte pas, mais il faut d'abord que tous les professionnels soient d'accord avec le plan avant de le proposer. Il y a eu des réunions où les professionnels avaient des avis très différents et si le patient était là, soit ce ne serait pas professionnel (...) ».

Étudiant en médecine

En somme, actuellement, dans l'expérience des étudiants en médecine, l'approche en partenariat avec le patient n'était pas constante dans les milieux cliniques. Certains étudiants sont inquiets de la résistance à l'application de cette approche dans leur pratique future. Ceci renforce l'importance de l'apprentissage de cette approche lors des cours CSS3900, afin que les futurs professionnels instaurent ce paradigme qui semble être plus théorique que pratique à l'heure actuelle. En effet, un étudiant suggère *«que l'activité donne des astuces afin de mieux intégrer le partenariat avec le patient dans (la) future pratique.»*

« Notre rôle est de lui donner des options claires, réalistes et adaptées à sa situation et sa vision du monde ».

Étudiant en médecine

3.3.1.2 Concept 2 : Clarification des rôles et responsabilités

Selon 90.1% des étudiants, l'atelier interprogramme favorise la compréhension de la nécessité de clarifier les tâches et les rôles professionnels des membres de l'équipe de soins (tableau XII). En effet, les étudiants ont acquis une meilleure connaissance des tâches des autres professionnels; ceci leur a permis de comprendre où s'arrêterait leur rôle et où débutait celui des autres membres de l'équipe. Selon ces derniers, ceci favorise l'efficacité de la réunion interdisciplinaire. Un étudiant a noté qu'il ressentait ainsi l'égalité de tous au sein de l'équipe, et 8 ont décrit qu'après l'atelier, ils ont noté une valorisation des autres professionnels de l'équipe.

Tableau XII : Avantages de la discussion en groupe interprofessionnel (GIP)

	D'accord et totalement d'accord	
	Médecine % (n)	Tous % (n)
Comprendre les enjeux des soins à procurer et des services à organiser	96.0 (214)	96.0 (1384)
Comprendre la nécessité de clarifier les tâches et les rôles professionnels des membres d'une équipe de soins	92.8 (207)	95.2 (1373)
Expérimenter la planification d'interventions interprofessionnelles selon une approche de partenariat avec le patient et ses proches	90.1 (201)	91.3 (1316)
Observer de façon critique la dynamique d'une réunion d'équipe et faire une rétroaction aux participants	94.2 (210)	92.4 (1332)

3.3.1.3 Concept 3 : Communication

Dans les questionnaires d'évaluation, 38 étudiants en médecine ont décrit que le cours leur a permis d'améliorer leurs habiletés de communication; quoi dire mais surtout comment le dire. Ils décrivent les mots-clés suivants comme essentiels à la communication: l'écoute active, le respect de l'autre et du tour de parole, la synthèse des informations, l'adaptation du langage et du lexique médical pour les différents professionnels (vulgarisation scientifique), l'ouverture d'esprit, l'empathie, la patience, le langage corporel (par exemple, regarder dans les yeux), l'élocution (parler fort et de façon distincte), la courtoisie, l'adaptation et le tact.

3.3.1.4 Concept 4 : Collaboration

Dans 86 commentaires, les étudiants en médecine décrivent que le cours CSS3900 leur a permis d'améliorer leurs habiletés de collaboration, ainsi que leur sentiment de confiance en ces habiletés (tableau XIII). De plus, ils décrivent des concepts essentiels à la collaboration: la clarification des rôles, la négociation des tâches, l'intégration de chacun en s'assurant de n'omettre personne, le respect de chaque professionnel et le sentiment d'égalité de chaque membre de l'équipe, en somme, «l'esprit d'équipe». D'autre part, ils décrivent les acquis suivants: savoir assumer son rôle professionnel dans une rencontre interdisciplinaire et la place de son leadership clinique, avoir une meilleure connaissance de ses limites, une meilleure confiance en soi, savoir quand prendre sa place et quand la laisser, et comment présenter les données concernant un patient de façon concise pour favoriser le déroulement de la réunion.

Tableau XIII: Niveau de compétence perçue pour les interactions interprofessionnelles en milieu clinique

	Non et peu compétent		Compétent et très compétent	
	Médecine % (n)	Tous % (n)	Médecine % (n)	Tous % (n)

Avant le cours CSS3900, je me sentais compétent(e) pour collaborer avec d'autres professionnels.	14.3 (32)	25.4 (366)	85.7 (191)	74.6 (1076)
Suite au cours CSS3900, je me sens compétent(e) pour collaborer avec d'autres professionnels lors de mes stages cliniques.	1.3 (3)	2.1 (31)	98.7 (220)	97.9 (1411)
Avant le cours CSS3900, je me sentais compétent(e) pour participer à une réunion interprofessionnelle.	22.4 (50)	39.3 (567)	77.6 (173)	60.7 (875)
Suite au cours CSS3900, je me sens confiant(e) pour participer à une réunion interprofessionnelle	3.1 (7)	4.4 (63)	96.9 (216)	95.6 (1379)

Un étudiant remarque l'effet positif de mettre en présence des étudiants en médecine ayant des parcours professionnels antérieurs (par exemple : des étudiants ayant déjà exercé comme professionnels (tel qu'en physiothérapie) avant d'entreprendre leurs études en médecine), puisque ces collaborateurs ont déjà été confrontés à l'approche interdisciplinaire et à la collaboration; cette expérience était bénéfique pour appliquer les concepts de collaboration lors des discussions de cas. Un autre étudiant exprime ne pas croire que le cours CSS permet d'apprendre à travailler en équipe, mais croit plutôt que certaines personnes ont des « talents naturels » leur permettant cette ouverture aux autres professions et au travail d'équipe.

Un étudiant a décrit que l'atelier interprogramme a «grandement augmenté (sa) confiance en soi d'exprimer (son) point de vue lors d'une prochaine rencontre interdisciplinaire». L'ouverture des différents membres du groupe aurait permis la croissance professionnelle de plusieurs membres de l'équipe craintifs de s'exprimer à cause d'idées préconçues tout en favorisant les échanges.

3.3.2 Vision du médecin dans l'équipe de soins

Un thème ayant émergé à maintes reprises dans les commentaires des étudiants en médecine et des autres étudiants est la vision du médecin dans l'équipe de soins. En effet, deux étudiants ont revendiqué que les cours CSS entretiennent une vision négative sur le médecin pouvant être perçu «comme étant un professionnel narcissique, borné et avec un problème d'égo». Ils se plaignent que plusieurs propos du cours tendent à «remettre le médecin à sa place» car le médecin se verrait comme «un être se croyant au-dessus de tout». Pour ce qui est des commentaires dans les questionnaires d'évaluation, 6 étudiants ont décrit avoir ressenti des préjugés envers les médecins de la part des autres étudiants, et même, de la part des professeurs co-tuteurs, des patients formateurs et des responsables de cours, surtout lors des préparations intradisciplinaires en prévision de l'atelier interdisciplinaire. En effet, ces préparations ont été perçues comme un préavis de «quoi dire et quoi ne pas dire, comment laisser de la place aux autres, comment ne pas avoir l'air de se trouver supérieur aux étudiants des autres programmes.» D'autres étudiants ont décrit qu'ils sentaient qu'ils se faisaient pointer du doigt lors des ateliers/modules/vidéos à cause de leur profession. Un étudiant a ressenti que ceci pourrait entretenir ces préjugés envers les médecins et que ceci était contraire aux principes de respect et d'égalité des membres de l'équipe qui est également enseigné. Les étudiants ont perçu être jugés d'avance comme étant prétentieux et non collaborateurs, et n'ont pas apprécié l'a priori qu'ils prendraient toute la place de la discussion.

«L'activité devrait plutôt nous permettre de nous ouvrir aux autres professions sans préjugé et de considérer les autres comme personnes avant de les définir par leur métier.»

Étudiant en médecine

«Bien qu'il soit pertinent de remettre en question certaines pratiques actuelles dans les milieux de soins de santé, par exemple, les approches trop paternalistes, il arrivait bien souvent que les conversations finissent par une critique quasi-ouvertes envers les médecins.»

Étudiant en médecine

Les étudiants en médecine revendiquent l'ajout d'un module dans la formation afin de réduire ce «stigmatisme», «idée stéréotypée» faite à l'égard des médecins. Deux étudiants remarquent que de se sentir jugé nuit à un climat favorable à l'échange en équipe et accroît le sentiment d'isolement de la profession médicale.

3.3.3 Contenu pédagogique

La grande majorité des étudiants ont apprécié l'atelier interdisciplinaire, tel que déjà mentionné, et le fait d'être en contact avec des étudiants de diverses spécialités fut très enrichissant pour les étudiants en médecine. Par contre, 25 références dans l'analyse ont porté sur la charge de travail trop longue pour la préparation de l'activité intra et interdisciplinaire, surtout en ce qui concerne les modules en ligne. D'autre part, certains étudiants revendiquent que la mise en situation est artificielle et que l'atelier est peu réaliste; 17 étudiants expriment vouloir une activité réelle de simulation d'une réunion multidisciplinaire avec un patient simulé afin d'accroître la vraisemblance de l'activité. Finalement, 3 étudiants avec une expérience antérieure en interdisciplinarité ont trouvé l'activité superflue car ils jugeaient leurs habiletés de communication et de collaboration comme étant déjà adéquates.

3.3.4 Patient formateur

Tableau XIV: Valeur ajoutée du patient avec profil formateur

	D'accord et totalement d'accord	
La participation d'un patient formateur à cette activité de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches :	Médecine % (n)	Tous % (n)
Était pertinente	88.8 (198)	89.7 (1293)

Permet de mieux intégrer le concept de "partenariat de soins"	83.0 (185)	84.2 (1214)
Les interventions du professionnel de la santé et celle du patient formateur étaient complémentaires.	93.7 (209)	92.5 (1334)
Constitue une valeur ajoutée pour cette activité pédagogique	87.9 (196)	91.6 (1321)
Les interventions du patient formateur ont enrichi la discussion.	88.3 (197)	88.8 (1281)

Les étudiants en médecine présentent, d'après les résultats du tableau XIV, un intérêt et une appréciation importants du patient formateur. Ils mentionnent dans 6 commentaires que ce dernier a stimulé leur curiosité face à son expérience, son histoire, son point de vue, et ses sentiments lors de son parcours dans le système de santé. Une notion de respect pour le patient a également émergé (*«Il faut le considérer comme expert de sa condition»*), ainsi que de le considérer comme membre à part égale de l'équipe de professionnels (*«On sentait vraiment que le patient était partenaire des intervenants»*). En partageant son expérience et en donnant des conseils selon son vécu, le patient formateur a aussi favorisé chez les étudiants l'apprentissage du savoir-être avec les patients; *«comment communiquer les informations est aussi important que le contenu du message»*. Douze étudiants en médecine ont même suggéré que le cours intègre encore davantage le patient formateur dans les activités de cours.

«Dans mon groupe, le patient formateur ne cessait de souligner combien l'humour et l'espoir occupaient une grande place dans l'appréciation des soins qu'il recevait des professionnels. Il ne s'attend pas à une guérison, mais c'est extrêmement important pour lui, une petite communication teintée d'humour et d'espoir.»

Étudiant en médecine

3.3.5 Justification/Impact de l'IPE et de la pratique collaborative

À travers la codification des commentaires, des étudiants se sont attardés sur l'importance de l'IPE et de la pratique collaborative. En effet, 4 concepts sont ressortis comme étant des résultats importants associés à l'IPE et la pratique collaborative et justifiant ces dernières :

- Amélioration des soins de santé aux patients (n=18)
- Amélioration système de santé (n=5)
- Amélioration de l'efficacité de l'équipe des soins (n=8)
- Réduction des erreurs médicales (n=1)

CHAPITRE IV : DISCUSSION

Afin de s'assurer de l'application des recommandations de l'OMS à l'effet de développer la pratique collaborative et l'IPE, un cours d'IPE fut inclus dans le cursus médical des étudiants en médecine à l'Université de Montréal. Le but de cette étude était d'évaluer si un cours d'IPE utilisant des cours magistraux, des modules d'auto-apprentissages et un atelier interprogramme avec rétroaction facilitée par un tandem de co-tuteurs composé d'un patient-formateur et d'un professeur, avait un impact sur les attitudes des étudiants en médecine envers l'IPE et la pratique collaborative en partenariat avec le patient.

Tel que démontré par les résultats du RIPLS et de l'évaluation de cours, suite à leur participation au cours CSS, les étudiants en médecine démontrent une attitude positive en regard de l'IPE et de leur pratique collaborative future. Ils rapportent également avoir développé leurs habiletés de communication et de collaboration en équipe interdisciplinaire, et ce, en appliquant en pratique les méthodes apprises lors des cours théoriques et modules en ligne via l'atelier interprogramme et la rétroaction facilitée. D'autre part, le cours CSS a non seulement permis aux étudiants de reconnaître les rôles et la contribution des différents membres de l'équipe de soins, incluant les leurs, mais encore de briser des idées préconçues sur certaines professions du domaine de la santé. Finalement, la participation du patient formateur est grandement appréciée par les étudiants en médecine et a contribué favorablement à leur apprentissage de par le partage de son expérience à travers le système de santé, ainsi qu'en démontrant de façon concrète l'importance d'intégrer le patient comme partenaire dans l'équipe interdisciplinaire. Deux commentaires résument bien les apprentissages escomptés du cours:

« Les cours de CSS m'ont permis de mieux comprendre les champs d'action de ma profession et le rôle que je dois jouer dans notre système de santé. Cela m'a aidé à augmenter ma confiance en moi en tant que professionnel de la santé. C'était aussi une occasion d'apprendre à connaître les autres intervenants du milieu de la santé et leurs rôles dans les soins au patient de façon très appliquée. Ce cours est excellent pour développer l'ouverture d'esprit et le respect ».

Étudiant en médecine

« J'ai amélioré mes capacités à collaborer en intégrant l'approche du partenariat avec le patient. »

Étudiant en médecine

4.1 Théorie centrale issue de l'analyse qualitative

Tel que mentionné précédemment, nous avons présenté dans le chapitre Résultats, basé sur le modèle interactif d'analyse qualitative de Miles et Huberman (2003), la codification des données ainsi que l'élaboration de catégories. Par la suite, la codification thématique nous a permis de créer des thèmes ainsi que les liens entre ces derniers. Un diagramme contextuel descriptif est présenté à l'Annexe N.

A la lumière de nos résultats et en les triangulant avec la littérature, nous émettons la théorie principale suivante : les attitudes envers l'IPE / l'ouverture (*readiness*) pour l'IPE sont déterminés par des facteurs individuels/psychologiques, culturels/institutionnels et procéduraux (lié au curriculum du cours d'IPE). Ils dépendent du degré de volonté (*willingness*) de l'étudiant au travail et à l'apprentissage en équipe, l'importance/la signification que les étudiants donnent à l'acquisition de leur identité professionnelle, la puissance de leur culture professionnelle et la vision que les étudiants ont des limites professionnelles ou des chevauchements (*overlap*) dans les rôles et responsabilités (McFadyen, Webster, & Maclaren, 2006).

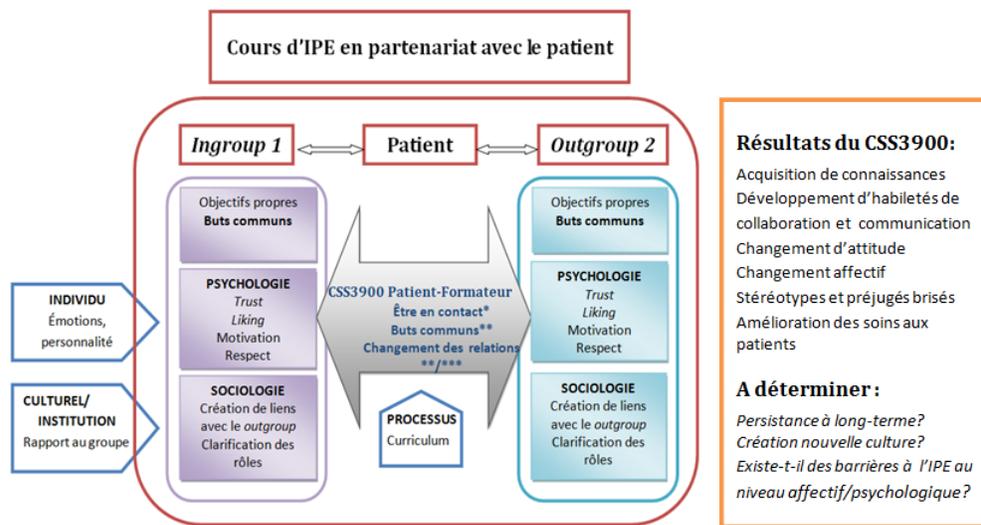
Pour illustrer nos théories et thèmes principaux issus de l'analyse qualitative, nous avons repris, dans la figure 21, les concepts du cadre conceptuel à la lumière des résultats de l'analyse en intégrant 3 niveaux principaux (Visser, Ket, Croiset, & Kusurkar, 2017):

- Individuel: facteurs propres à l'individu (personnalité, émotions, capacités)
- Procédural (*process*): facteurs intrinsèques au curriculum et à son déroulement
- Culturel/organisation/institution : facteurs qui viennent de l'environnement immédiat de l'étudiant, de l'appartenance au groupe, à l'institution, dont émerge l'identité sociale.

Ces dimensions rejoignent les principaux concepts issus des sciences sous-jacentes à l'IPE (Barr, 2013):

- La sociologie
- La psychologie
- L'éducation

Figure 22 : Schéma récapitulatif des résultats principaux de l'analyse des résultats corrélés aux théories derrière l'IPE et pistes de réflexion pour de futurs projets de recherche



THÉORIES:

*Théorie contact : apprendre avec et sur le outgroup. Conditions situationnelles critiques pour modifier les relations entre les groupes professionnels et surmonter les préjugés et discrimination du outgroup

**Théories de l'identité sociale : créer des relations sociales entre les différents étudiants durant l'IPE amène la confiance (trust) en d'autres groupes IP durant la pratique

***Modèle d'IP de D'Amour : comment l'IPE et la pratique IP sont connectées et incluent les relations entre les facteurs sociologiques impliqués dans l'IPE et l'IPC

Trust=confiance

Liking=appréciation

Ingroup=groupe d'appartenance

Outgroup=groupe externe

4.1.1 Apprentissages via le cours CSS3900 : attitude positive envers l'IPE et la pratique collaborative et développement des habiletés

« L'apprentissage collaboratif ne peut que rendre plus complet et satisfaisant l'ensemble des soins prodigués à un patient ».

Étudiant en médecine

La quasi-totalité des étudiants du CSS ont verbalisé l'importance et leur intérêt pour l'IPE. Dans l'étude qualitative de Gilligan, Outram, & Levett-Jones (2014), les diplômés des sciences de la santé ont unanimement décrété l'importance de l'IPE, tout comme dans l'étude de Tunstall-Pedoe, Rink, & Hilton (2003) dans laquelle les étudiants étaient très positifs face aux cours d'IPE. Le point négatif principal revendiqué concernait la préférence des étudiants pour des activités pratiques plutôt que théoriques; plusieurs suggèrent que leurs apprentissages étaient favorisés dans la mise en pratique de leurs compétences dans une mise en situation de simulation. D'autres études appuient cette trouvaille; l'expérience pratique permet l'expérience d'apprentissage la plus bénéfique car elle permet aux étudiants de développer des définitions précises des rôles professionnels et de pratiquer la collaboration de façon constructive avant d'intégrer la pratique (Gilligan, Outram, & Levett-Jones, 2014; Sanson-Fisher, Baitch, & Peterson, 2005).

Par contre, de façon uniforme entre le RIPLS et l'évaluation de cours, les étudiants en médecine ont exprimé que l'IPE leur permettrait d'être un membre plus efficace de l'équipe interdisciplinaire (question 1 du RIPLS: 93.5% réponses «d'accord et totalement d'accord», 86 commentaires des étudiants en médecine dans les questionnaires d'évaluation), et que suite au cours CSS, leur sentiment de compétence à la pratique collaborative future a augmenté (question 34 de l'évaluation cours : seulement 1.3% (n=3) se sentaient peu compétent et aucun étudiant ne se sentait pas compétent). Ces résultats concordent avec les données de la littérature sur l'impact de l'IPE chez les étudiants pouvant amener une modification positive des attitudes envers l'IPE et la pratique collaborative, ainsi qu'un bénéfice sur le développement des habiletés de communication et de collaboration (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, & Freeth, 2005; Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007; Barr, Freeth, Hammick, Koppel, & Reeves, 2000).

Par contre, avec l'absence de données statistiques robustes, nous ne pouvons inférer la relation de cause à effet entre le cours CSS3900 et le changement des attitudes, car nous ne pouvons déterminer si nos résultats sont dus au hasard ou à notre intervention. Ceci serait à évaluer dans une étude future. Dans le même ordre d'idée, il serait intéressant de comparer les résultats du RIPLS avant le cours CSS1900 pour voir l'impact complet du curriculum CSS. Par ailleurs, les résultats du RIPLS du cours CSS2900 démontrent déjà largement des attitudes positives envers l'IPE; un test Student pour données appariées du RIPLS du CSS2900 et du CSS3900 nous permettrait de voir si une amélioration significative entre ces deux cours est observée. Néanmoins, malgré l'absence de ces analyses statistiques, avec la saturation des données, ainsi que la triangulation des données entre le RIPLS, les commentaires libres, les questions de l'évaluation de cours et la littérature, nous pouvons avancer que l'objectif principal du cours CSS est atteint. A présent, nous nous questionnons sur les facteurs pouvant influencer les modifications de ces attitudes.

4.1.2 Influence de la formation professionnelle et évolution à travers le temps

Tout d'abord, les résultats du RIPLS entre les étudiants en médecine et ceux de toutes professions confondues diffèrent selon la formation professionnelle en cours. En effet, malgré des scores du RIPLS démontrant des attitudes positives des étudiants en médecine face à l'IPE, les valeurs sont inférieures à celles des étudiants des autres professions (tableau II). Encore une fois, une analyse statistique avec respect de la taille d'échantillon (par test *t* de Student pour variables continues) s'impose pour valider que cette différence est statistiquement significative. Dans notre échantillon, les scores au RIPLS selon l'expérience professionnelle antérieure, la formation antérieure et l'exposition antérieure à l'IPE ne présentaient pas de différence statistiquement significative. Ceci peut être en lien avec un manque de puissance d'analyse statistique.

D'autre part, les résultats des étudiants de toutes professions confondues démontrent une meilleure connaissance de leur identité professionnelle, ainsi que des rôles et responsabilités que les étudiants en médecine. Ceci peut s'expliquer par le fait que le curriculum de certaines professions comporte des stages permettant de façon plus précoce une exposition en milieu

pratique. Une revue de littérature effectuée en 2015 appuie cette hypothèse (O'Carroll, McSwiggan, & Campbell, 2016). En effet, O'Carroll et ses collègues identifient les facteurs principaux influençant les attitudes des étudiants comme étant la formation professionnelle et l'expérience passée d'IPE. Dans notre étude, les réponses à la question 19 du RIPLS appuie également cette hypothèse, puisque 15.2% des étudiants ont répondu être d'accord avec l'énoncé : «je ne sais pas très bien que sera mon rôle professionnel». Par contre, nos résultats suggèrent que le cours CSS3900 adresse cet aspect de clarification de rôles et responsabilité, puisque ce thème émerge de façon importante de l'analyse qualitative (52 références dans les commentaires libres), et à la question 3 du questionnaire d'évaluation seulement 7.1% des étudiants n'étaient pas d'accord avec l'énoncé «la discussion en petit groupe interprofessionnel m'a aidé à mieux comprendre la nécessité de clarifier les tâches et les rôles professionnels des membres d'une équipe de soins» (l'énoncé ne permet pas de dire si ces étudiants ont compris la nécessité de la clarification des rôles par l'entremise d'une autre partie du curriculum que la discussion en petit groupe interprofessionnel).

D'autres études ont montré des scores au RIPLS des étudiants en médecine inférieurs à ceux des autres étudiants (El-Zubeir, Rizk, & Al-Khali, 2006). Reid *et al* (2006) ont observé les mêmes résultats au niveau post-gradué. Selon un groupe de discussion guidé par l'équipe de Lestari (Lestari, Stalmeijer, Widyandana, & Scherpbier, 2016), les étudiants en médecine ressentent une pression d'être les *leaders* et de connaître toutes les bonnes réponses. De ce fait, certains étudiants avaient des attitudes négatives envers l'IPE à cause de cette crainte de donner de mauvaises explications. Ce problème est d'ailleurs adressé dans l'activité interprogramme du cours CSS3900 car les étudiants préparent l'aspect « connaissances »/« quoi dire » à l'avance, ce qui leur permet de se concentrer sur le « comment dire ».

De plus, les résultats du CSS2900 démontrent des attitudes plus positives à celles du CSS3900. En effet, l'analyse des questions 7-15 et 21 entre la cohorte du CSS2900 et celle du CSS3900 a démontré que pour ces questions, les attitudes déclinent entre le CSS2900 et le CSS3900 (tableau VIII). Plusieurs études démontrent un déclin des attitudes des étudiants en médecine envers l'IPE au décours de leur curriculum (Stull & Blue, 2016). Hudson *et al* (2016) tentent d'expliquer ce phénomène par le fait que les étudiants en médecine ont une vision

idéaliste de leur rôle futur de docteur, et que celle-ci peut être perturbée par l'expérience de l'IPE, ou par le fait que leur identité professionnelle soit sous-développée.

L'étude actuelle démontre cependant une légère amélioration des résultats dans le volet « rôles et responsabilités », ce qui peut s'expliquer par une meilleure compréhension des rôles des différents intervenants via l'activité interprogrammes. La littérature démontre abondamment que l'IPE, avant l'entrée en pratique des étudiants en médecine, est efficace pour construire une fondation solide pour une pratique future dans une équipe de professionnels de la santé. Premièrement, l'étude de Sigalet *et al* (2012) renforce l'importance de l'introduction de cours d'IPE chez les étudiants en médecine avant l'entrée à l'externat pour l'amélioration de leurs connaissances, leurs habiletés et leurs attitudes envers les concepts d'apprentissage du travail en équipe. D'autre part, Sigalet *et al* démontrent que les étudiants en médecine sont satisfaits de leur expérience d'apprentissage par simulation, et appuient son utilisation pour l'apprentissage et la pratique des habiletés de collaboration. De plus, l'étude de Brock *et al* (2013) souligne qu'un cours d'IPE, impliquant des étudiants de quatre professions de la santé, permet d'améliorer leurs attitudes et leurs connaissances. Cependant, ces étudiants étaient à un niveau plus avancé de leur cursus médical, plus précisément à l'externat, donc étaient déjà exposés à la pratique clinique collaborative. Par contre, l'étude de Visser (2017) ne démontre pas de changement de leurs résultats selon l'expérience antérieure.

Les étudiants au début du pré-clinique sont plus réceptifs à l'IPE (McFadyen, Webster, & Maclaren, 2006; Pollard, Miers, & Gilchrist, 2004; Pollard & Miers, 2008) car ils n'ont pas encore développé leur identité professionnelle et parce que leur vision sur la collaboration interprofessionnelle est encore flexible (Horsburgh, Lamdin et al, 2001; Ruebling et al., 2014). Ceci se retrouve également dans l'étude de Gilligan *et al* (2014) qui met l'emphase sur l'importance d'acquérir les connaissances et habiletés de la pratique collaborative à travers l'IPE avant le début des activités cliniques. Nonobstant ces données de la littérature, il serait possible de vérifier si ce déclin est statistiquement significatif en analysant les résultats par un test *t* de Student apparié (i.e.: une paire = résultats des RIPLS CSS2900 et CSS3900 du **même** étudiant, donc pré-post jumelé).

En somme, ces données renforcent l'importance du développement de l'identité professionnelle et de son impact sur les attitudes envers l'IPE et la pratique collaborative. Nous

pouvons émettre l'hypothèse qu'un cours d'IPE devrait se situer tôt dans le curriculum de formation des étudiants en médecine, comme pour le cours CSS, et pourrait se poursuivre dans la formation clinique pré-graduée et post-graduée.

4.1.3 Influence des visions stéréotypées et des perceptions des autres professionnels de l'équipe

Une autre raison pour l'introduction précoce à l'IPE concerne les perceptions des professionnels envers les autres professionnels de l'équipe. L'étude de Tunstall-Pedoe, Rink, & Hilton (2003) rapporte que les étudiants débutent leurs études médicales avec des visions stéréotypées des différentes professions des sciences de la santé, surtout ceux dont les parents travaillent comme professionnels de la santé. Une autre étude souligne que les étudiants en médecine de première année perçoivent les infirmières comme étant plus bienveillantes («*caring*») et les médecins comme plus arrogants. Cependant, ils considèrent également les infirmières comme ayant des capacités académiques et des compétences inférieures (Chua et al., 2015).

La littérature suggère que l'IPE au niveau de la formation pré-clinique pourrait amener une amélioration des relations de travail et une meilleure compréhension entre les différents professionnels des équipes de santé interdisciplinaire (Parsell & Bligh, 1998; Areskog, 1988; Ahmad, Chan, Wong, Tan, & Liaw, 2013). Il est recommandé que l'IPE soit introduite précocement dans le cursus médical afin d'amender les attitudes négatives et d'éviter la formation de stéréotypes.

Les étudiants du cours CSS3900 ont spontanément commenté sur l'évolution positive de leur perception/préjugés des autres professionnels de la santé, résultats pouvant s'expliquer, entre autre, par la théorie du contact d'Allport et du modèle d'Amour (figure 21). Ils ont apprécié que les étudiants aient été respectueux, ouverts et motivés à connaître l'autre. En effet, seulement 1.8% des étudiants étaient en désaccord avec la question 17 de l'évaluation («Le climat de travail était respectueux»). Le respect a été cité à maintes reprises durant l'analyse des commentaires et la réponse presque unanime à la question 1 du RIPLS confirme l'importance accordée à ce concept (93.5% des étudiants en médecine étaient d'accord/totalement d'accord

avec l'énoncé : «afin que l'apprentissage en petits groupes fonctionne, les étudiants doivent se faire confiance et se respecter»). Cette question fut d'ailleurs celle avec le plus haut pourcentage de réponses d'accord/totalement d'accord du RIPLS, et aucun étudiant n'était en désaccord.

En contrepartie, un des points négatifs soulevés ayant nuit à l'appréciation du cours d'IPE est lié aux interactions entre les membres du groupe. La réaction négative des étudiants à ces interactions de mauvaise qualité (mauvaise communication, comportement non professionnel avec arrogance, manque de respect, manque d'intérêts aux propos du *groupe externe i.e. des autres professions*) témoigne de l'impact de l'aspect affectif et émotif sur la motivation à l'IPE. Cet aspect est négligé dans les changements de curriculum en éducation médicale et l'attention de la recherche est surtout dirigée vers les composantes cognitives et métacognitives (Kusurkar, Croiset, Mann, Custers, & Ten Cate, 2012). L'étude de Holland, Verplanken, & Van Knippenberg, (2002) décrit que les perceptions et les attitudes sont des facteurs affectifs qui influencent le comportement des étudiants; des attitudes négatives amènent un comportement négatif en situation d'IPE, barrière importante à l'IPE. De plus, Visser *et al* (2017) énonce qu'au niveau individuel (psychologie/affectif), le respect, la confiance, la clarté des rôles professionnels sont des facteurs facilitateurs à l'IPE. Plus d'études axées sur les composantes affectives et leur influence sur les attitudes envers l'IPE et la pratique collaborative sont nécessaires. D'autre part, appliqué au cours CSS, il est important de s'assurer que les tuteurs font preuve de tolérance 0 aux comportements négatifs, et amènent les étudiants à la réflexion sur ces comportements pour créer les conditions situationnelles critiques d'Allport (1953) et Pettigrew (1998). Une question à élucider est la suivante : comment s'assurer que ces conditions soient mises en oeuvre dans le curriculum et le déroulement du cours, pour permettre de générer l'amélioration des attitudes chez les étudiants?

«Selon moi, une meilleure connaissance de l'autre pourrait favoriser la collaboration et la confiance essentielle au travail d'équipe.»

Étudiant en médecine

4.1.4 Influence positive du patient partenaire à profil formateur

Tel que précédemment décrit, le concept du patient partenaire démontre une évolution des perceptions en voyant « le patient partenaire (comme) une personne (...) respectée dans tous les aspects de sa personne, qui est un membre à part entière de son équipe de soins interprofessionnelle. » (DCPP , 2015). Il est graduellement amené à faire des choix libres et éclairés en harmonie avec son plan de vie. Également, le patient, de par son savoir par l'expérience, peut contribuer de façon significative au système de santé, ainsi qu'à l'éducation des futurs professionnels de la santé (Towle & Godolphin, 2013).

Peu d'études existent dans la littérature sur ce sujet car cette approche est novatrice à l'Université de Montréal. Vanier *et al* (2013) décrit que les étudiants apprécient grandement la présence des patients partenaires et que la participation de ces derniers apporte une valeur ajoutée à leur expérience d'apprentissage. De plus, une étude récente de Dahan *et al* (2019) a analysé les activités et perspectives de patients et parents ressources en néonatalogie. Cette étude a démontré un impact positif associé à la participation de ces patients ressources lors de 5 ateliers de 2h sur les soins palliatifs en pédiatrie donnés à 176 étudiants en médecine.

D'autre part, Towle et al (2014) décrivent un programme d'IPE avec patient formateur («*patient-as-teacher*»). Les étudiants en médecine rapportent avoir beaucoup appris de l'expertise du mentor en ce qui concerne son expérience dans le système de santé ainsi que ses interactions avec les différents professionnels de la santé. D'autre part, ceci encourage le développement de l'empathie, cultive le respect mutuel et permet une compréhension en profondeur de l'expérience vécue du patient.

Le but de l'entrevue de groupe était d'explorer les facteurs du contact avec le patient partenaire ayant contribué à leur expérience positive. Ainsi, des études qualitatives sont nécessaires pour mieux comprendre l'effet du patient partenaire sur l'apprentissage des étudiants, mais également, il est aussi essentiel d'étudier l'impact **sur** le patient-partenaire, car, de façon similaire, peu d'études évaluent l'expérience des patients partenaires (Bombard et al., 2018). Plus d'études qualitatives sont nécessaires pour mieux comprendre comment la présence du patient formateur favorise l'apprentissage de la pratique collaborative en partenariat avec le patient et comment son rôle de formateur peut être optimisé.

4.1.5 Barrières à l'IPE et à la pratique collaborative

Des opinions intéressantes de certains étudiants ayant déjà de l'expérience en pratique ont émergé sur la difficulté de juxtaposer ces concepts plutôt contemporains chez certains professionnels de la santé plus âgés, de «l'ancienne école». Ils s'inquiètent du temps qu'il faudra à ces nouveaux paradigmes pour être monnaie courante, tout en reconnaissant que ceci sera de plus en plus facile avec le temps alors que les jeunes professionnels de la santé entrent sur le terrain. Nous pouvons nous questionner sur l'indication de poursuivre des activités d'apprentissage en IPE et sur la pratique collaborative en milieu clinique; ceci permettrait non seulement une mise à niveau de tous les professionnels, qu'ils soient de « l'ancienne ou de la nouvelle école », mais encore une façon d'évaluer si les habiletés de communication et de collaboration se maintiennent avec le temps. D'autres études sont nécessaires pour évaluer les besoins en milieu de pratique clinique, pour documenter si l'implantation du nouveau paradigme est réellement difficile, et pour vérifier si les acquis suite à la participation à un cours d'IPE se maintiennent avec le temps.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Forces de l'étude

L'étude possède plusieurs forces. Premièrement, le sujet à l'étude (l'IPE et la pratique collaborative) est explicitement décrit et contemporain au changement de paradigme de la pratique médicale. Les devis sont bien décrits et pertinents par rapport à la question de recherche. De plus, de multiples moyens ont été pris afin d'assurer la crédibilité et la validité des résultats. En effet, que la recherche soit qualitative ou quantitative, la rigueur scientifique est indispensable car elle assure la valeur des résultats de la recherche (Fortin, 2010). Le tableau XV présente des critères de rigueur d'analyse quantitative et qualitative. Les critères qualitatifs sont basés sur ceux émis par Lincoln & Guba (1985), mieux adaptés à la recherche qualitative, alors que les critères quantitatifs sont ceux émis par Cook & Campbell (1979).

Une force importante de l'étude repose sur l'instrument de mesure choisi. En effet, non seulement le RIPLS décrit de façon suffisante le sujet à traiter dans l'étude, mais encore, c'est

un questionnaire validé à multiples reprises dans la littérature, même en français, tel que précédemment décrit. La nature des questions et leur séquence dans ce questionnaire validé sont plutôt dépourvues de biais de culture, de biais en lien avec l'ordre des questions, de biais en raison de questions suggestives ou de biais de mesures insensibles (Bernard, Choi & Anita, 2005). La réponse aux questionnaires immédiatement en fin de formation du cours CSS minimise les biais de chronologie ou de rappel (Sackett, 1979; Morgenstern, 2018). L'anonymat et la confidentialité des réponses au RIPLS ont été respectés et l'absence de répétition du questionnaire a permis d'éviter le biais d'accoutumance (Durand & Chantler, 2014). En ce qui concerne la partie qualitative de l'étude, les résultats sont basés sur des données extensives sous forme de l'évaluation de cours (plus de 1500 commentaires) et ont été triangulés avec les résultats du RIPLS. Une saturation des données a été obtenue à travers les multiples commentaires. Ces facteurs permettent d'avoir une bonne validité interne. En second lieu, l'échantillon complet ayant répondu au RIPLS et aux commentaires permet d'avoir une validité externe adéquate et de généraliser nos résultats à la population visée par l'étude. De plus, l'anonymat des questionnaires permet de rendre moins probable la présence d'un biais expérimental lié aux attentes de l'expérimentateur (biais de désirabilité). D'autre part, c'est une des seules études décrivant les perceptions des étudiants sur le patient partenaire. En somme, le RIPLS, les commentaires et évaluations de cours ont permis de répondre aux objectifs de l'étude, et l'analyse des données a été faite de façon rigoureuse pour éviter des biais et accroître la validité interne de l'étude.

Tableau XV: Les critères de rigueur scientifique pour l'analyse des données ainsi que les techniques utilisées pour les respecter

Basé sur Fortin, 2010

Critères d'évaluation	Méthode qualitative	Méthode quantitative
Crédibilité/validité interne	Exactitude dans la description du phénomène vécu par les	Démonstration que la variable indépendante est la seule cause du

	participants en fonction de la réalité interprétée Ex : Triangulation, recherche d'explications divergentes, saturation des données	changement touchant la variable indépendante Ex : Stabilité de l'instrument de mesure, sélection des participants (résultats de tous les étudiants en médecine)
Validité de conclusion statistique	Non applicable	Obstacles à cette validité: faible taux de puissance statistique et violation des postulats liés aux tests statistiques
Transférabilité/ validité externe	Application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires Ex: Description dense et détaillée des commentaires et réponses aux questionnaires	Application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires Ex: échantillon représentatif et absence de biais de sélection
Fiabilité / fidélité	Stabilité des données Ex: Triangulation	Ex : RIPLS est un questionnaire validé, rempli au même moment par tous les étudiants
Confirmabilité/objectivité	Objectivité dans les données et leur interprétation Ex : triangulation	Non applicables (RIPLS est un questionnaire avec réponses fixes)

4.2.2 Limites de l'étude

Par contre, plusieurs faiblesses existent dans l'étude, dont la principale est le manque de participation des étudiants menant à la divergence du plan initial de collecte de données et d'analyse. Les raisons probables du manque de participation des étudiants sont décrites dans le tableau XVI, et le tableau XVII explique les raisons pour lesquelles l'analyse quantitative prévue n'a pu être réalisée.

Dans les devis expérimentaux, afin d'obtenir des résultats plausibles sur la relation de cause à effet entre la variable indépendante et la variable dépendante, un groupe témoin peut servir de comparaison, surtout si la répartition des participants entre les groupe témoin et expérimental est fait par randomisation (Fortin, 2010). Par contre, appliqué à notre étude, pour établir un lien entre le cours CSS3900 et l'amélioration des attitudes, ceci n'était pas possible car il n'y a pas d'étudiants en médecine qui ne participent pas à ce cours obligatoire. Une méthode permettant cette étude de la relation cause à effet est l'analyse statistique du RIPLS pré-post, mais malheureusement, ceci n'a pu être réalisé. Une étude avec un échantillon d'au moins 77 étudiants permettant cette comparaison est nécessaire pour tirer des conclusions plus robustes. D'autre part, afin de contrôler les facteurs intrinsèques (ex : sexe, âge, scolarité antérieure) pouvant causer des biais dans l'analyse des résultats, nous avons prévu un questionnaire démographique. Malheureusement, par manque de participation des étudiants, nous n'avons pu recueillir ces données, si bien qu'une stratification des résultats par ces facteurs intrinsèques n'a pu être réalisée. Une autre technique qui aurait pu permettre le contrôle des variables extrinsèques (étrangères) est l'analyse statistique de la covariance. En effet, cette approche permet d'effectuer des ajustements statistiques sur la variable dépendante afin de supprimer l'effet confondant d'une ou des variables étrangères (Fortin, 2010); encore une fois, le manque de participation au questionnaire démographique et la petite taille d'échantillon n'a pas permis de réaliser cette analyse.

Le faible taux de participation a pu engendrer les biais de constatation et d'échantillonnage (certains sous-groupes d'étudiants pouvant avoir été sur ou sous-représentés dans l'échantillon analysé, par exemple, si les étudiants les plus motivés et favorables à l'IPE ont complété le questionnaire) (Sedgwick, 2014). Bien que l'intervention (cours CSS3900) ait

été dans l'ensemble la même pour les étudiants des différents programmes, l'activité intradisciplinaire est spécifique à chaque discipline, engendrant la possibilité d'un biais d'intervention (Krishna et al, 2010).

Au niveau qualitatif, d'autres techniques de validités internes auraient pu être utilisées; en effet, Lincoln et Guba (1985) considèrent la vérification externe (*debriefing*) par les participants comme la technique la plus importante pour établir la crédibilité. De plus, afin d'accroître la confirmabilité, un deuxième chercheur aurait pu analyser les données existantes afin de s'assurer que les mêmes conclusions soient tirées, diminuant ainsi la possibilité d'un biais lié à l'observateur.

Tableau XVI: Tableau décrivant les analyses quantitatives prévues dans le devis de l'étude n'ayant pu être faites

Test statistique prévu	Raison pour ce test	Obstacles à la réalisation du test	Effets négatifs sur l'étude
Test <i>t</i> de Student	Comparaison RIPLS pré-post cohorte CSS3900	-Taille d'échantillon insuffisante/non disponibilité des données souhaitées donc puissance statistique trop faible pour déceler une différence réelle -Obstacle à la validité statistique et donc, de la validité interne	Absences d'analyse statistique quantitative solide sur le changement des attitudes des étudiants envers l'IPE permettant d'inférer la relation de causalité du cours sur les attitudes
ANOVA	Comparaison des résultats dans différents groupes	-Taille d'échantillon insuffisante donc puissance statistique	Absence d'analyse permettant de contrôler la présence de facteurs intrinsèques

	basés sur les facteurs démographiques (sexe, âge, expérience clinique antérieure)	trop faible pour déceler une différence réelle -Obstacle à la validité statistique et donc, de la validité interne	influençant le changement des attitudes (ex: l'âge influence-t-il le changement des attitudes?)
--	---	---	---

Tableau XVII: Raisons proposées expliquant le manque de participation des étudiants et les solutions proposées.

Raisons/barrières à la participation des étudiants	Solutions pour projet futur pour augmenter la participation
Sursollicitation (Manque de temps/étudiants déjà débordés /fatigue/épuisement)	Limitées : illusoire de retravailler le curriculum des étudiants mais piste de réflexion pour la santé mentale : il est inquiétant de penser que les étudiants sont si débordés qu'ils ne puissent pas remplir un simple questionnaire. Le chercheur aurait pu avoir fait appel à la participation d'un étudiant en médecine à l'élaboration et la construction du devis de recherche.
Organisation du temps de l'horaire	Mentionner dans la présentation de l'étude la durée habituelle du remplissage du RIPLS Proposer une plage horaire à laquelle les étudiants peuvent remplir le questionnaire (ex : conclure un des cours du CSS 10 minutes plus tôt pour laisser le temps aux étudiants de remplir le questionnaire).
Protocole compliqué	S'assurer de simplifier les méthodes de recueil de données (ex : entre deux questionnaires équivalents, choisir le moins long) Rendre le tout disponible en ligne

Pas de gains/bénéfices pour les étudiants	Expliquer les gains pour les étudiants après eux et leur refléter qu'ils seront peut-être dans la position du PI et désirerons recruter des patients : pourquoi s'attendre à une participation de patient si eux – même ne désirent pas participer Donner une compensation financière
Perte de temps?	Expliquer les répercussions positives et les bénéfices de l'étude
Approche trop «distante» par courriel /lettre, moins motivant pour les étudiants	Présenter de projet de vive voix avec toutes les informations et prendre le temps de répondre aux questions en personne. Avoir impliqué un étudiant en médecine dans l'élaboration du devis de recherche et le recrutement qui permettrait aussi un contact facilité avec le reste des étudiants
Sécurité émotionnelle	Activité de <i>debriefing</i> afin de s'assurer de la rétention des acquis
Sécurité éducative (Inquiétude face à la confidentialité et répercussions négatives)	Bien expliquer que les réponses sont anonymes et confidentielles
Liberté de participation	Expliquer que les étudiants sont libres de participer ou refuser la participation, et que le refus n'entraînera pas de conséquences pour l'étudiant
Manque d'intérêt au sujet	Informe indirectement sur les attitudes envers l'IPE?
Recherche action	Faire participer les étudiants à l'élaboration du devis, l'analyse et la diffusion des résultats. Cette participation pourrait être « créditée » et l'étudiant ou les étudiants pourraient être des auteurs de l'article (ceci permettrait également d'étoffer leur <i>curriculum vitae</i>). De plus, il est important d'envoyer aux étudiants qui ont participé un sommaire des résultats obtenus.

4.3 Perspectives pour la recherche

Tout d'abord, il va de soi qu'une étude suivant le devis planifié d'analyse pré-post du RIPLS avec des données démographiques et une taille d'échantillon respectant la puissance des

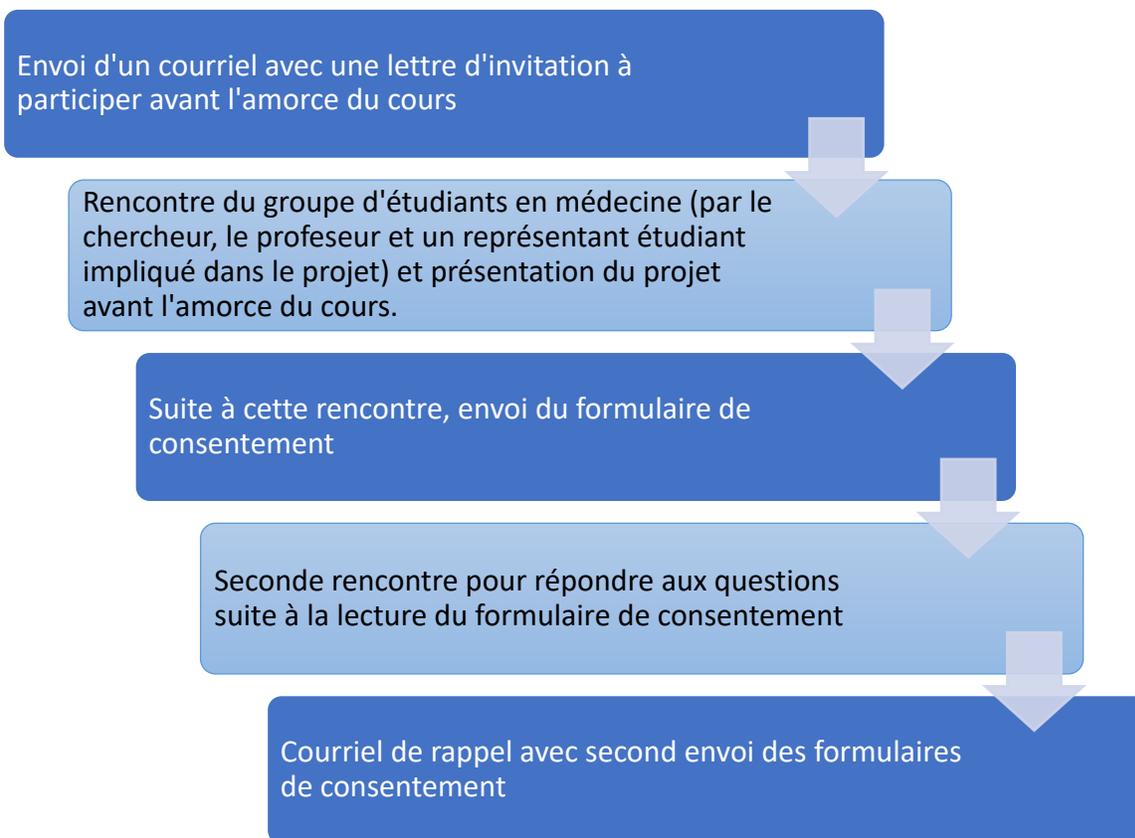
analyses statistiques serait à réaliser. La figure 23 propose des solutions au manque de recrutement si un projet similaire était planifié. Un autre facteur pouvant aider à la participation des étudiants est une compensation financière pour leur participation; cependant, ceci demande des fonds de recherche et cette étude a été faite sans fonds. Une proposition de budget est disponible à l'annexe F et pourrait être utilisée pour une demande de fonds ou une bourse en pédagogie médicale, par exemple, via le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Finalement, étant donné que les étudiants en médecine se sentent très occupés par leurs études, il serait nécessaire de leur assurer que le temps et l'effort pour remplir le questionnaire est minime, ainsi que faciliter l'accessibilité des questionnaires (exemple : accès en ligne) et une plage horaire dédiée à leur calendrier académique.

De plus, étant donné le peu de données dans la littérature, une étude qualitative telle que prévue par entrevue de groupe serait importante à réaliser afin de comprendre comment le cours influence l'apprentissage des étudiants et leurs attitudes envers l'IPE.

D'autres avenues de recherche possibles sont les suivantes :

- Étude mixte similaire à d'autres professions de la santé et des sciences sociales pour constater si les résultats sont similaires. A la lumière de la revue de la littérature et des résultats présentés dans ce manuscrit, cette étude serait à prioriser, et cette avenue semble la plus prometteuse;
- Étude qualitative de la perspective des patients partenaires qui participent au cours;
- Étude prospective pour constater si les attitudes des étudiants en médecine persistent dans le temps;
- Étude qualitative pour constater si les étudiants rendus au stade clinique de leur formation ou de leur pratique professionnelle, se heurtent à d'anciens paradigmes de soins;
- Étude qualitative pour constater l'effet d'ateliers sous forme d'activité de simulation, sur l'amélioration des attitudes des étudiants et leurs habiletés de collaboration et communication.

Figure 23: Étapes proposées afin d'améliorer le recrutement des étudiants en médecine



4.4 Plan pour disséminer les résultats

Les lecteurs principaux visés sont les acteurs des cursus médicaux dans les facultés de médecine et des autres professions de la santé et des sciences psychosociales. En effet, les résultats positifs de l'étude peuvent être utiles pour les universités et permettraient de justifier l'inclusion d'un cours d'IPE dans leur curriculum médical. De plus, les autres professions de la santé et des sciences psychosociales pourraient mener des recherches similaires.

Les résultats seront d'abord présentés au comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal et aux tables rondes interuniversitaires pour le développement de programmes postdoctoraux. D'autre part, ils seront présentés à des conférences d'éducation médicale et de collaboration interprofessionnelle, telle la *Canadian Conference of Medical Education*, et l'*International Conference on Interprofessional Practice and Education* et le *Collaborating*

Across Border regroupant le consortium canadien et le consortium américain pour l'interprofessionnalisme en santé.

CONCLUSION

Selon les données qualitatives, le cours CSS a permis aux étudiants d'acquérir plusieurs savoirs pertinents à l'IPE et la pratique collaborative future en partenariat avec le patient et ses proches, mais a surtout aidé les étudiants à avoir des attitudes positives face à l'IPE et la pratique en équipe. Les résultats de cette étude appuient et rejoignent les pratiques actuelles d'inclure l'IPE dans le curriculum médical et permettent de faire le pont avec les différentes théories sur lesquelles est basée l'IPE. D'autres études sont nécessaires afin d'évaluer le maintien de ces attitudes et aptitudes en pratique interprofessionnelle, ainsi que l'impact sur le soin aux patients et les enjeux de plus grande échelle du système de santé. Des lacunes persistent dans la littérature sur les barrières et les facteurs facilitants à l'IPE au niveau affectif/psychologique de l'individu, ainsi que l'impact au niveau social/culturel à long terme de l'IPE sur l'IPC. L'impact du patient partenaire à profil formateur sur l'apprentissage des étudiants des soins en partenariat avec le patient, ainsi que son rôle au niveau affectif de ces derniers est également à étudier à plus grande échelle.

«Il faut garder espoir que tous les étudiants participant à ces ateliers mettront en pratique les messages, la démarche, et la philosophie véhiculés dans cette approche dans leur pratique professionnelle».

- Étudiant en médecine

Références

- Ahmad, M., Chan, S., Wong, L., Tan, M., & Liaw, S. (2013). Are first-year healthcare undergraduates at an Asian university ready for interprofessional education? *J Interprof Care*, 27(4):341–3.
- Anderson, E., Thorpe, L., Heney, D., & Petersen, S. (2009). Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ*, 43:542–52.
- Areskog, N. (1988). The need for multiprofessional health education in undergraduate studies. *Med Educ*, 22(4):251–2.
- Barr, H. (2002). Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow. *London: Learning and Teaching Support Network, Centre for Health Sciences and Practice*.
- Barr, H. (2013). Toward a theoretical framework for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 4-9.
- Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (2000). Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom review for health and social care. *London, BERA/CAIPE*.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). Effective Interprofessional Education: Argument, Assumption and Evidence. *London; Blackwell*.
- Choi, C., Pak A. (2005). A Catalog of Biases in Questionnaires. *Prev Chronic Dis*, 2(1): A13.
- Bombard, Y., Baker, G., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S. et al. (2018). Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci*, 13(1):98.
- Brock, D., Abu-Rish, E., Chiu, C., Hammer, D., Wilson, S., Vorvick, L. et al. (2013). Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med*, 89:642–651.
- Ceff, P., Board on Global Health: Institute of Medicine. (2013). IPE for collaboration: learning how to improve health from IP models across the continuum of education to practice workshop summary. *Global Forum on Innovation in Health Professional Education*.
- Chua, A., Lo, D., Ho, W., Koh, Y., Lim, D., Tam, J. et al. (2015). The effectiveness of a shared conference experience in improving undergraduate medical and nursing students' attitudes

- towards inter-professional education in an Asian country: a before and after study. *BMC Med Educ*, 23;15:233.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2016). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient. *Montréal, Québec : RUIS de l'Université de Montréal*, http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation_1.1.pdf.
- Cook, T., & Campbell, D. (1979). Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. *Boston: Houghton Mifflin Company*.
- Cooper, H., Carlisle, C., Gibbs, T., & Watkins, C. (2001). Developing an evidence base for interdisciplinary learning: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 35:228–237.
- Coster, S., Norman, I., Murrells, T., Kitchen, S., Meerabeau, E., Sooboodoo, E. et al. (2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 45: 1667-81.
- Curran, V., Sharpe, D., Flynn, K., & Button, P. (2010). A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional team work and education. *J Interprof Care*, 24:41-52.
- Dahan, S., Bourque, C., Reichherzer, M., Ahmed, M., Josée, P., Mantha, G. et al. (2019). Beyond a Seat at the Table: The Added Value of Family Stakeholders to Improve Care, Research, and Education in Neonatology. *J Pediatr*, 207:123-129.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*, 19:8–20.
- DCPP. (2015). Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux. *Faculté de médecine, Université de Montréal*.
- DCPP; CIO-UdeM. (2016). Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux. *Montréal, Québec : Université de Montréal*.
- DeSilets, L. (2010). The institute of medicine's redesigning continuing education in the health professions. *J Contin Educ Nurs*, 41:340–1.

- Dumont, S., Brière, N., Morin, D., Houle, N., & M, Illoko-Fundi, M. (2010). Implementing an interfaculty series of courses on interprofessional collaboration in prelicensure health science curriculums. *Educ Health*, 23(1):395.
- Durand, M., Chantler, T. (2014). Principles of Social Research (2e ed.), *Open University Press*
- Edwards, S., & Siassakos, D. (2012). Training teams and leaders to reduce resuscitation errors and improve patient outcome. *Resuscitation*, 83(1);13-15.
- El-Zubeir, M., Rizk, D., & Al-Khali, R. (2006). Are senior UAE medical and nursing students ready for interprofessional learning? Validating the RIPL scale in a Middle Eastern context. *J Interprof Care* , 20(6):619–32.
- Fortin, M. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives. *Montréal: Chenelière Éducation*.
- Frank, J. (2005). Le Cadre des compétences CanMEDS 2004 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. *Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada: Ottawa* .
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al. (2010). Health professionalism for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 4;376(9756):1923-58.
- Gaba, D. (2007). The future vision of simulation in healthcare. *Simul Healthc* , 2:126–35.
- Gilligan, C., Outram, S., & Levett-Jones, T. (2014). Recommendations from recent graduates in medicine, nursing and pharmacy on improving interprofessional education in university programs: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 14:52.
- Granheim, B., Shaw, J., & Mansah, M. (2018). The use of interprofessional learning and simulation in undergraduate nursing programs to address interprofessional communication and collaboration: An integrative review of the literature. *Nurse Educ Today* , 62:118-127.
- Greenberg, C., Regenbogen, S., Studdert, D., Lipsitz, S., Rogers, S., Zinner, M. et al. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Sur*, 204 :533-40.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. A. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education. *Best Evidence Medical Evaluation Review Guide 9*.
- Hean, S., Craddock, D., & Hammick, M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62. *Medical Teacher*, 34 (2), 78-101.

- Holland, R., Verplanken, B., & Van Knippenberg, A. (2002). On the nature of attitude behavior relations: the strong guide, the weak follow. *Eur J Soc Psychol*, 32(6):869–76.
- Horsburgh, M., Lamdin, R., & E, W. (2001). Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Med Educ*, 35(9):876–83.
- Huberman, A., & Miles, M. (1991). Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes . *Bruxelles: De Boeck Université*.
- Hudson, J., Lethbridge, A., Vella, S., & Caputi, P. (2016). Decline in medical students' attitudes to interprofessional learning and patient-centredness. *Medical Education*, 50:550–559.
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M., Del Grande, C., Ghadiri, D. et al. (2015). The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med* , 90(4):437-41.
- King, H., Battles, J., Baker, D., Alonso, A., Salas, E., Webster, J. et al. (2008). TeamSTEPPS: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: *Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. SourceAdvances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US)*.
- Krishna, R., Maithreyi, R., & Surapaneni, K. (2010). Research bias: A review for medical students. *J Clin Diagnostic Research*, 4:2320-2324.
- Kusurkar, R., Croiset, G., Mann, K., Custers, E., & Ten Cate, O. (2012). Have motivation theories guided the development and reform of medical education curricula? A review of the literature. *Acad Med*, 87(6):735–43.
- Kyrkjebo, J., Brattebo, G., & Smith-Strom, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional simulation training in health professional education. *J Interprof Care*, 20:507–16.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13(Suppl 1) : i85-90.
- Lestari, E., Stalmeijer, R., Widyandana, D., & Scherpbier, A. (2016). Understanding students' readiness for interprofessional learning in an Asian context: a mixed-methods study. *BMC Med Educ*, 16:179.

- Lie, D., Fung, C., Trial, J., & Lohenry, K. (2013). A comparison of two scales for assessing health professional students' attitude toward interprofessional learning. *Med Educ Online*, 18:21885.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA : Sage publications.
- Luecht, R., Madsen, M., Taugher, M., & Petterson, B. (1990). Assessing professional perceptions: design and validation of an interdisciplinary education scale. *J Allied Health*, 19: 181-91.
- Marshall, C., & Rossman, G. (2006). *Designing Qualitative Research (4e éd)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Maxwell, J. (2005). *Qualitative research design: an interactive approach (2e éd)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- McFadyen, A., Webster, V., & Maclaren, W. (2006). The test-retest reliability of a revised version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *J Interprof Care*, 20: 633-9.
- Miles, M., & Huberman, A. (2003). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes (2e éd)*. Paris: De Boeck Université.
- Morey, J., Simon, R., Jay, G., Wears, R., Salisbury, M., Dukes, K., et al. (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 37.
- Morgenstern, J., (2018). Chronological bias. *First10EM blog*, Available at: <https://first10em.com/ebm/chronological-bias/>.
- O'Carroll, V., McSwiggan, L., & Campbell, M. (2016). Health and social care professionals' attitudes to interprofessional working and interprofessional education: A literature review. *J Interprof Care* , 30(1):42-9.
- O'Brien, H., Marks, M., & Charlin, B. (2003). La rétroaction (ou rétro-action); un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*, 4(3):184-191.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1998). Interprofessional learning. *Postgrad Med J*, 74:89-95.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness for health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ*, 33:95-100.
- Pettigrew, T. (1998). Intergroup contact theory. *Annu Rev Psychol*, 49:65-85.

- Pollard, K., & Miers, M. (2008). From students to professionals: results of a longitudinal study of attitudes to pre-qualifying collaborative learning and working in health and social care in the United Kingdom. *J Interprof Care*, 22:399–416.
- Pollard, K., Miers, M., & Gilchrist, M. (2004). Collaborative learning for collaborative working? Initial findings from a longitudinal study of health and social care students. *Health Soc Care Community*, 12:346-58.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). Manuel de recherche en sciences sociales. *Paris, Dunod*, 271.
- Reeves, S. (2001). A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 8:533–542.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M. et al. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1):CD002213.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6:CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Reid, R., Bruce, D., Allstaff, K., & McLernon, D. (2006). Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? *Med Educ*, 40: 415-22.
- Richards, T., Montori, V., Godlee, F., Lapsley, P., & Paul, D. (2013). Let the patient revolution begin. Patients can improve healthcare: it's time to take partnership seriously. *BMJ*, 346:f2614.
- Rosen, M., Salas, E., Wilson, K., Salisbury, M., Augenstein, J., Robinson, D. et al. (2008). Measuring team performance in simulation-based training: adopting best practices for healthcare. *Simul Healthc* , 3:33–41.
- Ruebling, I., Pole, D., Breitbart, A., Frager, A., Kettenbach, G., Westhus, N. et al. (2014). A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. *J Interprof Care* , 28(1):23–7.
- Sackett, D. (1979). Bias in analytic research. *J Chronic Diseases*, 32(1-2):51-63.

- Sanson-Fisher, R., Baitch, L., & Peterson, E. (2005). From bland to grand: an approach to classification of interprofessional education for undergraduate health sciences. *Focus Health Prof Educ: A Multi-disciplinary J*, 7(1): 34-48.
- Sedgwick, P. (2014). Non-response bias versus response bias. *BMJ*, 348:g2573-g2573
- Shavelson, R., & Towne, L. C. (2002). Scientific research in education. *Center for Education. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Research Council.*
- Sigalet, E., Donnon, T., & Grant, V. (2012). Undergraduate students' perception of and attitudes toward a simulation-based interprofessional curriculum. *Simul Healthc*, 6: 353-8.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research. *Thousand Oaks: Sage Publications.*
- Stull, C., & Blue, C. (2016). Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration. *J Interprof Care*, 30(1):90-6.
- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (n.d.). Competence by Design: Reshaping Canadian Medical Education.
- Towle, A., & Godolphin, W. (2013). Patients as educators: Interprofessional learning for patient centred care. *Med Teach*, 35(3):219–225.
- Towle, A., Brown, H., Hofley, C., Kerston, R., Lyons, H., & Walsh, C. (2014). The expert patient as teacher: an interprofessional Health Mentors programme. *Clin Teach*, 11(4):301-6.
- Tunstall-Pedoe, S., Rink, E., & Hilton, S. (2003). Student attitudes to undergraduate interprofessional education. *J Interprof Care*, 17(2):161-72 .
- Vanier, M., Dumez, V., Drouin, E., Brault, I., MacDonal, S., Boucher, A. et al. (2014). Partners in Interprofessional Education: Integrating Patients-as-Trainers. In: *Partnering with Patients, Families, and Communities to Link Interprofessional Practice and Education. Proceedings of a conference sponsored by the Josiah Macy Jr. Foundation.*
- Vanier, M., Therriault, P., Lebel, P., Nolin, F., Lefebvre, H., Brault, I. et al. (2013). Innovating in Teaching of Collaborative Practice with a Large student cohort at Université de Montréal. *J Allied Health*, 42(4):97-106.
- Visser, C., Ket, C., Croiset, G., & Kusurkar, R. (2017). Perceptions of residents, medical and nursing students about Interprofessional education: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Medical Education*, 17(1):77.

- Wilhelmsson, M., Ponzer, S., Dahlgren, L., Timpka, T., & Faresjö, T. (2011). Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? *BMC Med Educ*, 11: 15.
- World Health Organization. (2013). Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training . *World Health Organization Guidelines*.
- World Health Organization. (2006). Working Together for Health. *Geneva: World Health Report*
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en.
- Yan, J., Gilbert, J., & Hoffman, S. (2011). World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. *WHO announcements*, 558-9.

ANNEXES

ANNEXE A - Questionnaire RIPLS

Formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec la personne et ses proches

Mes attitudes face à l'apprentissage interprofessionnel (questionnaire)

Consigne :

Avant de débiter les modules de formation sur la collaboration interprofessionnelle, prenez connaissance de vos attitudes face à l'apprentissage interprofessionnel en répondant au questionnaire suivant dont les réponses seront anonymes. Le questionnaire devra être complété **au plus tard le 7 septembre à 23 heures.**

1. Précisez d'abord la catégorie professionnelle à laquelle vous vous destinez :

- Ergothérapie
- Médecine
- Sciences infirmières
- Pharmacie

2. Indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec chaque énoncé en inscrivant un **X** dans la colonne chiffrée qui exprime le mieux votre opinion.

L'échelle est la suivante :

1= Totalement en désaccord

2= En désaccord

3= Neutre

4= D'accord

5= Totalement d'accord

	1	2	3	4	5
1. En apprenant avec d'autres étudiants, je deviendrai un membre plus efficace d'une équipe de santé interprofessionnelle.					
2. En bout de ligne, les patients profiteront du fait que les étudiants des sciences de la santé auront travaillé ensemble pour résoudre des problèmes cliniques.					
3. L'apprentissage collaboratif avec d'autres étudiants des sciences de la santé développera mon habileté à comprendre les problèmes cliniques.					
4. L'apprentissage collaboratif avec des étudiants des sciences de la santé pendant la formation initiale améliorera les relations interprofessionnelles lors de la pratique clinique.					
5. Les habiletés de communication devraient être développées avec d'autres étudiants des sciences de la santé.					
6. L'apprentissage collaboratif en formation initiale m'aidera à comprendre les autres professionnels					
7. L'apprentissage collaboratif m'aidera à apprécier les autres professionnels à leur juste valeur.					
8. Afin que l'apprentissage en petits groupes fonctionne, les étudiants doivent se faire confiance et se respecter.					
9. Tous les étudiants des sciences de la santé doivent développer leurs habiletés de travail en équipe interprofessionnelle.					
10. L'apprentissage collaboratif m'aidera à reconnaître mes propres limites.					
11. Je ne veux pas perdre mon temps à apprendre avec d'autres étudiants des sciences de la santé.					
12. Il n'est pas nécessaire pour des étudiants des sciences de la santé d'apprendre ensemble avant la fin de leur formation.					

13. Les habiletés de résolution de problèmes cliniques peuvent seulement être développées avec des étudiants de ma (mon) propre faculté/programme.				
14. L'apprentissage collaboratif avec d'autres étudiants des sciences de la santé m'aidera à mieux communiquer avec les patients et les autres professionnels.				
15. J'accepterais volontiers de travailler sur des projets en petits groupes avec d'autres étudiants des sciences de la santé.				
16. L'apprentissage collaboratif m'aidera à préciser la nature des problèmes du patient.				
17. L'apprentissage collaboratif avant la fin de ma formation m'aidera à devenir un meilleur équipier.				
18. La fonction première des infirmières et des autres professionnels de la santé est d'apporter du soutien aux médecins.				
19. Je ne sais pas très bien ce que sera mon rôle professionnel.				
20. J'ai à acquérir beaucoup plus de connaissances et d'habiletés que les autres étudiants des sciences de la santé.				
21. L'apprentissage collaboratif m'apprendra à mieux comprendre ce que vit le patient et sa famille				

(RIPLS : *The Readiness for Interprofessional Learning Scale*, McFadyen et al., 2005. Traduction libre par Paule Lebel, Geneviève Champagne, Frédéric Benny et Luce Gosselin, juillet 2008.)

ANNEXE B – Résultats RIPLS du CSS3900 des étudiants en médecine (n=46) avec résultats du RIPLS du CSS2900 (n=218) pour fin de comparaison

Questions	Totalemment d'accord (%) + D'accord (%)		Neutre (%)		Désaccord (%) + Totalemment désaccord (%)	
	CSS2900	CSS3900	CSS2900	CSS3900	CSS2900	CSS3900
1.	96.3	93.5	3.2	6.5	0.5	0
2.	95.0	95.3	4.6	4.3	0.4	2.2
3.	88.1	78.3	9.6	19.6	2.3	2.2
4.	89.0	84.8	9.6	13.0	1.4	2.2
5.	90.4	87.0	8.3	13.0	1.4	0
6.	93.6	89.1	5.5	8.7	0.9	2.2
7.	93.6	82.6	5.5	15.2	0.9	2.2
8.	98.6	93.5	1.4	6.5	0	0
9.	96.8	95.7	3.2	4.3	0	0
10.	80.7	73.9	15.1	21.7	4.2	4.3
11.	13.8	15.2	8.2	10.9	78.0	73.9
12.	15.1	13.0	11.5	13.0	73.4	74.0
13.	15.1	8.7	8.7	8.7	76.1	82.6
14.	86.7	87.0	10.6	6.5	2.8	6.5
15.	83.9	65.2	12.8	26.1	3.2	8.7
16.	86.2	80.4	12.4	15.2	1.4	4.3
17.	86.2	80.4	11.5	19.6	2.3	0

18.	22.5	10.9	15.1	8.7	62.4	80.4
19.	17.0	15.2	13.8	6.5	69.3	78.1
20.	33.9	28.3	25.7	39.1	40.4	32.6
21.	81.2	82.6	17.9	8.7	0.9	8.7

ANNEXE C - Évaluation de l'atelier interfacultaire du cours CSS3900 par les étudiants

Groupe : Médecine (n=223)

1. Vos apprentissages

1. La discussion en petit groupe interprofessionnel m'a aidé à mieux saisir les problèmes de santé et l'impact de la maladie sur M. Pierre.

Totalement en désaccord	En désaccord	D'accord	Totalement d'accord
0.4% (1)	11.2% (25)	77.6% (173)	10.8% (24)

2. La discussion en petit groupe interprofessionnel m'a aidé à mieux comprendre les enjeux des soins à procurer et des services à organiser pour M. Pierre.

0	4.0% (9)	81.6% (182)	14.3% (32)
---	----------	-------------	------------

3. La discussion en petit groupe interprofessionnel m'a aidé à mieux comprendre la nécessité de clarifier les tâches et les rôles professionnels des membres d'une équipe de soins.

0.4% (1)	6.7% (15)	71.3% (159)	21.5% (48)
----------	-----------	-------------	------------

4. La discussion en petit groupe interprofessionnel m'a procuré une vision plus claire de ce qu'est un PII

0.9% (2)	9.0% (20)	69.5% (155)	20.6% (46)
----------	-----------	-------------	------------

5. La discussion en petit groupe interprofessionnel m'a permis d'utiliser la démarche proposée pour élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire (PII).

0.4% (1)	8.1% (18)	78.5% (175)	13.0% (29)
----------	-----------	-------------	------------

6. La discussion en petit groupe interprofessionnel m'a permis d'expérimenter la planification d'interventions interprofessionnelles selon une approche de partenariat avec le patient et ses proches.

1.3% (3)	8.5% (19)	75.8% (169)	14.3% (32)
----------	-----------	-------------	------------

7. La discussion en petit groupe m'a permis d'observer de façon critique la dynamique d'une réunion d'équipe et de faire une rétroaction aux participants.

0.9% (2)	4.9% (11)	75.3% (168)	18.8% (42)
----------	-----------	-------------	------------

2. Le contenu pédagogique

8. Le plan de cours CSS3900 décrit bien ce cours.

Totalement en désaccord	En désaccord	D'accord	Totalement d'accord
0.9% (2)	8.5% (19)	78.9% (176)	11.7% (26)

9. Le guide d'apprentissage interdisciplinaire a été utile pour me préparer à l'atelier interfacultaire du 11 novembre.

2.7% (6)	13.5% (30)	73.5% (164)	10.3% (23)
----------	------------	-------------	------------

10. Les consignes présentées dans le guide d'apprentissage étaient précises et clairement annoncées.

4.5% (10)	18.8% (42)	67.7% (151)	9.0% (20)
-----------	------------	-------------	-----------

11. L'activité préparatoire intradisciplinaire (PID) m'a bien préparé à jouer un rôle actif lors de l'atelier interprogramme.

0.4% (1)	9.9% (22)	72.6% (162)	17.0% (38)
----------	-----------	-------------	------------

12. Les sujets abordés lors de la discussion en petit groupe interfacultaire étaient adaptés à mon niveau de formation.

1.8% (4)	3.6% (8)	70.4% (157)	24.2% (54)
----------	----------	-------------	------------

13. La description de la situation clinique était utile pour alimenter la simulation d'une rencontre interprofessionnelle

0.9% (2)	2.7% (6)	76.7% (171)	19.7% (44)
----------	----------	-------------	------------

3. Déroulement de l'activité

14. L'animation de mon groupe par les co-formateurs était stimulante

Totalement en désaccord	En désaccord	D'accord	Totalement d'accord
0	3.1% (7)	70.4% (157)	26.5% (59)

15. L'animation de mon groupe par les co-formateurs a permis de rencontrer les objectifs d'apprentissage

0.4% (1)	5.4% (12)	74.4% (166)	19.7% (44)
----------	-----------	-------------	------------

16. L'animation de mon groupe par les co-formateurs a encouragé ma pleine participation à la discussion.

0.9% (2)	4.0% (9)	71.7% (160)	23.3% (52)
----------	----------	-------------	------------

17. Le climat de travail était respectueux.

0	1.8% (4)	59.6% (133)	38.6% (86)
---	----------	-------------	------------

18. L'activité était bien organisée.

0	5.4% (12)	69.1% (154)	25.6% (57)
---	-----------	-------------	------------

19. La durée de l'activité était appropriée.

0.4% (1)	5.8% (13)	69.5% (155)	24.2% (54)
----------	-----------	-------------	------------

4. Le partenariat de soins

20. Les 2 vidéos "Mieux connaître M. Pierre" étaient utiles pour comprendre le contexte de vie de M. Pierre et l'impact de la maladie sur lui.

Totalement en désaccord	En désaccord	D'accord	Totalement d'accord
1.3% (3)	20.2% (45)	68.2% (152)	10.3% (23)

21. Suite à cette activité de formation interfacultaire, je saisis mieux les enjeux associés à l'intégration d'un patient dans la dynamique de soins.

0	6.7% (15)	81.6% (182)	11.7% (26)
---	-----------	-------------	------------

22. La création d'un partenariat de soins avec le patient et ses proches est importante.

0	0.9% (2)	63.2% (141)	35.9% (80)
---	----------	-------------	------------

23. Je considère essentielle la création d'un partenariat de soins avec le patient et ses proches pour réaliser pleinement mon rôle professionnel.

0	0.9% (2)	66.8% (149)	32.3% (72)
---	----------	-------------	------------

24. Les échanges pendant cet atelier m'amènent à me questionner sur ma façon habituelle d'interagir avec les patients et ses proches.

0.9% (2)	11.7% (26)	74.9% (167)	12.6% (28)
----------	------------	-------------	------------

5. Le patient-formateur

25. La participation d'un patient-formateur à cette activité de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient et ses proches était pertinente.

Totalement en désaccord	En désaccord	D'accord	Totalement d'accord
1.3% (3)	9.9% (22)	64.1% (143)	24.7% (55)

26. La participation d'un patient-formateur m'a permis de mieux intégrer le concept de "partenariat de soins".

0.9% (2)	14.8% (33)	66.4% (148)	17.9% (40)
----------	------------	-------------	------------

27. La participation d'un patient-formateur m'a incité(e) à accorder plus d'importance au point de vue de M. Pierre et de ses proches lorsque je proposais des interventions.

0.4% (1)	6.7% (15)	71.3% (159)	21.5% (48)
----------	-----------	-------------	------------

28. La participation d'un patient-formateur m'a amené(e) à me questionner de manière générale sur ma façon d'agir avec les patients.

0.9% (2)	18.8% (42)	65.0% (145)	15.2% (34)
----------	------------	-------------	------------

29. La participation d'un patient-formateur m'a permis de faire des apprentissages plus près de la vie réelle.

3.1% (7)	16.1% (36)	65.0% (145)	15.7% (35)
30. Le patient-formateur avait suffisamment d'espace et de temps pour intervenir et interagir avec l'équipe lors des périodes de discussion de groupe.			
1.3% (3)	10.3% (23)	68.2% (152)	20.2% (45)
31. Les interventions du professionnel de la santé et celle du patient-formateur étaient complémentaires.			
0.0% (0)	6.3% (14)	74.0% (165)	19.7% (44)
32. Les interventions du patient-formateur ont enrichi la discussion.			
0.9% (2)	10.8% (24)	64.6% (144)	23.8% (53)
33. La participation du patient-formateur est une valeur ajoutée pour cette activité pédagogique.			
0.9% (2)	11.2% (25)	64.6% (144)	23.3% (52)

6. Niveau de compétence perçue pour les interactions interprofessionnelles en milieu clinique

Indiquez pour chaque énoncé votre niveau de compétence entre 0 et 3 (0 : non compétent; 1 : peu compétent; 2 : compétent; 3 : très compétent)

34. Avant le cours CSS3900, je me sentais compétent(e) pour collaborer avec d'autres professionnels lors de mes stages cliniques.

Non compétent	Peu compétent	Compétent	Très compétent
0.4% (1)	13.9% (31)	58.3% (130)	27.4% (61)

35. Suite au cours CSS3900, je me sens compétent(e) pour collaborer avec d'autres professionnels lors de mes stages cliniques.

0	1.3% (3)	56.5% (126)	42.2% (94)
---	----------	-------------	------------

36. Avant le cours CSS3900, je me sentais compétent(e) pour participer à une réunion interprofessionnelle.

2.2% (5)	20.2% (45)	57.4% (128)	20.2% (45)
----------	------------	-------------	------------

À quelle fréquence avez déjà participé à une réunion interprofessionnelle en milieu clinique ?

Réponse	Moyenne	Total
0	 14%	32
1 à 2	 26%	57

3 à 4	23%	51
5 à 6	19%	43
7 et plus	18%	40
Total	100%	223/223

Si vous avez participé à au moins une réunion interprofessionnelle répondez aux 2 questions suivantes :

14. Le patient ou un proche était-il présent aux réunions interprofessionnelles ?

Réponse	Moyenne	Total
Jamais	58%	129
Rarement	23%	51
Souvent	6%	13
Toujours	1%	3
Total	88%	196/223

15. Selon vous, l'approche respectait-elle le concept de partenariat avec le patient et ses proches?

Réponse	Moyenne	Total
Oui	72%	160
Non	17%	38
Total	89%	198/223

ANNEXE D – Échéancier

La prochaine Année 3 du cours d'IPE sera donnée à l'automne 2015. La durée de l'étude sera d'un an.

1) Préparation: **ÉTÉ 2015**

- Dépôt du projet de maîtrise
- Les questionnaires RIPLS en français sont déjà préparés et disponibles
- Ajout des questions démographiques pour les étudiants en médecine au début du RIPLS donné en pré-cours
- Création du formulaire de consentement pour les étudiants en médecine et obtention de l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal
- Préparation des questions pour le groupe de discussion

2) Collecte des données: **AUTOMNE 2015**

- Obtenir le consentement des étudiants
- Questionnaires RIPLS et démographiques pré-cours à collecter
- Choisir les étudiants pour le groupe de discussion
- Questionnaires post-test seront obtenus à la fin du cours en novembre 2014
- Groupe de discussion : en novembre, la semaine suivant les ateliers interfacultaires

3) Analyse des données: **HIVER 2016**

- Analyse statistique
- Analyse qualitative
- Rédaction du mémoire et révision par les directeurs de maîtrise

4) Soumission du mémoire: **HIVER 2017**

ANNEXE E - Formulaire de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Apprendre ensemble : Attitudes des étudiants en médecine envers la pratique collaborative suite à un cours d'éducation interprofessionnelle impliquant un patient-formateur

Chercheur : Lyne Chiniara

MD, candidate à la maîtrise (2^e cycle)

Faculté de médecine – Département d'endocrinologie, Université de Montréal

Ce projet n'est pas financé et le chercheur n'a pas de conflit d'intérêt. Il n'y aura pas de compensation financière pour les participants.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Première partie : Questionnaires

1. Description du projet de recherche

Le projet de recherche consiste en l'évaluation du cours CSSS auquel vous participez: il permettra d'évaluer si le cours permet d'améliorer vos connaissances sur l'éducation interprofessionnelles, vos compétences de communication et de collaboration, votre satisfaction du format des cours magistraux/modules en lignes et de l'atelier interprogramme.

C'est un projet à un seul volet qui constitue également le projet de maîtrise du chercheur principal. Il s'applique uniquement aux étudiants en médecine participants à ce cours, et dans un contexte plus global, permet de s'assurer de la qualité du cours et de ses retombées sur votre apprentissage.

Le recueil de données est composé de vos questionnaires pré et post cours, donc d'environ 200-250 étudiants en médecine,

Ce projet aura pour retombées potentielles de valider le curriculum du cours, son format et l'usage potentiel de la simulation, pour s'assurer qu'il répond aux objectifs de cours.

2. Nature, durée et conditions de la participation

Répondre à deux questionnaires sur le cours

Lieu: questionnaires en ligne donc au domicile ou à l'université.

Durée: environ 15 minutes

Collecte de données : questionnaires sont informatisés (en ligne).

A noter qu'il n'est possible de répondre aux questionnaires en ligne qu'une fois.

3. Risques et inconvénients pour les participants

L'étude ne comporte aucun risque ou inconvénient pour les participants, sauf le temps requis pour répondre au questionnaire.

4. Avantages et bénéfices pour les participants

L'étude ne comporte pas d'avantages ou de bénéfices pour le participant, cependant, elle permet l'avancement général des connaissances dans le domaine des sciences de l'éducation, pour les étudiants en médecine et potentiellement pour les étudiants des sciences médicales participants au cours.

5. Diffusion des résultats

Celle-ci se fera lors de la rédaction d'un article scientifique, dans un contexte de maîtrise, qui sera potentiellement publié dans une revue scientifique. Elle pourra aussi se faire par présentation poster ou orale dans un congrès. Les résultats sont complètement anonymes et il sera impossible de retracer votre résultat ou de vous identifier.

6. Anonymat, confidentialité, protection et conservation des données

Afin de préserver la confidentialité des données, nous codifions ces dernières ce qui les rend complètement anonymes. Afin d'en assurer la sécurité, nous les conserverons sur un fichier sécurisé, et dans un ordinateur sous clé (seul le chercheur principal y aura accès).

Les données recueillies par questionnaires seront transcrites dans un fichier d'ordinateur. La période de conservation minimale est de 7 ans après la fin de l'étude. Une fois l'étude terminée et le manuscrit écrit, nous détruirons les données et les renseignements identificatoires associés.

7. Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Cependant, il sera impossible de retirer vos données ou votre matériel des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Le refus ou le retrait du participant n'aura pas d'impact sur son cheminement académique ou son évaluation.

8. Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personne-ressource

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter la personne ressource parmi l'équipe de recherche pour répondre à vos questions: Lyne

Chiniara, MD, Candidate à la maîtrise, Faculté de médecine – Département d'endocrinologie,
Université de Montréal

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel:

Téléphone au

Site Web

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Déclaration du participant :

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir à ma participation ou mon refus de participer.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur :

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

LYNE CHINIARA

Prénom et nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date: 2015 /11/01

Deuxième partie : Entrevue de groupe

1. Description du projet de recherche

Le projet de recherche consiste en l'évaluation du cours CSSS auquel vous participez: il permettra d'évaluer si le cours permet d'améliorer vos connaissances sur l'éducation interprofessionnelles, vos compétences de communication et de collaboration, votre satisfaction du format des cours magistraux/modules en lignes et de l'atelier interprogramme.

Ce projet s'applique uniquement aux étudiants en médecine participants à ce cours, et dans un contexte plus global, permet de s'assurer de la qualité du cours et de ses retombées sur votre apprentissage.

Le recueil de données sera sous forme d'un focus group unique d'environ 10 étudiants.

Ce projet aura pour retombées potentielles de valider le curriculum du cours, son format et l'usage potentiel de la simulation, pour s'assurer qu'il répond aux objectifs de cours.

2. Nature, durée et conditions de la participation

Participer à un focus group (entrevue de groupe) pendant lequel les thèmes abordés seront la l'atelier interprogramme, la collaboration et l'éducation interprofessionnelle.

Lieu: à l'université.

Durée: 30 minutes-1heure, une seule rencontre.

Collecte de données : focus group sera enregistré par audio

Critères d'inclusion du focus group:

- a) Être un étudiant en médecine
- b) Avoir différentes expériences académiques (étudiants admis directement du Cegep en Premed versus issus d'un baccalauréat ou d'une maîtrise universitaire)
- C) avoir différentes expériences passées de pratique interprofessionnelle

3. Risques et inconvénients pour les participants

L'étude ne comporte aucun risque ou inconvénient pour les participants, sauf le temps requis pour participer au focus group.

4. Avantages et bénéfices pour les participants

L'étude ne comporte pas d'avantages ou de bénéfices pour le participant, cependant, elle permet l'avancement général des connaissances dans le domaine des sciences de l'éducation, pour les étudiants en médecine et potentiellement pour les étudiants des sciences médicales participants au cours.

5. Diffusion des résultats

Celle-ci se fera lors de la rédaction d'un article scientifique, dans un contexte de maîtrise, qui sera potentiellement publiée dans une revue scientifique. Elle pourra aussi se faire par présentation poster ou orale dans un congrès. Les résultats sont complètement anonymes et il sera impossible de retracer votre résultat ou de vous identifier.

6. Anonymat, confidentialité, protection et conservation des données

Afin de préserver la confidentialité des données, nous codifions ces dernières ce qui les rend complètement anonymes. Afin d'en assurer la sécurité, nous les conserverons sur un fichier sécurisé, et dans un ordinateur sous clé (seul le chercheur principal y aura accès).

En ce qui concerne les données recueillies lors de l'entretien de groupe (focus group), nous rappelons aux participants l'importance de la confidentialité des échanges; elle dépend de votre engagement réciproque à ne pas divulguer l'identité des autres participants ni la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé à la rencontre.

Les données du focus group seront enregistrées par audio seulement. La période de conservation minimale est de 7 ans après la fin de l'étude. Une fois l'étude terminée et le manuscrit écrit, nous détruirons les données et les renseignements identificatoires associés.

7. Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous

concernant. Cependant, il sera impossible de retirer vos données ou votre matériel des analyses menées une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Le refus ou le retrait du participant n'aura pas d'impact sur son cheminement académique ou son évaluation.

8. Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personne-ressource

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter la personne ressource parmi l'équipe de recherche pour répondre à vos questions: Lyne Chiniara.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement

Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir à ma participation ou mon refus de participer.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'accepte d'être contacté pour participer au focus group.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

LYNE CHINIARA

Lyne Chiniara

Prénom et nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date: 2015 /11/01

Annexe F - Budget hypothétique pour demande de fonds

Resources	Tasks	Hours (#)	Rate (\$/hour)	Total (\$)
Methodologist/data analysis	Statistical analysis	20	75	1500.00
Research Assistant and Coordinator	Coordination with university ethics committee/review board Coordination with Interfaculty Operational Committee Coordination with technology team Preparation and follow-up of data collection Coordination of focus group participants Follow-up of budget	10/wk x 5 10/wk x 10	41.41	4969.20
Secretary	Format of online questionnaire	10	25	250.00
Principal Investigator	Recruitment Focus group chair Training of research assistant Salary support	10 5 5 130	60	
Focus group costs	Modest refreshment and meal Transportation (parking)	24/participant 12/participant		288.00 144.00
Supplies				500.00
Poster				200.00
Dissemination	Travel, meals, accommodation, conference registration			2000.00
TOTAL				9851.20

ANNEXE G – Grille du groupe de discussion

Thème 1. Comment les modules et les sessions didactiques vous ont préparé à l'atelier interfacultaire?

- Description des barrières et facilitateurs de ces activités.

Thème 2. Comment avez-vous vécu l'expérience de l'atelier interprogramme?

- Quels ont été vos apprentissages les plus importants ?
- Quelles étaient les difficultés principales rencontrées ?
- Comment avez-vous vécu votre rôle dans l'équipe interprofessionnelle ?
- Comment l'atelier interfacultaire a-t-il influencé vos connaissances des rôles des différents professionnels de la santé ?

Thème 3. Quel était le rôle et l'influence du patient-formateur dans votre expérience d'apprentissage ?

Thème 4. Confiance dans ses habiletés de collaboration, motivation et sentiment d'être prêt pour la pratique future:

- Comment votre niveau de confiance a-t-il changé ?
- Quel était le rôle de l'atelier interfacultaire dans ce changement ?

ANNEXE H - Approbation du comité d'éthique



Comité d'éthique de la recherche en santé

20 novembre 2014

Objet: Approbation éthique - « Apprendre ensemble : un cours d'éducation interprofessionnelle, utilisant la simulation avec un patient-partenaire, a-t-il un impact positif sur les habiletés de collaboration et de communication des étudiants en médecine, ainsi que sur leurs attitudes en »

Mme Lyne Chiniara,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

DL/GP/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Céline Huot, professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine - Département de pédiatrie

Paule Lebel, professeure agrégée, Centre de pédagogie appliqué en Science santé

p.j. Certificat #14-123-CERES-D

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Apprendre ensemble : un cours d'éducation interprofessionnelle, utilisant la simulation avec un patient-partenaire, a-t-il un impact positif sur les habiletés de collaboration et de communication des étudiants en médecine, ainsi que sur leurs attitudes en
Étudiante requérante	Lyne Chiniara [redacted] Candidate à la Maîtrise en pédagogie universitaire des sciences médicales, Faculté des sciences de l'éducation
Sous la direction de	Céline Huot, professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine - Département de pédiatrie, Université de Montréal & Paule Lebel, professeure agrégée, Centre de pédagogie appliqué en Science santé, Université de Montréal.

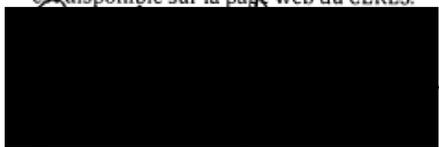
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.



Université de Montréal

20 novembre 2014
Date de délivrance

1er décembre 2015
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

ANNEXE I – Lettre d’invitation à participer (premier contact)

PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

COMPENSATION ?

pizza et breuvages fournis* + *Une carte cadeau de 50\$ chez Apple à faire tirer entre les participants

QUOI ?

Sur l’impact du CSS3900 sur votre confiance en vos habiletés de collaboration et communication et l’impact de l’atelier interprogramme et du patient-formateur sur vos apprentissages

COMMENT?

Remplir un questionnaire (5minutes) + une discussion en groupe de 6-10 étudiants (40 minutes)

QUAND ET OÙ?

Quand vous êtes disponibles sur l’heure du lunch (vos superviseurs seront avisés)

Dans vos milieux cliniques (ex : Sainte-Justine, CHUM, HMR, Sacré-Cœur)

CONTACTEZ :

Dr Lyne Chiniara, chercheur principal et candidate à la maîtrise en pédagogie universitaire des sciences médicales

Merci !

ANNEXE J – Courriel d’invitation aux étudiants (deuxième contact)

Chers étudiants et étudiantes en médecine,

Je m’appelle Lyne Chiniara, et je suis une candidate à la maîtrise en pédagogie universitaire des sciences médicales à l’université de Montréal. J’ai récemment complété ma formation en endocrinologie pédiatrique à l’université de Montréal et suis présentement à Toronto pour une année de *fellowship*. J’étais donc assise dans les mêmes bancs que vous il y a déjà quelques années, mais lors de mon curriculum, les cours CSS3900 n’existaient pas. Voilà pourquoi je vous envoie ce courriel. Pour mon projet de maîtrise, j’ai décidé d’étudier le cours CSS3900. Plus précisément, mon projet s’intitule: *Apprendre ensemble : Attitudes des étudiants en médecine envers la pratique collaborative suite à un cours d’éducation interprofessionnelle impliquant un patient-formateur.*

J’ai donc besoin de votre participation!

QUOI ?

Si vous acceptez de participer, ceci implique un peu de votre temps précieux (j’estime 15 minutes) pour compléter un [sondage en ligne](#) que vous rempliriez maintenant, et un second à la fin du cours 3900. Je comparerai les données de ces questionnaires pour voir si le cours a un impact ou non sur les réponses. Attention ! **Ce n’est PAS un test de connaissances** (vous avez déjà assez d’étude à faire !!!) c’est un questionnaire que vous avez déjà rempli au cours 2900 sur votre sentiment d’être prêts pour la pratique collaborative et l’enseignement interprofessionnel. Aussi, il y aura quelques questions sur votre formation précédant la médecine (cegep ou université), votre âge, sexe, si vous avez de l’expérience en collaboration interprofessionnelle : ceci m’aide à voir s’il y a un lien entre la formation antérieure et les réponses aux questionnaires par exemple. En pièce jointe vous avez un formulaire de consentement qui vous explique le tout plus en détail.

MAIS ENCORE !

Pour ceux qui sont intéressés, une sous-partie de l’étude consiste à participer à un [focus group](#) d’environ 10 étudiants spécifiquement sur votre expérience d’avoir eu un patient-formateur et sur l’atelier interprogramme. Durée estimée de 30 minutes, qui aura lieu à la fin du cours (je l’organiserai pour accommoder votre horaire). Si vous êtes intéressés, tout simplement acceptez le formulaire de consentement ci-joint !

JE GAGNE QUOI ?

J’aimerais tant vous donner une compensation financière mais je suis une étudiante sans ressources financières à Toronto ! Alors vous le faites pour l’avancement des connaissances. Par contre, je

peux vous offrir mes services d'ancienne de l'UDM pour répondre à vos questions sur cette maîtrise si elle vous intéresse ou sur ma spécialité (pédiatrie puis endocrinologie), des fois c'est plus précieux que de l'argent ☺

LE PLUS IMPORTANT !!!

Le questionnaire est confidentiel, il sera **IMPOSSIBLE** de retracer vos réponses et **IMPOSSIBLE** de vous identifier, c'est une **OBLIGATION** du comité d'éthique. Pour comparer les réponses du premier et du deuxième questionnaire, je dois les lier au même étudiant : cela veut dire que j'aurai votre nom sur le questionnaire **MAIS** que les réponses du questionnaire sont entrées et traitées de façon **ANONYME** sous un **CODE** et non sous votre nom donc **IMPOSSIBLE** de retracer vos réponses à votre nom. Les noms et la correspondance aux codes seront gardées dans un fichier protégé par un mot de passe dans un ordinateur protégé par un mot de passe que je suis **LA SEULE** à avoir.

SI VOUS ACCEPTEZ

Voici le lien pour le sondage à remplir :

https://cassatasc.co1.qualtrics.com/SE/?SID=SV_dnHID8Vjzsf3cuV

La date limite pour le compléter est Mardi le 10 Novembre 2015

Vous recevrez un second courriel pour le 2eme sondage avec un lien à la fin du cours.

Vous avez ci-joint les formulaires de consentement pour le questionnaire et pour la participation au focus groupe (aucune obligation de participer au deux !).

ENCORE UNE FOIS

N'hésitez pas à me contacter pour toutes questions à mon adresse courriel.

Merci ☺ : Merci pour votre participation à ce projet !!

Lyne Chiniara

ANNEXE K - Questionnaire démographique

1) Êtes-vous d'accord que j'utilise les données suivantes pour mon projet de maîtrise ? (Tel que mentionné dans le formulaire de consentement, les réponses sont anonymes)

2) Quelle est votre tranche d'âge ?

Moins de 20 ans

20-25 ans

26-30 ans

30-35 ans

Plus de 35 ans

3) Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

4) Avez-vous une formation académique précédent votre doctorat en médecine ?

Non (CEGEP)

Oui

Si oui : quelle est-elle ?

Diplôme

Avez-vous pratiqué dans ce domaine ?

Non

Oui

Si oui : quel est votre nombre d'années de pratique ?

Moins d'un an

Entre un an et 5 ans

Plus de 5 ans

5) Avez-vous déjà participé à des activités de collaboration interprofessionnelle?

Non

Oui

Si oui : A quelle fréquence : Une fois

Entre 2 et 5 fois

Plus de 5 fois

Description :

6) Avez-vous de l'expérience en enseignement interprofessionnel : sous forme de cours pris auparavant :

Oui

Non

Si oui : A quelle fréquence : Une fois

Entre 2 et 5 fois

Plus de 5 fois

Description du cours :

ANNEXE L – Grille de codification

Nodes

Name	Description	Files	References
Activité appréciée		1	18
Patient formateur		1	6
Activité non appréciée		1	16
Barrières		1	3
Charge de travail		1	24
Préparation moins longue		1	1
Expérience antérieure		1	3
Simulation désirée		1	17
Nouveaux savoirs acquis grâce au cours CSS3900		1	1
Collaboration		1	28
Amélioration du système de santé		1	5
Briser les préjugés		1	1
Perception d'attitudes négatives envers les médecins		1	7
Conflit		1	5
Efficacité		1	8
Facteurs facilitant la collaboration		1	2
Leadership		1	5
Ouverture d'esprit		1	4
Réduction des erreurs		1	1
Rôles et responsabilités		1	52
Valorisation des autres professionnels		1	8
Égalité de tous		1	1
Communication	Parent	1	38
Ecoute	Child	1	6
Respect		1	1
Vulgarisation scientifique		1	2
Confiance en soi, en ses habiletés		1	5
Partenariat patient		1	61

ANNEXE M – Exemple de codification ouverte avec annotations et mémos

Adaptés2_résultats médecine 2015

- 1 J'ai connus la variétés de services qui sont disponibles pour les patients.
- 1 J'ai pu développer ma capacité à interagir/discuter avec les membres des autres professions
- 1 Je comprend mieux les rôles des différents professionnels de la santé.
- 1 Je n'ai appris que très peu de nouvelles informations, car j'ai eu une excellent exposition aux autres professions médicales au cours de mon stage de gériatrie.
- 1 Je n'ai pas vraiment appris quoi que ce soit de plus. Mes expériences passées en PII étaient suffisantes.
- 1 Je n'ai RIEN appris durant cette activité, ni durant les autres activités précédentes. Les activités sont tellement loin de la réalité qu'elle ne sont d'aucune utilité pour nous. Nous apprenons beaucoup plus sur la manière dont coopèrent les professionnels de la santé dans nos stages cliniques.
- 1 Je respecte les différents points de vue des autres et je conçois différentes façons d'\entrevoir une situation. Je crois qu'il existe différente angles d'\attaques pour concevoir

Collaboration

Partenariat patient

Charge de travail

Communication

Rôles et responsabilités

Perception d'attitudes négatives envers les médecins

Respect

Coding Density

The screenshot shows the software interface with a search for 'communication'. The search results are as follows:

#	Annotation
1	A la fois communication et collaboration
2	LEadership
3	Respect
4	Rôle et responsabilités

ANNEXE N – Exemple de figure/diagramme utilisé pour l'analyse

