

Université de Montréal

Apprendre à collaborer en équipe interprofessionnelle et à développer les compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux dans un cours universitaire hybride à l'ère du numérique

Par

Audrey Raynault

Département de psychopédagogie et d'andragogie, faculté d'éducation

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

en Sciences de l'éducation option psychopédagogie

Décembre 2018

©Audrey Raynault, 2018

Cette thèse intitulée :

Apprendre à collaborer en équipe interprofessionnelle et à développer les compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux dans un cours universitaire hybride à l'ère du numérique

Présentée par :

Audrey Raynault

Évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Professeur Thierry Karsenti, directeur de recherche

Professeure Isabelle Brault, codirectrice de recherche

Professeur Serge J. Larivée, président rapporteur

Professeur Nicolas Fernandez, membre du jury

Professeure Jacinthe Savard, examinatrice externe

À ma brillante fille **Clara**, mon ange et à ma très résiliente mère, France Dacier.

En souvenir de ma chère collègue, Luce Gosselin, qui m'a tout appris du partenariat
patient et plus encore ...

In memory of a monument in IPE, who inspired me during all of my doctoral studies,
Scott Reeves.

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à ma mère sans qui cette thèse n'existerait pas. Merci maman d'avoir tout misé sur moi depuis que je suis au monde. Ta résilience, je la porte plus que jamais. C'est ta force qui m'habite... Celle qui m'a donné la persévérance de ne pas abandonner. Ma maman, mon facteur de protection à ma réussite ;). Merci à ma fille Clara, ma source d'inspiration, mon bonheur et toute ma vie. Si un jour tu es médecin comme tu le souhaites, cette thèse prendra tout un autre sens pour toi mon amour.

Je ne remercierai jamais assez Gabriel Dumouchel. Sans relâche, « Gaguel », tu as su me soutenir intellectuellement et moralement. Tu m'as relue et a souvent apporté ton soutien dans la rédaction et dans la bibliographie. Merci pour nos éclats de rire. Sans toi, je n'y serais pas arrivée.

À toi qui est arrivé en fin de parcours de ce doctorat, mon amour de professeur géologue ;), je suis si heureuse à tes côtés. Merci pour ton soutien stratégique et moral au cours des derniers mois. Nous avons toute la vie pour nous aimer Félix Gervais. L'avenir est devant nous mon amour. Je t'aime.

Merci beaucoup à ma direction de recherche le professeur Thierry Karsenti et la professeure Isabelle Brault qui a codirigé ma thèse pendant les quatre dernières années.

Merci au professeur Nicolas Fernandez, membre du jury pour son implication dans l'avancement de mes études doctorales. Un grand merci aussi au professeure Jacinthe Savard, examinatrice externe pour ses nombreuses rétroactions qui ont permis de bonifier ma thèse de doctorat. J'ai apprécié votre rigueur, votre humour et votre sensibilité.

Ma très chère Dre Paule Lebel, merci pour ton aide pendant l'analyse des JBC et pour tes encouragements au cours des quatre dernières années. Merci de m'avoir choisie en août 2014... Tu sais déjà pourquoi. Merci de faire partie de ma vie encore aujourd'hui. Cette thèse est en quelque sorte une partie de toi aussi.

Ma très chère Marie-Claude Vanier, merci pour tes mots doux, tes encouragements, ton côté visionnaire qui m'ont soutenue pendant mes années comme technopédagogue au Comité interfacultaire opérationnel de l'Université de Montréal, mais aussi comme étudiante chercheuse. Merci de m'avoir choisie en août 2014. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir donné la liberté de créer avec vous tous. Tu es une gestionnaire inspirante, je le répète. Un modèle pour moi.

Mes plus sincères remerciements au professeur Serge J. Larivée pour son « oreille », ses conseils et son support tout au long de mes études supérieures depuis 2006.

Merci aux professeurs du Comité interfacultaire opérationnel de l'Université de Montréal qui ont osé innover avec moi en 2015 lorsque nous avons lancé la première version du JBC. Merci d'avoir cru en la technopédagogue que je suis. Merci d'avoir cru en ma folie.

Merci au professeur Sébastien Béland pour ton soutien lors des analyses quantitatives et tes mots d'encouragements pendant les deux dernières années.

Merci au talentueux graphiste Erik Ashley pour mes deux magnifiques figures. Quel artiste tu es !

Merci à Monique Clar, bibliothécaire, pour son soutien pendant ma recension des écrits. Tu as su m'éclairer et mieux orienter mon processus de recherche de recension.

Je ne peux passer sous silence le soutien du Fonds de Recherche du Québec sur la Société et la Culture (FRQSC) pour la bourse de recherche doctorale dont j'ai pu profiter pendant plusieurs sessions.

Des remerciements particuliers aux étudiants qui ont participé à cette recherche. C'est leur collaboration et leur participation qui ont rendu possible cette étude.

Des profonds remerciements à mon ami Alain Caron pour son soutien indéniabte. Merci aussi à toi cher ami Francis Pellerin d'avoir relativisé les choses au cours des dernières années. Merci d'avoir cru en moi cher ami poète et comédien. Merci à Mélanie Caron, Catherine Houle et Annie Thérien pour leur soutien moral et affectif (je vous aime tellement).

À toi, mon collègue Martin Gagnon qui m'a endurée les derniers mois de ce processus de thèse de doctorat. Tu m'as donné tellement d'énergie. Je te souhaite tout le bonheur avec ta petite famille ...

Merci à tous mes élèves et à leurs parents. C'est vous qui m'avez poussée aux études supérieures afin que je peaufine mes interventions, mes actions et ma pédagogie. Merci pour toutes ces remises en question à l'égard de ma pratique qui ont favorisé toujours plus loin ma réflexion. (École Les Mélézes, école Les Petits Castors, école Arc-en-ciel, école Laurier et plusieurs autres...)

Enfin, ma chère collègue et amie défunte, Luce Gosselin, merci de m'avoir tout appris du partenariat patient. Merci pour tout, tout et même « ça » (tu sais de quoi je parle). Là-haut, tu m'as guidée la dernière année vers le chemin de la réussite, tel que tu me l'avais promis.

Merci à tous d'avoir rendu possible la réalisation de cette thèse !

Table des matières

Table des matières	7
Résumé	18
Introduction générale	21
1. Problématique	25
1.1 Apprendre à l'ère du numérique et de la collaboration	25
1.2 La place des compétences dans les programmes universitaires en sciences de la santé	27
1.2.1 Contextes authentiques et compétences effectives	28
1.3 L'importance de la collaboration entre les professionnels de la santé	30
1.4 La place de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP)	31
1.5 Le partenariat patient et l'éducation à la collaboration interprofessionnelle	33
1.6 Obstacles en EIP : logistique, cloisonnement des professions et communication .	34
1.7 Enseignement en mode hybride de l'EIP : entre la collaboration en ligne et en présentiel	43
1.7.1 Collaborer en ligne et en présentiel à l'université : des entraves aux facilitateurs	43
1.7.2 Collaborer en ligne et en présentiel : le mode hybride en EIP	44
1.8 Question de recherche et objectif général de l'étude	48
1.9 Objectifs spécifiques de recherche	48
2. Cadre conceptuel	50
2.1 La collaboration	50
2.1.1 Les origines de la notion de collaboration.....	50
2.1.2 Les dimensions de la collaboration en travail d'équipe	53
2.2 L'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient	57
2.3 Les compétences de l'EIP	58
2.3.1 Contextes authentiques et compétences effectives	64
2.3.1.1 La Typologie du travail interprofessionnel (Xyrichis et coll., 2018)	65
2.4 Apprentissage centré sur l'apprenant : le numérique et la collaboration	70
2.4.1 L'apprentissage collaboratif en EIP	73
2.4.2 Apprentissage collaboratif en mode hybride et l'EIP	76
2.5 Définition pour l'étude	77
2.5.1 Synthèse du cadre conceptuel.....	77

3. Cadre méthodologique	80
3.1 Approche méthodologique.....	80
3.1.1 Posture épistémologique	80
3.1.2 Méthodologie mixte.....	81
3.2 Contexte de la recherche	82
3.2.1 L'EIP à l'UdeM.....	82
3.2.2 Le cours à l'étude : le cours CSS2900	85
3.2.2.1 Activité d'éducation thérapeutique pour madame Khan et vignette interprofessionnelle	86
3.3 Outils de collecte des données.....	93
3.3.1 Questionnaire : La collaboration en équipes interprofessionnelles.....	93
3.3.2 Journal de bord collaboratif.....	94
3.4 Participants.....	97
3.4.1 Recrutement des participants.....	100
3.5 Variables dépendantes et indépendantes de la recherche	101
3.6 Traitement et analyse des données.....	102
3.6.1 Analyse des données quantitatives.....	102
3.6.1.1 Analyses factorielles.....	102
3.6.1.2 Analyses descriptives et inférentielles	106
3.6.2 Analyse des données qualitatives	107
3.6.3 Méthode d'analyse qualitative par la quantification des données.....	111
3.6.4 La triangulation des données	111
3.7 Synthèse du cadre méthodologique.....	112
3.8 Précautions éthiques de la recherche	114
3.9 Critères de scientificité	116
3.9.1 Crédibilité.....	117
3.9.2 Transférabilité.....	118
3.9.3 Fiabilité	118
3.9.4 Confirmation	119
4. Résultats.....	120
4.1 Collaboration en ligne et en présence -résultats des analyses factorielles-..	121
4.1.1 Analyse factorielle exploratoire parallèle.....	122
4.1.2 Analyse factorielle exploratoire : méthode de rotation oblique (oblimin).....	123

4.1.3 Analyses factorielles confirmatoires.....	126
4.2 Comment les étudiants collaborent-ils en ligne et en présence?	127
4.2.1 Résultats par dimension de la collaboration	136
Dimension de la communication (données quantitatives)	138
Dimension de la communication (données qualitatives)	139
Dimension communication lors de la collaboration en ligne	139
Dimension communication lors de la collaboration en présentiel.....	141
Dimension de la synchronisation (données quantitatives).....	143
Dimension de la synchronisation (données qualitatives).....	144
Dimension de la synchronisation pendant la collaboration en ligne.....	144
Dimension de la synchronisation pendant la collaboration en présentiel	147
Dimensions des coordinations explicite et implicite	148
Dimension de la coordination explicite (données quantitatives).....	148
Dimension de la coordination explicite (données qualitatives).....	149
Dimension de la coordination explicite pendant la collaboration en ligne	149
Dimension de la coordination explicite pendant la collaboration en présentiel	151
Dimension de la coordination implicite (données quantitatives)	154
Dimension de la coordination implicite (données qualitatives)	155
4.2.2 Synthèse des résultats sur la collaboration en ligne et en présence	155
4.2.2.1 L'usage du numérique pour collaborer en ligne et en présence.....	155
4.2.2.2 La logistique d'horaire entre les différents programmes.....	156
4.2.2.3 Le décloisonnement des professions.....	156
4.2.2.4 La communication interprofessionnelle	157
4.2.2.5 L'apprentissage de la collaboration en mode hybride.....	158
4.3 Quelles sont les compétences développées ?.....	159
4.3.1. Compétences développées lors de l'activité de madame Khan	160
4.3.1.1 Approches de soins promues.....	160
4.3.1.2 Compétences effectives liées au référentiel.....	162
4.3.2.....	165
Compétences développées à l'activité de la vignette interprofessionnelle	165
4.3.2.1 Approches de soins promues.....	165
4.3.2.2 Compétences effectives liées au référentiel.....	168
4.3.3 Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient	170
4.3.4 Synthèse des résultats sur les compétences effectives liées au référentiel	171

5. Discussion.....	173
5.1. La collaboration en travail d'équipe : comprendre ses dimensions	174
5.1.1 La synchronisation : une dimension divergente	177
5.2 Le numérique, le travail interprofessionnel et le partenariat patient : un « ménage adroit ».....	180
5.2.1 Le numérique.....	180
5.2.2 Choix des outils technologiques	181
5.2.3 Le numérique au service de la collaboration	183
5.2.4 Le travail interprofessionnel.....	185
5.2.5 Le partenariat patient	186
5.3 La classe inversée collaborative pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient.....	187
5.3.1 Les tâches collaboratives à réaliser : l'importance de la cocréation	189
5.3.2 La coanimation	191
En ligne	191
En présentiel.....	191
Coanimation de l'aller au retour	193
5.3.3 L'encadrement pédagogique	194
5.4 Le partenariat patient : une valeur ajoutée dans l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle pour le XXI^e siècle	195
5.4.1 Compétences effectives de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux	195
5.4.1.1 Compétences effectives de la pratique collaborative	195
5.4.1.2 Compétences effectives et approche de soins en partenariat patient.....	197
5.4.1.3 Contexte authentique	199
5.5 Conclusion de la discussion	202
6. Limites, forces et contributions de l'étude.....	205
6.1 Limites de l'étude	205
6.2 Forces de l'étude.....	207
6.3 Contributions de l'étude.....	208
7. Recommandations	211
8. Conclusion	215
Bibliographie	220

Annexe 1. Référentiel de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux.....	253
Annexe 2. Questionnaire : La collaboration en équipes interprofessionnelles..	254
Annexe 3. Formulaire de consentement envoyé par courriel pour l’obtention du consentement des membres des JBC	262
Annexe 4. Journal de bord Collaboratif CSS2900-Hiver2017.....	266
Annexe 5. Tableau : Analyse factorielle exploratoire méthode oblique avec 4 facteurs (collaboration virtuelle)	281
Annexe 6. Tableau : Analyse factorielle exploratoire méthode oblique avec 4 facteurs (collaboration en présence).....	282
Annexe 7. Tableau : Critère par approche de soins (l’activité de Madame Khan)	285
Annexe 8. Tableau : Extraits des équipes concernant l’approche de soins privilégiée (madame Khan).....	286
Annexe 9. Tableau des codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences d’éducation thérapeutique et la capacité de la communication ayant été atteintes.....	291
Annexe 10. Tableau des codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences du travail d’équipe et approche de soins favorisée.....	293
Annexe 11. Tableau : Critères par approche de soins (vignette).....	295
Annexe 12. Tableau : Codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences ayant été atteintes pour la vignette	296
Annexe 13. Tableau : Codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences de travail d’équipe (vignette)	297
Annexe 14. Arborescences des codes	298
Annexe 15. Certificat d’approbation éthique.....	306

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Critères de classification de chacune des trois approches de soins.....	62
Tableau 2. Classification des types de travail interprofessionnels selon les contextes et les dimensions (InterPACT) selon Xyrichis, Reeves et Zwarenstein (2018, p. 423).	69
Tableau 3.	98
Distribution du genre des répondants au questionnaire (n=320).....	98
Tableau 4.	99
Distribution de la provenance des participants au questionnaire « La collaboration en équipes interprofessionnelles » selon le programme	99
Tableau 5.	100
Distribution de la provenance des membres des équipes du Journal de bord collaboratif (JBC) selon le programme.....	100
Tableau 6.	104
Comparaison des coefficients d’alpha Cronbach entre l’étude de Chiocchio et coll. (2012) et notre étude.....	104
Tableau 7.	113
Récapitulation des choix méthodologiques et des objectifs de recherche	113
Tableau 8.	113
Calendrier de l’analyse des données.....	113
Tableau 9.	116
Procédure pour obtenir le consentement des participants.....	116
Tableau 10.....	124

Analyse factorielle exploratoire à quatre facteurs : méthode de rotation oblique (collaboration en ligne)	124
Tableau 11.....	125
Analyse factorielle exploratoire à quatre facteurs : méthode de rotation oblique (collaboration en présence).....	125
Tableau 12.....	126
Comparaison des résultats d’analyses factorielles confirmatoires entre l’étude de Chiocchio et coll., 2012 et notre étude.....	126
Tableau 13.....	129
Collaboration lors du travail d’équipe	129
Tableau 14.....	132
Satisfaction des étudiants à l’égard des activités collaboratives réalisées en ligne : activité thérapeutique de madame Khan et la vignette	132
Tableau 15.....	133
Satisfaction des étudiants à l’égard des activités collaboratives réalisées en présence : activité thérapeutique de madame Khan et la vignette	133
Tableau 16.....	134
Relation entre la collaboration en ligne et la satisfaction de l’activité d’éducation thérapeutique et la vignette réalisées dans le JBC en ligne et en présentiel lors de l’atelier interprogramme	134
Tableau 17.....	135
Relation entre la collaboration en présence et la satisfaction des activités réalisées en ligne et en présentiel	135
Tableau 18.....	136

Relation entre la collaboration et le nombre d'outils technologiques utilisés pour collaborer	136
Tableau 19.....	138
Synthèse des données quantitatives et qualitatives liées aux dimensions de la collaboration	138
Tableau 20.....	168
Comparaison des approches pour les deux activités collaboratives réalisées dans le JBC par équipe	168

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> Comparaison entre les trois définitions des instances internationales en EIP.....	32
<i>Figure 2.</i> Les quatre dimensions interdépendantes de la collaboration selon Chiocchio et ses collègues (2012).....	54
<i>Figure 3.</i> Modèle de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a, p. 5).....	60
<i>Figure 4.</i> Vue d'ensemble des compétences et des capacités du Référentiel de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a, p. 25).....	64
<i>Figure 5.</i> Typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis et coll. (2018, p. 428) adapté de Reeves et coll. (2010).....	69
<i>Figure 6.</i> Cadre conceptuel de l'étude adapté de Chiocchio et coll. (2012), DCPP et CIO-UdeM (2016a), Xyrichis et coll. (2018) © Audrey Raynault, 2018.....	79
<i>Figure 7.</i> Extrait des consignes pour réaliser l'activité de résolution de problème et de cocréation de madame Khan	86
<i>Figure 8.</i> Extrait des consignes pour réaliser l'activité de résolution de problème et de cocréation de la vignette clinique	87
<i>Figure 9.</i> Démarche à suivre pour le démarrage avec G Suite pour l'éducation (Google, 2018) ..	88
<i>Figure 10.</i> Contexte de l'étude : Méthode hybride de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient adapté de Chiocchio et coll. (2012); DCPP et CIO-UdeM (2016a) © Audrey Raynault (2018).....	91
<i>Figure 11.</i> Exemple de la section 3 de l'activité de madame Khan	96
<i>Figure 12.</i> Exemple de la section 4 de l'activité de madame Khan	96
<i>Figure 13.</i> Synthèse des analyses factorielles pour notre étude.....	105
<i>Figure 14.</i> Analyses quantitatives réalisées pour répondre aux objectifs spécifiques OS1-OS2.....	107

<i>Figure 15.</i> Schéma synthèse du cadre méthodologique.....	114
<i>Figure 16.</i> L'analyse factorielle exploratoire parallèle de Horn (collaboration en ligne)	122
<i>Figure 17.</i> L'analyse factorielle exploratoire parallèle de Horn (collaboration en présence).....	123
<i>Figure 18.</i> Pourcentage des répondants ayant utilisé ou pas utilisé les outils technologiques pour réaliser les activités dans le JBC lors de la collaboration en ligne.....	130
<i>Figure 19.</i> Pourcentage des répondants ayant utilisé ou pas utilisé les outils technologiques pour réaliser les activités lors de l'atelier interprogramme en présentiel	131
<i>Figure 20.</i> Fréquence des extraits par énoncé du questionnaire de la dimension communication	139
<i>Figure 21.</i> Fréquence des extraits par énoncé du questionnaire de la dimension synchronisation de la collaboration	145
<i>Figure 22.</i> Fréquence des extraits par énoncé du questionnaire de la dimension coordination explicite de la collaboration.....	149
<i>Figure 23.</i> Répartition des équipes selon l'approche de soins promue pour l'activité de madame Khan.....	161
<i>Figure 24.</i> Fréquences des capacités des compétences d'éducation thérapeutique et de communication mobilisées par les équipes.....	163
<i>Figure 25.</i> Fréquences des capacités de la compétence du travail d'équipe mobilisées pendant l'activité de madame Khan.....	164
<i>Figure 26.</i> Répartition des équipes selon l'approche de soins promue pour la réalisation de la vignette interprofessionnelle.....	167
<i>Figure 27.</i> Fréquences des compétences mobilisées pendant la réalisation de la vignette.....	169
<i>Figure 28.</i> Fréquences des capacités de la compétence de travail d'équipe mobilisée pendant la réalisation de la vignette interprofessionnelle	170

Figure 29. La classe inversée collaborative pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient ©Audrey Raynault, 2018204

Résumé

La collaboration entre les professionnels de la santé s'avère être nécessaire pour faire face au vieillissement de la population, à la prévalence des maladies chroniques et à la pénurie de personnel chez certaines professions de la santé (OMS, 2010). De plus, pour favoriser une collaboration optimale et offrir des soins de qualité, des équipes choisissent désormais d'adopter une approche de soins en partenariat patient où la collaboration interprofessionnelle se déroule en valorisant les savoirs expérientiels du patient à l'égard de la vie avec la maladie et en l'intégrant dans l'équipe de soins.

L'Université de Montréal (UdeM) offre une formation à l'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP) visant à enseigner des compétences de la pratique collaborative en sciences de la santé et en sciences psychosociales en partenariat avec le patient. L'EIP est confrontée à divers défis, entre autres, de logistique, de communication et de cloisonnement des professions. Pour surmonter ces obstacles, l'UdeM s'est donc tournée vers le numérique afin de permettre à des équipes interprofessionnelles d'étudiants de collaborer en ligne et en présentiel. Cette étude s'intéresse donc à décrire comment les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle collaborent dans le contexte du cours hybride de Collaboration en sciences de la santé (CSS) en partenariat avec le patient offert par l'UdeM. Nous décrivons comment les étudiants collaborent en ligne et en présentiel et nous identifions les compétences du référentiel de compétences mobilisées.

Notre étude propose un cadre conceptuel basé sur l'apprentissage collaboratif en mode hybride (en ligne et en présentiel) de l'EIP composé 1) du modèle de Chiocchio, Grenier, O'Neill, Savaria et Willms (2012) permettant de décrire comment les équipes d'étudiants mobilisent les dimensions de la collaboration (communication, synchronisation, coordination implicite et explicite); 2) du référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (Direction collaboration partenariat patient [DCPP] et Comité interfacultaire opérationnel l'Université de Montréal [CIO-UdeM], 2016) et 3) de la typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis, Reeves, Zwarenstein (2018).

Notre étude emploie une méthodologie mixte convergente. Nous avons mené cette étude auprès d'une cohorte de 1435 étudiants de deuxième année de baccalauréat dans le cadre du cours CSS2900 provenant de treize programmes à l'UdeM. Ce cours se divise en trois volets: 1) formation en ligne 2) activité intraprogramme, 3) atelier interprofessionnel en présentiel coanimé par un professionnel de la santé et un patient formateur. Premièrement, nous avons analysé le Journal de bord collaboratif (JBC) de douze équipes interprofessionnelles d'étudiants (n=60), soit un corpus de cette cohorte. Deuxièmement, nous avons partagé un questionnaire *La collaboration en équipes interprofessionnelles* à la cohorte à la fin du cours et celui-ci a été répondu par 321 participants.

Les résultats indiquent que les participants de l'étude ont majoritairement et similairement mobilisé les dimensions de la collaboration. La communication et la coordination seraient tributaires de la synchronisation lorsque la collaboration se déroule en ligne. L'usage des médias sociaux et d'un outil d'écriture collaborative en ligne auraient favorisé la collaboration en mode hybride. En présentiel, le patient partenaire coanimateur a soutenu des équipes pour faire le point sur leurs apprentissages et ainsi développer des compétences du référentiel du cours CSS2900. Le contexte de l'étude en mode hybride permet aux équipes de collaborer sur une longue période, à la manière d'une classe inversée (figure 29). Ceci favoriserait le développement des compétences du référentiel (DCPP et CIO-UdeM) et le décloisonnement des professions. Les contextes d'apprentissage où les pratiques des compétences effectives ont été mobilisées semblent se rapprocher du *réseautage interprofessionnel* et de la *collaboration consultative* de la typologie de Xyrichis et coll. (2018).

Mots-clés : éducation à la collaboration interprofessionnelle, partenariat patient, enseignement supérieur, compétences, sciences de la santé, sciences sociales, classe inversée, IPE, apprentissage collaboratif, numérique, médias sociaux, outil de rédaction collaborative en ligne

Abstract

Collaboration among health professionals is required to contend with population aging, the prevalence of chronic illnesses, and staff shortages in certain health professions (WHO, 2010). As well, to foster optimal collaboration and provide good quality of care, some teams are now adopting a patient partnership approach in which the patient's experiential knowledge of living with illness is valued as part of the interprofessional collaboration and the patient is integrated into the healthcare team.

The Université de Montréal (UdeM) offers a program in interprofessional collaboration education (IPE) geared towards teaching the competencies required for collaborative practice in both health sciences and psychosocial sciences in partnership with patients. The IPE is confronted with a variety of challenges related to logistics, communication, and the compartmentalization of professions, among others. To overcome these obstacles, the UdeM has turned to digital technology to help interprofessional teams of students to collaborate online and in person. This study focused on describing how students in interprofessional teams collaborate in the hybrid course entitled Health Sciences Collaboration in Partnership with Patients, offered by the UdeM. We describe how students collaborate online and in the classroom, and we identify the competencies in the competency framework used.

Our study proposes a conceptual framework based on the IPE's hybrid (online and in person) collaborative learning model, which we constructed using: 1) the model of Chiochio, Grenier, O'Neill, Savaria, and Willms (2012), to describe how the student teams collaborate and used dimensions of collaboration (communication, synchronisation, explicit and implicit coordination) ; 2) the competency framework for collaborative practice and patient partnership in health and social services (Direction collaboration et partenariat patient [DCPP] and Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration, l'Université de Montréal [CIO-UdeM], 2016); and 3) the interprofessional work typology of Xyrichis, Reeves, and Zwarenstein (2018).

Our study used a convergent mixed methodology. We conducted this study with a cohort of 1,435 second-year undergraduate students in course CSS2900 coming from 13

different UdeM programs. This course is divided in three parts: 1) online training 2) intra-program activity, 3) interprofessional workshop coanimated by a health professional and patient-partner facilitator in classroom. First, we analyzed the online collaboration journal (OCJ) of 12 interprofessional student teams (n = 60). Second, we distributed a questionnaire on *Collaboration in Interprofessional Teams* to the entire cohort at the end of the course, to which 321 participants responded.

The results show that the majority of study participants used the dimensions of collaboration in a similar manner online and in person. Communication and coordination were dependent on synchronization when collaboration occurred online. The use of both social media and an online collaborative writing tool fostered collaboration in hybrid mode. In the classroom, the patient-partner co-facilitator supported the teams as they reviewed their learning (coordination) and, in this way, developed the competencies of the framework for course CSS2900. Under the hybrid study model, the teams were able to collaborate over an extended period, similar to a flipped classroom approach (Figure 29). This fostered development of the framework competencies (DCPP and CIO-UdeM) and helped break down professional boundaries. The learning contexts in which effective competency practices were mobilized appeared analogous to the *interprofessional networking* and *consultative collaboration* categories in the typology of Xyrichis et al. (2018).

Keywords : interprofessional education, interprofessional collaborative practice, patient partnership, higher education, competencies, health and social sciences, flipped classroom, IPE, IPCP, collaborative learning, digital native, social media, online collaborative writing tool

Introduction générale

À l'instar de la pensée critique, de la résolution de problèmes et de l'usage du numérique, la collaboration fait désormais partie des compétences essentielles du 21^e siècle (UNESCO, 2015). La collaboration implique de savoir communiquer, se synchroniser et se coordonner afin de réaliser une tâche commune (Chiocchio, Grenier, O'Neill, Savaria et Willms, 2012). À cette fin, la collaboration nécessite un apprentissage puisque le fait d'unir des

coéquipiers n'assure pas qu'ils collaboreront (Johnson, Johnson et Smith, 2007). Savoir collaborer est tout particulièrement important en santé afin d'optimiser le travail interprofessionnel réalisé par une équipe d'intervenants de diverses professions (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2010). D'ailleurs, face au vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques et la pénurie de certaines professions de la santé, l'OMS (2010) souligne qu'il s'avère nécessaire de renforcer la collaboration. Lorsque les professionnels de la santé et des services sociaux collaborent, on note que certaines équipes travaillent selon une approche de soins en partenariat avec le patient afin d'offrir des soins optimaux et plus humains (Réseau universitaire intégré de santé [RUIS], 2014). Parallèlement, le partenariat patient témoigne de l'émergence du rôle proactif des patients dans la gestion de leur santé (Karazivan et coll., 2016). Le partenariat patient est une approche récente de soins qui consiste à impliquer le patient dans l'équipe de soins en tenant compte de ses savoirs et expériences liés à sa maladie (Pomey et Lebel, 2016). Afin de favoriser l'apprentissage de la collaboration entre professionnels de la santé et des services sociaux, des établissements d'enseignement universitaire offrent une formation axée sur l'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP) de manière à préparer les futurs professionnels à collaborer une fois dans leur milieu de pratique. L'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP) vise à enseigner les compétences de la pratique collaborative en sciences de la santé et en sciences psychosociales (Barr, 2015). À l'Université de Montréal (UdeM), l'EIP est enseignée selon l'approche de soins en partenariat patient (Vanier et coll., 2014).

La littérature scientifique signale que l'EIP favorise la création d'une interaction positive entre les étudiants de différents programmes, encourage la collaboration interprofessionnelle en milieu clinique (Thistlethwaite, 2012) et améliore les soins de santé et la sécurité des patients (Lapkin, Levett-Jones et Gilligan, 2013; Reeves et coll., 2016). Cependant, l'EIP est aussi confrontée à des difficultés comme les préjugés entre les professions, l'incompatibilité des horaires et la mauvaise communication qui peuvent entraver la collaboration entre professionnels de la santé et, conséquemment, nuire aux soins offerts au patient (Lawlis, Anson et Greenfield, 2014). De plus, l'EIP doit surmonter le défi de la logistique pour rassembler en présentiel de grandes cohortes d'étudiants issues de plusieurs programmes au sein d'un même cours (Reeves et coll., 2016). Des

établissements tels que l'UdeM se sont donc tournés vers l'usage du numérique afin de permettre à des équipes interprofessionnelles d'étudiants de collaborer en ligne et en présentiel pour réaliser des activités collaboratives de résolution de problème. Cette formation de l'UdeM implique aussi un patient partenaire au profil formateur (c'est-à-dire un patient partenaire formé par la DCCP de l'UdeM pour coanimer des rencontres interprofessionnelles entre étudiants) de manière à contextualiser et concrétiser l'expérience du partenariat patient dans le développement des compétences de la pratique collaborative des équipes d'étudiants. Nous n'avons recensé aucune étude s'étant intéressée à l'apprentissage de la collaboration en équipes interprofessionnelles pour développer des compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en faisant l'usage du numérique. C'est donc dans cette optique que la présente thèse s'intéresse à décrire comment les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle collaborent dans le contexte d'un cours sur la collaboration en sciences de la santé en partenariat avec le patient.

Cette thèse se divise en huit chapitres. Le premier chapitre met en contexte la problématique de notre recherche sur l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient en faisant l'usage du numérique, en plus de déterminer la question de recherche et les objectifs principal et spécifiques. Le second chapitre porte sur le cadre conceptuel où les concepts clés liés au thème de l'étude sont présentés, c'est-à-dire les dimensions de la collaboration, le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux, la typologie du travail interprofessionnel et le concept d'apprentissage en mode hybride en EIP. Le deuxième chapitre se termine par une présentation des objectifs spécifiques de la recherche. Le troisième chapitre présente la méthodologie mixte employée pour cette étude. Le quatrième chapitre décrit les résultats obtenus au regard des objectifs de recherche poursuivis. Au cinquième chapitre, une discussion vise à interpréter les résultats de cette étude. À la fin du chapitre, nous avons choisi d'illustrer la discussion des résultats par la figure 29, notamment pour dynamiser la synthèse et pour favoriser la transférabilité des résultats. Le sixième chapitre souligne les forces et limites de notre recherche tandis que le septième chapitre propose des recommandations aux diverses instances concernées par les résultats de cette recherche. Enfin, le chapitre de la conclusion vient synthétiser les

principaux résultats de la recherche en plus de rappeler certaines recommandations aux diverses instances concernées.

1. Problématique

Dans le cadre de ce chapitre, nous développons la problématique de notre recherche qui porte sur la collaboration entre étudiants réunis en équipe interprofessionnelle dans un cours universitaire hybride (en ligne et en présentiel) en sciences de la santé. Nous décrivons d'abord la place de la collaboration et du numérique dans le domaine de l'éducation. Nous situons ensuite la place des compétences dans les programmes universitaires en sciences de la santé. Nous argumentons à propos de l'importance de la collaboration entre les professionnels de la santé. Nous enchaînons avec la place de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient. Nous nommons plus particulièrement les nombreux défis auxquels cette formation fait face afin de décliner les raisons pour lesquelles le numérique s'avère être une valeur ajoutée pour les relever. Enfin, nous abordons les grandes tendances actuelles en enseignement de l'EIP, notamment celles qui favorisent l'arrimage de la collaboration en ligne et en présentiel lorsque des équipes interprofessionnelles d'étudiants travaillent ensemble. Nous terminons ce chapitre en détaillant la question de recherche, les objectifs général et spécifiques de notre recherche.

1.1 Apprendre à l'ère du numérique et de la collaboration

Actuellement, les interrogations sur la place du numérique en enseignement portent principalement sur ses usages pédagogiques (CÉFRIO, 2015). Les réflexions sont orientées sur les manières d'intégrer le numérique de façon pertinente afin de favoriser le développement de certaines compétences, notamment la collaboration, chez les apprenants (CÉFRIO, 2015). Selon l'UNESCO (2015), la collaboration fait partie des compétences essentielles du 21^e siècle tout comme la pensée critique, la créativité, la résolution de problèmes et l'usage du numérique. Ces compétences préparent les apprenants d'aujourd'hui à la pénurie des professionnels dans plusieurs domaines, notamment celui de la santé et les crises économiques qu'ils auront à affronter (UNESCO, 2015). Or, toujours selon l'UNESCO, la plupart des systèmes éducatifs intègrent peu et parfois aucunement ces compétences. D'ailleurs, dans un récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) portant sur le programme International pour le suivi des acquis des élèves (PISA), parmi les écoles de ces pays, 8%

des élèves performeraient en résolution collaborative de problème (OCDE, 2017). Dès le primaire, ce même rapport recommande de favoriser un environnement d'apprentissage qui intègre un usage sain et responsable des médias sociaux et de l'Internet puisque « dans notre monde de plus en plus virtuel, les enfants d'aujourd'hui améliorent peut-être sans le savoir leurs compétences en résolution collaborative de problèmes en faisant l'usage d'Internet (PISA, 2017, p. 6) ». L'usage des technologies et plus particulièrement de l'Internet a modifié la manière dont on développe ces compétences, notamment la collaboration. Faire usage des technologies, des médias sociaux et de l'Internet c'est utiliser le « numérique » selon Vitali-Rosati (2014). Le numérique réfère donc à l'homme se servant d'outils numériques fonctionnant différemment en rapport avec le monde qui l'entoure (espace, temps, mémoire, connaissance, relation) (Vitali-Rosati, 2014). Cette valeur culturelle et sociale du terme numérique nous propulse donc depuis quelques années dans l'ère de la quatrième révolution industrielle, celle souvent qualifiée de « numérique » (World Economic Forum, 2016) et va donc au-delà de la technologie. De ce fait, le numérique « redéfinit les processus d'activités et de communications humaines, il reconfigure les relations sociales et l'exercice de la citoyenneté » (Vitali-Rosati, 2014, p. 69). Au Québec, en juin 2018, le Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur (MESS, 2018) a récemment dévoilé son Plan d'action du numérique qui a pour objectif

d' « assurer le développement des compétences et l'acquisition des savoirs indispensables à la formation des élèves et des étudiantes et étudiants d'aujourd'hui, de même que des citoyennes et citoyens de demain, qui seront libres, créatifs, responsables, autonomes, dotés d'un esprit critique et capables de communiquer et de collaborer dans un monde en constante évolution » (2018, p. 14).

Ce Plan ajoute que le système éducatif devra former « par le numérique », c'est-à-dire d'être en mesure de l'utiliser comme moyen d'enseigner ou comme soutien à l'apprentissage. Une des orientations de ce Plan est plus précisément d'utiliser le numérique comme vecteur de valeur ajoutée pour apprendre à collaborer. Une des dimensions du Cadre de référence de la compétence numérique en éducation au Québec est d'ailleurs intitulée *collaborer à l'aide du numérique* (MESS, 2019). Parallèlement, on note une tendance mondiale des systèmes d'éducation à réfléchir aux possibilités qu'offrent des outils favorisant la collaboration en ligne (MEES, 2018; OCDE, 2015). Cette thèse s'intéresse donc à la collaboration à l'ère du numérique, plus précisément en contexte

d'apprentissage de la collaboration elle-même. La prochaine section précise la place de la collaboration comme une des compétences en santé et s'intéresse à la compétence de la collaboration interprofessionnelle développée notamment avec le numérique.

1.2 La place des compétences dans les programmes universitaires en sciences de la santé

Depuis les années 1970, le monde de l'éducation est passé d'une approche centrée sur les objectifs à une approche par compétences (Rey, 2008). Ce changement de paradigme s'explique, notamment par la prise en compte des limites de la pédagogie par objectifs. En effet, Tardif (2006) avance que celle-ci décomposait les savoirs, ce qui conduisait au morcèlement des apprentissages, et visait surtout l'enseignement d'habiletés de bas niveau intellectuel telles que la mémorisation, l'application et l'exécution¹. De plus, avec l'approche par objectifs, il était difficile de faire des liens entre les connaissances, ce qui ne favorisait pas l'intégration et le transfert des savoirs (Legendre, 2001). Notons par exemple que l'approche par objectifs en pédagogie médicale a souffert d'un certain manque de vision d'ensemble sur la formation (Nguyen et Blais, 2007, p. 233). À l'opposé, l'approche par compétence se définit comme étant le résultat de trois facteurs : le savoir-agir qui implique de savoir fusionner et mobiliser des connaissances et des savoirs-faire ; le vouloir-agir où la motivation et l'engagement personnel de la personne sont mis en oeuvre ; le pouvoir-agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de conditions qui rendent possibles la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu (Le Boterf, 2006). Dans un ouvrage plus récent, Le Boterf (2013) souligne l'importance d'accorder une valeur au développement du travail en équipe pour construire des connaissances et développer des compétences, notamment par l'entremise de l'usage des technologies.

¹ À l'opposé, l'analyse, l'évaluation et la création sont des exemples d'habiletés de haut niveau intellectuel.

1.2.1 Contextes authentiques et compétences effectives

Rey (2012) avance que le développement des compétences permet une plus grande maîtrise des connaissances en les utilisant en contextes réels, authentiques. Selon lui, « la compétence apporterait du sens aux apprentissages, en évitant la décomposition en tâches isolées, elle permettrait de centrer l'apprentissage sur la mise en activité des élèves, sur ce qu'ils savent ou peuvent « faire » à l'issue du cours plutôt que d'en rester à une exposition passive aux savoirs » (Rey, 2012, p. 12). Ces avantages notables de l'approche par compétences ont conduit bon nombre de facultés universitaires québécoises à les intégrer dans leurs programmes de formation au cours des dernières décennies (Laurin, Audétat et Sanche, 2013). C'est l'une des raisons qui expliquent pourquoi la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal offre depuis 2004 un baccalauréat basé sur l'approche par compétences. Pionnière dans l'implantation de cette approche, une seconde génération d'étudiants suit actuellement leur formation selon le Référentiel de compétences de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2010). Forts de leur expérience de formation, les étudiants apprennent ainsi davantage en milieu contextualisé et lorsqu'ils utilisent leurs connaissances dans un environnement clinique authentique. Autrement dit, cela signifie que l'approche par compétences active les connaissances des futures infirmières (Goudreau et coll., 2009). Le référentiel de compétences de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2010) soutient ce principe en favorisant l'approche par problèmes et l'interdisciplinarité en se rapprochant des contextes authentiques grâce à l'apprentissage par des situations infirmières cliniques (apsic). Toute activité intellectuelle authentique devrait rapprocher deux contextes d'apprentissage dans lesquels l'apprenant ne progresse que s'il est en mesure de pratiquer un travail de changement de cadre et d'expérimenter les outils qu'il maîtrise adaptés aux situations qu'il rencontre (Meirieu et Develay, 1996). De son côté, la formation en ergothérapie à l'Université de Montréal offre aux étudiants « des opportunités d'apprentissage et d'application de leurs compétences à des individus responsables de leur développement et capables de s'engager socialement, et ce, tout au long de leur carrière. La formation est axée sur la consolidation des savoirs essentiels par la mise en pratique des compétences professionnelles dans un contexte clinique interdisciplinaire » (École de réadaptation de l'Université de Montréal, 2018). Parallèlement, Lacasse, Renaud, Cantat et Saucier (2016)

notent qu'en médecine, le référentiel de compétence du CanMEDS (Frank, Snell, Sherbino et Boucher, 2015) vise à former des cliniciens non seulement savants, mais aptes à déployer des compétences, notamment de collaboration, dans un contexte professionnel complexe particulier. Pour leur part, Brahim, Farley et Joubert (2011) soulignent que l'apprentissage en approche par compétences en santé passe par l'exécution de tâches professionnelles complexes et authentiques qui représentent le domaine d'exercice professionnel. La plupart des programmes en sciences de la santé ont pris le virage de l'approche par compétences (Lacasse et coll., 2016) certes en créant des référentiels où des compétences requises sont détaillées, mais aussi en permettant leur mise en œuvre dans des contextes authentiques se rapprochant de la pratique professionnelle afin que les compétences soient effectives. La présente recherche s'intéresse plus particulièrement à la compétence de collaboration qui fait partie de nombreux référentiels en sciences de la santé au Canada mobilisée dans les milieux de pratique. On note dans les différents cadres de référence des compétences de différentes professions en sciences de la santé et psychosociales² que la compétence de collaboration se déroule entre professionnels exerçant la même profession et aussi de manière interprofessionnelle. Par exemple, pour le CanMEDS, « en tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient » (Frank et coll., 2015, p. 7). De leur côté, « les pharmaciens travaillent en collaboration avec l'équipe de pharmacie et les autres professionnels de la santé afin d'offrir des services exhaustifs, d'optimiser l'utilisation des ressources et d'assurer la continuité des soins afin d'atteindre les objectifs de santé du patient » (Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, 2014, p. 23). Voogt et Roblin (2012) notent aussi que la compétence de la collaboration est présente dans la majorité des référentiels de compétences du XXI^e siècle. De plus, cette compétence est considérée comme étant

² La compétence de collaboration fait entre autres partie du Référentiel du CanMEDS (Frank et coll., 2015), du Cadre de référence des compétences de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (2015), du Cadre de référence de compétences professionnelles des pharmaciens au Canada (Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, 2014), du Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada (Groupe consultatif national en physiothérapie, 2009) et du Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux du Québec (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 2012).

primordiale par divers milieux de la santé où la collaboration entre professions favoriserait l'amélioration des soins et services aux patients (OMS, 2010). C'est d'ailleurs à ce type de collaboration entre professionnels que la présente thèse s'intéresse et que la prochaine section détaille.

1.3 L'importance de la collaboration entre les professionnels de la santé

Depuis quelques années, la collaboration entre professionnels est valorisée dans différents secteurs, notamment en éducation et en santé (CTREQ, 2018; UNESCO, 2015). D'un point de vue général, la collaboration requiert la parité entre les participants (pouvoir de contribuer à la prise de décision et exprimer son opinion), repose sur un partage des responsabilités et doit être basée sur la poursuite de but commun (Beaumont, Lavoie et Couture, 2010; Friend et Cook, 2016). Plus précisément en santé, le nombre croissant de personnes âgées et la prévalence des maladies chroniques au cours des dix dernières années amènent les professionnels de la santé à collaborer davantage au quotidien (OMS, 2010). En effet, l'évolution des types de soins fait en sorte qu'aucune profession ne peut avoir la prétention d'avoir à elle seule toute l'expertise nécessaire pour garantir et offrir des soins prenant en compte la complexité des besoins des patients (CIHC, 2010). De plus, on note des pénuries dans certains domaines de la santé, ce qui amène les professionnels en poste à collaborer davantage entre eux pour pallier au manque de personnel (Barr, Koppel, Reeves, Hammick et Freeth, 2005). Parallèlement, l'offre de soins de santé de qualité peut être renforcée par une collaboration efficace entre professionnels de la santé, décideurs, formateurs, associations professionnelles, patients et proches aidants (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2011). Il a été démontré que la performance d'une équipe en santé joue un rôle primordial sur la qualité des soins offerts et la sécurité des patients (Gittell, Fairfield, Bierbaum et coll., 2000; Manser, 2009). D'ailleurs, dans leur récent énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle paru en 2015, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) sont d'avis que :

« dans tous les milieux de soins, la collaboration interprofessionnelle et la prise en charge partagée dans un contexte de pratique collaborative contribuent à assurer la qualité et la sécurité des soins, améliorent l'accès aux soins et services de santé pour la population et facilitent la coordination et la continuité des soins pour le

patient. Ils sont aussi d'avis que les modèles de soins qui privilégient la collaboration entre professionnels et la pleine utilisation de leurs compétences dans leurs champs d'exercice respectifs contribuent à l'atteinte de résultats de santé optimaux pour les personnes » (OIIQ, CMQ et OPQ, 2015, p. 3).

À cela s'ajoutent diverses lois gouvernementales québécoises qui ont récemment redéfini certains rôles professionnels en santé de manière à ce qu'ils collaborent dans l'exercice de leurs fonctions. Premièrement, la loi 21 de 2009 modifie le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Deuxièmement, la loi 41 de 2015 modifie la loi sur la pharmacie indiquant que les pharmaciens peuvent exercer sept nouvelles activités professionnelles auparavant réservées seulement aux médecins. Troisièmement, la loi 90 de 2002 établit un cadre qui permet d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les professionnels en soins infirmiers, à exercer certaines activités médicales.

Enfin, les universités se mobilisent de plus en plus pour former les futurs professionnels de la santé à la collaboration interprofessionnelle. Les étudiants de différents programmes des sciences de la santé apprennent donc à collaborer. Cette nouvelle formation prend la forme de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP) que nous présentons plus en détail dans la prochaine section.

1.4 La place de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP)

Trois organismes internationaux spécialisés dans l'EIP proposent leur définition respective de l'EIP. Premièrement, le National Center for Interprofessional Practice and Education (NCIPE, 2016) aux États-Unis la définit comme étant les membres provenant de plusieurs professions réunie apprenant les uns des autres pour collaborer afin d'améliorer les soins de santé. Cet organisme américain avance aussi que l'EIP agit comme un moyen de créer un espace partagé entre l'éducation interprofessionnelle, la pratique interprofessionnelle (entre cliniciens) et la pratique collaborative (avec les cliniciens et le patient). Deuxièmement, du côté de l'Angleterre, l'EIP est définie comme étant l'enseignement et les processus d'apprentissage suscitant le travail collaboratif entre deux professions ou plus réunies pour améliorer la qualité des soins de santé (Center for the Advancement of Interprofessional Education [CAIPE], 2002). Enfin, de son côté, le Canadian

Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010) adopte la définition du CAIPE, mais ajoute que les professionnels en santé en EIP apprennent des autres disciplines pour acquérir des habiletés, des connaissances et des valeurs utiles pour le travail d'équipe. De ces trois définitions, nous ressortons des éléments récurrents tels que l'importance de réunir diverses professions afin qu'elles apprennent les unes des autres dans le but de collaborer pour améliorer les soins de santé aux patients. La Figure 1 illustre la comparaison de ces définitions et propose une synthèse créée à partir de ces dernières.

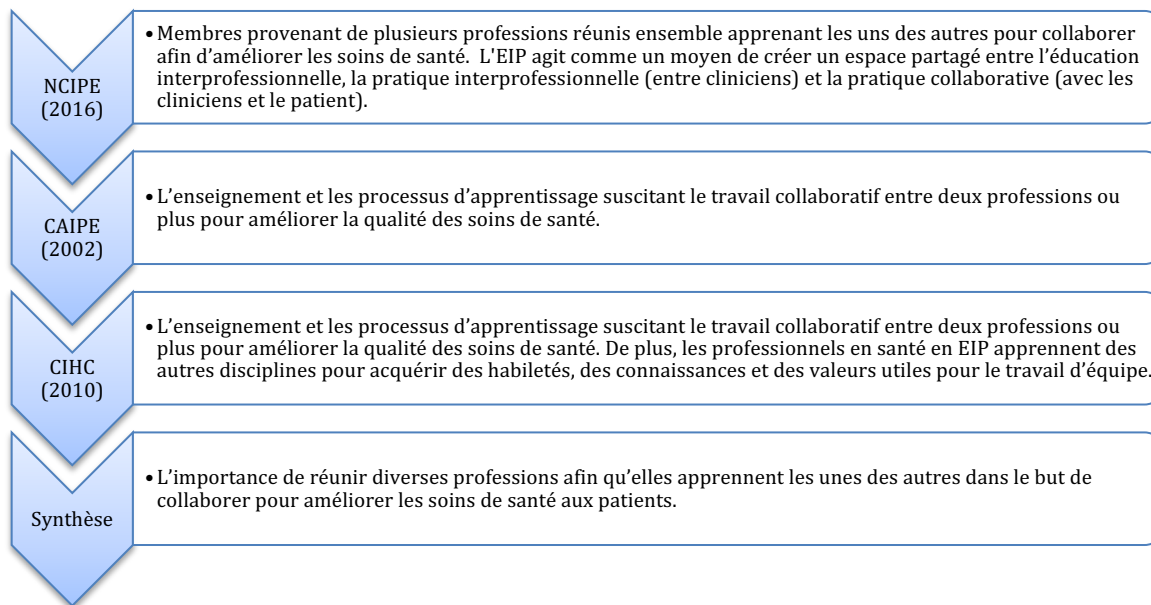


Figure 1. Comparaison entre les trois définitions des instances internationales en EIP

De plus en plus de programmes en sciences de la santé enseignent l'EIP pour ses divers apports, notamment parce qu'elle favorise la création d'une interaction positive entre les étudiants de différents programmes, encourage la collaboration interprofessionnelle en milieu clinique (Thistlethwaite, 2012), en plus d'améliorer les soins de santé, la sécurité aux patients et la prise de décision clinique (Lapkin et coll., 2013; Reeves et coll., 2016). Les cours d'éducation à la collaboration interprofessionnelle offerts actuellement dans les universités impliquent plusieurs professeurs provenant parfois d'une dizaine de programmes, des animateurs professionnels de la santé, de grandes cohortes allant parfois jusqu'à 5000 étudiants (Barr, 2015) et impliquant aussi des patients formateurs (Direction collaboration et partenariat patient [DCPP et CIO-UdeM], 2016a). L'intégration de patients partenaires à titre de formateurs est d'ailleurs un exemple de pratique de soins en

partenariat avec le patient. Cette approche de soins a pris une ampleur considérable dans l'organisation des services de santé et des services psychosociaux au Québec durant la dernière décennie (Pomey et coll., 2015). La prochaine section vise à expliquer succinctement pourquoi cette approche de soins en partenariat avec le patient prend de l'envergure depuis 2008 afin de mieux situer la problématique de cette étude sur la collaboration interprofessionnelle.

1.5 Le partenariat patient et l'éducation à la collaboration interprofessionnelle

Au Québec, dans le souci d'améliorer la qualité des soins et des services offerts aux patients, une des voies prometteuses réside dans l'engagement des patients à tous les niveaux du système de santé (Pomey et coll., 2015). D'ailleurs, Boivin, Lehoux, Lacombe, Burgers et Grol (2014) ont montré que la contribution des patients aux milieux de soins permet de créer les milieux de pratique plus humanistes. Dans leur étude, des professionnels de la santé devaient établir des priorités pour améliorer la gestion des maladies chroniques en soins de première ligne à partir d'une liste d'indicateurs de qualité. Les auteurs ont montré que les équipes interprofessionnelles composées de patients partenaires impliqués dans la prise de décision avaient établi des priorités plus conformes aux composantes dites plus « humaines » du modèle de soins médicaux à domicile et de soins de maladies chroniques (accès aux soins de première ligne, participation des patients aux décisions cliniques et partenariat avec les organismes communautaires). À l'opposé, les équipes interprofessionnelles sans patient ont centré leurs priorités sur la gestion d'une seule maladie et la qualité technique des soins. Le partenariat patient consiste donc à considérer le patient comme faisant partie de l'équipe de soins au même titre que les autres professionnels de santé, et des sciences psychosociales (DCPP, CIO-UdeM, 2016a). Cette approche permet la mise en commun des savoirs des professionnels et des savoirs expérientiels des patients, construits jour après jour avec la maladie et l'évolution dans le système de santé. Par conséquent, les soins sont donc mieux adaptés et cette approche de soins renforce, notamment les méthodes d'éducation thérapeutique et les interventions qu'ils ont choisies de façon éclairée (Pomey et Lebel, 2016). Parallèlement, la formation des futurs professionnels de la santé et des services psychosociaux à la collaboration

interprofessionnelle en partenariat avec le patient est déterminante pour le succès de l'implantation de cette approche. L'Université de Montréal a innové en 2010 en intégrant avec succès des patients partenaires au profil formateur dans les cours d'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient (Vanier et coll., 2013). Dans une évaluation pédagogique d'un de ces cours, 85% des étudiants en sciences de la santé et psychosociales de cet établissement ont souligné que l'intégration des patients dans l'enseignement enrichit l'apprentissage des apprenants (Vanier et coll., 2014). À ce sujet, dans un contexte d'évaluation du cours d'EIP à l'UdeM, Brault et coll. (2016) ont interrogé les étudiants sur leur appréciation à l'égard de l'implication du patient partenaire formateur dans les rencontres interprofessionnelles. Ces derniers ont souligné que la présence du patient, comme coanimateur lors des ateliers interprogrammes en présentiel, aurait facilité l'apprentissage des concepts reliés au partenariat avec le patient. De plus, l'intégration d'un patient-partenaire animateur dans les discussions des équipes interprofessionnelles aurait incité les étudiants à donner plus d'importance au point de vue du patient dans la prise de décision liée aux soins de santé d'un patient fictif. Brault, Lebel, Vanier, Raynault et Marinier (2017) ont souligné que cette intégration constitue un défi de taille à relever puisqu'il faut réfléchir aux méthodes d'enseignement qui permettent ces échanges, en plus de promouvoir le côté relationnel sur lequel s'appuie le partenariat patient.

Malgré les impacts positifs de l'EIP en partenariat avec le patient, son enseignement est confronté à des obstacles notables, ce qui explique les raisons pour lesquelles plusieurs universités utilisent souvent sur l'intégration du numérique pour y faire face (Stuart et Triola, 2015), ce que nous démontrons dans la prochaine section.

1.6 Obstacles en EIP : logistique, cloisonnement des professions et communication

En formation universitaire, les défis rencontrés en EIP peuvent être de nature politique, gouvernementale, institutionnelle (programmes et université) et individuelle (étudiants, formateurs, professeurs) (Lawlis et coll., 2014). Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons plus particulièrement aux défis institutionnels et individuels les plus récurrents, tels que ceux liés à la logistique, au cloisonnement des professions ainsi qu'au manque de

communication, selon Lawlis et coll. (2014). L'usage du numérique en EIP peut s'avérer utile pour surmonter ces obstacles et faire collaborer les étudiants en équipes interprofessionnelles. De manière générale, Childress (2016) avance qu'apprendre par le numérique doit reposer sur trois principes complémentaires, à savoir la personnalisation (centrée sur l'apprenant actif dans ses apprentissages), la collaboration (l'apprentissage social par et entre pairs au sein entre autres de communautés) et « l'informalisation » (n'importe où, n'importe quand, en formation hybride, mais en contextes de situations de vie réelle). Selon ce même auteur, le numérique doit non pas être utilisé pour simplement étendre ou reproduire l'enseignement traditionnel en classe, mais bien pour transformer ou modifier les méthodes d'apprentissage. Ces trois principes du numérique en éducation peuvent contribuer à relever les défis de l'EIP (Stuart et Triola, 2015). Cependant, intégrer le numérique en enseignement de l'EIP peut engendrer certains obstacles. En s'appuyant sur la littérature scientifique, la prochaine section s'attarde à démontrer l'apport du numérique pour surmonter les trois défis posés par l'EIP en milieu de formation universitaire tout en présentant les obstacles que son usage peut poser.

Premièrement, les défis de nature logistique comprennent, entre autres, la difficulté à synchroniser les horaires pour réunir les étudiants et des professeurs faisant partie de grandes cohortes d'apprenants qui peuvent parfois atteindre jusqu'à 5000 étudiants (Lapkin et coll., 2013; Thistlethwaite, 2012). De fait, une revue de la littérature scientifique effectuée par Abu-Rish et ses collaborateurs (2012) a montré que la synchronisation des horaires entre les différentes professions représentait le principal obstacle au succès de l'implantation efficace d'un nouveau programme en EIP. De son côté, Shaffer (2014) a noté que plusieurs étudiants et professeurs faisant partie d'une formation en EIP avaient de la difficulté à se rencontrer en personne de par leur manque de disponibilité dû à des horaires chargés. Par ailleurs, si les étudiants apprécient grandement les rencontres en présentiel en EIP, elles sont malheureusement très coûteuses pour les institutions et trop brèves pour les étudiants qui souhaiteraient discuter plus longuement avec leurs collègues des autres programmes de formation (Barr, 2015; Olson et Bialocerkowski, 2014).

Afin de contrer les problèmes logistiques de l'EIP, l'usage du numérique peut maximiser les possibilités d'apprentissage n'importe où et n'importe quand, et ce, tant pour

les étudiants, les professeurs, les patients que les cliniciens (Stuart et Triola, 2015). C'est en partie pour cette raison que les modules en ligne sont devenus une option populaire pour les universités qui désirent rejoindre de grandes cohortes, un moyen d'ailleurs apprécié par les étudiants en EIP (Barr et Coyle, 2013; Curran et coll., 2015). De plus, certaines universités jumellent les modules en ligne à des activités de collaboration virtuelle dans leur planification de formation en ligne. À ce sujet, Curran et coll. (2015) soulignent que généralement, lorsque les étudiants collaborent en ligne, ils modifient et développent des attitudes et comportements à l'égard de la pratique collaborative interprofessionnelle. Par exemple, quand les apprenants doivent travailler en même temps, l'utilisation d'outils technologiques en environnement synchrone³ (p. ex. webconférence) peut aider à surmonter les barrières géographiques et faciliter le travail d'équipe en temps réel (Robinson, Hills et Kelly, 2011). À l'opposé, certains outils technologiques asynchrones comme le forum de discussion ou le wiki et l'usage des applications mobiles telles que les messageries instantanées sur les téléphones intelligents permettent aux apprenants de communiquer pour travailler en équipe à des moments différents (Aungst et Belliveau, 2015; Casimiro et coll., 2009; MacDonald, Stodel, Thompson et Casimiro 2009; Lo, Wu, Morra, Lee et Reeves 2012;). Dans une étude doctorale, Courville (2017) a cherché à savoir comment les fonctionnalités offertes par la technologie mobile modifiaient les actions et les comportements des utilisateurs. Ses résultats montrent que les équipes interprofessionnelles utilisant une technologie mobile pour communiquer peuvent notamment améliorer leur gestion du temps et leur rendement d'équipe. D'autres outils en ligne combinant les modes synchrone et asynchrone sont aussi appelés en renfort pour contrer les défis logistiques de l'EIP. À titre d'exemple, Shaffer (2014) a montré que des étudiants en EIP ont réussi à collaborer virtuellement à des moments qui leur étaient propices grâce à l'usage des outils collaboratifs que propose Google (e.i. Google Doc, Hangout, Google Slide). De plus, Brault, Therriault, St-Denis et Lebel (2015) ont souligné que le numérique a facilité la communication et la logistique pendant la préparation

³ Nous considérons d'une part que le mode synchrone se déroule en temps réel lorsque les individus travaillent en même temps en ligne. D'autre part, le mode asynchrone a lieu lorsque les individus travaillent à des moments différents en ligne.

d'activités et de guides d'apprentissage en EIP pour des professeurs, des professionnels de la santé et des patients-partenaires d'une équipe de travail. Ce faisant, ils ont travaillé en équipe interprofessionnelle par l'entremise d'une plateforme infonuagique⁴ en partageant et en modifiant leurs documents communs, en plus de faire l'usage d'un planificateur de réunion en ligne. Par ailleurs, dans les études de Evans, Knight, Sonderlund et Tooley (2014) et de Evans, Ward et Reeves (2017), les formateurs ont guidé les interactions entre les membres d'une équipe interprofessionnelle de manière asynchrone et synchrone, c'est-à-dire en encourageant et en sollicitant les étudiants à interagir, partager des connaissances et collaborer. Les facilitateurs (animateurs) ont rapporté que les équipes d'étudiants avaient développé des connaissances entre professions, notamment grâce à la flexibilité de la communication en ligne à distance qui permet de collaborer n'importe où, n'importe quand. Bref, il y aurait une tendance à utiliser le numérique pour rassembler virtuellement différentes professions en communauté pour collaborer en EIP et contrer le défi de communication entre elles.

Deuxièmement, l'EIP est confrontée au cloisonnement des professions, c'est-à-dire que chaque profession possède sa propre culture intraprofessionnelle dont les valeurs et les croyances rendent plus difficile parfois la collaboration avec les étudiants des autres professions (Barr et Coyle, 2013). Cette situation fait en sorte que les étudiants d'un même programme se fréquentent entre eux et partagent des valeurs propres à leur champ de pratique. Ce faisant, des modes de pensée souvent uniques les amènent à adopter des comportements reflétant des croyances professionnelles et même à développer des stéréotypes entre programmes, ce qui peut entraver la collaboration entre programmes (Hall, 2005). De plus, Mohaupt et ses collègues (2012) ont remarqué que plusieurs étudiants ne connaissent pas bien le rôle complémentaire de leurs confrères d'autres professions. Par exemple, une étude américaine auprès d'étudiants provenant des programmes de médecine, sciences infirmières et travail social a indiqué que 80 % des

⁴ Modèle informatique qui, par l'entremise de serveurs distants interconnectés par Internet, permet un accès réseau, à la demande, à un bassin partagé de ressources informatiques configurables, externalisées et non localisables, qui sont proposées sous forme de services, évolutifs, adaptables dynamiquement et facturés à l'utilisation (Office québécois de la langue française, 2017).

résidents en médecine et 40 % des étudiants en sciences infirmières et en travail social croyaient que le médecin avait le droit de changer des plans de soins que l'équipe interprofessionnelle avait établis et cela sans leur consentement (Leipzig et coll., 2002). D'ailleurs, une revue de littérature systématique réalisée par Reeves et coll. (2012) a relevé que la conception des étudiants à l'égard de la hiérarchie entre certaines professions et les stéréotypes reliés aux rôles ont un impact sur la manière dont ils apprennent l'EIP. Par exemple, l'étude de Bradley, Cooper et Duncan (2009) souligne que les étudiants en sciences infirmières amorcent leur formation en EIP avec des stéréotypes négatifs à l'égard des étudiants en médecine. De plus, ces stéréotypes s'atténueraient pendant la formation en EIP. Face au défi du cloisonnement des professions, l'éducation à la collaboration interprofessionnelle prend compte de cette divergence de valeurs professionnelles en offrant une occasion pour échanger et clarifier les rôles entre les étudiants de plusieurs programmes (Barr, 2015). Bref, dès les premiers trimestres universitaires, son enseignement serait nécessaire pour améliorer les attitudes des étudiants à l'égard du travail interprofessionnel et mieux comprendre leur rôles respectifs (Cox, Sullivan et Button, 2012). Enfin, les formateurs et les gestionnaires des cours d'EIP doivent être conscients que le niveau d'implication des apprenants dans ces cours peut être influencé par des raisons liées à la connaissance et la clarification des rôles (Reeves, Tassone, M., Parker, K., Wagner, S. J., et Simmons, B., 2012). C'est pour cette raison qu'il est conseillé d'introduire dans les curriculums des formations en sciences de la santé des cours d'EIP dès la première année d'étude, notamment pour enseigner les différents rôles professionnels régis par les lois (OMS, 2010).

Par ailleurs, les professeurs ou professionnels qui sont chargés d'animer les ateliers des cours d'EIP doivent jongler avec des professions autres que la leur et assurer un environnement sûr dans lequel les apprenants des équipes interprofessionnelles clarifient leurs rôles en évitant le « tribalisme professionnel » (Hawkes, Nunney et Lindqvist, 2013) ou, en d'autres mots, le cloisonnement des professions. Ce faisant, les discussions autour des rôles et identités professionnels peuvent être difficiles et lourds à traiter par les animateurs, notamment lorsque des désaccords surviennent entre les membres d'une équipe interprofessionnelle d'étudiants (LeGros, Amerongen, Cooley et Schloss, 2015). Certes, l'EIP offre la possibilité d'apprendre à collaborer entre plusieurs professionnels

provenant de différentes disciplines, mais des études ont démontré l'importance de la qualité de la facilitation (animation) afin d'assurer qu'elle soit adéquate, pertinente, authentique (reflète la réalité) et de qualité lors d'un atelier en petit groupe (Baker, Drane, Chambers et Lindqvist, 2018; Milot, Museux, Careau, 2017). Malgré qu'elle puisse être stimulante, certains animateurs peuvent aussi considérer l'animation de ces petits groupes comme un défi. En effet, certains ont l'habitude d'enseigner à leurs propres étudiants ou à ceux de leur discipline tandis qu'ils le sont moins pour le faire avec de petits groupes interprofessionnels (Lindqvist et Reeves, 2007; Ruiz, Ezer et Purden, 2013). Bon nombre d'études ont d'ailleurs noté que l'animation d'équipes interprofessionnelles est complexe et nécessite une préparation et une qualification appropriées, et ce, qu'elle se déroule en présentiel ou à distance (Baker et coll., 2018; Evans et coll., 2017; Hanna et coll., 2013; Ruiz et coll., 2013). Cela est d'autant plus vrai qu'une mauvaise animation peut avoir des répercussions négatives importantes sur le développement des compétences et des habiletés liées à la pratique collaborative (Milot et coll., 2017). À ce sujet, ces auteurs notent que des étudiants ayant travaillé ensemble lors d'un atelier ou d'une rencontre mal animée sont susceptibles d'être découragés par la collaboration interprofessionnelle et même de développer une résistance à l'égard de certaines professions. Le rôle des coanimateurs serait une des « clés du succès » d'un atelier ou une rencontre interprofessionnel (Watts, Lindqvist, Pearce, Drachler et Richardson (2007). Ainsi, les coanimateurs peuvent avoir un impact sur la motivation, la gestion des interactions et la participation égale entre des étudiants d'une équipe interprofessionnelle lors d'un atelier en EIP (Watts et coll., 2007). Néanmoins, lorsque les professionnels de la santé et professeurs animent des ateliers ou des discussions interprofessionnels (en ligne ou en présentiel), la plupart développent eux-mêmes leurs compétences de collaborateurs et améliorent leurs connaissances envers les autres professions, en plus de transférer leurs apprentissages dans leurs milieux cliniques respectifs une fois de retour au travail (Evans, Shaw, Ward et Hayley, 2016).

C'est donc en permettant aux étudiants de divers programmes d'interagir en ligne afin de collaborer sur une plus grande période dans le temps que l'usage du numérique en EIP peut favoriser le décroisement des professions (Dow et coll., 2016). À titre d'exemple, l'étude de Clark, Weeks, van Den Bergh et Doucet (2017) a démontré que des étudiants provenant de trois professions en santé de trois pays différents ont développé des

compétences collaboratives, notamment la clarification et la compréhension des rôles de chacun, en étant réunis en petites équipes virtuelles pour réaliser en mode synchrone ou en asynchrone des tâches de résolution de problème autour de vignette clinique. Grâce au numérique, les équipes ont donc eu l'opportunité de collaborer ensemble sur une période relativement longue s'étalant sur plusieurs mois. Cette expérience a permis aux étudiants de collaborer sur divers sujets en gériatrie et d'échanger au niveau des différences entre leurs pays respectifs. L'étude de Solomon et King (2010) a aussi démontré que les activités collaboratives en ligne soutenues par l'animation de facilitateurs ont permis à des équipes interprofessionnelles d'étudiants de réaliser des tâches de résolution de problème, de clarifier leurs rôles et de reconnaître l'importance de la collaboration en milieu clinique. Bref, l'intégration du numérique dans l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle prend de l'expansion depuis les dernières années et peut faciliter les échanges entre les étudiants provenant de plusieurs programmes en santé, la connaissance des rôles entre différentes professions et cela dans des contextes de collaboration en ligne en mode synchrone et asynchrone (Courville, 2017).

Troisièmement, l'EIP est souvent confrontée à des problèmes liés à la communication entre les étudiants de différentes professions. Selon Robinson, Gorman, Slimmer et Yudkowsky (2010), la communication efficace entre différents professionnels repose sur la clarté, la précision et la validation des messages, sur la collaboration dans la résolution de problèmes, sur un comportement calme et une attitude de soutien en situation de stress, sur le respect mutuel et sur la reconnaissance des contributions uniques à chacun. Malgré que ces habiletés de communication soient enseignées au sein des programmes, Richard et Lussier (2016) notent que la compétence de communication entre les différentes professions ne l'est pas suffisamment et doit être une priorité. Cette situation amène d'ailleurs les étudiants à amorcer leur carrière avec des barrières interprofessionnelles puisqu'ils manquent de connaissances à l'égard du vocabulaire propre à chaque profession avec qui ils devront collaborer (Goudreau et Dion, 2016; Thistlethwaite, 2012). Ils présentent aussi des lacunes pour communiquer entre eux pour résoudre des problèmes en équipe interprofessionnelle ainsi que pour comprendre les valeurs professionnelles de leurs collègues (Hall, 2005). Il importe donc que les étudiants soient bien formés à la collaboration interprofessionnelle puisqu'une fois rendus sur le marché du travail, une

communication inefficace de leur part pourrait compromettre les soins aux patients (Thistlewaite, 2012). À cet effet, Lawlis et ses collègues (2014) avancent que l'EIP doit maximiser les moments de collaboration afin de permettre aux équipes interprofessionnelles d'étudiants de développer leurs habiletés de communication. Pour leur part, Dow et ses collègues (2017) sont d'avis que la communication entre les membres d'une équipe interprofessionnelle d'étudiants doit certes se dérouler en présence, mais qu'elle devrait aussi se dérouler en ligne afin que les étudiants se préparent à la réalité des milieux cliniques qui les attend.

Les technologies peuvent aussi permettre aux équipes de communiquer en ligne lorsque cela est impossible en face à face en EIP. De fait, les outils synchrones offrent aux membres d'une équipe interprofessionnelle l'opportunité d'interagir entre eux afin de prendre des décisions éclairées et de favoriser l'atteinte de consensus (Hanna et coll., 2013). De plus, dans l'étude d'Evans, Ward et Margerison (2016), l'environnement asynchrone a soutenu la réflexion des équipes EIP puisque les équipes ont davantage eu de temps pour comprendre un message et partager des connaissances sur une plateforme de discussion. De plus, cette étude souligne que les étudiants d'EIP la considèrent importante lorsqu'ils collaborent en ligne puisqu'ils ont la chance de collaborer sur une plus longue période et d'échanger d'une manière récurrente. Par contre, ces mêmes auteurs soulignent que les participants ont vécu quelques frustrations lorsque les coéquipiers ne s'engageaient pas tous au même niveau dans l'échange asynchrone des connaissances. De plus, lorsque des équipes interprofessionnelles d'étudiants collaborent en ligne, la communication en mode synchrone et asynchrone (usage des forums de discussion, conférence vidéo et audio, plateforme de discussion) peut empêcher les interactions entre étudiants et susciter des frictions entre les membres d'une équipe (Evans, Ward et Margerison, 2016; Hanna et coll., 2013). Ces conflits de communication sont souvent dû au manque d'habiletés à utiliser une technologie par certains coéquipiers ou à la technologie elle-même et ses problèmes techniques (Evans, Ward et Margerison, 2016; Hanna et coll., 2013). De leur côté, Martin, Parker et Deale (2012) soulignent que l'usage de la caméra web lors de session de collaboration en mode synchrone personnalise la collaboration entre coéquipiers et favorise la communication entre eux. Il est donc important de varier les modes de communication et les outils technologiques, de même que d'offrir du soutien technologique afin que tous

les membres d'une équipe d'apprenants en EIP puissent interagir en ligne pour partager des connaissances et clarifier leurs rôles (Evans, Ward et Margerison, 2016).

Dans le même ordre d'idées, l'étude de Dow et coll. (2016) a souligné l'importance des interactions entre les étudiants et la performance de la collaboration au sein des équipes. Ils ont analysé une situation où 522 étudiants placés en équipes virtuelles ont travaillé de manière asynchrone sur des cas de dossiers de patients électroniques fictifs. Ce faisant, les auteurs ont noté une corrélation entre le nombre d'interactions en ligne des membres d'une équipe et leur performance à la tâche collaborative à réaliser (ex. : résoudre une situation problème). D'ailleurs, Bernard et coll. (2009) ont indiqué qu'il y aurait une corrélation entre les interactions étudiant-étudiant plus élevée que les interactions entre étudiant-professeur et étudiant et les contenus d'apprentissage. Kirschner et Erkens (2013) soulignent cependant que réunir des étudiants en équipe n'implique pas nécessairement qu'ils vont travailler ensemble, communiquer efficacement et par le fait même collaborer. Ces mêmes auteurs notent que la communication et la collaboration surviennent quand ils sont la raison d'être de la tâche à réaliser. En d'autres mots, cette tâche doit engager tous les membres d'une équipe afin qu'ils interagissent et collaborent. Parallèlement, dans leur méta-analyse sur l'usage des technologies, les interactions entre étudiants et la collaboration, Borokhvoski, Bernard, Tamim, Schmid et Sokolovskaya (2016) montrent que les résultats d'apprentissage sont nettement plus élevés lorsque l'interaction est planifiée dans des situations d'apprentissage prévues pour la collaboration.

En somme, les études recensées témoignent que l'EIP est confrontée à des défis de logistiques, de communication et de cloisonnement des professions lors du travail d'équipe se déroulant tant en présentiel qu'en ligne. Certes, le numérique peut ajouter une valeur à la qualité de la collaboration entre des coéquipiers, mais il peut aussi ériger des obstacles liés à la communication dont les pédagogues de l'EIP devront tenir compte (Evans et coll., 2017; Stuart et Triola, 2015). La prochaine section s'attarde à expliquer les tendances actuelles en EIP lorsqu'il est question de faire collaborer en ligne et en présentiel des étudiants en équipes, ainsi que des défis et des éléments amenés par le numérique et la collaboration en contexte éducatif.

1.7 Enseignement en mode hybride de l'EIP : entre la collaboration en ligne et en présentiel

La collaboration en ligne peut s'avérer difficile pour certaines équipes et des facteurs sont en prendre en considération lorsque des coéquipiers travaillent à cocréer et résoudre des situations problèmes. L'alternance entre la collaboration en ligne et en présentiel, soit le mode hybride, semble s'avérer être une méthode efficace pour enseigner l'EIP.

1.7.1 Collaborer en ligne et en présentiel à l'université : des entraves aux facilitateurs

Hei, Striboj, Sjoer et Admiraal (2016) ont recensé quatre entraves lorsque des étudiants universitaires travaillent en équipe, et ce, tant à distance qu'en présence, avec ou sans le numérique. Le premier est la résistance que les étudiants et les enseignants ont parfois à l'égard du travail en équipe. Le second concerne les problèmes que les étudiants rencontrent lorsqu'ils doivent utiliser certains outils technologiques nécessaires pour travailler en équipe. Le troisième est relié au dosage du niveau d'encadrement des enseignants dans la réalisation des tâches que les étudiants réalisent en équipes. Certains enseignants encadrent trop et d'autres de manière insuffisante. Enfin, le dernier précise que les consignes pour réaliser la tâche collaborative doivent être claires en plus de soutenir les équipes dans la réalisation de leur travail. La tâche collaborative doit aussi rassembler tous les membres de l'équipe. D'ailleurs, Waterston (2011) a noté des préférences en lien avec la communication en présentiel dans une étude mixte où 323 étudiants ont collaboré de manière hybride. Ses résultats ont montré que la qualité des interactions en ligne était entre autres influencée par la supervision d'un facilitateur, mais aussi par la pertinence et la clarté des tâches à réaliser. De ce fait, les équipes ayant été les plus efficaces en ligne avaient développé leurs propres techniques d'organisation pour planifier leur collaboration en ligne en assignant des responsables pour les faciliter. Bref, la collaboration en travail d'équipe s'apprend et les enseignants doivent tenir compte de ces facteurs.

Plus spécifiquement en ce qui a trait à la collaboration en ligne, Jeong et Hmelo-Silver (2016) proposent plusieurs éléments dont les formateurs doivent tenir compte lorsque les équipes d'apprenants utilisent le numérique pour collaborer. Ces éléments peuvent

faciliter, favoriser la collaboration des équipes en ligne de manière synchrone et asynchrone. Ainsi, les outils technologiques employés pour collaborer doivent offrir diverses manières d'interagir et faciliter le partage des ressources entre les coéquipiers. De plus, la tâche de collaboration doit s'avérer significative pour tous les membres, c'est-à-dire que chacun pourra s'impliquer et avoir un rôle. Ces auteurs soulignent aussi que les tâches proposées doivent favoriser des interactions entre les membres leur permettant de résoudre des problèmes authentiques en plus d'engager la coconstruction des connaissances. Pour rappel, on entend par coconstruction des connaissances, la construction des savoirs en collaboration avec des pairs se réalisant notamment par des consensus d'équipe et le partage des connaissances individuelles et collectives (Romero, Lille et Patino, 2017). Jeong et Hmelo-Silver (2016) ajoutent que les formateurs devraient encourager les étudiants à développer leur esprit d'équipe et de communauté, notamment en mettant à leur disposition des communautés de pratique et la possibilité d'utiliser les médias sociaux à des fins d'apprentissage. Enfin, Jeong et Hmelo-Silver (2016) avancent que les formateurs ont intérêt à favoriser la rétroaction par les pairs et l'autoévaluation, car les membres d'une équipe ne collaboreront pas nécessairement parce qu'ils sont réunis.

Des éléments doivent être pris en considération dans la planification des apprentissages quand des équipes coconstruisent des tâches. Ainsi, le choix de la technologie est certes important, mais la tâche à réaliser doit rassembler les coéquipiers en plus de détailler des consignes et soutenir sa réalisation en ligne et en présentiel.

Par ailleurs, certaines méthodes d'enseignement se déroulent en mode face à face (en présentiel), d'autres en ligne et à distance. Certaines privilégient le mode hybride, c'est-à-dire une formation se déroulant à la fois en ligne et en présentiel, ce qui constitue une avenue pertinente et récemment étudiée en EIP (Clark et coll., 2017). Cependant, l'enseignement en mode hybride en EIP doit aussi tenir compte des facteurs combinant l'usage du numérique et la collaboration que nous venons d'annoncer. Ce que nous abordons dans la prochaine section.

1.7.2 Collaborer en ligne et en présentiel : le mode hybride en EIP

Parmi les avantages de la formation en mode hybride selon la revue de la littérature de Bocconi et Trentin (2014), soulignons qu'elle offre la possibilité de récupérer du temps en classe pour favoriser davantage les interactions entre étudiants en réduisant le nombre d'heures de cours magistraux, en plus de soutenir la collaboration et le travail d'équipe en ligne. De son côté, la méta-analyse sur l'efficacité de la formation en ligne et hybride de Means, Toyama, Murphy et Baki (2013) montre que la formation en mode hybride engage l'apprenant plus longtemps dans ses apprentissages et soutient l'interactivité, le réseautage ainsi que la réflexion. D'ailleurs, O'Flaherty et Phillips (2015) notent que les étudiants sont moins susceptibles de participer à des activités en ligne si elles manquent d'interactivité ou ne fournissent pas de rétroaction. Ils soulignent aussi l'importance d'équilibrer le temps passé sur les tâches en ligne et en présence. Cependant, Nieder et Borgess (2012) affirment qu'il peut être ardu pour les enseignants de vérifier que les étudiants ont effectivement réalisé les tâches demandées en ligne. Pour pallier ce problème, DeLozier et Rhodes (2017) soulignent que les activités en ligne auraient intérêt à être réinvesties en présentiel dans une situation où les apprenants sont actifs, par exemple par des résolutions de problème, des discussions ou des débats. Un réinvestissement en présentiel des apprentissages faits en ligne permettrait d'ailleurs aux membres d'équipes interprofessionnelles de faire des apprentissages de haut niveau (Bocconi et Trentin, 2014; Davies et coll., 2015). Par exemple, selon Bloom (1956), les tâches faisant appel à l'analyse, à l'évaluation et à la création permettent aux étudiants de faire des apprentissages de haut niveau. À l'opposé, des apprentissages de bas niveau sont liés à la réalisation de tâches moins complexes où les étudiants se limitent à connaître, comprendre et appliquer un nouveau savoir (i.e. lecture, visionner une vidéo). L'enseignant ou le formateur doit favoriser le transfert et le réinvestissement des apprentissages réalisés en ligne, par exemple, en tenant compte des travaux réalisés en ligne par les étudiants lors du retour en classe (Dennen et Hoadley, 2013).

Dans le contexte plus précis de l'EIP, nous avons recensé l'étude de Dearnley, Owens, Greasley et Plews (2010) qui a porté sur une formation hybride intégrant des modules en ligne, des activités de résolution de problème menant à la collaboration virtuelle en plus de rencontres en présentiel. Les auteurs ont analysé les réponses de 240 apprenants provenant de plusieurs professions en sciences de la santé à un questionnaire mesurant trois grandes

habiletés collaboratives en EIP. Les résultats démontrent qu'avant le début de la formation, les étudiants n'étaient pas motivés à collaborer avec d'autres professions et que le partage et les rétroactions n'étaient pas profitables. Les activités se déroulant en ligne et en présentiel ont finalement permis aux équipes de développer des habiletés collaboratives grâce à la valorisation des interactions en ligne. En d'autres mots, les attitudes négatives à l'égard du travail d'équipe et les préjugés à l'égard des autres professions se sont estompés et ont laissé place à la collaboration.

Parallèlement, l'étude de Riesen, Morley, Clendinneng, Ogilvie et Murray (2012) a permis d'identifier des avantages à utiliser la simulation en équipe en mode hybride pour développer des compétences en EIP. Pour ce faire, 60 étudiants provenant de 5 professions, réunis en équipes de 5, ont complété trois simulations en mode hybride se déroulant dans l'ordre en face-à-face, en ligne, en face-à-face. Ce faisant, des changements dans les attitudes interprofessionnelles ont été observés et les étudiants ont amélioré leur performance à travers le déroulement de la formation hybride. Les apprenants ont aussi spécifié qu'ils ont appris les uns des autres autant en présentiel qu'en ligne. Ils ont notamment pu discuter de leur rôle et de leur identité professionnelle en ligne et ont apprécié aller plus en profondeur à cet effet lors des rencontres en présence.

Par ailleurs, l'étude pilote de Sanchez-Diaz et coll. (2015) a réuni 31 étudiants ayant suivi une formation hybride (modules en ligne et apprentissage par problème par l'entremise de discussions en ligne et en présentiel) en EIP et 20 étudiants ayant suivi le même type de formation en ligne seulement. Ces participants ont rempli le questionnaire (ATHCTS) avant et après leur formation en EIP. Ce questionnaire évalue notamment l'efficacité de l'équipe et le leadership collaboratif. Avant la formation, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes hybrides et en ligne. Après la formation, les étudiants du cours en ligne ont obtenu des résultats statistiquement plus élevés dans « l'efficacité de l'équipe » que ceux du cours hybride. Les étudiants du cours hybride ont obtenu des résultats significativement supérieurs en « leadership collaboratif ». Aucune autre différence significative entre les groupes n'a été trouvée. Les auteurs rapportent que les défis de logistiques pour rassembler les étudiants en présentiel représentent un obstacle

notable et que la formation en ligne en EIP est une avenue prometteuse pour développer des attitudes favorables au travail d'équipe.

L'intégration du numérique dans la formation en EIP semble représenter une avenue prometteuse, en particulier lorsqu'elle a lieu en mode hybride. Nous avons vu que planifiée ainsi, elle peut favoriser le développement des compétences de collaboration en sciences de la santé et psychosociales en plus de faire collaborer des équipes interprofessionnelles en ligne à distance et en présence, une valeur ajoutée considérant l'importance du développement de cette compétence à l'ère de la quatrième révolution industrielle.

À ce sujet, le Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat patient de l'Université de Montréal (CIO – UdeM) demande aux étudiants et à ses formateurs des cours de Collaboration en sciences de la santé (CSS⁵) de remplir un questionnaire d'évaluation des cours. En 2014, les commentaires des évaluations du cours CSS provenant des étudiants suggéraient que les cours offrent plusieurs opportunités pour collaborer entre équipes d'étudiants. Par exemple, entre 2009 et 2015, les étudiants participaient à un seul atelier interprogrammes en présentiel de trois heures se déroulant à la fin de chacun des cours de la formation (Vanier et coll., 2013). Pour répondre aux défis aussi rencontrés par les cours CSS, le CIO de l'UdeM a procédé à la restructuration des cours. Chaque année depuis janvier 2015, quelque 800 équipes interprofessionnelles doivent collaborer d'abord en ligne pour réaliser des activités préparatoires à l'atelier interprogrammes dans lequel ils auront à collaborer en présence deux mois plus tard (Lebel et coll., 2016).

Ce premier chapitre dresse la place de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle et annonce la pertinence de l'approche de soins en partenariat avec le patient en santé. Nous avons aussi annoncé et argumenté trois défis auxquels cette formation fait face afin de décliner les raisons pour lesquelles le numérique s'avère être une valeur ajoutée pour les relever. En effet, l'EIP doit favoriser le décroisement des

⁵ Notons que les cours CSS sont en d'autres mots la formation EIP à l'UdeM.

professions et la communication et est confrontée aux logistiques d'horaire. Enfin, nous abordons les grandes tendances actuelles en enseignement de l'EIP, notamment le mode hybride qui peut favoriser la collaboration en ligne et en présentiel lorsque des équipes interprofessionnelles d'étudiants travaillent ensemble. Enfin, nous avons soulevé de planifier l'enseignement en EIP afin que les équipes interprofessionnelles travaillent en collaboration en ligne ou en présentiel. La problématique de notre étude ayant été précisée, la prochaine section s'attarde à définir l'objectif général de notre recherche.

1.8 Question de recherche et objectif général de l'étude

Ainsi, la question de recherche que nous posons dans le cadre de cette étude est la suivante : Comment les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle collaborent-ils dans le contexte du cours hybride de Collaboration en sciences de la santé (CSS) en partenariat avec le patient?

L'objectif général de notre recherche est de **décrire comment les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle collaborent dans le contexte du cours hybride de Collaboration en sciences de la santé (CSS) en partenariat avec le patient.**

Notre étude s'intéresse à la manière dont les étudiants ont collaboré et aux compétences effectives du Référentiel de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées. Ci-bas, nous déclinons donc les objectifs spécifiques de ce projet de recherche doctoral.

1.9 Objectifs spécifiques de recherche

Nous déclinons les trois objectifs spécifiques (OS) de recherche suivants :

- OS1 – Décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride.
- OS2 – Décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en présence dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride.
- OS3 – Identifier les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées par

des étudiants en sciences de la santé lors d'activités favorisant l'apprentissage collaboratif dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride.

2. Cadre conceptuel

Le présent chapitre pose les bases de notre cadre conceptuel et se divise en quatre sections. Premièrement, nous définissons la collaboration de manière générale en plus de la contextualiser en situation de travail en équipe. Deuxièmement, nous définissons la compétence afin de la situer dans le modèle du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP, CIO-UdeM, 2016a) utilisé pour cette recherche. Dans cette partie, nous présentons aussi la typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis, Reeves, Zwarenstein (2018) afin de mieux comprendre les contextes authentiques des milieux de pratique dans lesquels se manifestent les compétences de la pratique collaborative. Nous expliquerons que notre étude se base notamment sur cette typologie afin de faire développer les compétences du référentiel dans des contextes authentiques similaires à la réalité du travail. Troisièmement, nous nous penchons sur les types d'apprentissage collaboratif les plus utilisés dans les universités pour l'EIP tout en tenant compte du numérique. Quatrièmement, nous terminons ce chapitre par une figure et une définition qui synthétisent les trois éléments essentiels, c'est-à-dire les quatre dimensions de la collaboration, le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP, CIO-UdeM, 2016a) mobilisé dans des contextes authentiques et l'apprentissage collaboratif en mode hybride.

2.1 La collaboration

Cette section explicite la notion de collaboration en partant de ses origines afin de mieux détailler les éléments qui la constituent, en plus de la contextualiser pour le domaine de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en santé.

2.1.1 Les origines de la notion de collaboration

Les origines théoriques de la notion de collaboration remontent aux travaux du chercheur Dewey (1927). Celui-ci avait alors souligné l'importance des échanges d'idées entre pairs et des réflexions collectives dans le travail d'équipe. Les travaux de Koffka (1935) ont ensuite ajouté à la notion de collaboration celle d'interdépendance entre membres d'équipe. Selon lui, les groupes représentent des ensembles dynamiques dans

lesquels l'interdépendance entre les membres peut varier. Parallèlement, Lewin (1947) a indiqué que l'interdépendance et le leadership sont essentiels au travail de groupe, donc à la collaboration. Quant à Deutsch (1949), il a souligné l'apport de la notion d'interdépendance sociale dans la collaboration, c'est-à-dire qu'elle est influencée par les liens qui existent entre les individus d'un groupe. De leur côté, Johnson et coll. (2007) ont avancé que l'interdépendance sociale se manifeste lorsque la réalisation des objectifs personnels de chaque membre d'une équipe est affectée par les actions des autres. Selon ces derniers, les interactions sont positives quand les individus encouragent et facilitent les efforts des autres dans le but d'atteindre les objectifs du groupe.

Plus récemment, Bedwell et coll. (2012) ont noté que la notion de collaboration souffrait encore d'une confusion conceptuelle puisqu'elle était définie au gré des disciplines. De fait, leur revue de la littérature multidisciplinaire sur la notion de collaboration a démontré que sa conceptualisation n'avait pas encore pris une approche multidisciplinaire. En effet, la collaboration, le travail d'équipe, la coordination et la coopération sont des concepts dits « interchangeables » dans la littérature scientifique (Bedwell et coll., 2012; Dailey, 1977; Schmidt, 1991; Sigmund, 2007). Bedwell et coll. (2012) ont donc proposé de définir la notion de collaboration en reprenant des éléments communs à diverses disciplines. Ainsi, il y aurait cinq critères qui permettent de distinguer la collaboration. La collaboration représente 1) un processus évolutif 2) par lequel deux ou plusieurs entités sociales 3) participent activement et réciproquement, 4) à des activités conjointes 5) visant à atteindre au moins un objectif commun. Autrement dit, la collaboration est un processus qui peut évoluer, s'améliorer et changer au cours de son cycle de vie et est réservée seulement aux entités sociales travaillant de façon interdépendante en contribuant suffisamment à ce processus réciproque de va-et-vient. Bedwell et ses collègues ajoutent que la collaboration exige un effort solidaire au sein des activités conjointes et le but commun qu'une équipe se fixe représente l'essence même de la collaboration. Ainsi, leur recension a permis de clarifier les termes collaboration, travail d'équipe, coordination et coopération en les classifiant selon les cinq critères spécifiques énumérés ci-haut. La coordination concerne les mécanismes cognitifs et comportementaux en action pour réaliser une tâche en équipe et produire un résultat à partir des ressources de l'équipe. La coordination est nécessaire au travail d'équipe et à la collaboration. De son

côté, la coopération exigerait un niveau d'interdépendance moins élevé que la collaboration. Par exemple, la coopération représente la juxtaposition des expertises des membres et la coordination du travail d'une équipe (Bedwell et coll., 2012; Dillenbourg, 2009). La collaboration et la coopération seraient complémentaires lors d'un travail d'équipe (Bedwell et coll. 2012). De son côté, la collaboration peut impliquer plusieurs équipes ou entités alors que le travail d'équipe engage seulement les individus d'une équipe.

Dernièrement, Salas, Shuffler, Thayer, Bedwell et Lazzara (2015) ont recensé 15 ans d'études scientifiques et il en résulte que des éléments doivent être pris en considération pour une collaboration et un travail d'équipe efficaces. Salas et ses collaborateurs (2015) surnomment ces éléments ou « Critical Considerations » les « 9C » pour le travail d'équipe et la collaboration. Ainsi, la coopération; les interactions comportementales (les conflits, la coordination, la communication, le leadership) et les connaissances partagées issues de ces interactions (la cognition) représentent des processus et des états lors de la collaboration et le travail d'équipe. De plus, la composition de l'équipe, le contexte et la culture seraient des facteurs qui influencent ces six processus et états énumérés (la coopération, les conflits, la coordination, la communication, le leadership et la cognition). Certes, les « 9C » visent à soutenir les praticiens dans l'exercice du travail d'équipe et à collaborer, mais à orienter les chercheurs dans ce domaine. Nous expliquons un peu plus loin dans ce chapitre comment notre étude tient compte des « 9C » (Bedwell et coll., 2012). Étant donné que la coopération et la coordination ont été définies précédemment par Bedwell et coll. (2012) et que Salas et coll. (2015) les décrivent de la même manière, nous nous attardons à expliquer les sept autres éléments ci-bas :

Les conflits représentent les incompatibilités liés aux croyances, intérêts et visions entre les membres d'une équipe. La communication est un processus réciproque d'échanges qui se caractérise par l'envoi et la réception d'informations pour former et transformer les attitudes, les comportements et les connaissances d'une équipe. Le leadership se définit par les orientations et les comportements de leadership que les membres d'une équipe adoptent pour atteindre des objectifs communs. La cognition représente le résultat du partage des connaissances, des rôles et responsabilités, des

objectifs communs que l'équipe se fixe, des compétences et les capacités des coéquipiers, le tout développé, par des interactions entre les membres de l'équipe. La composition de l'équipe et la culture représentent les diversités des cultures, des rôles des habiletés, des connaissances entre chaque coéquipier. Enfin, le contexte englobe les caractéristiques liées aux situations et événements dans lesquelles se déroulent le travail d'équipe et la collaboration. Ces trois facteurs influencent le travail d'équipe et la collaboration.

Pour leur part, Chiocchio et ses collègues (2012) ont recensé de manière similaire que la collaboration en travail d'équipe nécessite un processus faisant appel à des dimensions interdépendantes à savoir la communication, la synchronisation, la coordination explicite et implicite ce que la prochaine section présente.

2.1.2 Les dimensions de la collaboration en travail d'équipe

En s'inspirant de la définition multidisciplinaire de la collaboration de Bedwell et ses collègues (2012), Chiocchio et coll. (2012) définissent la collaboration en la situant dans sa pratique entre coéquipiers lors d'un travail d'équipe, notamment en situation d'apprentissage. Pour ces auteurs, la collaboration est donc une relation entre quatre dimensions interdépendantes : 1) la communication d'équipe, 2) la synchronisation, 3) la coordination explicite, et 4) la coordination implicite. Selon ces auteurs, ces dimensions sont les processus que la collaboration exige lors d'un travail d'équipe permettant de réaliser une tâche et d'atteindre des buts communs ainsi que des consensus d'équipe. La Figure 2 illustre la relation d'interdépendance qui existe entre les diverses dimensions de la collaboration telles que conceptualisées par Chiocchio et ses collègues. Nous détaillons ces dimensions et leurs relations dans les prochains paragraphes.

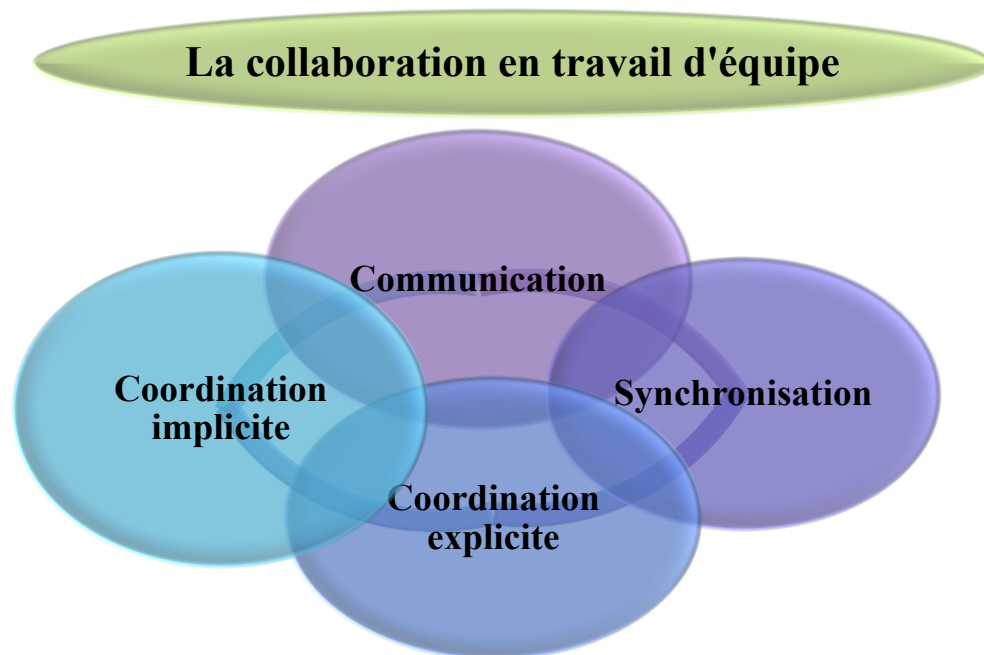


Figure 2. Les quatre dimensions interdépendantes de la collaboration selon Chiocchio et ses collègues (2012).

2.1.2.1 La communication

En premier lieu, Chiocchio et ses collègues soulignent que la communication est une notion dont la définition varie entre les domaines de recherche. Ils proposent donc une définition synthèse propre au travail d'équipe où la communication est conçue comme un processus centré sur l'établissement d'interactions de qualité (Kozlowski et Bell, 2003). Ainsi, quand des membres d'une équipe souhaitent collaborer ensemble, la communication vise à ce que les membres partagent leurs idées librement, s'écoutent, se comprennent et rétroagissent de manière constructive (Chiocchio et coll., 2012). Plusieurs auteurs notent que ces interactions permettent aux membres d'une équipe de mieux réguler leur façon de travailler et par le fait même d'engendrer une collaboration efficace (Dennen et Hoadley, 2013; Dillenbourg, 2002; Gros, 2001; Hämäläinen et Vä Häsantanen, 2011; Hmelo-Silver, 2004). En bref, le processus de communication au sein d'une équipe représente une courroie de transmission dans la collaboration.

2.1.2.2 La synchronisation

En deuxième lieu, Chiocchio et ses collègues (2012) définissent la synchronicité comme un processus de la collaboration qui réfère à la gestion du temps. Le travail d'équipe est composé de plusieurs tâches. Leur réalisation dans les délais prévus dépend de la répartition des tâches entre chacun des membres de l'équipe. La synchronicité est interdépendante à la dimension de la communication précédemment définie. En effet, la réalisation d'une tâche dans un contexte d'apprentissage en équipe nécessite des moyens de communication communs. Hei et coll. (2016) signalent à cet effet que certains outils de communication contribuent à la synchronicité du travail effectué en équipe. À titre d'exemple, Breen (2013) a indiqué que certaines équipes d'étudiants en sciences de la santé communiquent en temps réel par l'entremise de vidéoconférences (ex. : Google Hangout, Skype, Messenger, FaceTime) ou encore d'outils d'organisation en ligne comme iCal, Doodle ou Google Doc.

2.1.2.3 La coordination explicite

En troisième lieu, Chiocchio et coll. (2012) définissent la coordination explicite comme un processus où chaque membre d'une équipe échange sur leurs rôles et les tâches à réaliser, ce qui les amène à coconstruire des connaissances. Cette coordination amène chaque coéquipier à expliquer sa contribution au travail commun. À titre d'exemple, Kozlowski et Bell (2008) précisent que les équipes qui partagent et échangent leurs connaissances et leurs informations de manière efficiente seront mieux équipées pour coordonner leurs actions et se synchroniseront plus facilement. Ils ajoutent que lorsque les coéquipiers construisent des connaissances et se coordonnent dans le temps, les équipes performant dans l'obtention de consensus d'équipe. Selon Kozlowski et Bell (2008), la coordination implique donc une composante temporelle et une interdépendance entre les coéquipiers.

2.1.2.4 La coordination implicite

En quatrième et dernier lieu, la coordination implicite représente selon Chiocchio et ses collègues (2012) le processus où les membres d'une équipe anticipent des tâches ou des besoins de leurs équipiers sans avoir à échanger préalablement avec eux en plus de

s'adapter aux situations rencontrées et aux personnes concernées. Par exemple, en interagissant entre eux, les membres d'une équipe développent une expérience de communication au fur et à mesure de leur expérience de collaboration. Selon Espinosa, Lerch et Kraut (2004), ils développent ainsi des mécanismes de coordination implicite, c'est-à-dire qu'ils anticiperont les besoins de leurs collègues sans que ceux-ci les aient manifestés explicitement.

Nous considérons que le modèle de la collaboration en travail d'équipe de Chioocchio et ses collègues (2012) intègre certains processus, états et facteurs influenceurs de Salas et coll. (2015). En effet, parmi les six processus et états proposés par Salas et coll. (2015) la coordination, la communication font partie des dimensions de Chioocchio et coll. (2012). La cognition, qui représente les connaissances produites par les interactions entre les membres, se retrouve dans la dimension communication et coordination de Chioocchio et coll. (2012). La coopération et le leadership sont pour leur part considérés à travers toutes les dimensions de Chioocchio et coll. (2012). Cependant, la notion de conflits est considérée dans le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient que nous présenterons plus loin dans ce chapitre. Dans le cadre de cette étude, la composition et les différentes cultures des membres de l'équipe comme facteurs d'influence sur la collaboration et le travail d'équipe ne font pas partie des éléments qui ont été considérés, car nous devons faire des choix et notre étude ne s'intéresse pas à ces derniers. Cependant, nous avons privilégié les contextes de collaboration, à savoir lorsque les équipes ont collaboré en ligne et en présence est un facteur retenu pour notre étude.

Les quatre dimensions du modèle de Chioocchio et coll. (2012) clarifient, pour leur part, le processus de collaboration que nous emploierons dans le cadre de notre recherche. En effet, rappelons que notre objectif général vise à **décrire comment les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle collaborent dans le contexte du cours hybride de Collaboration en sciences de la santé (CSS) en partenariat avec le patient**. La définition de Chioocchio et coll. (2012) prend en compte la nature interprofessionnelle de notre contexte de recherche puisque ses travaux sur la collaboration sont notamment centrés sur le domaine de la collaboration interprofessionnelle en santé (Fleury et coll., 2018). Nous l'intégrons à la définition de cette étude que nous présentons à la fin de la prochaine section.

De plus, la déclinaison de ces dimensions interdépendantes nous permet de mieux décrire les processus de la collaboration qui ont été observés au sein des équipes participant à notre étude.

La collaboration en travail d'équipe maintenant abordée et ses éléments présentés et argumentés, nous nous attardons donc dans les prochaines lignes à définir la collaboration en travail d'équipe interprofessionnelle en partenariat avec le patient en contexte d'apprentissage.

2.2 L'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient

Tel qu'illustré dans la problématique de notre recherche, l'éducation à la collaboration interprofessionnelle représente un enjeu majeur en santé (OMS, 2010). Par contre, il importe de distinguer la notion de la pratique collaborative, terme tiré de l'anglais *interprofessional collaborative practice* (IPCP), de celle de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP) qui provient du terme anglais *interprofessional education* (IPE). D'une part, la pratique collaborative prend forme en milieu clinique et implique minimalement des membres d'au moins deux professions différentes (OMS, 2010). D'autre part, l'éducation à la collaboration interprofessionnelle (EIP) s'inscrit dans un contexte d'apprentissage, soit en cours de formation initiale universitaire pour les prédiplômés, soit en formation continue professionnelle pour les diplômés (Barr, 2015).

Dans la problématique, nous avons présenté les trois définitions utilisées pour définir l'EIP au niveau international. C'est de ces dernières que s'inspire la définition de l'EIP que le Comité interfacultaire opérationnel de l'Université de Montréal (CIO-UdeM, 2016) a adoptée pour former ses étudiants à la collaboration en sciences de la santé et psychosociales. Ainsi, pour ledit Comité, l'EIP est un enseignement de la collaboration interprofessionnelle en partenariat de soins s'appuyant sur la coopération entre le patient, ses proches aidants et les intervenants de la santé.

Parallèlement, nous avons vu lors de la problématique la grande pertinence d'un enseignement selon l'approche par compétence (Le Boterf, 2006; Rey, 2012; Tardif, 2006).

Cette étude se base sur un référentiel dont les compétences sont mobilisées par la réalisation d'activités d'apprentissage. À cet effet, la prochaine section présente le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Nous expliquons aussi qu'une compétence est effective dans l'action en contexte authentique. En effet, nous présenterons la typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis et coll. (2018) parce qu'elle représente le travail interprofessionnel vécu en contextes authentiques des milieux de soins. D'ailleurs, nous verrons sa pertinence pour cette étude dans une optique où l'approche par compétences en EIP vise à faire apprendre dans des contextes similaires aux milieux de pratique.

2.3 Les compétences de l'EIP

Rappelons que les savoirs permettent à un individu de guider la mise en œuvre de savoir-faire (par exemple des habiletés ou des capacités) et de savoir-être tels que des attitudes, le tout pour réaliser une activité ou résoudre une situation-problème (Durand, 2006). De l'union de ces trois types de savoirs résulte un savoir-agir (Tardif, 2006). Celui-ci est en fait la mobilisation de ressources personnelles et cognitives (savoirs, savoir-faire, savoir-être) et externes (littérature scientifique, réseau professionnel, etc.) pour faire face à une situation (Perrenoud, 2008). De plus, Legendre (2008) précise qu'une compétence doit être contextualisée afin que l'apprenant adapte ses actions en conséquence lors de situations authentiques. À titre d'exemple en sciences de la santé, une infirmière fera appel à ses connaissances (savoirs) et ses habiletés (savoir-faire) de manière éthique (savoir-être) pour soigner un patient dans le cadre de ses fonctions professionnelles (savoir-agir). Pour mieux situer ce que nous entendons par compétence de la collaboration dans le cadre de cette recherche, nous exposons ici la définition du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a).

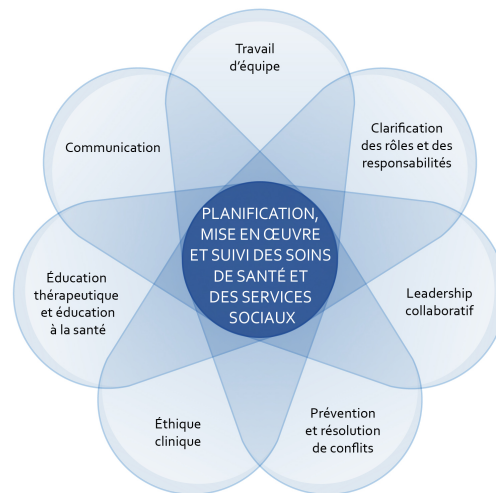
Notre recherche se base notamment sur le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient (DCPP et CIO-UdeM, 2016) qui définit ainsi la compétence :

« Une compétence comprend un ensemble de savoirs, 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 » (p. 5).

Le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux a été publié en 2016 par la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de la Faculté de médecine et le Comité interfacultaire opérationnel de l’Université de Montréal (CIO-UdeM). Il détaille huit compétences (Figure 3) que l’intervenant et le patient développent « au fil du temps, en exerçant leurs rôles et responsabilités, dans différents contextes » (p. 5). Notons que ce document est en fait un cadre de référence tant pour les milieux cliniques que pour les universités enseignant l’EIP qui décrit les capacités et les manifestations des compétences pour la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Il s’inspire d’ailleurs d’autres cadres de référence tels que le Référentiel de compétences CanMEDS (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005) pour les médecins et le Référentiel national de compétences en matière d’interprofessionnalisme (CIHC, 2010).



PRATIQUE COLLABORATIVE ET PARTENARIAT PATIENT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX



Sources : Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d’implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient – Version 1.1*. RUIS de l’UdeM, 66 p. [En ligne] URL : http://www.ruis.umontreal.ca/publications_comites/Guide_d'implantation_version_1.1.

Consortium pancanadien pour l’interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d’interprofessionnalisme*. 37 p. [En ligne] URL : <http://www.cihc.ca> (page consultée le 13-05-16)

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2005). *Cadre de compétences CanMEDS 2005*. [En ligne] URL : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework> (page consultée le 13-05-16)



Attribution - Pas d’Utilisation Commerciale
CC BY-NC

Cette licence permet aux autres de remixer, arranger, et adapter votre œuvre à des fins non commerciales et, bien que les nouvelles œuvres doivent vous créditer en citant votre nom et ne pas constituer une utilisation commerciale, elles n’ont pas à être diffusées selon les mêmes conditions.

Figure 3. Modèle de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a, p. 5).

La compétence centrale du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux concerne la planification, la mise en œuvre et le suivi des soins et des services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a, p.5). La seconde porte sur la clarification des rôles et des responsabilités de chaque membre d'une équipe interprofessionnelle. La troisième concerne l'éducation thérapeutique et à la santé, c'est-à-dire une démarche continue d'apprentissage, par laquelle le patient développe sa compréhension de son état de santé et de ses maladies. La quatrième compétence cible la prévention et la résolution des conflits à l'intérieur d'une équipe. La cinquième compétence porte sur la communication. La sixième concerne le travail d'équipe. La septième compétence porte sur le leadership collaboratif. Enfin, la huitième compétence concerne l'éthique clinique où à l'égard d'un problème éthique, les intervenants et le patient analysent la situation et trouvent des solutions au meilleur de leur bonne foi.

Ce référentiel est considéré comme étant novateur selon Vanier et coll. (2014); puisqu'il illustre le passage d'un paradigme paternaliste où le professionnel de la santé décidait seul des soins du patient vers un paradigme de partenariat avec le patient (DCPP et CIO-UdeM, 2016a; Vanier et coll., 2014). Pour chacune des compétences définies dans ce référentiel, des capacités et des manifestations sont explicitées afin d'orienter les différentes professions en sciences de la santé et psychosociales. De plus, ce référentiel a soutenu l'élaboration du curriculum de formation en EIP de l'Université de Montréal, notamment les cours de collaboration en sciences de la santé qui représentent d'ailleurs le terrain de notre recherche (Vanier et coll., 2014; Brault et coll., 2016; Brault et coll., 2017; Lebel et coll., 2016). Nous avons recensé d'autres référentiels de compétences en EIP (CAIPE, 2002; CIHC,2010; NCIPE, 2016), mais ces derniers adoptent une approche centrée sur le patient alors que cette étude est basée sur l'approche partenariat patient. Nous ne tenons donc pas compte de ces derniers pour notre étude.

Afin de mieux situer le partenariat patient, la DCPP et CIO-UdeM (2016a) compare les différentes approches de soins à savoir l'approche paternaliste, collaborative centrée sur le patient et en partenariat patient.

Selon la DCPP et CIO-UdeM (2016a) et l'OMS (2010), le professionnel qui adopterait une approche paternaliste décide pour lui et selon sa propre discipline seulement, soit de manière intradisciplinaire. De plus, selon cette approche, le professionnel « prend en charge » les intérêts du patient et souhaite supprimer le mal, la souffrance afin de promouvoir le bien pour remplir son devoir de professionnel.

Pour leur part, les professionnels qui adoptent l'approche de la pratique collaborative centrée sur le patient travaillent en collaboration interprofessionnelle et tiennent compte des caractéristiques socioculturelles et psychosociales du patient et de l'impact de la maladie, en plus de collaborer pour le patient sans toutefois l'inclure dans la prise de décision pendant le processus de collaboration (CAIPE, 2002; CIHC, 2010; DCPP et CIO-UdeM, 2016a).

Enfin, les professionnels qui promeuvent l'approche collaborative en partenariat avec le patient travaillent en collaboration interprofessionnelle et prennent les décisions avec le patient en tenant compte de son projet de vie, de ses besoins, de sa culture et en l'encourageant à développer ses compétences de soins pour devenir un partenaire de l'équipe (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Le tableau 1 présente un résumé des critères de classification de chacune des approches de soins.

Tableau 1.

Critères de classification de chacune des trois approches de soins

Approche paternaliste			Approche pratique collaborative centrée sur le patient		Approche pratique collaborative en partenariat avec le patient		
Professionnel décide pour lui / par discipline	Professionnel prend en charge les intérêts du patient	Supprimer le mal, la souffrance pour promouvoir le bien pour remplir son devoir de professionnel	Tiennent compte des caractéristiques socioculturelles et psychosociales du patient et de l'impact de la maladie	Professionnels collaborent pour le patient sans l'inclure dans la prise de décision pendant le processus de collaboration	Professionnels travaillent en collaboration et prennent les décisions avec le patient	Professionnels tiennent compte du projet de vie du patient	Le patient est encouragé à développer ses compétences de soins pour devenir un partenaire

À l'ère du numérique, tant les professionnels de la santé que les patients utilisent les outils technologiques pour collaborer (Flora, 2016). Le numérique peut pousser les patients à s'informer sur sa maladie, mais aussi à partager et à échanger ses expériences (Bazinet, 2017; Flora 2015). Ainsi, le partenariat est une approche de soins qui est initiée aussi par des patients et les technologies peuvent contribuer à l'enrichir et la faire valoir (Ferguson et Frydman, 2004). Ces auteurs soulignaient déjà en 2004 qu'au 21^e siècle, le patient aura la possibilité de s'informer et de participer à sa guérison ou à la gestion de sa santé et de ses traitements médicaux par l'entremise de différentes technologies. Selon ces auteurs, les médecins qui continuent de croire que leurs patients sont intrinsèquement incapables de naviguer dans les abondantes ressources de santé sur Internet verront leurs patients changer de médecins. En revanche, ces auteurs avancent que les médecins sages et attentionnés qui se rendent compte qu'ils ont autant à apprendre de leurs patients qu'ils le devraient sont sur la bonne voie en matière d'approche de soins. À ce sujet, certains « e-patients » font valoir leurs savoirs liés à la maladie par l'entremise notamment de blogues, de forums de discussion, de communauté de pratique dans des groupes Facebook et même en gazouillant sur Twitter (Bazinet, 2017). La participation du « e-patient » à des communautés en ligne prépare certains d'entre eux à gérer leur maladie et à recevoir des soins de traitement lié au

cancer (de Bronkart, 2013). L'« e-patient » s'imprègne des principes du partenariat patient pour faire valoir sa place au sein des équipes de soins (Riggare, 2018). Cette étude considère donc que les futurs professionnels de la santé doivent eux aussi s'approprier les outils technologiques, certes pour collaborer entre eux en partenariat avec le patient, mais aussi pour reconnaître le potentiel du numérique qui est utilisé par les patients pour développer leurs savoirs liés à la maladie.

Notre étude tient compte de l'approche de partenariat patient à l'ère du numérique en plus des compétences et des capacités reliées à chacune des huit compétences du Référentiel (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). La Figure 4 dresse un portrait synthèse de ce référentiel et détaille les libellés des capacités pour chacune des huit compétences. Chaque compétence compte entre trois à cinq capacités permettant aux professionnels de la santé et des services sociaux, aux professeurs, aux étudiants et aux patients de les développer à travers leur contexte respectif.

ANNEXE 2 : VUE D'ENSEMBLE DES COMPÉTENCES RELIÉES À LA PRATIQUE COLLABORATIVE ET AU PARTENARIAT PATIENT EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Patient partenaire et intervenants d'une équipe développent les compétences et les capacités suivantes :



Figure 4. Vue d'ensemble des compétences et des capacités du Référentiel de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a, p. 25).

2.3.1 Contextes authentiques et compétences effectives

Les compétences décrites dans les référentiels des programmes sont des compétences requises dans l'organisation des formations (Joannert, 2009). De son côté, Le Boterf (2000) souligne que les compétences requises agissent comme des balises qui guident les individus qui entrent dans un processus de construction de compétences et apprennent ainsi à agir avec compétence. Pour qu'une compétence soit effective, elle doit être vécue dans l'action (Le Boterf, 2000; Maubant, 2007). La pratique d'une compétence effective « est le résultat d'un engagement personnel dans le but de traiter une situation avec succès et de façon efficace. Dans la mesure où il s'agit d'une construction à partir de l'expérience de

l'individu, de sa motivation, de ses propres connaissances, de son attitude, chaque compétence réelle est singulière. » (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2011, p. 30). Selon Tardif (2006), la compétence de collaboration devrait s'enseigner dans des contextes authentiques pour faire émerger des compétences effectives. Cet auteur ajoute qu'un contexte est authentique quand il représente notamment le milieu réel où sera mobilisé les compétences professionnelles. De manière similaire, Legendre (2008) souligne que les enseignants se doivent de faire apprendre en contexte authentique en approche par compétences, soit dans un contexte similaire à la réalité du milieu de pratique. Par contre, l'apprentissage ne se réalise pas toujours en contexte authentique. Si tel est le cas, les situations d'apprentissage proposées doivent se rapprocher le plus possible de la réalité afin que l'apprenant développe des compétences effectives (INSPQ, 2011). Bref, les activités d'apprentissage doivent permettre à l'apprenant « de développer des compétences effectives dans l'action et les référentiels de compétences devraient préciser les situations professionnelles pour lesquelles l'apprenant développe des compétences » (INSPQ, 2011, p. 30).

2.3.1.1 La Typologie du travail interprofessionnel (Xyrichis et coll., 2018)

Pour les compétences liées à la collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux, des chercheurs ont répertorié les différentes pratiques collaboratives vécues dans les milieux de soins en santé. Basée sur les travaux de Reeves, Lewin, Espin, Zwarenstein (2010), la typologie de Xyrichis et coll. (2018) a pour objectif initial d'identifier les types de travail interprofessionnel en milieu clinique (authentique) et d'en assurer une organisation pertinente pour offrir des soins au patient le plus efficacement possible. Cette typologie permet de mieux situer les compétences effectives de la pratique collaborative vécues en milieu authentique. Leur typologie précise que la conception de l'équipe interprofessionnelle se caractérise par les objectifs cliniques et les besoins d'un patient selon le contexte et le milieu de soin. Au tableau 2, le niveau d'intensité de six dimensions permet de classer chacun des types de travail interprofessionnel et précise la mise en œuvre des pratiques collaboratives en contexte authentique. Ces six dimensions sont 1) l'engagement partagé, 2) l'identité partagée, 3) la clarification des buts de l'équipe, 4) la clarification des rôles et des responsabilités, 5) l'interdépendance entre les membres et 6)

l'intégration des pratiques de travail. Le tableau 2 présente chacun des types de travail interprofessionnel selon le niveau d'intensité de chacune des dimensions. La figure 5 accompagne le tableau 2 en illustrant la dynamique de la typologie de Xyrichis, Reeves et Zwarenstein (2018). Ainsi, le travail d'équipe exige un niveau très élevé d'intensité d'implication des dimensions. On retrouve ensuite la collaboration interprofessionnelle qui se divise en deux sous-catégories (collaboration consultative et partenariat collaboratif), la coordination interprofessionnelle divisée en trois sous-catégories (collaboration coordonnée, coordination déléguée, coordination consultative) et enfin le réseautage interprofessionnel. Les prochaines lignes expliquent globalement cette typologie selon les contextes de soins et les dimensions impliqués.

Le travail d'équipe

Selon Xyrichis et coll. (2018), le travail d'équipe serait de mise lorsque des professionnels doivent accomplir des tâches imprévisibles, complexes et en situation d'urgence. Ce type de travail interprofessionnel se déroulerait majoritairement en contexte de pratique de médecine familiale et au sein d'équipes de médecine d'urgence impliquant un niveau d'intensité très élevé de chacune des six dimensions. Il pourrait aussi se dérouler lors de situations complexes par l'interdépendance de problèmes sociaux et de santé, qui demande un travail d'équipe à ce niveau.

La collaboration interprofessionnelle (collaboration consultative et partenariat collaboratif)

Selon Xyrichis et coll. (2018), la collaboration interprofessionnelle est un type de travail interprofessionnel « plus souple » comparativement au travail d'équipe. De plus, la collaboration est semblable au travail d'équipe en ce sens qu'elle exige une responsabilité partagée entre les individus, une certaine interdépendance entre les membres d'une équipe et la clarté des rôles et des objectifs de soins. Selon ces mêmes auteurs, les tâches de l'équipe sont généralement considérées comme un peu plus prévisibles, moins urgentes et complexes. À titre d'exemple, ce type de travail interprofessionnel se manifeste lorsque les équipes interprofessionnelles se réunissent autour d'un cas clinique d'un patient. Xyrichis et coll. (2018) précisent aussi que la première sous-catégorie de la collaboration, soit la

collaboration consultative, implique un travail entre grandes équipes de professionnels, incluant le patient et possiblement quelques milieux cliniques. De son côté, la seconde sous-catégorie, soit le partenariat collaboratif, implique seulement deux professions et n'inclut pas le patient.

La coordination interprofessionnelle (collaboration coordonnée, coordination déléguée, coordination consultative)

Pour Xychiris et coll. (2018), ce type de travail interprofessionnel est similaire à la collaboration en termes d'identité de l'équipe. Cependant, l'intégration et l'interdépendance sont moins importantes. Les tâches d'équipe qui impliquent ce type de travail interprofessionnel sont donc considérées comme encore plus prévisibles, moins urgentes et moins complexes que la collaboration. Toujours selon ces auteurs, la coordination interprofessionnelle est similaire à la collaboration en ce sens qu'elle nécessite un partage des responsabilités entre les individus et la clarté des rôles, des tâches et des objectifs. En général, ce sont surtout les gestionnaires ou les intervenants pivots qui occupent ce type de fonctions reliées à la coordination interprofessionnelle entre les différents intervenants. Ils précisent aussi que la première sous-catégorie de la coordination, soit la collaboration coordonnée, se caractérise par un type de travail où une équipe travaille avec une composante de collaboration et de coordination, mais dont le travail nécessite davantage de coordination. La seconde sous-catégorie, soit la coordination déléguée, implique une grande partie de la délégation administrative d'un milieu. La troisième sous-catégorie engage l'équipe de cliniciens dans une fonction essentiellement consultative.

Le réseautage interprofessionnel

Xychiris et coll. (2018) soulignent que lorsque plusieurs équipes de soins regroupent un nombre important de personnes impliquées, qu'elles sont instables et qu'elles évoluent sans cesse selon les besoins et la maladie du patient, le réseautage interprofessionnel peut s'avérer être nécessaire afin d'offrir de meilleurs soins au patient. En effet, ces auteurs précisent que la constitution de l'équipe de professionnels de la santé s'occupant d'un même patient change fréquemment et de manière imprévisible. En d'autres mots, toujours

selon ces auteurs, le réseautage interprofessionnel est comme une constellation formée de membres d'une équipe de soins qui arrivent et qui repartent et qui évolue selon les besoins et la maladie du patient. Le réseautage interprofessionnel fait en sorte que la collaboration se manifeste principalement de manière indirecte et au lieu que la collaboration se déroule en face à face, elle se déroule surtout en ligne par l'entremise d'outils technologiques, soit la visioconférence, le dossier électronique médical, le portail électronique, le courriel, etc. (Dow et coll., 2017; Xyrichis et coll., 2018).

Selon Dow et ses collègues (2017), la capacité de travailler virtuellement en réseau interprofessionnel devrait être développée chez les professionnels de la santé pour s'assurer que les soins soient « centrés » sur le patient. De leur côté, Reeves, Xyrichis et Zwarenstein (2018) sont d'avis que ce type de pratique interprofessionnelle est efficace et nécessaire dans un contexte de pratique de soins primaires, où le travail est plus prévisible, relativement non complexe et non urgent. C'est pourquoi le réseautage interprofessionnel se trouve à être favorisé lorsque différents professionnels provenant de plusieurs milieux travaillent ensemble avec un même patient (Dow et coll., 2017).

Tableau 2.

Classification des types de travail interprofessionnels selon les contextes et les dimensions (InterPACT) selon Xyrichis, Reeves et Zwarenstein (2018, p. 423).

Types de travail interprofessionnel /Dimensions	Engagement partagé	Identité partagée	Clarification des buts de l'équipe	Clarification des rôles et des responsabilités	Interdépendance entre les membres	Intégration des pratiques de travail
Travail d'équipe	****	****	****	****	****	****
Collaboration	****	****	***	***	***	***
-Collaboration consultative	****	***	***	***	**	**
-Partenariat collaboratif	****	***	***	***	*	**
Coordination	***	***	***	**	**	**
-Collaboration coordonnée	***	***	***	**	*	*
-Coordination déléguée	**	**	***	**	*	*
-Coordination consultative	**	**	***	**	-	*
Réseautage	**	**	**	*	*	*

Légende des niveaux d'intensité : **** (très élevé) *** (élevé) ** (modéré) * (faible)

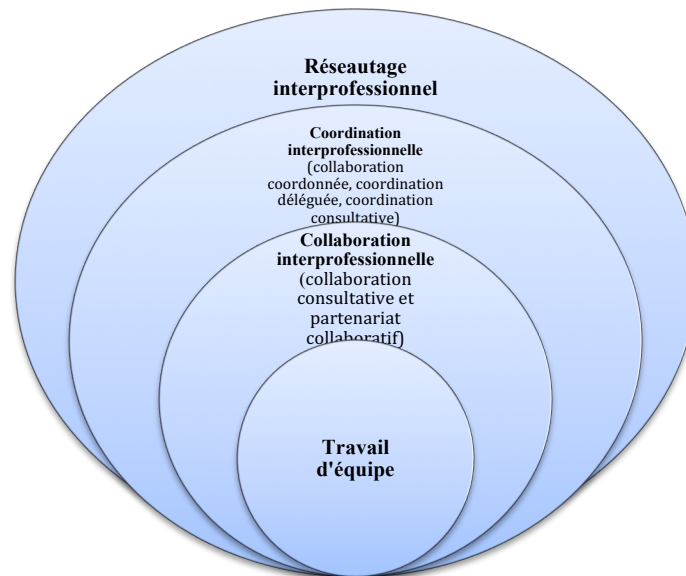


Figure 5. Typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis et coll. (2018, p. 428) adapté de Reeves et coll. (2010)

La typologie de Xyrichis et coll. (2018) représente les types de travail interprofessionnel en milieux de pratique. Nous la considérons donc importante dans le cadre de cette étude sur l'éducation à la collaboration interprofessionnelle puisqu'elle représente les contextes authentiques sur lesquels l'EIP doit se baser dans son enseignement lors des cours universitaires offerts. D'ailleurs, nous n'avons repéré aucune autre typologie du travail interprofessionnel en santé. Cette recherche prend donc en compte la typologie présentée selon une perspective éducative. Il semble essentiel de préparer des activités d'apprentissage d'EIP aux étudiants qui se rapprochent des quatre types de travail interprofessionnel que les milieux cliniques imposeront (Reeves et coll., 2018 ; Xyrichis et coll., 2018).

Suite à cette clarification conceptuelle de la collaboration, de l'EIP, du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux et de la typologie du travail interprofessionnel intégrés dans notre étude, la prochaine section présente un tour d'horizon d'un point de vue tant théorique que pratique sur les principales méthodes d'apprentissage collaboratif pertinentes pour développer ces compétences en EIP.

2.4 Apprentissage centré sur l'apprenant : le numérique et la collaboration

Dans une recension publiée dans un manuel de recherche (Handbook) sur les technologies éducatives, Grabowski, Beaudoin et Kosalka (2016) ont relevé certaines évolutions en enseignement qui vont de pair avec le numérique. De fait, les auteurs notent une tendance dans la littérature scientifique à centrer davantage l'apprentissage sur l'apprenant, notamment en le rendant actif (p. 25). Pour répondre à cette tendance, ces auteurs avancent que l'usage du numérique devrait permettre aux étudiants de créer, de collaborer, de résoudre des problèmes, d'exercer leur pensée critique ou encore de développer des habiletés en travail d'équipe et même de coconstruire des connaissances (p. 25). Dans une autre recension parue dans le même ouvrage sur les technologies éducatives, Van Merriënboer (2016) recommande le travail en équipes interdisciplinaires proposant des tâches complexes de résolution de problème permettant la cocréation en faisant l'usage du numérique en pédagogie universitaire. En éducation, la cocréation est une démarche collective de partage

« d'expériences et de connaissances et la négociation de leur pertinence au sein du groupe par rapport à la question que les apprenants se posent ou le problème sur lequel ils se penchent. Ce processus peut conduire les participants à la production de contenus nouveaux par l'explicitation ou l'exposition à des connaissances et des conceptions des pairs » (Nizet et Laferrière, 2005, p. 154).

En se basant sur le modèle de Chi et Wylie (2014), Romero et Lille (2017) soutiennent que l'usage du numérique en enseignement varie selon le niveau d'engagement des étudiants. En effet, ils distinguent les types d'usages où les apprenants sont placés dans des situations de consommation passive (informations et vidéos et modules en ligne) où l'apprentissage est davantage centré sur les contenus vers des situations où l'apprenant est plongé dans des situations de cocréation participative de connaissances où l'apprentissage est centré sur l'apprenant actif. Selon ces auteurs, la cocréation participative de connaissances représente un niveau d'engagement supérieur de la part des apprenants. Romero et Lille proposent ainsi d'utiliser les technologies pour soutenir l'engagement des apprenants dans des processus créatifs de construction de connaissances sur le plan individuel ou collaboratif. Ainsi, pour Brassard et Teutsch (2014), l'usage du numérique en éducation a « pour finalité de réduire les distances, de « rapprocher » les participants, de créer et d'entretenir des espaces partagés » (Brassard et Teutsch, 2014, p.4) en plus d'être le cœur et l'âme de l'éducation en ligne (Palloff et Pratt, 2005). En d'autres mots, nous comprenons que lorsque des coéquipiers cocréent avec le numérique, les technologies peuvent ajouter une valeur lorsqu'ils collaborent.

Plus précisément, Lehtinen, Hakkarainen, Lipponen, Rahikainen et Muukkonen (1999) stipulent que la collaboration peut se vivre « autour du numérique » et « par le numérique » pour des apprenants. D'une part, lorsque la collaboration se vit entre les membres d'une équipe autour du numérique, les collaborateurs travaillent en face à face ensemble pendant que l'ordinateur est l'objet principal suscitant les interactions. C'est le cas, par exemple, d'environnements virtuels de simulation en santé se déroulant devant un ordinateur en équipe. D'autre part, lorsque la collaboration se vit par l'entremise du numérique, les membres de l'équipe utilisent un logiciel ou une application comme un médium servant à interagir pour collaborer (Lehtinen et coll., 1999).

L'usage du numérique pour collaborer a amené certains auteurs à définir ce qu'on appelle la collaboration dite virtuelle. Celle-ci est une action interactive joignant volontairement des individus provenant d'endroits dispersés géographiquement par les liens de l'Internet (Hardy, Lawrence et Grant, 2005; Marheineke et coll., 2016). De leur côté, Henri et Lundgren-Cayrol (2001) définissent la collaboration virtuelle en éducation comme étant un *apprentissage collaboratif virtuel* « une démarche active par laquelle l'apprenant travaille à la construction de ses connaissances et le formateur ou l'enseignant joue un rôle de facilitateur des apprentissages alors que le groupe y participe comme source d'information, comme agent de motivation, comme moyen d'entraide et de soutien mutuel et comme lieu privilégié d'interaction pour la construction collective des connaissances » (p. 34). Inspirée des travaux de Henri et Lundgren-Cayrol (2001), Grosjean (2004) définit l'apprentissage collaboratif virtuel en précisant qu'il « repose sur la mise en coprésence virtuelle via des échanges asynchrones et synchrones des sujets apprenants et d'un tuteur » (p. 2). Pour Dillenbourg (1999), l'apprentissage collaboratif consiste à proposer « une situation collaborative mettant en présence des personnes étant plus ou moins au même niveau et pouvant produire les mêmes actions, ayant un but commun et travaillant ensemble où chaque membre est amené à argumenter, à justifier son point de vue, pour essayer d'être convaincant » (p. 13).

Bref, plusieurs auteurs ont indiqué que le numérique peut donc être au service de la collaboration en travail d'équipe, en ligne ou en présentiel. Ainsi, la collaboration virtuelle ou l'apprentissage collaboratif virtuel sont des exemples de concepts étroitement liés qui impliquent l'usage du numérique pour développer la compétence de collaboration. D'une part, nous choisissons donc d'utiliser pour cette étude le terme collaboration en ligne lorsque les équipes d'étudiants coconstruisent des activités en ligne à distance et collaboration en présence lorsque les équipes d'étudiants coconstruisent des activités en classe (en face à face) avec ou sans l'usage du numérique. D'autre part, cette étude se base sur la définition de Dillenbourg (1999) afin de définir la méthode d'apprentissage choisie dans le cadre de notre étude (à la fin de ce chapitre, une définition est proposée). La définition de Dillenbourg met clairement l'accent sur le consensus, l'argumentation et les buts commun entre les membres d'une équipe et nous l'arrimons à la définition de Chiochio et coll. (2012) axée sur la communication, la synchronisation et la coordination.

De manière plus précise, les prochaines sections abordent les différentes méthodes d'apprentissage collaboratif sur lequel se base cette étude en contexte d'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en sciences de la santé et psychosociales. Ensuite, nous décrivons la méthode d'apprentissage collaboratif sur laquelle se base notre étude.

2.4.1 L'apprentissage collaboratif en EIP

L'EIP devrait mettre à la disposition des étudiants des méthodes d'apprentissage interactives et flexibles, notamment afin de combattre leurs préconceptions à l'égard de leurs collègues provenant d'autres professions et de les amener à collaborer avec eux (Barr et Coyle, 2013). Barr et Gray (2013) soulignent que l'apprentissage collaboratif figure parmi les principales méthodes conseillées pour enseigner l'EIP. De fait, l'apprentissage collaboratif vécu au moyen de tâches permettant de discuter et de comprendre des concepts contribue à l'atteinte de consensus en EIP, que ce soit en ligne ou en présentiel (Thistlethwaite, 2012; Dow et coll., 2017). L'apprentissage collaboratif en faisant l'usage du numérique s'avère donc être une approche fort pertinente en EIP.

Parmi les méthodes d'apprentissage collaboratif les plus courantes en EIP, on note notamment la simulation, l'apprentissage par observation et l'apprentissage par problème (Abu-Rish et coll., 2012; Barr, 2013; Barr et Coyle, 2013; Olson et Bialocerkowski, 2014; Reeves, Tassone, Parker, Wagner, Simmons, 2012). Chacune d'entre elle offre un potentiel pédagogique favorisant le consensus d'équipe. Nous les présentons dans les prochaines lignes afin de dresser le portrait des différentes méthodes d'apprentissage collaboratif en EIP pour expliquer le choix que cette étude adopte comme méthode d'apprentissage collaboratif.

En EIP depuis de nombreuses années, la simulation fait référence à des exercices tels que des jeux de rôle, mais comprend de plus en plus la création d'environnements d'apprentissage virtuels (Walsh et van Soeren, 2012) et des activités en laboratoire sur les mannequins (Barr et Coyle, 2013). Par exemple, des étudiants provenant de diverses professions, soit en médecine, en soins infirmiers et en physiothérapie simulent leurs interventions respectives en tant que membres d'une équipe interprofessionnelle et cette simulation est observée par une autre équipe qui rétroagit ensuite sous la forme d'un

« debriefing » (Freeth, Ayida, Berridge, Sadler et Strachen, 2006; Mikkelsen Krykjebo, Brattebo et Smith-Strom, 2006). La simulation favorise le développement des habiletés en travail d'équipe (Decker et coll., 2015) en plus de favoriser la clarification des rôles entre les professions et de développer des habiletés de consensus d'équipe (Failla et Macauley, 2014). À ce sujet, les étudiants ayant participé à l'étude d'Andersen, Coverdale, Kelly et Forster (2018) ont signalé avoir fait un apprentissage « interprofessionnel » significatif sur la compréhension des rôles des autres membres de l'équipe et la mise en œuvre des stratégies de communication interprofessionnelle après avoir réalisé une simulation suivie d'une session de rétroaction (debriefing) par leurs pairs et un professeur. Selon Barr et Coyle (2013) la simulation se déclinerait donc selon trois formes. Le premier type de simulation concerne le jeu de rôle où les membres d'une équipe interprofessionnelle simulent une situation clinique d'un patient. Le second type de simulation rassemble les membres d'une équipe dans une simulation virtuelle. Enfin, le dernier type de simulation fait appel à l'utilisation de mannequins dans une salle de formation spécialisée.

Pour D'Avray, Gill et Coster (2007) et Lennox et Anderson (2007), l'apprentissage basé sur la pratique par l'observation en milieu professionnel représente une autre méthode d'apprentissage collaboratif en EIP. Ainsi, selon ces auteurs, les étudiants de différentes professions comparent leurs perspectives, par exemple en suivant ensemble des patients au cours de leurs traitements en milieu clinique ou même à leur domicile. Par exemple, le modèle le plus reconnu dans la littérature scientifique est le *Leicester Model* (Lennox et Anderson, 2007). Ce dernier place les équipes interprofessionnelles dans un environnement d'apprentissage en milieu clinique pour amener les étudiants à traverser un cycle d'apprentissage où ils doivent résoudre des problèmes qu'ils ont observés avec leurs pairs (Anderson et Lennox, 2009). L'implantation de ce modèle favorise l'apprentissage centré sur les étudiants permettant d'atteindre des objectifs d'apprentissage de haut niveau et améliore des habiletés de communication chez les équipes interprofessionnelles d'étudiants (Anderson et Lennox, 2009; Barr et Brewer, 2012). À ce jour, le modèle de Leicester est implanté dans plusieurs milieux de pratique afin que les stagiaires puissent développer des compétences de la pratique collaborative, par exemple, dans leur stage professionnel (Vyt, 2015).

Selon Barr (2013), une autre méthode d'apprentissage collaboratif en EIP intègre la résolution de problèmes complexes à partir de vignettes cliniques. Cet auteur définit une vignette clinique comme étant une histoire d'un cas de patient illustré et expliqué de manière plus ou moins détaillée. Un exemple de cette méthode serait d'inventer une situation clinique qu'une équipe interprofessionnelle aurait à résoudre de manière collaborative, et ce, avec ou sans la présence d'un patient. De cette façon, les membres de chaque profession peuvent explorer comment exercer leur rôle respectif de manière optimale tout en cherchant à être complémentaires avec leurs collègues (Higgs et Jones, 2000). L'éducation à la collaboration interprofessionnelle doit donc tenir compte des processus de réflexion et de la résolution de problèmes (Olenick, Allen et Smego, 2010), notamment en faisant usage du numérique permettant la collaboration (Breen, 2013). À titre d'exemple, une revue de littérature scientifique sur l'usage des applications Google a souligné que les logiciels d'écriture collaborative tels que Google Doc solliciteraient le développement de la collaboration dans le cadre d'un cours universitaire (Moore, 2016). À ce sujet, de nombreux chercheurs proposent l'utilisation de Google Drive dans les domaines des soins infirmiers (Weinstein et Wink, 2012) et des technologies éducatives (Rowe, Bozalek et Frantz, 2013) puisque les étudiants d'une équipe augmentent leur sentiment de communauté lorsqu'ils ont la chance de communiquer, de partager leurs connaissances et de résoudre des problèmes dans le cadre d'un cours en ligne (Drouin, 2008).

Parallèlement, l'apprentissage collaboratif en EIP se déroule le plus souvent en petits groupes interprofessionnels afin d'optimiser le développement des compétences de chaque équipier (Olenick et coll., 2010). À ce sujet, Olson et Bialocerkowski (2014) notent que réunir en petites équipes des étudiants de plusieurs programmes autour de vignettes cliniques intégrant des patients peut conduire à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle et à une meilleure compréhension des rôles professionnels en santé. De leur côté, Hall et Zierler (2015) ont montré que lorsque les étudiants sont placés en équipe pour simuler une situation de soins de santé réelle, ils valorisent davantage le travail à accomplir. De plus, une étude réalisée par Lees et Meyer (2011) auprès de 27 étudiants réunis en petites équipes pour réaliser des tâches de résolution de problème et de réflexion a démontré l'utilité des petits groupes en EIP (moins de 12 participants). En effet, ces

groupes auraient permis aux étudiants de réfléchir sur leurs attitudes en équipe et d'atteindre des consensus ensemble.

En somme, une méthode d'apprentissage collaboratif est efficace en EIP si les membres peuvent partager des expériences et des pratiques menant à des consensus d'équipe. Ainsi, cette étude choisit d'utiliser la troisième méthode que nous avons présentée à savoir l'apprentissage collaboratif intégrant des tâches de résolution de problèmes afin de favoriser la cocréation (Barr, 2013; Romero et Lille, 2017) pour collaborer en petites équipes en ligne et en présentiel avec le numérique. Chaque profession des sciences de la santé et psychosociales a avantage à apprendre les unes des autres pour travailler efficacement en équipe et l'usage du numérique peut favoriser et maximiser les opportunités de travail d'équipe, ce qui est conseillé en EIP (Clark et coll., 2017). La prochaine section décrit l'apprentissage collaboratif se déroulant en ligne et en présentiel dans un cours d'EIP.

2.4.2 Apprentissage collaboratif en mode hybride et l'EIP

Nous avons vu dans la problématique que l'apprentissage collaboratif en EIP pouvait se réaliser en ligne, en présence, et que le mode hybride s'avère être une avenue prometteuse (Dearnley et coll., 2010; Riesen et coll., 2012; Sanchez-Diaz et coll., 2015; Stuart et Triola, 2015). À ce sujet, plusieurs formations à l'université sont offertes en mode hybride, c'est-à-dire qu'elles se déroulent à la fois en ligne et en présence (Dziuban, Moskal, Kramer et Thompson, 2013). À cet effet, soulignons qu'une importante méta-analyse a stipulé qu'une formation est dite hybride lorsqu'elle se déroule au moins 25 % du temps en ligne alors que le reste de l'enseignement a lieu en présentiel (Means et coll., 2013). Cependant, il est encore difficile de définir ou de conceptualiser le mode hybride tant en EIP qu'en pédagogie universitaire. En effet, certains auteurs notent un manque d'arrimage entre les théories de l'apprentissage et la mise en place des formations en mode hybride (Bocconi et Trentin, 2014). En effet, plusieurs des études à ce sujet n'explicitent pas les modèles et les théories sur lesquels elles se sont basées (Means et coll., 2013). Néanmoins, l'implantation de la formation en mode hybride en enseignement supérieur semble varier selon les cinq dimensions suivantes : 1) du matériel ou des modules déposés en ligne (lectures, activités); 2) certaines rencontres offertes en présence et d'autres en ligne pendant une session de

cours, 3) du support en ligne aux étudiants (courriel, discussion sur un forum); 4) formation de type « buffet » offrant des choix d'options d'apprentissage aux élèves et 4) l'apprentissage entièrement en ligne avec très peu de rencontres en présentiel (Graham, Henrie et Gibbons, 2014). En EIP, des formations en mode hybride intègrent des modules en ligne et des sessions de travail collaboratif virtuelles en alternance avec des ateliers interprofessionnels en présentiel où les équipes d'étudiants apprennent par situation problème et simulent des rencontres interprofessionnelles avec ou sans un patient (Davies et coll., 2015; Vanier et coll., 2014; Riesen et coll., 2012). Cette « formule » d'apprentissage collaboratif en mode hybride où les étudiants collaborent virtuellement pour se préparer à une rencontre en classe favoriserait selon ses auteurs le développement de la communication et la clarification des rôles entre professions.

Ayant détaillé le concept de l'apprentissage collaboratif en mode hybride puis sélectionné les définitions qui s'imbriquent dans notre recherche, la prochaine section définit la méthode d'apprentissage hybride pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient qui sera employée pour cette étude.

2.5 Définition pour l'étude

Notre étude définit la méthode hybride pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle ainsi : la méthode hybride de l'EIP consiste à une utilisation de l'apprentissage collaboratif proposant des tâches interprofessionnelles dans lesquelles les membres d'une équipe devront communiquer, se synchroniser et se coordonner pour cocréer et développer des compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient, et cela, en contexte authentique en faisant l'usage du numérique en ligne et en présentiel.

2.5.1 Synthèse du cadre conceptuel

Notre étude se base notamment sur l'apprentissage collaboratif en mode hybride pour l'EIP définie ci-haut. Notre méthode hybride inclut les trois modèles principaux précédemment détaillés à savoir, les quatre dimensions de la collaboration pendant le travail en équipe de Chiocchio et coll. (2012); le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (CPP et CIO, 2016) et la typologie du travail

interprofessionnel de Xyrichis et coll. (2018). Premièrement, les quatre dimensions de la collaboration pendant le travail d'équipe de Chiocchio et coll. (2018) représentent le processus de collaboration pour réaliser les activités d'apprentissage d'EIP. Deuxièmement, cette étude se base aussi sur le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a) puisqu'il est le cadre de référence pour enseigner l'EIP dans cette recherche. Troisièmement, la typologie de Xyrichis et coll. (2018) présente les types de travail interprofessionnel des milieux cliniques sur lesquels l'EIP peut s'inspirer dans ses activités d'apprentissage pour faire vivre aux apprenants des situations se rapprochant autant que possible des contextes authentiques pour favoriser le développement des compétences du référentiel (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). Enfin, notre méthode hybride tient compte des « 9C » (neuf critères à considérer en travail d'équipe et en collaboration) recensés par Salas et coll. (2015). Ainsi, la coopération, les conflits, la coordination, la communication, le leadership et la cognition sont considérés à la fois à travers les dimensions de la collaboration de Chiocchio et coll. (2012) et dans le référentiel de compétence (DCPP et CIO-UdeM, 2016a). De plus, la typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis et coll. (2018) tient compte du facteur contextuel (Salas et coll., 2015), car cette étude se base sur les contextes authentiques pour faire vivre des situations d'apprentissage similaires à la réalité en milieu clinique. La Figure 6 synthétise donc notre cadre conceptuel.

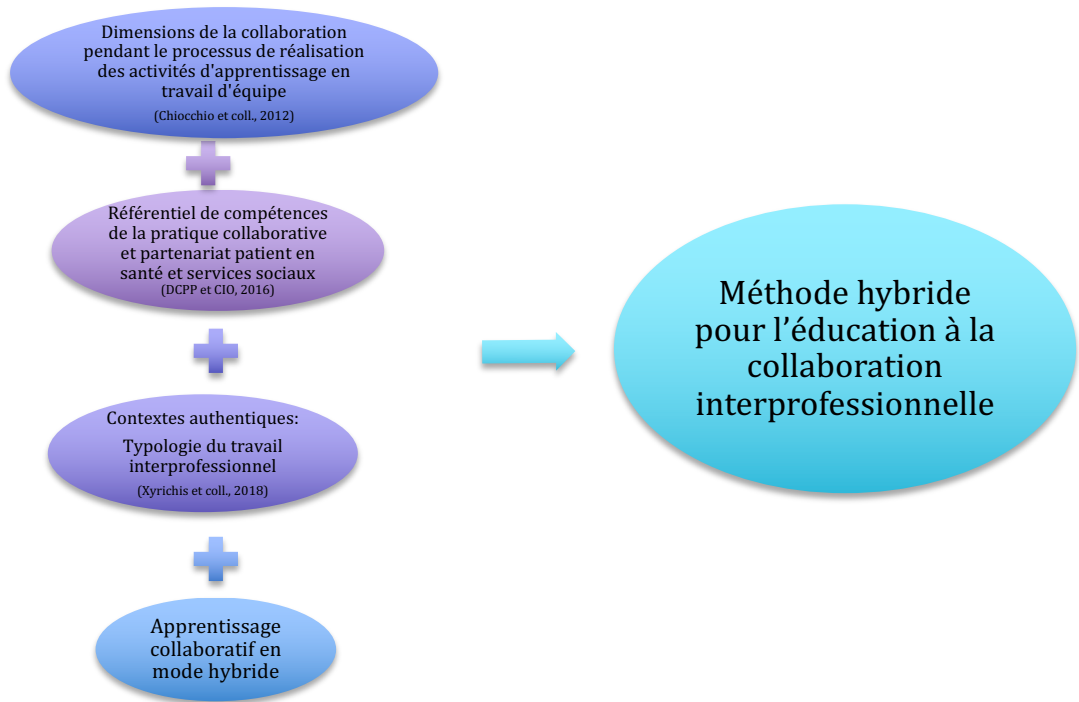


Figure 6. Cadre conceptuel de l'étude adapté de Chiocchio et coll. (2012), DCPP et CIO-UdeM (2016a), Xyrichis et coll. (2018) © Audrey Raynault, 2018.

Les éléments conceptuels de notre recherche ayant été décrits, argumentés et arrimés, le prochain chapitre présente les aspects méthodologiques qui permettront de recueillir et d'analyser des données qui viendront répondre à l'ensemble des objectifs de notre recherche.

3. Cadre méthodologique

Ce chapitre détaille et argumente divers éléments méthodologiques de cette étude doctorale qui s'intéresse à l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient. Il exposera le type de méthodologie choisie et la démarche méthodologique sélectionnée pour expliquer le plus objectivement possible les résultats obtenus par les données quantitatives et qualitatives qui auront été recueillies. Nous y décrirons aussi la posture épistémologique empruntée, les participants de l'étude, les dispositifs de collecte et d'analyse des données ainsi que les précautions éthiques prises dans le cadre de notre étude.

3.1 Approche méthodologique

Le type de recherche que notre étude emprunte est interprétative. Afin de permettre au lecteur de bien comprendre notre cadre méthodologique, nous annonçons que cette étude utilise une méthodologie mixte pour répondre aux trois objectifs spécifiques. La prochaine section met en lumière les différents arguments permettant d'expliquer le type de recherche et la posture épistémologique de notre étude.

3.1.1 Posture épistémologique

Il convient de rappeler que l'objectif général de cette recherche doctorale est de décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride. Pour répondre à cet objectif général, la posture épistémologique choisie se veut interprétative, soit logique, compréhensive (Cresswell 2003; Hartley, 2004; Paillé, 2006) et herméneutique (Paillé et Muchielli, 2003). À ce sujet, nous souhaitons identifier les compétences effectives mobilisées par les équipes interprofessionnelles et décrire comment elles collaborent. En effet, la compréhension herméneutique désigne une philosophie universelle de l'interprétation et rejoint la philosophie et l'analyse de pratique dans le souci d'explicitier la réalité humaine (Van der Maren, 2004). Lorsque le chercheur aborde son étude avec l'angle interprétatif, il est conscient de sa subjectivité, mais il l'objectivera autant que possible pour analyser les données recueillies (Savoie-Zajc et Karsenti, 2000), ce que nous démontrerons dans le cadre de ce chapitre méthodologique.

Notre étude emprunte la posture interprétative et exploratoire puisqu'elle permet de se familiariser avec les participants de l'étude et leurs préoccupations en plus de déterminer les blocages susceptibles d'entraver un prochain projet de recherche sur un thème similaire. De plus, Savoie-Zajc (2004) indique que les études portant sur les compétences effectives mobilisées requiert une méthodologie interprétative exploratoire puisque le chercheur « tente de comprendre de façon riche les phénomènes à l'étude à partir des significations que les acteurs de la recherche leur donnent » (Savoie-Zajc, 2004, p. 174).

Deslauriers et Kérisit (1997) soulignent que ce type de recherche permet d'approfondir des phénomènes ou des processus complexes au sujet de variables pertinentes, mais qui n'ont pas encore été suffisamment cernées par la recherche. À l'opposé, la recherche descriptive, est de son côté « la plupart du temps complète en elle-même et n'a pas besoin d'être poursuivie par d'autres chercheurs au moyen d'autres techniques » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 88).

Bref, notre étude s'imbrique dans une posture interprétative exploratoire où « les études sont menées dans le milieu naturel des participants et comprennent presque toujours un contact personnel avec un milieu ou des gens et une sensibilité à leur point de vue (ou perspective, expérience, vécu, etc.) » (Savoie-Zajc, 2004, p. 174). Pour la mener, nous utilisons une méthodologie mixte.

Au cours des prochaines sections, nous détaillons explicitement comment, de manière complémentaire, cette méthodologie mixte utilise la triangulation des données qualitatives et quantitatives et de quelle manière elle peut aider le chercheur à répondre aux objectifs de sa recherche.

3.1.2 Méthodologie mixte

Notre étude emploie une méthodologie mixte (MM), car nous avons collecté des données majoritairement qualitatives, mais aussi quantitatives. La MM met « en œuvre diverses méthodes de travail empruntées à l'une et l'autre des méthodologies (quantitative et qualitative) afin d'effectuer une recherche la plus utile et la plus instructive possible » (Deslauriers et Kérisit, 1997, p. 132). De plus, Karsenti et Savoie-Zajc (2018) mentionnent que les méthodologies mixtes sont de plus en plus abordées non pas sous l'angle de leurs

différences, mais sous celui des complémentarités qu'elles peuvent apporter à la recherche. Par exemple, jumeler les deux types de données (quantitatives et qualitatives) favorise la triangulation des données et permet ainsi de décrire de manière plus précise la manière dont les étudiants collaborent en ligne et en présentiel. Fortin (1996) définit la triangulation « comme l'emploi d'une combinaison de méthodes et de perspectives permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène » (p. 318). Enfin, la méthodologie mixte est éclectique harmonisant de manière stratégique des données qualitatives et quantitatives pour enrichir pertinemment les résultats de la recherche (Karsenti et Savoie-Zajc, 2018).

Notre méthodologie satisfait aux trois conditions de la recherche mixte de Creswell et Plano Clark (2011) : 1) elle intègre au moins une méthode qualitative et quantitative, 2) chacune d'elle est utilisée rigoureusement et 3) la combinaison des méthodes est combinée par une méthodologie mixte clairement décrite et une intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs par une instrumentation mixte. La méthodologie mixte convergente employée par cette étude représente un processus d'améliorations progressives, successives et constantes des collectes et/ou analyses des données qualitatives et quantitatives (Pluye et coll., 2018). Nous détaillerons davantage la manière dont notre étude répond à ces trois conditions tout au long de ce chapitre, précisément lorsque nous abordons la triangulation.

Tout comme Karsenti et Savoie-Zajc (2018), nous croyons que les données qualitatives jumelées à des données quantitatives enrichissent la méthodologie et les éventuels résultats d'une recherche.

Avant de détailler les instruments de collecte des données et les méthodes d'analyse qualitatives et quantitatives, nous expliquons au cours des prochaines lignes le contexte de l'étude et décrivons ses participants.

3.2 Contexte de la recherche

3.2.1 L'EIP à l'UdeM

Ce projet de recherche s'inscrit dans un contexte de transformation des curriculums de la formation en EIP de l'Université de Montréal. En avril 2017, au moment de la collecte des

données de l'étude, le Comité interfacultaire opérationnel de l'Université de Montréal (CIO UdeM) était formé d'enseignants des 13 professions participantes⁶, de deux membres de la Direction collaboration partenariat patient (DCPP) de l'UdeM, d'une coordonnatrice administrative, d'une technicienne en médiatisation, de deux techniciennes en travail de bureau, d'une technopédagogue et d'un professionnel de recherche. Le CIO-UdeM est codirigé par une présidente et une vice-présidente professeures représentant les programmes de formation et d'une vice-présidente patiente de la DCPP de l'UdeM. Il offre, notamment, trois cours de Collaboration en sciences de la santé étalés sur trois ans : CSS1900 à l'hiver dans lequel les étudiants découvrent les concepts de l'EIP; CSS2900 à l'hiver de l'année suivante dans lequel les étudiants appliquent les concepts de l'EIP; et CSS3900 à la session d'automne suivante dans lequel les étudiants intègrent les concepts de l'EIP. Des objectifs d'apprentissage sont définis et des compétences du Référentiel (DCPP et CIO-UdeM, 2016a) sont ciblées pour chaque cours. Cette formation est offerte à près de 5000 étudiants chaque année.

Chaque cours comporte trois volets à savoir la formation en ligne, l'activité intraprogramme et l'atelier interprogramme.

Pour la formation en ligne, celle-ci dure environ deux mois et est constituée de modules en ligne (à faire individuellement) et d'activités collaboratives à réaliser dans le Journal de bord collaboratif (JBC) en équipes interprofessionnelles de 5-6 étudiants. Les activités collaboratives se déroulent en ligne en mode synchrone et asynchrone (au choix de l'équipe). Le Journal de bord collaboratif a été introduit en 2015 pour offrir plus d'opportunités de collaboration pendant toute la durée du cours et pour aider à se préparer pour l'atelier interprogramme. Avant 2015, le cours ne permettait pas aux étudiants de collaborer entre les membres de leur équipe avant la rencontre interprogramme en présentiel. À ce sujet, l'approche par compétences sollicite la conception d'environnements d'apprentissage propices au développement intégral de l'apprenant dans des contextes

⁶ Audiologie, ergothérapie, kinésiologie, médecine, médecine dentaire, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, sciences infirmières, travail social.

authentiques similaires à la réalité des milieux de pratique (Henri, 2001). Le JBC est l'outil dans lequel les équipes conçoivent leurs activités de cocréation avec leur équipe interprofessionnelle dans un contexte d'apprentissage d'EIP réel ou des compétences sont mobilisés pour concevoir les activités d'EIP. De plus, les activités réalisées se rapprochent des situations en contextes authentiques où les professionnels auraient à mobiliser les compétences du Référentiel (DCPP et CIO-UdeM, 2016a) pour réaliser des tâches semblables. Pour ce faire, les membres des équipes doivent faire preuve d'autonomie afin de virtuellement déterminer les moments des rencontres, établir les étapes du travail et leurs échéances, distribuer entre eux les rôles et les tâches en plus de créer et rédiger leurs activités collaboratives. Ce volet se réalise sans la présence de coanimateurs. Les équipes sont en pleine autonomie.

De son côté, le volet intraprogramme se déroule simultanément pendant la formation en ligne. À raison d'une séance en présentiel d'environ trois heures, les étudiants de chaque programme se réunissent sous la supervision d'un professeur de leur programme. L'activité intraprogramme vise à faire découvrir les rôles et d'autres éléments liés à leur profession respective. L'activité intraprogramme vise aussi à rencontrer les étudiants de chaque programme afin, d'une part, de les accompagner dans la réalisation du volet formation en ligne et, d'autre part, de les préparer à l'atelier interprogramme.

Pour sa part, le volet interprogramme se déroule pendant une séance en présentiel d'une durée de trois heures où deux équipes interprofessionnelles de 5-6 étudiants chacune, déjà réunies pour le travail collaboratif réalisé dans le JBC en ligne, se rencontrent dans un local de l'Université de Montréal. Environ 1500 étudiants, soit quelques 288 équipes, sont alors regroupés en présentiel avec leur équipe pour réaliser d'autres activités collaboratives à partir de leur travail réalisé dans le JBC. Cet atelier est coanimé par un professionnel de la santé et par un patient partenaire au profil formateur de la Direction collaboration et partenariat patient de l'UdeM (DCPP-UdeM). Le patient partenaire au profil formateur est un patient expert de sa maladie formé par la DCPP- UdeM pour coanimer des rencontres interprogrammes universitaires lors des cours CSS.

Pour cette étude, nous avons choisi plus particulièrement le cours Collaboration en sciences de la santé 2, soit le CSS2900⁷ qui se situe à mi-chemin de leur parcours, et ce, pour trois raisons complémentaires. Premièrement, en ayant accompli le premier cours (CSS1900), ces étudiants ont alors un certain bagage quant à la collaboration interprofessionnelle, car ils ont eu la chance de réaliser les trois volets du cours à savoir, le volet formation en ligne (réalisation de modules en ligne et création d'activités collaboratives interprofessionnelles en ligne); le volet activité intraprogramme (activité en groupe par programme) pour se préparer au volet 3 qui est une rencontre interprogramme en présentiel. Deuxièmement, certains ont aussi réalisé une expérience de stage dans leur milieu professionnel, ce qui leur donne une expérience de plus que les étudiants de premières années en EIP. Cette expérience de stage peut donc favoriser la compréhension et la mobilisation des compétences d'EIP pour le CSS2900. Troisièmement, les étudiants du dernier cours (CSS3900) traversent généralement une session universitaire plus occupée que dans le cadre des deux premiers cours, ce qui aurait pu limiter le nombre de participants pour notre étude.

3.2.2 Le cours à l'étude : le cours CSS2900

Le cours CSS2900 visant à s'exercer à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient a commencé dans la deuxième semaine de la session de l'hiver 2017 avec le lancement officiel de la formation en ligne par l'envoi d'un courriel à tous les 1435 étudiants. La formation en ligne s'est échelonnée sur six semaines (janvier à fin février). Pendant cette période, les étudiants doivent réaliser quatre modules en ligne axés sur les compétences suivantes : la planification et la mise en œuvre des soins et services, la clarification des rôles, l'éducation thérapeutique et la prévention et résolution de conflits. Ces modules interactifs créés dans l'outil Captivate Adobe contiennent des vidéos, des quiz, des lectures et des mises en situation clinique de patients et de professionnels de la santé travaillant en partenariat patient. Parallèlement, deux activités interprofessionnelles sont à réaliser en ligne dans le JBC en équipes de cinq étudiants provenant de programmes

⁷ Collaboration en sciences de la santé 2

différents. Celles-ci sont préparatoires à l'atelier interprogramme en présentiel du cours CSS2900.

3.2.2.1 Activité d'éducation thérapeutique pour madame Khan et vignette interprofessionnelle

La première tâche collaborative proposée aux étudiants est de concevoir une activité d'éducation thérapeutique pour le cas d'une patiente nommée de manière fictive « madame Khan ». La figure 7 est un extrait des consignes pour réaliser l'activité d'éducation thérapeutique pour madame Khan. Ainsi, après avoir visionné la vignette vidéo intitulée « Madame Khan » et lu les informations reliées à ses soins de santé, les étudiants devaient choisir un élément d'éducation thérapeutique pour madame Khan et concevoir une activité d'éducation thérapeutique avec leur équipe interprofessionnelle selon l'approche de partenariat patient. La figure 8 représente un extrait des consignes pour réaliser la seconde activité. Elle consistait à créer une vignette clinique d'une situation d'un patient en impliquant les professions de l'équipe selon l'approche de partenariat patient. De plus, à l'annexe 4, vous retrouverez un prototype du canevas d'un JBC qui a été utilisé par les participants de l'étude.

CONSIGNES:

Pour visionner la vidéo de madame Khan une seconde fois:
<https://vimeo.com/148699458/11a772212d>

En équipe, choisissez un des problèmes affectant la santé de Mme Khan et identifiez les enjeux l'éducation thérapeutique pour ce problème. Proposez ensuite une activité d'éducation thérapeutique auprès de madame Khan afin de soutenir les interventions souhaitables pour diminuer ce problème. Il faudra tenir compte des difficultés de communication de madame Khan dans l'élaboration de l'activité d'éducation thérapeutique que vous proposerez.

Voici les enjeux d'éducation thérapeutique identifiés pour madame Khan à l'étape 2 de la leçon 1 et des :partir de la synthèse du BEP réalisée

Figure 7. Extrait des consignes pour réaliser l'activité de résolution de problème et de cocréation de madame Khan

CONSIGNES

Cette activité **intégratrice** vous permettra de **décrire une situation clinique** impliquant divers professionnels de la santé et des services sociaux. Assurez-vous que **chacune** des professions des participants de votre équipe est représentée. Si vous le souhaitez, vous pouvez **ajouter** des professions tout en demeurant réaliste pour le contexte choisi. Cette vignette clinique doit vous permettre d'**explorer** les différents **rôles** professionnels de chacun et décrire les actions qui seront posées par les professionnels et le patient dans la situation. Vous devrez **présenter et expliquer en 10 minutes** votre vignette à une autre équipe **lors de l'atelier interprogrammes**.

D'abord, choisir les éléments qui constitueront votre vignette en vous aidant du tableau ci-après.

- Choisir un milieu de soins pertinent pour l'ensemble des membres de votre équipe.
- Choisir un problème de santé et préciser le contexte de vie du patient et son projet de vie (ses désirs, ses aspirations).
- Identifier au moins un élément de chevauchement de rôles entre différents intervenants.
- Cerner un élément de conflit potentiel.
- Inclure des enjeux de communication.
- Intégrer aussi un élément d'éducation thérapeutique pour le patient ou un proche aidant.

Figure 8. Extrait des consignes pour réaliser l'activité de résolution de problème et de cocréation de la vignette clinique

Précisons que le journal de bord collaboratif (JBC) de chaque équipe est réalisé dans un *Google Documents*. Il s'agit d'un service en ligne de traitement de texte collaboratif offert gratuitement par Google. Le JBC est inséré au sein du domaine *G Suite*⁸ pour

⁸ G Suite pour l'éducation : <https://support.google.com/a/answer/2856827?hl=fr>

l'éducation du cours CSS2900 de l'UdeM. *G Suite pour l'éducation* est une plateforme éducative gratuite offrant la possibilité aux enseignants d'utiliser des outils permettant la collaboration virtuelle, notamment un traitement de texte, un chiffrier, un logiciel de présentation et un créateur de formulaire en ligne (Breen, 2013). *G Suite pour l'éducation* est mondialement utilisé par plusieurs écoles primaires et secondaires, et par certains collèges et universités (Shaffer, 2014). La figure 9 présente son fonctionnement allant comme suit : un établissement de formation se procure un nom de domaine en faisant une demande officielle à *Google G Suite pour l'éducation*; il y inscrit alors tous ses apprenants et obtient ainsi une adresse courriel personnalisée pour son établissement, ce qui donne accès aux applications éducatives de *G suite pour l'éducation*. Le choix d'utiliser l'application *Google Documents* n'a pas été choisi au hasard; il permet certes le traitement de texte collaboratif, mais offre aussi la possibilité de réunir des utilisateurs *G Suite* des cours CSS en équipes afin qu'ils collaborent en temps réel (synchrone) ou non (asynchrone). Il y a donc des avantages à utiliser *Google Doc* pour cocréer les activités en ligne. Notons qu'il est possible d'utiliser la fonction « clavardage » pour faciliter la communication entre coéquipiers.

Aide Administrateur G Suite

Décrivez votre problème

Démarrer avec G Suite pour l'éducation

G Suite pour l'éducation propose gratuitement des fonctionnalités professionnelles aux établissements d'enseignement primaire, secondaire et supérieur à but non lucratif basés aux États-Unis et dans d'autres pays.

Si votre établissement scolaire a des besoins informatiques complexes, pensez à [G Suite Enterprise for Education](#). Cette édition dispose de fonctionnalités d'entreprise supplémentaires, telles que :

- les commandes avancées pour les administrateurs ;
- l'amélioration des outils d'analyse et de recherche ;
- les outils de communication professionnels.

Conditions d'inscription à G Suite pour l'éducation

Pour bénéficier de G Suite pour l'éducation, votre organisation doit entrer dans l'une des catégories suivantes :

- Établissement d'enseignement primaire, secondaire ou supérieur, à but non lucratif et accrédité par un organisme reconnu.
- Pour les pays autres que les États-Unis, les conditions diffèrent selon les pays. Pour en savoir plus, consultez l'article [Conditions d'inscription à G Suite pour l'éducation](#).

S'inscrire à G Suite pour l'éducation

Si votre organisation entre dans l'une des catégories ci-dessus, suivez ces instructions :

- Étape 1 : [Demander G Suite pour l'éducation](#)
- Étape 2 : [Valider la propriété de votre domaine](#)
- Étape 3 : [Ajouter des utilisateurs, configurer des applications et accéder à des fonctionnalités avancées](#)
- Étape 4 : [Configurer et déployer G Suite](#)

- Démarrer avec G Suite pour l'éducation
- Questions fréquentes concernant G Suite pour l'éducation
- Services de la suite principale Google Apps for Education et services supplémentaires
- Communiquer avec les parents et tuteurs légaux au sujet de G Suite pour l'éducation
- Type d'établissement

G Suite

Démarez dès aujourd'hui votre essai gratuit de 14 jours.

Messagerie professionnelle, stockage en ligne, agendas partagés, visioconférences et bien plus. [Démarez dès aujourd'hui votre essai gratuit de G Suite.](#)

Figure 9. Démarche à suivre pour le démarrage avec G Suite pour l'éducation (GSuite, 2019)

D'un point de vue technique, chaque équipe est formée au préalable dans le domaine *G Suite* des cours CSS. Ensuite, le JBC est partagé à chaque équipe par un lien URL distinct pour chaque équipe. Au moment du partage des JBC à chaque équipe, le mot de passe et l'identifiant de chaque étudiant est transmis à son courriel de l'Université de Montréal afin qu'il ait accès au JBC de son équipe. Une fois partagé, chaque canevas de JBC appartient à l'équipe et se transforme au fur et à mesure de manière distincte. En quelques semaines, quelques 288 JBC ont ainsi pris forme.

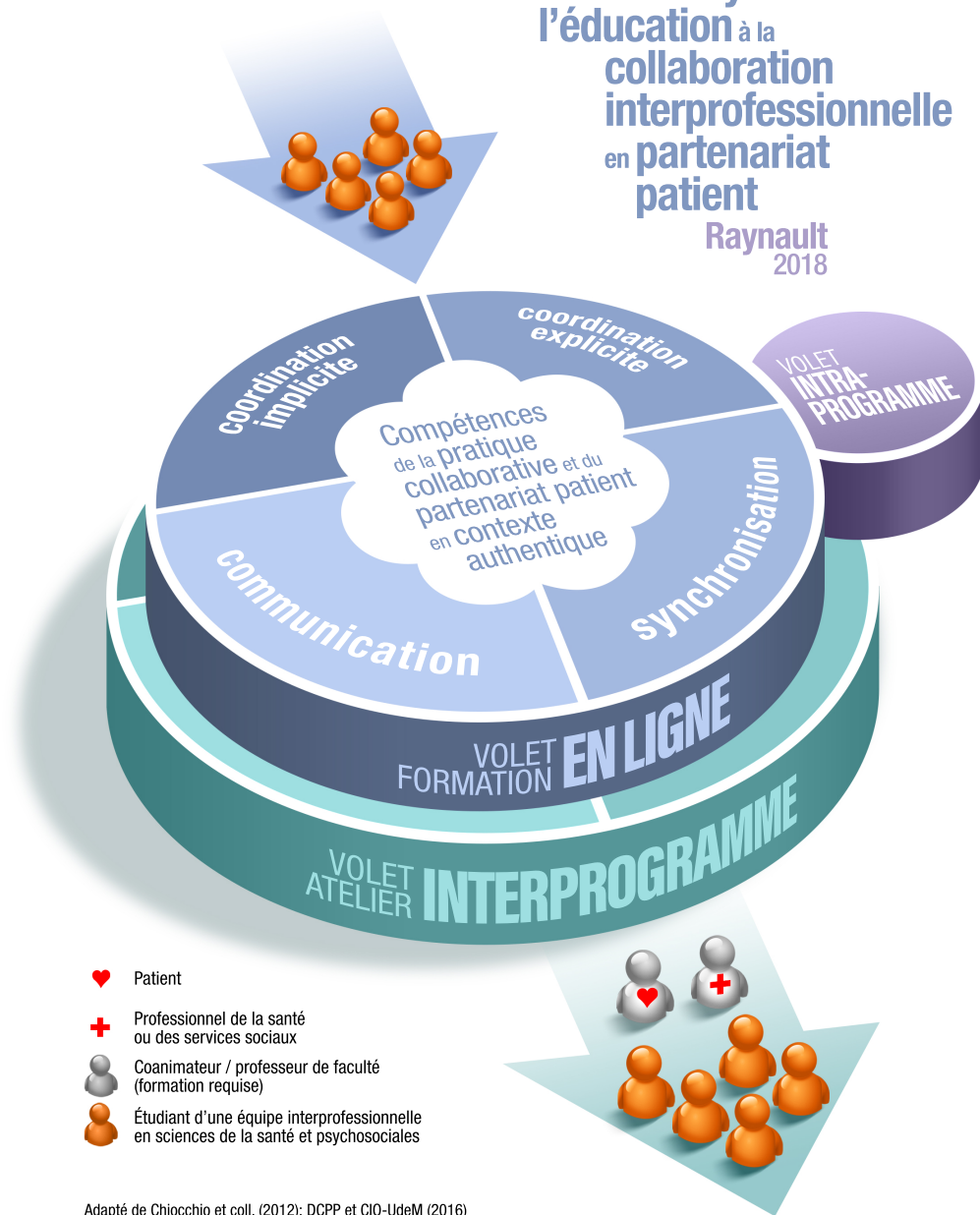
Le Plan du cours CSS2900 vise des objectifs d'apprentissage pour chacune des deux activités réalisées. Ces derniers ciblent spécifiquement certaines compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux. Deux compétences principales sont ciblées pour l'activité de madame Khan, à savoir celles de l'éducation thérapeutique et du travail d'équipe. De son côté, la vignette clinique vise les compétences suivantes : clarification des rôles, communication, travail d'équipe, résolution de conflit, planification et mise en œuvre des soins et services et leadership collaboratif.

Le contexte de cette recherche, illustré à la figure 10, tient compte des éléments du cadre conceptuel présenté au chapitre précédent. Premièrement, cette figure illustre la méthode d'apprentissage utilisée pour enseigner l'EIP à l'UdeM, à savoir l'apprentissage collaboratif en mode hybride. Au cœur de cette illustration, figurent les dimensions de la collaboration en équipe interprofessionnelle (Chiocchio et coll., 2012) mobilisées dans les activités d'apprentissage s'inspirant des milieux authentiques (Xychiris et coll., 2018) de cocréation et de résolution de problème. À travers ces activités, les étudiants font appel aux différentes dimensions de la collaboration de Chiocchio et coll. (2012) – la communication, la synchronisation, la coordination explicite et implicite – de manière à mobiliser les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux. En parallèle, les étudiants provenant de treize programmes doivent se réunir entre eux dans le cadre d'une activité en classe intitulée *activité intraprogramme* dans le but de mieux comprendre les concepts de la collaboration interprofessionnelle et les rôles respectifs liés à leur profession. Ainsi, le CIO de l'UdeM propose actuellement à près de 5000 étudiants des activités d'apprentissage collaboratif à

compléter en petites équipes interprofessionnelles en ligne par l'entremise d'un outil virtuel de rédaction collaborative. Toutes les activités proposées prennent appui sur des contextes authentiques⁹. Ainsi, deux tâches de résolution de problèmes et de cocréation réalisées en ligne sont obligatoires et préparatoires à l'atelier interprofessionnel qui se déroule en présence au cours CSS2900. Par la suite, lors de l'atelier interprogramme se déroulant en présence, les étudiants réalisent deux autres activités de résolution de problème et de cocréation à partir du travail réalisé lors de la collaboration en ligne. Ces tâches d'apprentissage collaboratif sont définies et expliquées un peu plus loin lorsque nous présentons les outils de collecte de données (voir Annexe 4).

⁹ Les contextes authentiques réfèrent à la typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis et coll. (2018).

Méthode hybride de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient
Raynault 2018



- ♥ Patient
- ⊕ Professionnel de la santé ou des services sociaux
- ⊙ Coanimateur / professeur de faculté (formation requise)
- ⊙ Étudiant d'une équipe interprofessionnelle en sciences de la santé et psychosociales

Adapté de Chioocchio et coll. (2012); DCP et CIO-UdeM (2016)
© Audrey Raynault (2018)

Figure 10. Contexte de l'étude : Méthode hybride de l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient adapté de Chioocchio et coll. (2012); DCP et CIO-UdeM (2016a) © Audrey Raynault (2018).

La Figure 10 illustre que les étudiants doivent utiliser le fruit de leur travail collaboratif réalisé en ligne dans de nouvelles activités de collaboration interprofessionnelle se déroulant en présence. Cette figure vise à mieux comprendre autant le déroulement des volets en ligne et en présentiel du contexte de l'étude que les dimensions de la collaboration mobilisées. À titre d'exemple, afin de rédiger une activité d'éducation thérapeutique dans le cadre de cette formation, une équipe interprofessionnelle formée d'environ cinq étudiants communique, se synchronise et se coordonne de manière explicite et implicite afin de mener à terme les activités se déroulant lors de la collaboration en ligne. Ensuite, une fois réunis en présence quelques semaines plus tard, cette équipe devra participer à deux autres activités collaboratives à partir du travail qu'elle aura accompli en ligne, mais cette fois-ci l'équipe se coanimée pas un patient partenaire au profil formateur et un professionnel de la santé.

3.3 Outils de collecte des données

Deux outils de collecte des données ont servi à répondre aux objectifs spécifiques de notre recherche, à savoir le questionnaire en ligne inspiré de Chiocchio et coll. (2012) intitulé *La collaboration en équipes interprofessionnelles* et la source de données de chacune des équipes : le Journal de Bord Collaboratif (JBC). Ces deux outils complémentaires nous ont permis d'amasser des données tant sur la collaboration en ligne et en présence des étudiants que sur les compétences qu'ils ont mobilisées dans le cadre de leur participation au cours CSS. Dans cette section, nous décrivons et argumentons d'abord ces choix d'outils pour ensuite relever les avantages et limites qui leur sont propres.

3.3.1 Questionnaire : La collaboration en équipes interprofessionnelles

Pour répondre aux objectifs spécifiques 1 et 2, à la fin du cours CSS2900 offert à l'hiver 2017, nous avons proposé à l'ensemble des étudiants (N=1435) de compléter un questionnaire par l'entremise de l'outil de sondage en ligne SurveyMonkey. Ce questionnaire (voir Annexe 2) vise à colliger des données qualitatives et quantitatives permettant de décrire comment la collaboration en équipe interprofessionnelle d'étudiants s'est déroulée en ligne et en présentiel selon quatre dimensions, à savoir la communication, la synchronicité et la coordination explicite et implicite. Nous avons choisi d'intégrer l'instrument de collecte des données de Chiocchio et ses collègues (2012) à notre questionnaire *La collaboration en équipes interprofessionnelles*, car leur « instrument a été utilisé et validé dans plusieurs contextes de collaboration interdisciplinaire, dont la santé l'architecture, l'ingénierie et la construction » (Chiocchio et coll., 2012, p. 74). Ils mentionnent aussi que leur instrument permet, par exemple, à des intervenants et à des enseignants de faire évoluer des outils mis à la disposition des participants d'une équipe interprofessionnelle, en plus d'améliorer leur pratique collaborative. Cet élément concorde avec la posture interprétative exploratoire que nous empruntons.

Notre questionnaire *La collaboration en équipes interprofessionnelles* est donc composé de 23 questions (voir Annexe 2). Le questionnaire utilise une échelle de Likert de quatre items construits sur l'accord envers les énoncés touchant la collaboration et leur satisfaction à l'égard de chaque activité réalisée (en ligne et en présentiel). Il contient cinq volets. Premièrement, il contient des questions démographiques (2-genre, 3-programme

d'étude, 4-langue maternelle, 5-numéro d'équipe). Deuxièmement, il intègre les 14 énoncés de l'instrument de Chiochio et coll. (2012) qui concernent les quatre dimensions de la collaboration (s'étant déroulées 1) d'abord en ligne et 2) lors de l'atelier interprogramme en présentiel): communication (questions 6-10); synchronie (questions 11-13); coordination explicite (questions 14-16); et coordination implicite (questions 17-19). Troisièmement, il comprend des questions relatives à la satisfaction à l'égard de chaque activité collaborative réalisée (en ligne au JBC et lors de l'atelier interprogrammes en présentiel -question 20-). Quatrièmement, les questions 21-22 interrogent les étudiants sur les types d'outils technologiques utilisés pendant le cours CSS2900 (volets formation en ligne et atelier interprogrammes). Enfin, nous avons inclus une question ouverte (question 23) où les étudiants pouvaient commenter librement et cette question a permis de dégager deux nouvelles variables indépendantes : la planification pédagogique des activités et les coanimateurs de l'atelier interprogramme en présentiel. Nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre.

Notons que l'utilisation de ce questionnaire pour atteindre nos objectifs de recherche comporte des avantages et des limites. Parmi les avantages, soulignons que cet outil en ligne a permis de rejoindre 1435 participants potentiels, ce qui a facilité la collecte de données à la différence d'un questionnaire en version papier. De plus, cet outil a permis de collecter des données qualitatives permettant de mieux décrire comment les étudiants avaient mobilisé chacune des dimensions de la collaboration. D'ailleurs, la question ouverte sur la satisfaction à l'égard de chacune des activités collaboratives réalisées apporte plusieurs précisions sur les données quantitatives liées à chacune des dimensions de la collaboration. À l'opposé, cet outil ne permet pas de récolter des observations et des informations concrètes sur la manière dont les étudiants ont réellement collaboré en ligne et en présence. Il ne permet que d'obtenir des pratiques déclarées liées à la mobilisation des quatre dimensions de la collaboration, à savoir ce qu'ils affirment faire en réalité (Maubant, 2007).

3.3.2 Journal de bord collaboratif

Le Journal de bord collaboratif (JBC) virtuel est une source de données utilisée pour répondre aux trois objectifs spécifiques de cette étude. En effet, chacune des équipes

interprofessionnelles y est réunie pour à la fois résoudre des problèmes et cocréer une activité d'éducation thérapeutique et une vignette clinique (voir Annexe 4). Le JBC est utilisé par les équipes interprofessionnelles lors du volet formation en ligne, mais aussi pendant le volet interprogramme en présentiel deux mois après l'amorce du volet formation en ligne. Ce faisant, le JBC est une source de données qui respecte les critères de scientificité puisque nous jugeons que sa crédibilité est démontrée par son caractère authentique. Ainsi, les données sur les compétences effectives mobilisées par les équipes proviennent des deux activités du JBC que les équipes ont réalisées pendant les volets formation en ligne et atelier interprogramme du cours CSS2900.

Chaque activité collaborative du JBC se divise en 4 sections, soit 1) le partage des responsabilités, 2) le partage d'idées, 3) la réalisation de la tâche collaborative et 4) le retour sur le travail collaboratif. Afin de répondre au troisième objectif de recherche (OS3), nous avons donc choisi d'analyser les sections trois et quatre. La figure 11 illustre un exemple de la section 3 pour l'activité d'éducation thérapeutique de madame Khan à compléter pour l'atelier interprogramme. La figure 12 illustre la section 4, soit le retour sur l'activité vécue. La section deux sur le partage d'idées se déroulait parfois en ligne de manière synchrone et cette dernière n'était pas complétée par toutes les équipes. Nous avons ainsi observé le travail collaboratif une fois le consensus établi entre les membres des équipes, car nos outils ne nous ont pas permis de colliger des données précises sur la manière dont le consensus s'était fait pendant les premières étapes de la réalisation des activités. C'est pour cette raison que nous nous sommes attardés pour chaque activité réalisée à la section trois plus précisément et à la section 4 : Retour sur le travail collaboratif.

3-RÉALISER LA TÂCHE COLLABORATIVE

CONSIGNE

Consensus final en tableau	
Activité retenue par l'équipe	Intervention d'éducation thérapeutique retenue et moyens utilisés pour tenir compte des difficultés de communication de madame Khan

Figure 11. Exemple de la section 3 de l'activité de madame Khan

--	--

4- RETOUR SUR LE TRAVAIL COLLABORATIF RÉALISÉ

Points forts de notre équipe:

Points à améliorer dans notre équipe:

Défis pour l'activité collaborative virtuelle #2 :

Stratégies à mettre en place pour relever ces défis:

Figure 12. Exemple de la section 4 de l'activité de madame Khan

De plus, il permet d'avoir accès à la fonction historique des versions antérieures pour visualiser le travail collaboratif réalisé à travers le temps. Soulignons par contre que le JBC ne permet pas de collecter des données relatives à la réalisation des activités en ligne si les équipes ont utilisé une autre technologie que *Google Doc*. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'utilisation du questionnaire est complémentaire à cet outil.

Le JBC est un outil authentique puisqu'il représente l'environnement d'apprentissage où la collaboration s'est officiellement déroulée (Meirieu et Develay, 1996) entre les membres d'une équipe.

Les outils de collectes des données maintenant présentés, nous décrivons les participants de cette étude et la manière dont nous avons procédé pour les recruter à la prochaine section.

3.4 Participants

Sur une population totale de 1435 étudiants, 320 participants ont participé à l'étude. Sur ces 320 participants, on compte 256 femmes, 62 hommes et 2 personnes dont le genre est « autre » (voir Tableau 4). Ainsi, 22,7 % des femmes et 20 % des hommes ont répondu au questionnaire en ligne puisque la population totale du cours était de 1126 femmes et 309 hommes. Soulignons que cette proportion entre les femmes et les hommes ayant répondu au questionnaire est similaire à la population totale. De plus, douze équipes ont accepté de participer à l'étude en autorisant la chercheuse à analyser leurs activités d'apprentissage collaboratif, soit les deux tâches de résolution de problème et de cocréation réalisées au volet formation en ligne. De ces douze équipes, onze sont formées d'un étudiant en médecine et au moins d'un étudiant en sciences infirmières (deux équipes contiennent deux étudiants en sciences infirmières). Les autres professions sont réparties dans chaque équipe (voir Tableau 4). Au total, 45 femmes et 14 hommes forment les équipes, ce qui représente une proportion similaire à la population totale soit, 80 % de femmes et 20 % d'hommes.

Les Tableaux 3 et 4 présentent les données sociodémographiques récoltées au questionnaire et le tableau 5 présente la distribution de la provenance des membres des équipes du Journal de bord collaboratif (JBC) selon le programme.

Tableau 3.

Distribution du genre des répondants au questionnaire (n=320)

Genre	N	%
Hommes	62	19,4 %
Femmes	256	80 %
Autre	2	0,6 %

De plus, au regard de la population de chaque programme, on constate qu'environ le quart des étudiants par programme a complété le questionnaire *La collaboration en équipes interprofessionnelles*.

Tableau 4.

Distribution de la provenance des participants au questionnaire « La collaboration en équipes interprofessionnelles » selon le programme

Programmes	N	%
Audiologie	9	2,8 %
Ergothérapie	21	6,5 %
Kinésiologie	3	0,9 %
Médecine	43	13,4 %
Médecine dentaire	20	6,2 %
Nutrition	8	2,5 %
Optométrie	10	3,1 %
Orthophonie	16	5,0 %
Pharmacie	34	10,6 %
Physiothérapie	21	6,5 %
Psychologie	2	0,6 %
Sciences infirmières	94	29,3 %
Travail social	40	12,5 %
Total	320	

Tableau 5.

Distribution de la provenance des membres des équipes du Journal de bord collaboratif (JBC) selon le programme

Programmes	N	%
Audiologie	1	1,6 %
Ergothérapie	7	11,9 %
Kinésiologie	1	1,6 %
Médecine	11	18,6 %
Médecine dentaire	1	1,6 %
Nutrition	3	5 %
Optométrie	3	5 %
Orthophonie	2	3,2 %
Pharmacie	9	15,2 %
Physiothérapie	1	1,6 %
Psychologie	0	0 %
Sciences infirmières	14	23,7 %
Travail social	6	10,1 %
Total	60	

3.4.1 Recrutement des participants

Premièrement, le processus de recrutement des participants pour recueillir les données mixtes du questionnaire *La collaboration en équipes interprofessionnelles* s'est déroulé par l'entremise d'un courriel. Les étudiants de la cohorte ont été invités à remplir le

questionnaire entre le 20 avril et le début du mois de juin. Deuxièmement, le processus de recrutement des équipes volontaires s'est déroulé de la manière suivante. Lors de l'atelier interprogramme se déroulant le 22 février 2017, la chercheuse a préalablement débuté le recrutement des participants à l'étude. Cela s'explique par le fait que nous avons besoin du consentement de tous les membres d'une même équipe pour observer leurs activités collaboratives. Il a donc été plus facile de s'adresser d'abord à eux en personne que par courriel afin de les recruter. Ainsi, lorsque le certificat d'éthique fut obtenu, les équipes qui avaient préalablement manifesté un intérêt à participer à cette recherche ont reçu trois courriels à cet effet entre le 20 avril et le 10 juin 2017. Ce message les invitait à donner officiellement leur consentement afin que leur travail soit analysé par la chercheuse.

3.5 Variables dépendantes et indépendantes de la recherche

Afin de répondre à l'ensemble de nos objectifs de recherche, nous devons préciser les indicateurs qui ont permis de vérifier si certaines variables sont influencées au regard de la manière de collaborer en ligne et en présentiel lors du cours CSS, en plus des compétences qui seront mobilisées dans ce contexte.

Premièrement, les variables dépendantes de notre recherche incluent les quatre dimensions de la collaboration – la communication, la synchronicité, la coordination explicite et implicite (Chiocchio et coll., 2012) – ainsi que les compétences mobilisées par le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux (voir Annexe 1). Ces compétences incluent la planification, la mise en œuvre et le suivi des soins et services, la clarification des rôles et des responsabilités de chaque membre d'une équipe interprofessionnelle, l'éducation thérapeutique et à la santé, la prévention et résolution des conflits à l'intérieur d'une équipe, la communication, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et enfin l'éthique clinique.

Deuxièmement, notre étude a pour variables indépendantes les équipes interprofessionnelles déjà conçues ainsi que les deux activités collaboratives à compléter dans le JBC par l'entremise d'un *Google Doc*, la planification pédagogique des activités et les coanimateurs de l'atelier interprogramme en présentiel. Ces variables ont été dégagées à partir des questions ouvertes du questionnaire.

3.6 Traitement et analyse des données

Dans cette section, nous détaillons la procédure de traitement et d'analyse des données qualitatives et quantitatives recueillies pour chacun des instruments de notre méthodologie mixte. Enfin, nous décrivons les actions posées pour respecter les critères de scientificité de même que les critères éthiques.

3.6.1 Analyse des données quantitatives

Afin de répondre aux objectifs spécifiques 1 et 2 qui sont de décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne (OS1) et en présentiel (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride, nous avons réalisé quatre types d'analyses quantitatives à l'aide du logiciel R, à savoir des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, des analyses descriptives et des analyses inférentielles de corrélation de Pearson. Le logiciel R fonctionne autant sous Mac et Microsoft Windows que sur Linux et il est gratuit. Selon De Micheaux, Drouilhet et Liquet (2011), les plus grandes forces du logiciel R est sa rapidité et son évolution constante grâce aux programmeurs qui collaborent pour développer de nouvelles fonctionnalités et méthodes d'analyse. Ces auteurs ajoutent que cet outil est très complet pour toutes les méthodes statistiques et qu'il permet de réaliser des analyses efficaces. Il est disponible par l'entremise de ce site Internet¹⁰.

La figure 14 illustre une synthèse des analyses quantitatives réalisées pour notre étude lesquelles nous décrivons au cours de la prochaine section.

3.6.1.1 Analyses factorielles

Ainsi, nous avons choisi de réaliser des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires pour les 14 énoncés de l'outil de Chiochio et coll. (2012) inclus dans notre questionnaire pour deux raisons. Premièrement, Kline (2016) souligne de procéder ainsi lorsqu'un

¹⁰ <https://www.r-project.org/>

instrument validé est utilisé dans un nouveau contexte d'étude. L'outil de Chiochio et coll. (2012) n'ayant pas, à notre connaissance, été utilisé en contexte de collaboration à la fois en ligne et en présentiel, nous avons donc choisi de réaliser les analyses factorielles pour valider s'il peut être utilisé dans un contexte de collaboration en ligne. Deuxièmement, nous les avons réalisés pour mieux répondre aux OS1-OS2 de notre étude, soit décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne (OS1) et en présentiel (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride.

Pour réaliser les analyses factorielles, nous avons reproduit deux échelles contenant uniquement les quatorze énoncés du questionnaire de Chiochio et coll. (2012). La première échelle s'intitule « impaire » puisqu'elle comprend les questions impaires qui portent sur la collaboration en ligne (Q1-Q3-Q5-Q7-Q9-Q11-Q13-Q15-Q17-Q19-Q21-Q23-Q25-Q27). La seconde échelle se nomme « paire », car elle touche aux questions relatives à la collaboration en présence (Q2-Q4-Q6-Q8-Q10-Q12-Q14-Q16-Q18-Q20-Q22-Q24-Q26-Q28). Notez que la numérotation de ces échelles ne représente pas la numérotation originale du questionnaire pour des raisons méthodologiques, mais aussi pour des raisons de logistique liées à l'outil Survey Monkey utilisé pour créer le questionnaire en ligne.

Nous présentons les résultats complets des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires au chapitre des résultats de cette étude. Néanmoins, les 14 questions de Chiochio et coll. (2012) intégrées dans notre questionnaire affichent un coefficient alpha de Cronbach de 0,917 pour la collaboration en ligne et de 0,910 pour la collaboration en présence. De son côté, le questionnaire original de Chiochio et coll. (2012) affiche un coefficient alpha de Cronbach de 0,910. Le tableau 6 montre la comparaison des coefficients d'alpha Cronbach entre notre étude et celle de Chiochio et coll. (2012). Ainsi, nos résultats et le sien sont étroitement rapprochés. Selon Kline (2016), ces coefficients présentent une fiabilité positive puisqu'ils se situent entre 0,7 et 1. Nous pouvons donc considérer que l'utilisation de l'outil de Chiochio et coll. (2012) dans le contexte de notre étude est fiable.

Tableau 6.

Comparaison des coefficients d'alpha Cronbach entre l'étude de Chiocchio et coll. (2012) et notre étude

Comparaison entre notre étude et Chiocchio et coll. (2012)	Collaboration en ligne	Collaboration en présence
Notre étude	0,917	0,910
Étude de Chiocchio et coll. (2012)	x	0,910

Afin d'illustrer notre démarche, la Figure 13 synthétise la procédure utilisée pour réaliser les analyses factorielles que nous décrivons dans les prochaines lignes.

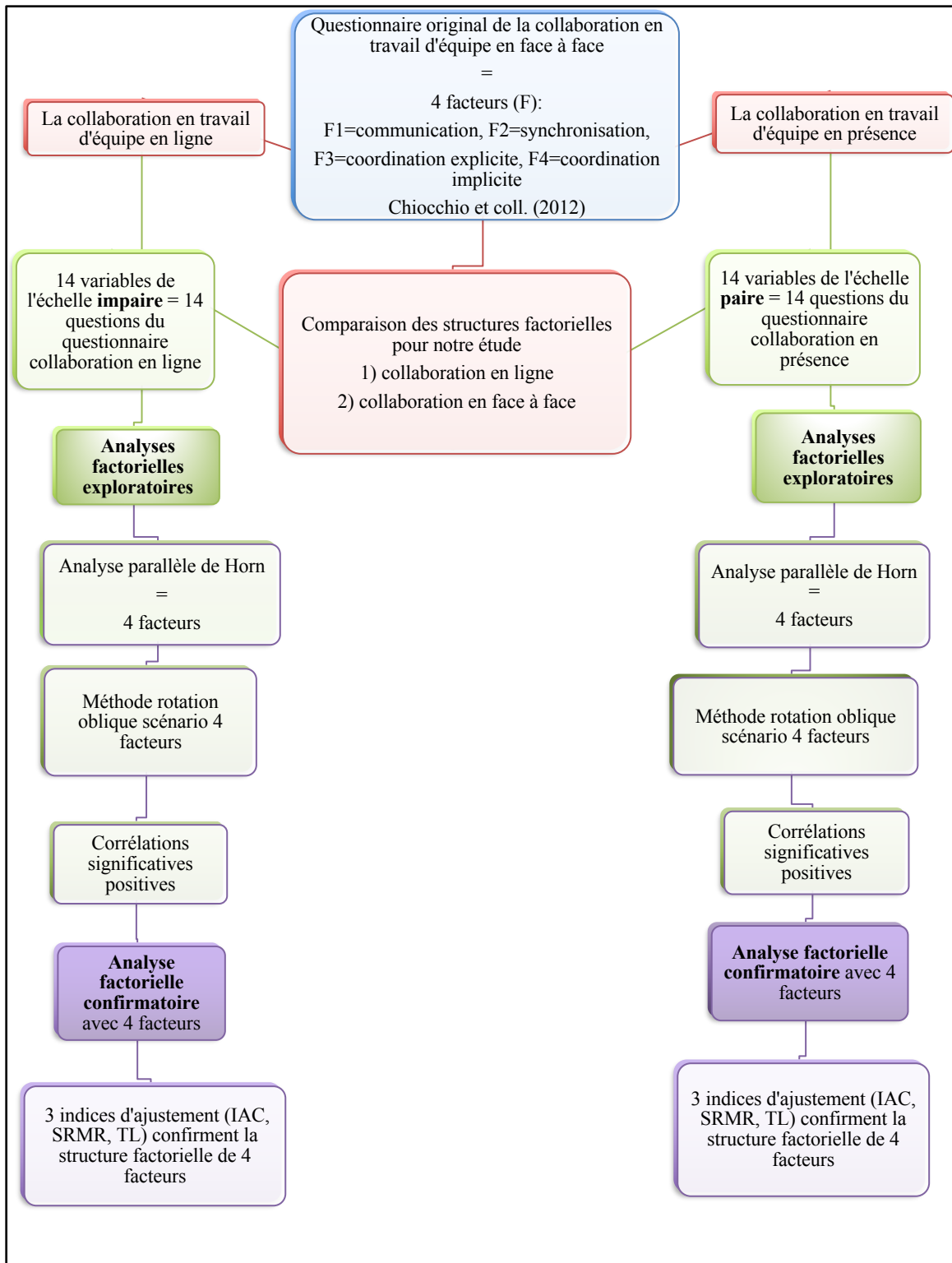


Figure 13. Synthèse des analyses factorielles pour notre étude

Nous avons d'abord réalisé des analyses factorielles exploratoires parallèles afin de déterminer le nombre de facteurs visibles. Cette analyse permet d'identifier visuellement les facteurs qui se situent avant le changement abrupt de la pente (Horn, 1965). Cette analyse nous a permis d'orienter l'analyse factorielle exploratoire suivante, soit de type « rotation oblique ». Selon Kline (2016), la méthode à rotation oblique est efficace lorsque les facteurs peuvent être corrélés entre eux et quand le questionnaire a été validé au préalable. Chiochio et coll. (2012) ayant déjà démontré la corrélation entre les facteurs avec la méthode varimax, une méthode essentielle dans un processus de validation d'outil, nous avons donc choisi d'utiliser une autre méthode, soit celle de rotation oblique puisque la structure factorielle était plus simple à interpréter. Cette méthode détermine les variables qui corréleront le plus fortement avec chaque facteur. Nous avons ensuite réalisé des analyses factorielles confirmatoires afin, d'une part, de comparer les résultats aux résultats de Chiochio et coll. (2012) et, d'autre part, de confirmer si la structure factorielle exploratoire de notre étude pour la collaboration en ligne et en présence était similaire. Cette démarche s'ajoute aux critères de scientificité respectés dans notre étude. À ce sujet, la chercheuse a vérifié si l'instrument de Chiochio et coll. (2012) était transférable dans le contexte de cette recherche.

3.6.1.2 Analyses descriptives et inférentielles

Les analyses descriptives et inférentielles ont aussi contribué à répondre aux objectifs spécifiques OS1-OS2. De leur côté, les analyses descriptives ont contribué à décrire comment les étudiants ont collaboré en ligne et en présentiel. Pour leur part, les analyses inférentielles de corrélation de Pearson ont contribué à vérifier s'il existe des relations significatives entre la collaboration et la satisfaction à l'égard de chaque activité s'étant déroulée en ligne et en présentiel et entre la collaboration et le nombre d'outils technologiques utilisés.

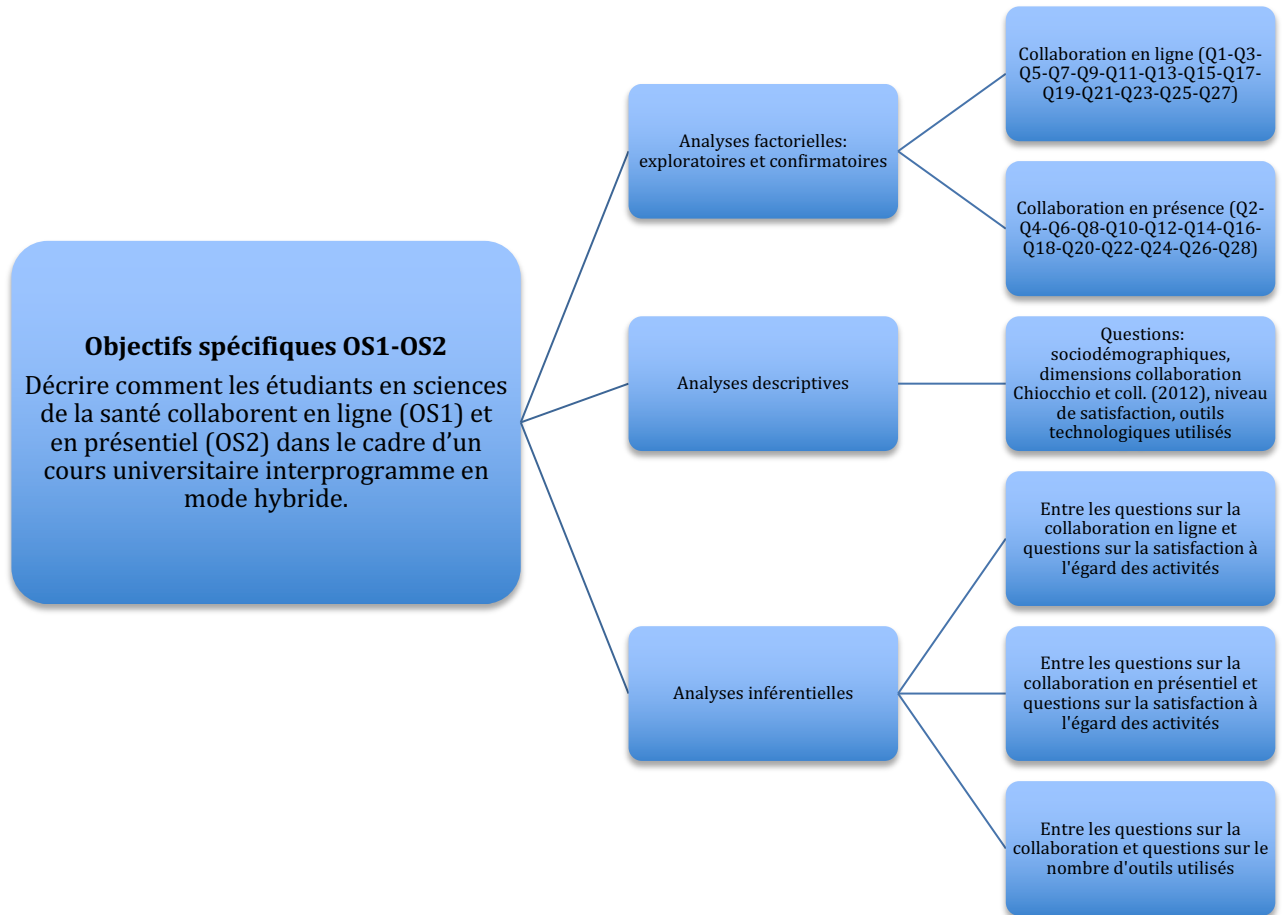


Figure 14. Analyses quantitatives réalisées pour répondre aux objectifs spécifiques OS1-OS2

3.6.2 Analyse des données qualitatives

Afin de donner sens au corpus des commentaires écrits par les participants dans le questionnaire et aux contenus des deux activités des équipes interprofessionnelles dans les douze JBC, nous avons opté pour la méthode d'analyse de contenu (Bardin, 2014; L'Écuyer, 1990). Cette méthode est compatible avec l'approche de compréhension herméneutique et la posture interprétative exploratoire que la chercheuse emprunte pour cette étude. Bardin (2014) définit cette méthode comme étant un ensemble de techniques d'analyse de textes. Les contenus analysés proviennent d'écrits et l'objectif est de classer et d'interpréter ces contenus implicites et explicites. À cet effet, l'analyse de contenu utilise « des procédures systématiques et objectives de description permettant le traitement

méthodique » (Richard, 2006, p. 184). Ce faisant, nous voulions découvrir ce que l'auteur d'un message a voulu dire exactement (L'Écuyer, 1990). Pour analyser les données qualitatives, nous avons opté pour la méthode d'analyse thématique de contenus puisque nous cherchions « à identifier de quoi parle un document par le repérage, le comptage et la comparaison des thèmes, des idées directrices, et des termes pivots » (Van Der Maren, 2004, p. 414). Nous avons codé les extraits provenant des données qualitatives par unité de sens composé d'une phrase ou d'un petit paragraphe de deux ou trois phrases (L'Écuyer, 1990). Les prochaines lignes détaillent le déroulement de ce traitement méthodique des contenus qualitatifs analysés.

Premièrement, pour décrire comment les étudiants ont collaboré en ligne et en présentiel (OS1-OS2), nous avons extrait les commentaires collectés les avons intégrés et traités dans le logiciel NVivo pour Mac (version 11.4.2) à deux moments dans le questionnaire : 1) lorsque les répondants ont expliqué à chacune des activités collaboratives la raison de leur niveau de satisfaction à leur égard et 2) à la fin de la section des commentaires généraux. Pour décrire comment les étudiants ont collaboré en ligne (OS1), nous avons aussi extrait les écrits de la section 4 du JBC sur le *Retour de l'activité collaborative* en plus des interactions laissées dans le JBC grâce à l'outil « commentaires » dans le JBC (*Google Doc*).

Afin de déterminer comment les étudiants mobilisaient les dimensions de la collaboration lorsqu'ils travaillent en équipe en ligne et en présentiel, nous avons attribué un code positif pour les commentaires positifs et un code négatif pour les commentaires négatifs pour chaque énoncé de la collaboration de Chiochio et coll. (2012), ce qui revient à un total de vingt-huit codes (voir annexe 14). Enfin, un autre chercheur expérimenté détenant un doctorat en éducation et familier avec le modèle de Chiochio et ses collègues (2012) a procédé au contre-codage de 25 % des données et nous avons obtenu un accord interjuge de 78 %. En cas de désaccord avec un code, l'auteure de cette étude et ce chercheur se sont concertés pour en arriver à un compromis. De ce fait, certains verbatim ont demandé des ajustements, surtout pour les codes reliés à la synchronisation et la coordination explicite puisque les commentaires des étudiants chevauchaient ces deux dimensions par moment. À ce sujet, le contre-codeur avait parfois omis d'attribuer

plusieurs dimensions de la collaboration (codes) par segment. Nous avons donc convenu que ces segments concernés pouvaient être attribués à plus d'un code tel que la chercheuse principale les avait ainsi analysés en amont.

Deuxièmement, nous avons aussi analysé les contenus du JBC pour chacune des douze équipes volontaires. Le travail des équipes réalisé à la section 3 dans le JBC représente notamment le fruit des actions concrètes observables – autrement dit, des pratiques des compétences effectives (Maubant, 2007) – d'un travail collaboratif d'une équipe interprofessionnelle. Les contenus de la section 4 et les interactions « commentaires » du JBC contiennent aussi des éléments que nous avons associés aux dimensions de la collaboration de Chiocchio et coll. (2012). Nous avons donc conçu les codes à partir des capacités du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux et des dimensions de la collaboration de Chiocchio et coll. (2012) décrits au cadre conceptuel de cette étude. Ainsi, trente-deux codes garnissent l'arborescence des codes pour le référentiel et ont servi à analyser les sections 3 et 4 du JBC. De plus, pour analyser la section 4 du JBC, nous avons attribué un code positif pour les commentaires positifs et un code négatif pour les commentaires négatifs pour chaque énoncé de la collaboration de Chiocchio et coll. (2012), ce qui fait vingt-huit codes. Enfin, l'annexe 14 illustre le détail des soixante codes qui ont servi pour cette partie de l'analyse qualitative. Dans le but de construire du sens aux corpus de données brutes, ce choix de méthode est par le fait même lié à la posture épistémologique interprétative exploratoire de la chercheuse.

Afin de procéder au traitement et à l'analyse de ces corpus, l'auteure de cette étude a collaboré avec une médecin-chercheuse ayant initié et dirigé la rédaction du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux (DCPP et CIO-UdeM, 2016a) et de la Terminologie de la pratique collaborative et de partenariat patient (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Miles et Huberman (2003) soulignent que le jumelage de chercheurs pour analyser les données qualitatives est une stratégie efficace pour assurer la fidélité du processus d'analyse et du traitement des données. À cet effet, ce duo de chercheuses a imprimé chacun des douze JBC et les a analysés sans l'aide d'un outil technologique ou de logiciel. Nous avons d'abord analysé chaque JBC

individuellement et simultanément par la suite. Elles ont procédé ainsi pour chaque JBC et pour ensuite comparer leurs codes respectifs. Lorsqu'elles n'étaient pas d'accord sur un code ou qu'elles avaient repéré certains codes de manière différente, elles en discutaient pour en arriver à un consensus. Il ne leur est pas arrivé d'être totalement en désaccord et elles sont toujours arrivées à un consensus. Ensuite, elles ont utilisé le logiciel NVivo pour Mac (version 11.4.2) et transcrit les codes des JBC un à la fois pour procéder à l'analyse des codes.

Après avoir réalisé cette première procédure, les deux chercheuses ont analysé les deux activités de chaque JBC selon les critères descriptifs des approches de soins tels que définis au cadre conceptuel de cette étude (paternaliste, collaborative centrée et partenariat patient). Elles voulaient ainsi vérifier si chaque activité avait été réalisée en empruntant une approche de soins plus qu'une autre. À cette fin, elles ont donc analysé chaque activité dans son ensemble selon les critères qui distinguent chacune des approches de soins, c'est-à-dire le paternalisme, la pratique collaborative centrée sur le patient et la pratique collaborative en partenariat avec le patient, critères définis précédemment au cadre conceptuel et aux annexes 7-8-11. En se basant sur cette classification des approches de soins, les deux chercheuses ont procédé à une analyse qualitative de contenu (Bardin, 2014). Dans un premier temps, après avoir lu et analysé les discours écrits des douze activités réalisées, elles les ont classifiés selon les critères descriptifs de chacune des approches de soins à l'aide d'une grille à cocher (voir Annexes 7-8-11). Elles prenaient d'abord une décision individuelle et la validaient ensemble en expliquant les motifs de ce classement (critères cochés). Elles déterminaient ensuite l'approche de soins promue pour chacune des activités et ont procédé ainsi pour tous les JBC. Nous avons aussi fait une requête au sujet des mots les plus fréquemment codés dans les deux activités de cocréation du JBC. Nous avons utilisé l'outil « statistique des mots » dans le logiciel NVivo pour faire ressortir les dix mots les plus utilisés et les avons comparés aux mots utilisés dans le document de la Terminologie de la pratique collaborative en partenariat patient (DCPP et CIO-UdeM 2016b). Nous voulions faire ressortir seulement les dix mots les plus récurrents afin de mettre en lumière ceux majoritairement utilisés par les équipes et mieux comprendre comment ils utilisent le langage de l'approche de partenariat patient lorsqu'ils mobilisent les compétences du référentiel.

3.6.3 Méthode d'analyse qualitative par la quantification des données

Les données qualitatives ont été analysées pour donner un ordre de grandeur quant à la répartition dans les différentes catégories de codes des deux grilles d'analyse (voir Annexe 14). L'Écuyer (1990) souligne que le chercheur doit décrire avec précision la façon dont les choses se présentent lorsqu'il choisit cette méthode dite quantitative d'analyse des contenus. Ainsi, puisque toutes nos catégories de codes « apparaissaient avec des fréquences relativement importantes » (p. 98), nous avons opté pour la méthode quantitative descriptive. L'Écuyer souligne qu'« à ce niveau comparatif, il peut être révélateur de constater que telle catégorie regroupe beaucoup plus d'énoncés que les autres (...) Ces seules analyses de tendances et de différences significatives sont déjà très révélatrices » (p. 101). En effet, à partir du codage réalisé, les requêtes dans NVivo ont permis de dégager un nombre important de fréquences d'apparition pour chacune des catégories. La chercheuse de cette étude a ensuite interprété les données en réalisant des tableaux de fréquences. Selon Bardin (2014), la fréquence correspond à l'importance d'une unité de thème. L'unité de thème croît avec sa fréquence d'apparition et « c'est la régularité quantitative d'apparition qui est considérée comme significative » (p. 141). Nous avons ensuite interprété les résultats à la lumière des construits conceptuels du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux et du modèle théorique sur la collaboration en travail d'équipe de Chiochio et coll. (2012) détaillés dans le cadre conceptuel de cette étude.

3.6.4 La triangulation des données

Précédemment, nous avons annoncé que notre étude empruntait une méthodologie mixte satisfaisant aux trois conditions de la recherche mixte de Creswell et Plano Clark (2011) : 1) elle combine au moins une méthode qualitative et quantitative, 2) chacune d'elle est utilisée rigoureusement et 3) la combinaison des méthodes d'une méthodologie mixte clairement décrite et d'une intégration des résultats qualitatifs et quantitatifs par une instrumentation mixte. Nous expliquons comment notre étude satisfait à ces trois conditions ici, car nous abordons maintenant la triangulation des données quantitatives et qualitatives.

Ainsi, nous avons procédé à la collecte des données qualitatives et quantitatives au même moment avec un instrument, le questionnaire *La collaboration en équipes interprofessionnelles* et une deuxième source de données, le Journal de bord collaboratif. Selon Pluye, Bengoechea, Granikov, Kaur et Tang (2018), lorsque la collecte des données qualitatives et quantitatives a été planifiée et réalisée de manière concomitante, la méthode mixte est dite convergente. Pour trianguler nos données, nous avons intégré nos données qualitatives et quantitatives par « assimilation » en quantifiant nos données qualitatives (Pluye et coll., 2018). Nous avons donc jumelé nos résultats des analyses qualitatives et quantitatives et ce « produit mixte consiste en un nouvel ensemble de données qui peuvent être analysées de manière statistique (descriptive ou autre) ou narrative » (p. 39). Précédemment, nous avons expliqué qu'après avoir analysé les contenus des corpus des questionnaires et le corpus des JBC de manière thématique, nous avons créé des grilles de statistiques descriptives de fréquences des codes pour ensuite les interpréter (voir Annexes 7-8-9-10-11-12-13). Les résultats des données qualitatives quantifiées ont ainsi éclairé et précisé les résultats des données quantitatives. Cette intégration des données par assimilation vise à trianguler nos données afin de décrire de manière plus précise la manière dont les étudiants ont collaboré en ligne et en présentiel en plus d'identifier les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux.

3.7 Synthèse du cadre méthodologique

L'ensemble des choix méthodologiques ayant été détaillés, nous présentons dans les Tableaux 7 et 8 un récapitulatif des outils de collecte et d'analyse des données en les liant aux objectifs de recherche visés. La Figure 15 synthétise le cadre méthodologique de cette étude.

Tableau 7.

Récapitulation des choix méthodologiques et des objectifs de recherche

Outil de collecte des données	Objectifs spécifiques			Participants	Traitement	Analyse et triangulation
	1	2	3			
Questionnaire <i>La collaboration en équipes interprofessionnelles</i>	X	X		320 participants qui participent au cours CSS2900	Questions à choix multiples et échelle Likert dans R* Transcription des commentaires dans (NVivo pour Mac version 11.4.2) Analyse de contenu avec contre-codage	Analyses factorielles exploratoires et confirmatoires Analyse des statistiques descriptives et inférentielles Analyse thématique et quantifiée Triangulation (assimilation)
Analyse des contenus du JBC	X	X	X	12 équipes volontaires parmi la population des 288 équipes de 5 étudiants (N=1435) qui participent au cours CSS2900	Analyse de contenu à deux chercheurs Analyse de contenu avec contre-codage Transcription des contenus dans NVivo	Analyse de thématique et quantifiée Triangulation (assimilation)

Tableau 8.

Calendrier de l'analyse des données

Données analysées (méthodologies mixte)	Période d'analyse
Réponses au questionnaire :	Automne 2017
<i>La collaboration en équipes interprofessionnelles</i>	
Analyse des contenus des Journaux de bord collaboratif	Été 2017

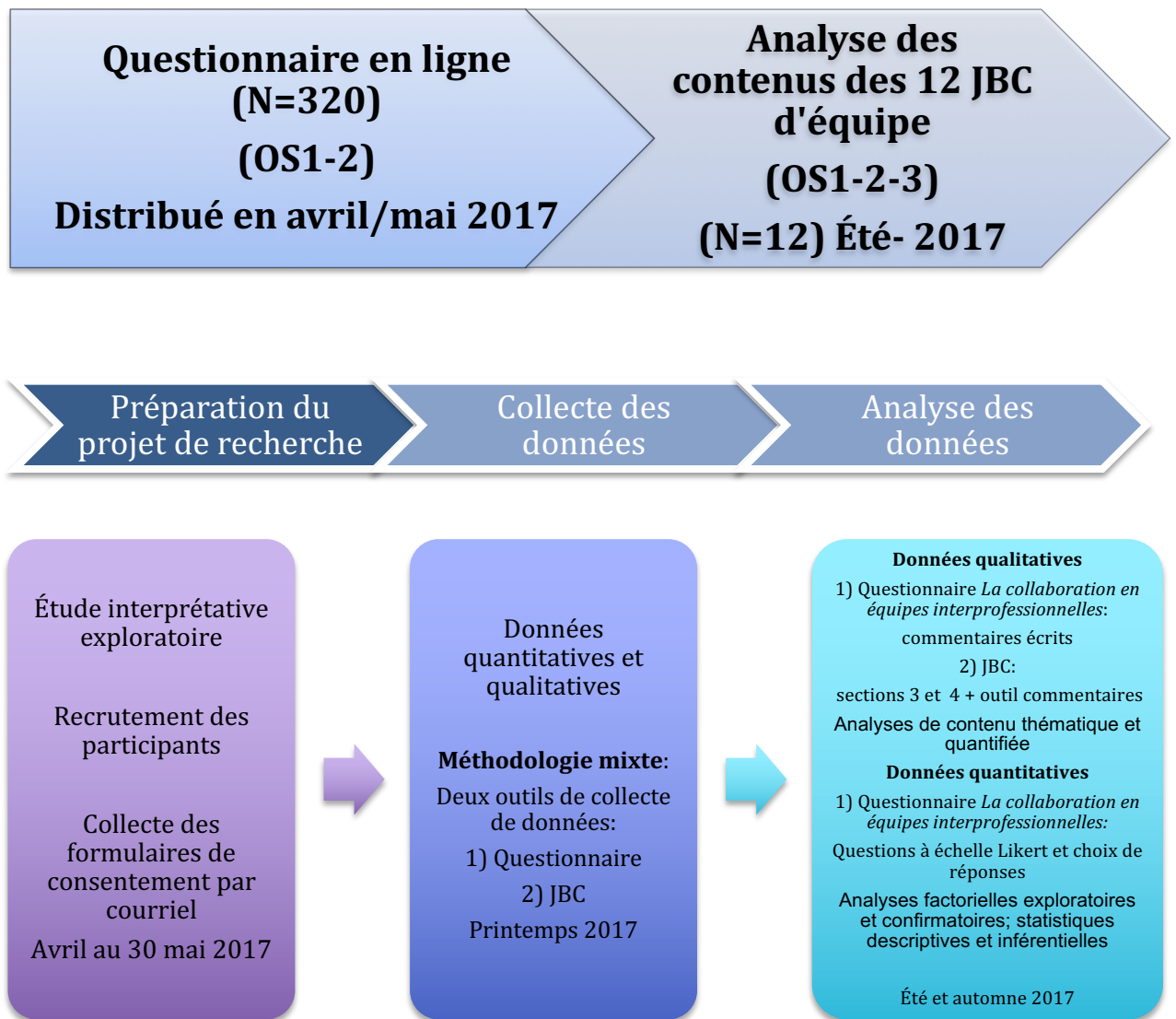


Figure 15. Schéma synthèse du cadre méthodologique

3.8 Précautions éthiques de la recherche

Cette section se veut une synthèse des précautions éthiques mises en place pour réaliser ce projet de recherche.

Nous avons répondu aux exigences de l'Université de Montréal en obtenant un certificat d'éthique (voir Annexe 15) auprès du Comité plurifacultaire d'éthique à la

recherche (CPÉR). Le Tableau 9 illustre aussi comment nous avons obtenu le consentement éclairé des participants.

Premièrement, en ce qui a trait au questionnaire en ligne (voir Annexe 2), les étudiants ont été invités par courriel à le remplir après le cours CSS2900 de l'hiver 2017. Nous avons obtenu leur consentement en leur demandant explicitement de cocher la case appropriée à ce sujet dans l'outil de sondage en ligne SurveyMonkey. Ainsi, seuls les étudiants ayant répondu par l'affirmative à cette demande ont pu répondre de manière anonyme à notre questionnaire. Chaque répondant a été associé à un numéro pour l'étude à savoir les numéros Q001 à Q321.

Pour ce qui est des participants aux Journaux de Bord Collaboratif qui ont été analysés (12 équipes volontaires), nous avons d'abord sollicité l'ensemble de la cohorte CSS2900 par une question d'intérêt de participation à cette étude qui a été insérée dans le questionnaire d'évaluation du cours CSS2900 transmis dans la plateforme institutionnelle de l'Université de Montréal *StudiUM* le 22 février 2017. Cinquante étudiants ont alors manifesté un intérêt à ce que le JBC de leur équipe soit analysé. Nous avons donc invité les membres de ces équipes à consentir à ce que le contenu du JBC de leur équipe soit analysé dans le cadre de cette recherche. La totalité des membres de douze équipes ont répondu au courriel par l'affirmative. Notons à cet effet qu'aucun JBC n'a été analysé sans le consentement de tous les membres d'une même équipe. Par ailleurs, nous les avons aussi invités à compléter le questionnaire cité plus haut (voir Annexe 2). Enfin, dans le but de respecter la vie privée des participants, les données recueillies ont été anonymisées avant leur traitement. C'est-à-dire que nous avons remplacé le numéro de l'équipe officiel par un numéro dédié à l'étude soit de JBCÉ1 à JBCÉ12. Par exemple, une équipe 114B aurait pu être anonymisée en tant que JBCÉ3. Même si les étudiants ayant donné accès à leur JBC étaient aussi invités à remplir le questionnaire, nous ne pouvions pas associer les réponses des participants au questionnaire aux données de leur JBC.

Tableau 9.

Procédure pour obtenir le consentement des participants

Dispositif de collecte des données	Participants	Procédure d'obtention du consentement	Date approximative de cette procédure
Questionnaire en ligne (voir Annexe 2)	Étudiants du cours CSS2900 (N=320/1435)	Par l'entremise d'un courriel, les étudiants volontaires ont été invités à cocher une case précisant qu'ils consentent à participer à notre étude sur SurveyMonkey.	Mi-avril 2017.
Analyse des Journaux de Bord Collaboratif	12 équipes volontaires parmi les étudiants du cours CSS2900 (n=60)	Invitation à consentir par courriel en répondant par l'affirmative au formulaire de consentement des membres du JBC (voir Annexe 3).	Dès que le certificat d'éthique de cette étude a été émis, c'est-à-dire dans les environs du 10 avril 2017.

3.9 Critères de scientificité

Les critères qui cautionnent la valeur scientifique d'une étude varient selon la posture que le chercheur emprunte pour son étude. Dans le cas d'une recherche interprétative à méthodologie mixte, sa crédibilité se démarque par sa rigueur méthodologique (Gohier, 2004; Karsenti et Savoie-Zajc, 2018). Ces critères de rigueur scientifique sont ceux auxquels « on peut se référer pour juger du bien-fondé d'une recherche quant à sa capacité de rendre compte d'un phénomène, à le décrire, à le comprendre » (Gohier, 2004, p. 6). Ainsi, la posture épistémologique interprétative évoque les paramètres de crédibilité, de transférabilité de constance interne, de fiabilité et de confirmation (Guba, 1981; Laperrière, 1997; Mucchielli, 2004; Paillé, 2006; Pourtois et Desmet, 1988; Savoie-Zajc, 2004). Cette section vise donc à préciser les critères de scientificité qui appuient la démarche de la chercheuse.

3.9.1 Crédibilité

Notre étude interprétative évoque des critères de validité interne par sa méthode mixte employée, mais aussi des critères de validité externe. Premièrement, grâce aux analyses factorielles, nous avons expliqué précédemment que nous souhaitons observer le comportement des quatre dimensions (facteurs) de la collaboration dans le contexte de notre étude et les comparer avec les résultats originaux lors de la validation de l'outil de Chiochio et coll. (2012). Cette procédure a permis de détailler et de comparer nos résultats et de rendre compte de la crédibilité de nos données dans le contexte où la collaboration s'est déroulée à la fois en ligne et en présence. Du côté des données qualitatives, Savoie-Zajc (2004) souligne que le critère de crédibilité est une vérification plausible de l'interprétation du sens attribué au phénomène étudié. Cela représente donc le degré d'accord des sujets concernés par la recherche avec la représentation du portrait de la réalité décrite par le chercheur de l'étude. Conséquemment, pour atteindre ce critère, nous avons utilisé différentes stratégies de recherche en ayant recours à des critères scientifiques – la fidélité, la fiabilité, la transférabilité, la faisabilité et la validité – pour décrire comment les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle collaborent dans le contexte du cours hybride de Collaboration en sciences de la santé (CSS) en partenariat avec le patient (objectif général de l'étude). Deuxièmement, nous avons utilisé une source de données authentique – le JBC de chaque équipe – afin d'identifier les compétences effectives mobilisées par les participants de l'étude. On qualifie cet outil « authentique » puisqu'il a été utilisé par les équipes interprofessionnelles pour résoudre des problèmes et cocréer en contexte d'apprentissage se rapprochant de la réalité des milieux cliniques, tel qu'expliqué au cadre conceptuel. Nous avons analysé les JBC afin d'identifier les compétences effectives en nous basant sur le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux. Troisièmement, nous avons utilisé les quatorze énoncés de l'instrument de Chiochio et coll. (2012) pour réaliser une analyse qualitative des extraits des commentaires laissés dans le questionnaire et pour collecter des données quantitatives afin de décrire comment les étudiants collaboraient en ligne et en présentiel. L'ensemble de ces stratégies a pour but de révéler de manière précise ce que les participants de l'étude ont vécu pendant la collaboration en travail d'équipe pour développer des compétences du référentiel officiel du cours CSS.

3.9.2 Transférabilité

Nous souhaitons que les résultats de cette étude soient susceptibles d'être transférables dans d'autres projets de recherche se déroulant dans des milieux ou contextes similaires. De ce fait, nous avons dressé un portrait du cadre conceptuel de l'EIP en partenariat avec le patient en prenant soin de détailler les concepts qui le définissent (Référentiel de compétences et typologie du travail interprofessionnel, méthode d'apprentissage collaboratif en mode hybride, dimensions de la collaboration vécues lors d'un travail d'équipe interprofessionnelle). De plus, nous avons illustré la dynamique du contexte de cette étude pour la partager le plus clairement possible avec un éventuel chercheur et lecteur (voir Figure 10). Ainsi, dans la mesure où ce dernier pourrait être un utilisateur des résultats de notre recherche et qu'il s'interroge sur la plausibilité et la pertinence qui peut exister entre son projet de recherche et le nôtre (Savoie-Zajc, 2004), cela représenterait une stratégie éclairante. D'ailleurs, nous avons actualisé la Figure 10 à la lumière de la discussion des résultats à la Figure 29. De plus, le chapitre du cadre méthodologique détaille le type de méthodologie utilisée dans cette étude à savoir la méthode mixte.

3.9.3 Fiabilité

La fiabilité d'une étude inclut des actions pour assurer la rigueur de la collecte de données et de l'analyse ainsi que la description de la méthode pour assurer que les résultats d'une étude soient les mêmes si celle-ci est reprise avec les mêmes répondants dans un même contexte. Ainsi, pendant tout le déroulement de l'étude, de la problématique jusqu'aux recommandations, le chercheur doit s'assurer que chaque prise de décision est justifiée et en lien avec tout ce qui précède et suit au cours de l'étude (Van Der Maren, 2004). Premièrement, ce critère se manifeste dans cette étude par la rigueur de la collecte et l'analyse des données. Ainsi, cette étude a utilisé un questionnaire bâti à partir d'un outil déjà validé, à savoir le questionnaire sur la collaboration lors d'un travail d'équipe de Chiochio et coll. (2012). De plus, nous avons réalisé des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires afin de valider leur outil en contexte de collaboration en ligne. Nous avons aussi utilisé le JBC des équipes d'étudiants, une source de données authentique. Les analyses quantitatives ont été réalisées sous la supervision d'un expert en méthodes quantitatives afin d'assurer la fiabilité des analyses. Les analyses qualitatives ont

été effectuées et validées par une seconde personne afin de valider le codage réalisé. Deuxièmement, le chapitre de la méthodologie est minutieusement décrit afin de guider un prochain chercheur à reproduire une étude semblable dans un contexte similaire. Enfin, la chercheuse s'est assurée de la cohérence entre les chapitres, à savoir par une problématique introduisant le choix des objectifs de recherche et qui offre ensuite un fil conducteur auquel se rattachent les éléments conceptuels, méthodologiques, analytiques et interprétatifs de l'étude pour enfin mener à des recommandations pertinentes.

3.9.4 Confirmation

La confirmation est un critère de scientificité représentant le processus d'objectivation pendant toute la durée de la recherche (Savoie-Zajc, 2004). De ce fait, le chercheur doit réfléchir à sa démarche méthodologique à savoir si elle est assez explicite et convaincante pour un lecteur ou un autre chercheur avant et après la recherche. De plus, il doit s'assurer que le cadre conceptuel et les outils de collecte des données soient en harmonie avec les objectifs de recherche. Les données recueillies doivent avoir été analysées avec rigueur selon chaque méthode choisie. À ce sujet, tel qu'annoncé dans le critère de transférabilité, les premiers chapitres ont présenté un portrait des éléments qui composent la problématique, les concepts qui inspirent notre cadre conceptuel, le tout lié à un cadre méthodologique détaillé. De plus, le prochain chapitre présente au lecteur des résultats analysés selon cette méthodologie mixte.

4. Résultats

Nous avons d'abord choisi de présenter ce chapitre en regroupant les résultats liés aux premier et deuxième objectifs spécifiques de recherche qui sont de décrire comment les étudiants collaborent en ligne (OS1) et en présence (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en sciences de la santé et psychosociales en mode hybride. Premièrement, afin de répondre aux objectifs spécifiques OS1-OS2, l'outil de Chiochio et coll. (2012) n'ayant pas encore été utilisé en contexte de collaboration en ligne à notre connaissance, nous souhaitons observer la structure factorielle originale était similaire dans le contexte de notre étude. Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser deux types d'analyses factorielles (exploratoire et confirmatoire). Nous les présenterons donc en premier lieu dans ce chapitre.

Deuxièmement, nous poursuivons avec les résultats quantitatifs des quatorze énoncés du questionnaire de Chiochio et coll. (2012) pour chaque dimension de la collaboration (communication, synchronisation, coordination explicite et coordination implicite) s'étant déroulée en ligne (OS1) et en présence (OS2). La troisième section touche aux questions sur le niveau de satisfaction des activités réalisées en ligne et en présence. La quatrième section concerne quant à elle sur les outils technologiques que les équipes ont utilisés pour collaborer en ligne et en face à face. Enfin, une dernière section contenant une question ouverte intitulée « autre chose que vous aimeriez mentionner ».

Parallèlement, nous présentons les résultats issus des données qualitatives de la méthode mixte récoltés à travers le corpus des commentaires du questionnaire, la section 4 du JBC sur le *retour de l'activité collaborative*, en plus des interactions laissées dans le JBC grâce à l'outil « commentaires » dans le JBC (*Google Doc*). Pour rappel, ces données qualitatives se veulent complémentaires aux données quantitatives pour décrire comment les étudiants collaborent.

Troisièmement, nous abordons les résultats issus des données qualitatives du JBC dans le but de répondre au troisième objectif spécifique (OS3). Pour rappel, celui-ci vise à identifier les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées par des étudiants en sciences de

la santé lors d'activités favorisant l'apprentissage collaboratif dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride. À cette fin, nous présentons les résultats de l'analyse de contenu sur les douze JBC des équipes participantes. Les sections 3 et 4 du JBC sur le *Retour de l'activité collaborative* contribuent d'ailleurs à répondre à cet objectif spécifique.

À la fin de chaque section présentant les résultats issus de la méthode quantitative et de la méthode qualitative, nous offrons une synthèse. Nous approfondissons les réflexions lors du chapitre de la discussion et dans celui des recommandations en les liant avec la littérature scientifique recensée et présentée dans la problématique et le cadre conceptuel.

4.1 Collaboration en ligne et en présence -résultats des analyses factorielles-

Dans cette section, nous présentons les résultats des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires pour le questionnaire de Chiochio et coll. (2012) afin de vérifier s'il se comporte de manière similaire pour décrire comment les étudiants collaborent en ligne (OS1) et en présence (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en sciences de la santé et psychosociales en mode hybride.

4.1.1 Analyse factorielle exploratoire parallèle

Cette première analyse exploratoire parallèle nous a permis de confirmer qu'il y avait quatre facteurs visibles autant pour la structure factorielle liée à la collaboration en ligne (voir Figure 16) que pour la collaboration en présence (voir Figure 17). Le dernier triangle bleu à apparaître sur ou au-dessus de la ligne pointillée rouge est situé au nombre de 4 facteurs.

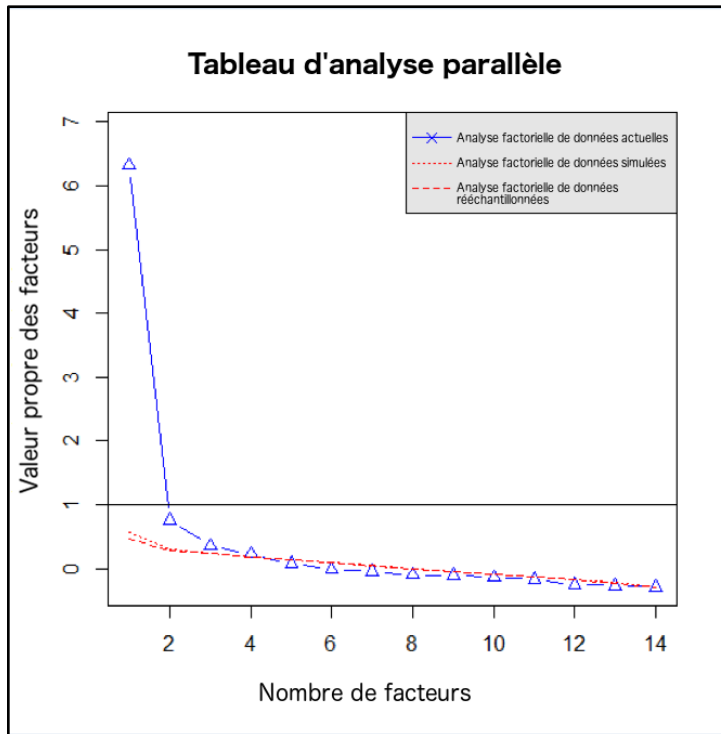


Figure 16. L'analyse factorielle exploratoire parallèle de Horn (collaboration en ligne)

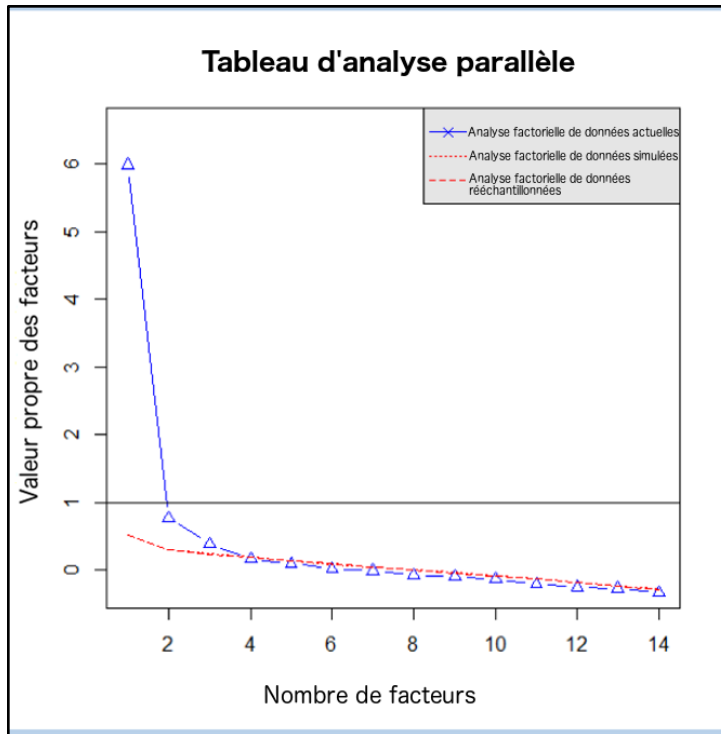


Figure 17. L'analyse factorielle exploratoire parallèle de Horn (collaboration en présence)

Cette première analyse nous a permis d'orienter la prochaine étape de notre analyse factorielle exploratoire, soit la méthode de rotation oblique en plus de l'analyse factorielle confirmatoire.

4.1.2 Analyse factorielle exploratoire : méthode de rotation oblique (oblimin)

Étant donné les résultats de l'étape précédente et puisque Chiochio et coll. (2012) ont déjà validé la structure factorielle à quatre facteurs de leur questionnaire, nous cherchions à savoir si chacun des quatorze énoncés corrélait avec les mêmes facteurs qu'originellement dans le contexte de notre étude pour répondre aux objectifs spécifiques OS1-OS2. À cette fin, nous avons réalisé une analyse factorielle exploratoire à rotation oblique selon la probabilité qu'il existât quatre facteurs.

Le Tableau 10 montre la distribution des énoncés pour la collaboration en ligne. Le « Q » pour question représente un énoncé du questionnaire. Les « Q » impaires représentent les questions pour la collaboration en ligne. Au Tableau 10, la structure

factorielle obtenue pour la collaboration en ligne est similaire à celle de l’outil de Chiochio et coll. (2012). Cependant, l’énoncé Q5 oscille entre le 1^{er} et le 4^e facteur. La Q5 représente la question ou l’énoncé « Dans notre équipe, nous nous comprenions lorsque nous parlions du travail à faire »

Tableau 10.

Analyse factorielle exploratoire à quatre facteurs : méthode de rotation oblique (collaboration en ligne)

Comparaison entre notre étude et Chiochio et coll. (2012)	Facteur 1 Communication	Facteur 2 Synchronisation	Facteur 3 Coordination explicite	Facteur 4 Coordination implicite
Notre étude	Q1-Q3-Q5-Q7-Q9	Q11-Q13-Q15	Q17-Q19-Q21	Q5-Q23-Q25-Q27
Étude de Chiochio et coll. (2012)	Q1-Q3-Q5-Q7-Q9	Q11-Q13-Q15	Q17-Q19-Q21	Q23-Q25-Q27

Le Tableau 11 illustre la distribution des énoncés pour la collaboration en présence. Les « Q » paires représentent les mêmes questions que les « Q » impaires, mais pour la collaboration en présence. Pour la collaboration en présence, les résultats de notre étude montrent que les variables Q6 et Q8 corrélerent avec le facteur 3 (voir Tableau 11). Pour sa part, la variable Q10 oscille entre le facteur 1 et le facteur 2. Le facteur 1 (*communication*), composé originellement de 5 questions est ici divisé entre deux facteurs, soit deux énoncés faisant partie du facteur 1 (*communication*) et deux autres énoncés dans le facteur 3 (*coordination explicite*). De plus, le facteur 4 est aussi divisé, car la Q28 devrait faire partie du facteur 4 (*coordination implicite*). En somme, les quatre facteurs sont présents, mais trois énoncés corrélerent avec des facteurs différents de l’outil de Chiochio et coll. (2012), à savoir Q6 (« Dans notre équipe, nous nous comprenions lorsque nous parlions du travail à faire »), Q8 (« Dans notre équipe, nous partageons des ressources qui aident à la réalisation des tâches ») et Q28 (« Dans notre équipe, nous avons une compréhension implicite des tâches à réaliser »).

Tableau 11.

Analyse factorielle exploratoire à quatre facteurs : méthode de rotation oblique (collaboration en présence)

Comparaison entre notre et Chiocchio et coll. (2012)	Facteur 1 Communication	Facteur 2 Synchronisation	Facteur 3 Coordination explicite	Facteur 4 Coordination implicite
Notre étude	Q2-Q4-Q10	Q10-Q12-Q14-Q16	Q6-Q8-Q18-Q20-Q22-Q28	Q24-Q26
Étude de Chiocchio et coll. (2012)	Q2-Q4-Q6-Q8-Q10	Q12-Q14-Q16	Q18-Q20-Q22	Q24-Q26-Q28

Dans le contexte de notre recherche où la collaboration s'est déroulée d'abord en ligne et ensuite en présence, la structure factorielle exploratoire de la collaboration en présence diffère un peu de l'outil original de Chiocchio et coll. (2012), car trois énoncés corrélaient avec des facteurs différents. La structure factorielle exploratoire de la collaboration en ligne est plus similaire à celle de Chiocchio et coll. (2012) que pour la structure factorielle de la collaboration en présence, et ce, même si l'instrument original de Chiocchio et coll. (2012) n'a pas encore été utilisé en contexte de collaboration en ligne. Cependant, les quatre facteurs originaux de Chiocchio et coll. (2012) sont visibles dans le contexte de notre étude tant pour la collaboration en ligne qu'en présence.

Pour deux raisons, nous avons donc choisi de réaliser les analyses factorielles confirmatoires pour la collaboration en présence et pour la collaboration en ligne en conservant tous les énoncés répartis selon les mêmes facteurs que l'étude de Chiocchio et ses collègues. La première raison est que la structure factorielle exploratoire de la collaboration en ligne est similaire à la structure originale de Chiocchio et coll. (2012). La seconde raison est que nous voulions observer si les indices des analyses confirmatoires de l'étude originale de Chiocchio et coll. (2012) allaient être similaires à notre étude tant pour la collaboration en ligne qu'en présence. Et cela malgré le fait que trois énoncés oscillaient entre deux facteurs, car les quatre facteurs sont visibles. D'ailleurs, l'instrument de

Chiocchio et coll. (2012) étant déjà validé, nous voulions confirmer sa structure factorielle dans le contexte d'une collaboration s'étant déroulée en ligne et ensuite en présence.

4.1.3 Analyses factorielles confirmatoires

Pour l'analyse factorielle confirmatoire de la collaboration en ligne, l'indice d'ajustement Comparatif (IAC) se situe à 0,960 alors que celui de Tucker Lewis est à 0,948. La racine normalisée moyenne résiduelle (SRMR) se situe à 0,045. Ces résultats de l'analyse factorielle confirmatoire manifestent de bons indices d'ajustement.

Quant à l'analyse factorielle confirmatoire de la collaboration en présence, elle indique que les indices d'ajustement Comparatif (IAC) se situent à 0,930 et Tucker Lewis à 0,910. De plus, la racine normalisée moyenne résiduelle (SRMR) se situe à 0,053.

Afin de comprendre la valeur de ces indices d'ajustement, Kline (2016) mentionne qu'un modèle est acceptable lorsque l'IAC se situe autour de 0,95 et en bas de 1. De même, lorsque l'indice de Tucker Lewis se situe autour de 0,95 et en bas de 1, cela indique que le modèle représente un très bon indice d'ajustement. Enfin, cet auteur précise aussi qu'un modèle est acceptable lorsque la SRMR se situe en bas de 0,10. Le Tableau 12 présente cette comparaison des résultats d'analyses factorielles confirmatoires entre l'étude de Chiocchio et coll. (2012) et notre étude.

Tableau 12.

Comparaison des résultats d'analyses factorielles confirmatoires entre l'étude de Chiocchio et coll., 2012 et notre étude

Études	IAC	Tucker Lewis (NFI)	SRMR
Étude 1 : Collaboration en présence - Chiocchio et coll. (2012)	0,950	0,930	0,060
Étude 2 : Collaboration en ligne (notre étude)	0,960	0,948	0,045
Étude 2 : Collaboration en présence (notre étude)	0,930	0,910	0,053

Par conséquent, nos analyses factorielles indiquent que les deux activités collaboratives réalisées en présence amèneraient les dimensions de la collaboration à se comporter similairement qu'en ligne. Les petits écarts sont possiblement dû au fait que les activités collaboratives en présence ont permis aux étudiants de manifester différemment les dimensions de la collaboration. Nous reviendrons sur cet aspect lors du chapitre de la discussion.

En somme, les analyses factorielles nous ont permis de confirmer que la structure factorielle à quatre facteurs du modèle de Chiochio et coll. (2012) était fiable dans le contexte de notre étude, c'est-à-dire pour la collaboration en ligne et en présence. En effet, dans l'analyse exploratoire un énoncé varie pour la collaboration en ligne et quatre énoncés oscillent entre différents facteurs pour la collaboration en présence, mais les analyses confirmatoires confirment le modèle. La prochaine section s'attarde à présenter les résultats qui décrivent la collaboration en ligne et en présence.

4.2 Comment les étudiants collaborent-ils en ligne et en présence?

Cette section présente les résultats des données provenant des deux outils de collecte des données que nous avons utilisés, soit le questionnaire pour les données quantitatives et qualitatives, en plus du contenu de la section 4 sur le *Retour de l'activité collaborative*, en plus des interactions dans le JBC recueillies avec l'outil « commentaires » (*Google Doc*) des douze JBC des équipes. Ces résultats visent à décrire comment les étudiants collaborent en ligne (OS1) et en présence (OS2).

Afin de déterminer comment les étudiants collaborent en ligne, nous les avons interrogés sur la collaboration vécue à travers leur travail d'équipe réalisé d'abord en ligne et ensuite en présentiel.

En premier lieu, le Tableau 13 présente les données descriptives de la collaboration lors du travail réalisé en ligne et en présence en équipe interprofessionnelle. Nous constatons qu'en moyenne, 81 % des répondants affirment qu'ils ont mobilisé les dimensions de la collaboration en ligne et 83 % affirment qu'ils ont mobilisé les dimensions de la collaboration en présence. La majorité des étudiants affirment donc qu'ils collaborent lors

de la réalisation de leur travail d'équipe en ligne et en présence. Ces résultats sont similaires et indiquent qu'après avoir travaillé en équipe en ligne, la perception de la collaboration entre les membres d'une équipe a un peu augmenté lorsqu'ils ont réalisé leurs tâches en présentiel.

Tableau 13.

Collaboration lors du travail d'équipe

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type	Pourcentage accord et totalement en accord
Collaboration en ligne	320	1,93	4	3,24	0,458	81 %
Collaboration en présence	320	2	4	3,30	0,418	83 %

En second lieu, nous avons aussi interrogé les étudiants sur les outils technologiques dont ils avaient fait usage pour réaliser les activités collaboratives en ligne et en présence. Pour réaliser les activités du JBC en ligne, les participants ont répondu avoir utilisé en moyenne 4,43 outils technologiques alors qu'ils affirment en avoir utilisé en moyenne 3,83 en présence. À ce sujet, notons que les répondants pouvaient utiliser plus d'un outil technologique utilisé pour la collaboration en ligne d'une part et pour la collaboration en présence, d'autre part.

La Figure 18 illustre les outils technologiques qui ont été utilisés (en bleu) ou non (en rouge) pendant la réalisation du JBC (collaboration en ligne). Les résultats montrent que le JBC a été utilisé par 96 % des participants. Outre l'utilisation du JBC pour rédiger de manière collaborative les deux activités, on constate que l'outil « commentaire » dans le Google Doc (JBC) arrive premier avec 84 % qui en ont fait usage, la plateforme Messenger a été utilisée par 79 %. De plus, 67 % des participants ont utilisé l'outil de clavardage dans le JBC. La plateforme Facebook (groupe privé) a été utilisée par 62 % des étudiants. Les autres outils (Power Point, Hangout, Doodle, Skype) ont été utilisés en deçà de 14 %. Enfin, l'adresse courriel de la *G Suite pour l'éducation* a été utilisée par 55 % des participants.

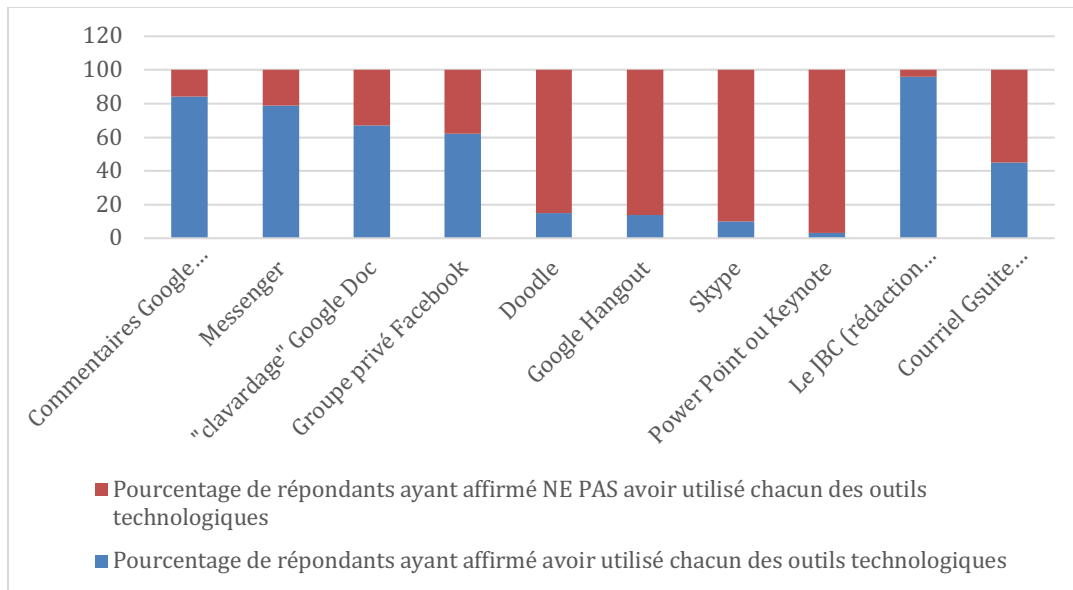


Figure 18. Pourcentage des répondants ayant utilisé ou pas utilisé les outils technologiques pour réaliser les activités dans le JBC lors de la collaboration en ligne

De son côté, pour la collaboration en présentiel la Figure 19 illustre les outils technologiques qui ont été utilisés (en bleu) ou non (en rouge) pendant la réalisation du JBC (collaboration en présence). Le JBC *Google Doc* comme outil d'écriture collaborative a été utilisé par 85 % des participants. L'outil commentaires dans le *Google Doc* (JBC) a été utilisé par 23 %. La plateforme Messenger a été utilisée par 20 % des participants. La plateforme Facebook (groupe privé) a été utilisée par 17 %. L'outil de clavardage dans le JBC a été utilisé par 17 % des participants. Enfin, l'adresse courriel de la G Suite pour l'éducation a été utilisée par 16 %.

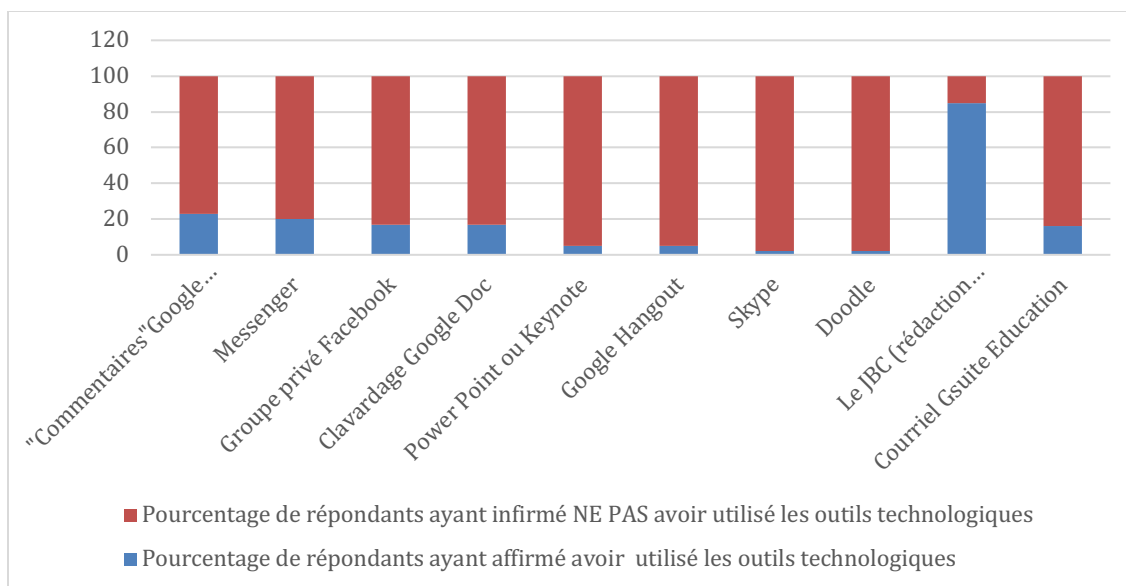


Figure 19. Pourcentage des répondants ayant utilisé ou pas utilisé les outils technologiques pour réaliser les activités lors de l'atelier interprogramme en présentiel

Parallèlement, l'ensemble des commentaires laissés dans le questionnaire, dans les commentaires du JBC et à la section 4 du JBC amènent quelques précisions sur la manière dont les participants ont utilisé le numérique pour collaborer en ligne et en présentiel. Ainsi, les participants ont noté avoir utilisé Messenger et le groupe privé Facebook pour programmer des dates communes et échanger des idées en synchrone et en asynchrone tout en utilisant le JBC (Google Doc) pour réaliser la rédaction des activités collaboratives en synchrone et en asynchrone. Selon les commentaires des étudiants laissés dans le questionnaire et dans les JBC des douze équipes, Google Hangout et Skype ont été utilisés pour travailler de manière synchrone pendant la rédaction des activités du JBC. Les étudiants utilisent donc plusieurs outils en même temps pour collaborer en équipe. Nos résultats indiquent que lorsqu'ils travaillent en équipe pour collaborer en présentiel, ils font usage de certains outils numériques à leur disposition. De plus, les résultats quantitatifs notent que des équipes clavarderaient et commenteraient directement dans leur JBC pendant qu'elles collaborent en présentiel. Certaines d'entre elles utilisent aussi Messenger et un groupe Facebook privé pour discuter en temps réel pendant le moment de

collaboration en présentiel. Bref, les participants de l'étude utilisent le numérique pour collaborer en ligne et en présentiel.

En troisième lieu, nous avons demandé aux étudiants leur niveau de satisfaction à l'égard des tâches réalisées en ligne et en présence. Ainsi, nous voulions observer s'il y avait une relation entre la collaboration pendant le travail réalisé en équipe et la satisfaction des activités cocréées. De plus, les participants au questionnaire étaient invités à expliquer pourquoi ils étaient satisfaits ou insatisfaits de leurs activités réalisées en ligne et en présence. Ce qui nous a permis de mieux comprendre la manière dont ils avaient manifesté chacune des dimensions de la collaboration. Ces données qualitatives nous ont donc permis de répondre aux deux objectifs (OS1-2). Les Tableaux 14 et 15 montrent que les étudiants sont majoritairement satisfaits des activités collaboratives réalisées en ligne et en présence. Les résultats montrent que leur niveau de satisfaction est similaire tant pour les deux activités réalisées en ligne – Khan (78 %) et vignette (78 %) – qu'en présence – Khan bonifiée lors de l'atelier interprogramme (80 %) et vignette bonifiée lors de l'atelier interprogramme (79 %).

Tableau 14.

Satisfaction des étudiants à l'égard des activités collaboratives réalisées en ligne : activité thérapeutique de madame Khan et la vignette

	Totalement désaccord	en	En désaccord	En accord	Totalement en accord	Moyenne	Écart-type	Pourcentage totalement en accord et en accord
Je suis satisfait de l'activité d'éducation thérapeutique de madame Khan	6		33	19 9	82	3,12	0,650	78 %
Je suis satisfait de notre vignette	7		31	19 7	84	3,12	0,659	78 %

Tableau 15.

Satisfaction des étudiants à l'égard des activités collaboratives réalisées en présence : activité thérapeutique de madame Khan et la vignette

	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord	Moyenne	Écart-type	Pourcentage totalement en accord et en accord
Je suis satisfait de l'activité d'éducation thérapeutique de madame Khan bonifiée	7	34	161	115	3,21	0,718	80 %
Je suis satisfait de la vignette bonifiée	6	34	166	106	3,19	0,700	79 %

Nous avons aussi réalisé une analyse statistique inférentielle en effectuant le test de Corrélation de Pearson (ρ) afin d'évaluer les relations entre la collaboration et la satisfaction des étudiants pour chacune des quatre activités (deux du JBC réalisées en ligne et deux réalisées lors de l'atelier interprogramme). Les résultats du Tableau 16 montrent qu'il y a une relation positive entre la collaboration en ligne et le niveau de satisfaction à l'égard des activités réalisées virtuellement (madame Khan : $\rho = 0,533$ et vignette : $\rho = 0,499$). Par ailleurs, la relation positive est plus faible pour les activités réalisées en présence (madame Khan bonifiée : $\rho = 0,369$ et vignette bonifiée : $\rho = 0,368$).

Tableau 16.

Relation entre la collaboration en ligne et la satisfaction de l'activité d'éducation thérapeutique et la vignette réalisées dans le JBC en ligne et en présentiel lors de l'atelier interprogramme

Relations entre la satisfaction des activités et la collaboration en ligne	Relation Corrélacion de Pearson
Satisfaction de l'activité thérapeutique de madame Khan réalisée en ligne dans le Journal de bord collaboratif	0,533
Satisfaction de la vignette réalisée en ligne dans le Journal de bord collaboratif	0,499
Satisfaction de l'activité thérapeutique de madame Khan bonifiée lors de l'atelier interprogramme	0,369
Satisfaction de l'activité de la vignette bonifiée lors de l'atelier interprogramme	0,368
Satisfaction générale pour toutes les activités réalisées	0,546

Pour leur part, les résultats du Tableau 17 indiquent qu'il y aurait aussi une relation positive entre la collaboration en présence et le niveau de satisfaction à l'égard des activités réalisées virtuellement ($\rho = 0,436$ et $\rho = 0,400$). De plus, il y aurait une relation positive plus élevée entre la collaboration en présence et le niveau de satisfaction à l'égard des activités réalisées en présence (madame Khan bonifiée : $\rho = 0,517$ et vignette bonifiée : $\rho = 0,541$).

Tableau 17.

Relation entre la collaboration en présence et la satisfaction des activités réalisées en ligne et en présentiel

Relations entre la satisfaction des activités et la collaboration en présence	Relation Corrélation de Pearson
Satisfaction de l'activité thérapeutique de madame Khan réalisée en ligne dans le Journal de bord collaboratif	0,436
Satisfaction de la vignette réalisée en ligne dans le Journal de bord collaboratif	0,400
Satisfaction de l'activité thérapeutique de madame Khan bonifiée réalisée lors de l'atelier interprogramme	0,517
Satisfaction de l'activité vignette bonifiée réalisée lors de l'atelier interprogramme	0,541
Satisfaction générale pour toutes les activités réalisées	0,587

Par ailleurs, nous avons aussi observé une relation positive entre le nombre d'outils technologiques utilisés par les étudiants et la collaboration, soit $\rho = 0,156$ pour la collaboration en ligne et $\rho = 0,120$ pour la collaboration en présence (voir Tableau 19).

Ces différents résultats sur la relation positive entre la satisfaction à l'égard des activités et la collaboration laissent présager que lorsque la collaboration se déroule bien en ligne, les étudiants sont susceptibles d'être satisfaits de leurs activités réalisées en ligne. De plus, lorsque la collaboration se déroule bien en présence, les étudiants seraient susceptibles d'être satisfaits de leurs activités en présentiel. De plus, ces résultats laissent croire que lorsque les étudiants sont satisfaits de leur activité réalisée en ligne et que la collaboration y est aussi élevée, ils seront davantage susceptibles de mieux collaborer en classe en présence et d'être satisfaits des activités en présentiel qu'ils auront réalisées.

Tableau 18.

Relation entre la collaboration et le nombre d'outils technologiques utilisés pour collaborer

Collaboration	Relation Corrélation de Pearson
Collaboration en ligne (pendant les activités du JBC)	0,156
Collaboration en présence (pendant l'atelier interprogramme)	0,120

Ces données globales sur la collaboration, la satisfaction des étudiants à l'égard des tâches et l'usage des outils technologiques maintenant présentées forme une première description sur comment les étudiants collaborent en ligne (OS1) et en présence (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en sciences de la santé et psychosociales en mode hybride. Les résultats spécifiques à chaque dimension de la collaboration présentés dans les sections suivantes vont compléter cette description.

4.2.1 Résultats par dimension de la collaboration

Nous présentons ici les résultats obtenus selon chaque dimension de la collaboration en ligne et en présence. Nous présentons d'abord les degrés moyens d'accord des répondants pour l'ensemble des questions de chaque dimension (données quantitatives), pour ensuite présenter les résultats des données qualitatives. Les extraits positifs relatent les raisons positives qui expliquent le bon déroulement de la collaboration en travail d'équipe en ligne comme en présence. À l'opposé, les extraits négatifs témoignent des raisons de leur insatisfaction à l'égard des activités réalisées en ligne et en présentiel et des défis liés au déroulement de la collaboration en travail d'équipe en ligne comme en présence. Les résultats issus des données qualitatives sont présentés de la manière suivante. Pour chaque dimension, nous expliquons les résultats issus de l'analyse des données qualitatives pour le travail réalisé lors de la collaboration en ligne en premier et ensuite lors de la collaboration en présentiel. Pour rappel, ces extraits ont été codés selon les quatre dimensions de la collaboration soit la communication, la synchronisation et les coordinations explicite et implicite. Nous avons aussi codé des extraits rédigés par les

participants dans notre questionnaire et à la section 4 du JBC et les avons codés par thèmes selon les énoncés des dimensions de la collaboration (1 thème = 1 énoncé). Ensuite, nous avons observé la fréquence d'apparition des thèmes. Les Figures 20-21-22 présentent donc les fréquences pour chaque énoncé des dimensions. Les descriptions qui accompagnent ces figures présentent les énoncés récurrents pour chaque dimension en les accompagnant d'exemples d'extraits du questionnaire et du JBC.

Avant de présenter les données spécifiques à chaque dimension de la collaboration, le Tableau 19 dresse une synthèse des résultats des données quantitatives et qualitatives que nous avons analysées. Globalement, les résultats quantitatifs montrent que la majorité des répondants ont communiqué, se sont synchronisés et coordonnés pour collaborer en équipe. Les résultats qualitatifs comportent de nombreux extraits analysés, à savoir (n=994) au total et divisés ainsi dans l'ordre : (n=584) pour la communication, (n=302) pour la coordination explicite et (n=108) pour la synchronisation. Aucun extrait n'a été lié à la synchronisation implicite.

Tableau 19.

Synthèse des données quantitatives et qualitatives liées aux dimensions de la collaboration

Dimensions de la collaboration	Résultats quantitatifs % « en accord »	Résultats qualitatifs Fréquences d'extraits positifs +	Résultats qualitatifs Fréquences d'extraits négatifs -	Sous-total	Total des fréquences des extraits
Communication	En ligne : 80%	326	65	391	
Communication	En présentiel : 83%	164	29	193	
				Total	584
Coordination ex	En ligne : 82%	125	52	177	
Coordination ex	En présentiel : 80%	94	31	125	
				Total	302
Synchronisation	En ligne : 88%	46	53	99	
Synchronisation	En présentiel : 90%	1	8	9	
				Total	108
Coordination im	En ligne : 75%	0	0	0	
Coordination im	En présentiel : 81%	0	0	0	0
				Total	0
				Grand total	994

Dimension de la communication (données quantitatives)

La majorité des étudiants mentionnent communiquer lorsqu'ils collaborent en équipe en ligne et en présence. Ainsi, ils sont majoritairement en accord quant aux questions portant sur la dimension de la communication en ligne (80 %) et en présence (83 %). La différence de 3 % entre la communication en ligne et en présence est faible. À titre d'exemple, les étudiants ont un peu plus partagé des connaissances qui ont fait avancer le travail en présence (84 %) qu'en ligne (80 %). Les données qualitatives apportent des

informations sur la manière dont ils ont communiqué, les enjeux et les réussites vécues quand ils ont collaboré lors de leur travail d'équipe.

Dimension de la communication (données qualitatives)

Nous avons analysé les données qualitatives liées à la dimension communication de la collaboration expliquant les raisons de leur satisfaction ou de leur insatisfaction à l'égard de chaque activité collaborative réalisée en ligne et en présence. Voir à la Figure 20. Parmi les réponses au questionnaire et celles recueillies dans les douze JBC, nous avons codé un très grand nombre d'extraits faisant partie de la dimension de la communication (n=584), ce qui situe la dimension de la communication au premier rang des fréquences.

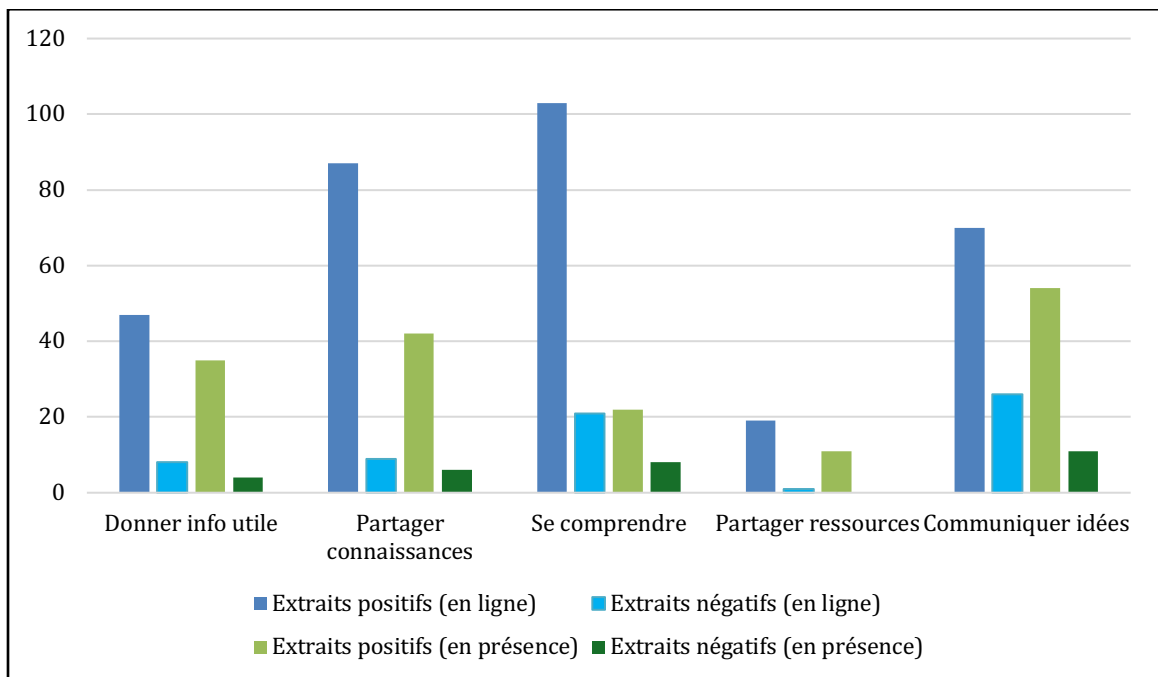


Figure 20. Fréquence des extraits par énoncé du questionnaire de la dimension communication

Dimension communication lors de la collaboration en ligne

L'analyse détaillée des extraits qualitatifs portant sur la communication pendant l'activité en ligne permet de mieux décrire nous permettent de décrire comment les étudiants collaborent en ligne (OS1).

Ainsi, 326 extraits positifs ont été codés pour la communication en ligne contre 65 négatifs (voir Figure 20). Dans les nombreux extraits positifs liés à la dimension « communication » lors de la collaboration en ligne, les répondants commentent surtout sur le fait qu'ils se comprenaient lorsqu'ils parlaient du travail à faire (n=103) et qu'ils ont partagé des connaissances (n=87) et communiqué leurs idées (n=70). Certains extraits sont liés aux énoncés sur le partage des ressources (n=19) et d'informations utiles (n=47). Des étudiants ont commenté qu'ils étaient satisfaits de leur vignette conçue dans leur JBC en ligne pour diverses raisons liées à la communication comme en témoignent les extraits suivants : « Permettait de voir comment un patient vivait sa situation de santé et comment chaque profession peut contribuer à celle-ci » (Q095)¹¹; « Chacun a amené un élément propre à sa profession ce qui nous a donné une vignette clinique très complète » (Q101); « Chacun a apporté ses idées. Nous discutons des informations pour lesquelles nous étions en accord ou en désaccord » (Q102); « Les membres de l'équipe étaient à l'écoute des autres, nous avons écouté les différentes opinions et avons pu prendre une décision » (Q197).

Notre analyse a aussi permis de relever 65 extraits négatifs liés à la communication en ligne. Parmi les plus récurrents, certains indiquent qu'ils ont eu des difficultés à communiquer leurs idées (n=26) et à se comprendre lorsqu'ils parlaient du travail à faire (n=21). Par contre, peu d'extraits sont liés aux difficultés à se donner de l'information utile (n=8), à partager des connaissances (n=9) et à partager des ressources (n=1). À titre d'exemple, certains n'ont pas compris la tâche à effectuer lors de l'activité d'éducation thérapeutique à concevoir pour madame Khan, ce qui les a amenés à expérimenter des difficultés à communiquer : « Tout le monde tente de mettre son grain de riz et de valoriser sa profession par-dessus celle des autres » (Q244); « La communication avec les membres de mon équipe était difficile et ils ne voulaient pas utiliser les outils technologiques à notre disposition » (Q066); « Communiquer et trouver un accord a été difficile, mais au final le résultat était satisfaisant » (Q042).

¹¹ Code appliqué à chaque répondant au questionnaire : QXXX

De plus, la plupart des équipes du JBC ont mentionné que leur défi pour améliorer leur travail d'équipe pour réaliser les activités collaboratives en ligne était d'améliorer la communication entre coéquipiers. Un membre dans une équipe a d'ailleurs souligné le besoin d'avoir « Davantage de communication et d'interaction entre les membres, être plus efficace, effectuer un partage d'idée plus structuré » (JBCÉ10)¹².

Dimension communication lors de la collaboration en présentiel

L'analyse détaillée des extraits qualitatifs portant sur la communication pendant l'activité en ligne permet de mieux décrire comment les étudiants collaborent en présence (OS2).

Nous avons recueilli moins d'extraits liés à la dimension communication en présentiel (n=193), dont 164 sont positifs et 29 sont négatifs. Pour les extraits positifs, les étudiants ont commenté en lien avec tous les énoncés : communiquer leurs idées (n=54), avoir partagé des connaissances (n=42), s'être donné de l'information utile (n=35), se comprendre lorsqu'ils parlaient du travail à faire (n=22) et partager des ressources (n=11). Des répondants mentionnent par exemple que l'atelier interprogramme en présentiel est venu bonifier et améliorer leurs connaissances : « J'ai trouvé l'activité interprogramme enrichissante puisque nous avons pu confirmer ce que nous pensions en échangeant nos idées avec les membres de l'autre équipe. L'autre équipe a pu nous fournir d'autres pistes de solutions, alors que, de notre côté, nous avons pu leur offrir une autre vision de chaque activité » (Q061); « L'activité bonifiée nous a permis d'ajuster notre travail selon les exigences ce qui nous a donné une activité que je juge assez complète » (Q101); « Très stimulant et intéressant de pouvoir en discuter en groupe et avec d'autres personnes qui ne faisaient pas partie de notre équipe de JBC » (Q210); « D'échanger entre futurs professionnels de la santé sur leurs perspectives, qui divergeaient parfois de celle de mon équipe. Cela a démystifié certains rôles, les objectifs communs » (Q271); « J'ai beaucoup

¹² Code appliqué à chaque équipe JBC : JBCÉXX

apprécié les discussions en groupe encore une fois je trouve que cela nous donne une perspective sur les fonctions et les spécialités des autres disciplines » (Q200).

« Cela nous permet aussi d'entrevoir comment se dérouleront les rencontres interdisciplinaires dans les milieux de soins. La participation d'un patient invité est aussi très intéressante, car elle nous donne la perspective et l'opinion d'un patient, ce qu'on n'a pas souvent la chance de connaître » (Q059). « La présence d'un patient-formateur était très instructif et nous permettait de mieux comprendre l'importance de considérer son point de vue. En effet, il apportait une perspective différente de la nôtre qui est celle d'un professionnel de la santé » (Q0195).

Parmi les extraits négatifs les plus récurrents pour la communication en présentiel, on note ceux liés aux tâches à réaliser pendant l'atelier interprogramme. Par exemple, pour certains participants, les tâches collaboratives que les équipes avaient à réaliser n'ont pas suffisamment suscité de discussions entre les coanimateurs et les coéquipiers. Cela n'a pas facilité la communication des idées (n=11), leur compréhension du travail à faire (n=8), le partage des connaissances (n=6) et le fait de se donner de l'information utile (n=4). De plus, certains étudiants ont mentionné que les consignes n'étaient pas claires ou que les tâches en présentiel n'ont pas suscité ni amené d'autres apprentissages que ceux réalisés dans le JBC :

« Nous répétions ce que nous avons déjà discuté auparavant lors de la conception de la vignette... » (Q234); « Dans la réalité on ne sait pas comment ça se passe. Ça aurait été plus formateur que le patient présente une vignette d'un fait vécu et que nous lui disions si nos stratégies développées dans notre vignette pourraient s'appliquer...quelque chose qui met plus à profit la présence du patient partenaire » (Q118); « (...) il semblait que mon équipe ne connaissait pas bien les tâches associées à leur profession, donc il manquait parfois de richesse dans les échanges pour compléter la vignette » (Q113); « C'était bien. Par contre, lors de l'activité en présence, les tâches à accomplir n'étaient pas explicitement écrites. Par exemple : la présentation de la vignette de Mme Khan. On ne s'y attendait pas. De plus, je ne comprenais pas très bien les questions que l'on nous posait lors de l'atelier (en présence) » (Q124); « Comme on ne s'était pas entendu pour la vignette ça a été plus

difficile d'en parler lors de l'atelier » (Q316); « J'ai vu très peu d'avantage à faire la bonification. Il manquait l'explication de pourquoi il fallait faire cette bonification » (Q151).

En résumé, les résultats liés à la dimension de la communication indiquent qu'elle s'est manifestée différemment lorsque les étudiants collaboraient en ligne et en présence. En ligne, les étudiants ont échangé des connaissances et se comprenaient lorsqu'ils parlaient du travail à faire, mais certains avaient des difficultés à partager leurs idées de manière structurée. De plus, des étudiants ont rencontré des embûches comme la difficulté de communication concernant les rencontres communes à fixer au calendrier et les outils technologiques à employer pour effectuer les tâches. Les résultats semblent indiquer que lorsque les participants ont des difficultés à se joindre pour amorcer la collaboration en ligne, ils doivent relever des défis pour parvenir à échanger des connaissances et se comprendre, donc communiquer. L'extrait du commentaire de l'étudiant Q042 illustre bien ce constat : « Je trouve que nous avons résolu le cas ensemble en partageant nos connaissances. Toutefois, je trouve que nous avons réalisé celui-ci trop à la dernière minute. S'organiser a été difficile. »

Par contre, en présentiel, la dimension communication s'est manifestée autrement. En face à face, les étudiants ont affirmé avoir bonifié leurs travaux collaboratifs et ont apprécié pouvoir échanger en personne. Les discussions avec le patient et le professionnel de la santé (coanimateurs) ont souvent permis une bonification de la collaboration et par le fait même de leurs tâches réalisées en amont en ligne. Cependant, les tâches à réaliser en équipe lors de l'atelier interprogramme en présentiel ne semblaient pas toujours nécessiter le partage des connaissances et la communication des idées entre tous ou encore de se comprendre sur le travail à faire.

Dimension de la synchronisation (données quantitatives)

La majorité des étudiants est d'accord pour affirmer qu'ils se synchronisent lorsqu'ils collaborent en équipe en ligne (88 %) et en présence (90 %). Par exemple, les étudiants faisaient en sorte que les tâches soient terminées à temps autant pour la collaboration en présence (91 %) qu'en ligne (90 %) et s'ajustaient pour respecter les

échéances de manière similaire en présence (90 %) et en ligne (89 %). De plus, ils ont fait le travail qu'ils devaient faire au bon moment en ligne (86 %) en présentiel (89 %). Or, les données qualitatives nuancent les résultats quantitatifs en apportant certaines précisions sur la synchronisation lors de la collaboration en ligne et en présentiel. Nous avons noté des différences entre la collaboration en ligne et en présentiel quant à la manière dont les étudiants ont mobilisé cette dimension. Ces résultats mettent en exergue plusieurs explications sur le déroulement de la collaboration en travail d'équipe que nous discuterons au prochain chapitre.

Dimension de la synchronisation (données qualitatives)

L'analyse qualitative a permis de coder 108 extraits liés à cette dimension, ce qui la positionne au 3^e rang en termes de codes attribués pour l'ensemble des dimensions. Cette analyse permet notamment de relever des éléments liés aux difficultés rencontrées pour respecter les échéances et faire le travail au bon moment.

Dimension de la synchronisation pendant la collaboration en ligne

Les résultats qualitatifs qui suivent nous permettent aussi de décrire comment les étudiants se synchronisent pour collaborer en ligne (OS1).

À ce sujet, à la Figure 21 on note presque autant d'extraits négatifs (n=53) que d'extraits positifs (n=46) sur la synchronisation lors de la réalisation des deux activités en ligne.

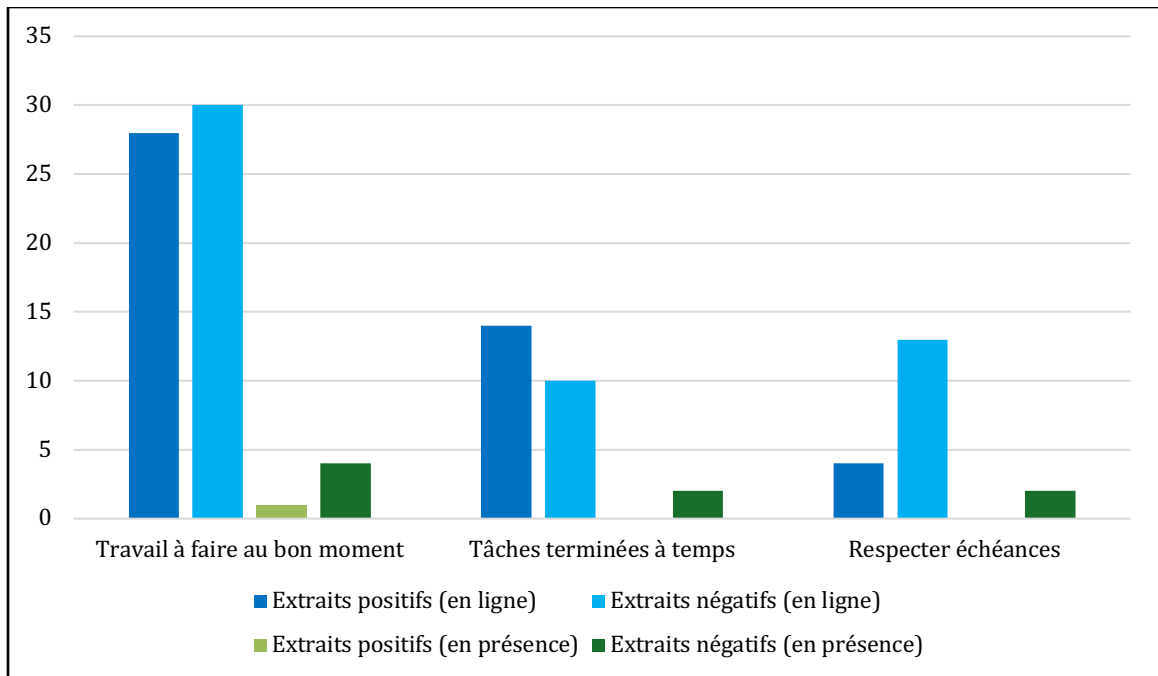


Figure 21. Fréquence des extraits par énoncé du questionnaire de la dimension synchronisation de la collaboration

Du côté de la synchronisation en ligne, la plupart des extraits positifs sont liés au fait que les membres de l'équipe ont fait les tâches au bon moment (n=28). Certains extraits sont liés au fait qu'ils terminaient leurs tâches à temps (n=14) et qu'ils respectaient les échéances (n=4), comme en témoignent les extraits suivants : « Chacun échangeait dans le respect, mettait de l'avant l'importance d'une bonne cohésion dans l'équipe et s'assurait de la réussite du projet commun » (Q271). « S'assurer que tous les membres ont pris connaissance du groupe Facebook sur lequel il est plus facile d'échanger. Fixer immédiatement la date de la prochaine rencontre » (JBCÉ12). « Prendre rendez-vous à l'avance pour notre prochaine rencontre. Stratégies à mettre en place pour relever ces défis: Regarder nos courriels ou le groupe Facebook régulièrement » (JBCÉ11).

Parmi les commentaires sur la synchronisation en ligne, nous avons relevé des extraits négatifs liés à la réalisation du travail au bon moment (n=30), les difficultés à respecter les échéances (n=13) et le fait de terminer les tâches à temps (n=10). Les

participants mentionnent entre autres qu'ils ont du mal à se rejoindre puisqu'ils proviennent de programmes différents, ce qu'illustrent les extraits qui suivent :

« Les différences d'horaire entre les différents membres de l'équipe en fonction de leur programme d'étude fait en sorte qu'il est difficile de trouver un moment pour se rencontrer tous ensemble pour réaliser le journal de bord. » (Q012); « Je trouve que nous avons mal compris en tant qu'équipe les tâches que nous devons réaliser. De plus, j'ai demandé à ce que l'on fasse une rencontre Skype, mais la majorité des membres ne voulaient pas, alors je n'ai pas insisté, mais je suis certaine que cela nous aurait facilité la tâche. » (Q187)

De plus, nous remarquons qu'il a été parfois difficile de planifier les rencontres virtuelles collaboratives, entre autres pour fixer une date plus tôt ou pour utiliser d'autres outils technologiques afin de joindre tous les membres : « Pendant la réalisation, je n'étais pas satisfaite de la participation de mes coéquipiers, j'étais celle qui leur écrivait pleins de messages car 2 jours avant la date limite, personne n'avait écrit quelque chose alors que j'avais tenté à plusieurs reprises de communiquer avec eux et de leur demander d'avancer le travail. Par contre, une fois terminé, le tout était bien fait et cela a paru dans l'atelier interprogrammes. » (Q075) « Je trouve que la technique d'évaluation de la collaboration est inadéquate car le gros de la collaboration se fait dans des conversations sur d'autres surfaces technologiques (ex : groupe Facebook) et ne sont donc pas pris en compte pour le cours. De plus, je trouve que le principal défi est de prendre contact à l'ouverture du cours et devrait être facilité d'une quelconque façon. » (Q270)

Lorsque les douze équipes volontaires de cette étude ont noté les points à améliorer au sein de leur équipe à la section 4 de leur JBC, elles ont toutes indiqué qu'il fallait améliorer le respect des échéances et réaliser le travail respectif de chacun au bon moment. « Défis pour l'activité collaborative #2: Trouver le moment idéal pour faire l'activité 2 avec l'horaire chargé de tout le monde » (JBCÉ7). Parmi ces douze équipes, nous avons repéré sept équipes ayant utilisé l'outil commentaires du Google Doc pour se synchroniser en faisant des propositions de calendrier et d'outil technologique pour communiquer et se synchroniser.

Dimension de la synchronisation pendant la collaboration en présentiel

Les résultats qualitatifs qui suivent nous permettent de décrire comment les étudiants se synchronisent lorsqu'ils collaborent en présence (OS2).

Lors de la collaboration en présentiel, très peu d'extraits négatifs ont été codés pour la dimension de la synchronisation, à savoir terminer leur tâche à temps (n=2), respecter les échéances (n=2) et faire le travail au bon moment (n=4). À titre d'exemple, on note les extraits suivants : « Mise à part le témoignage de la patiente, je trouve la rencontre interprofessionnelle inutile. » (Q039); « C'était intéressant, mais j'ai trouvé que c'était trop structuré ce qui limitait la conversation. » (Q159). Les résultats montrent donc que l'atelier en présence ne favorise pas assurément la synchronisation puisque l'atelier semble être trop encadré ou encadrant pour certains étudiants.

En résumé, les résultats liés à la dimension de la synchronisation indiquent qu'elle s'est manifestée différemment en ligne qu'en présentiel. En ligne, il y a parfois eu des problèmes de synchronisation au sein des équipes, notamment des difficultés liées aux horaires et au choix commun d'outil technologique pour communiquer. Lors de la collaboration en classe, les activités collaboratives n'auraient pas permis à certains de se synchroniser puisque l'atelier semblait trop encadrant et laissait moins de liberté de création. D'ailleurs, nous avons relevé un seul commentaire lié à la synchronisation en présence. Cela suppose que les équipes ont peu mobilisé cette dimension de la collaboration lors de l'atelier interprogramme. En revanche, des stratégies ont été énoncées de la part des équipes pour arriver à se synchroniser pour collaborer en ligne. Néanmoins, ces résultats nous permettent aussi de décrire comment les étudiants collaborent en ligne (OS1) et en présence (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en sciences de la santé et psychosociales en mode hybride.

Dimensions des coordinations explicite et implicite

Dimension de la coordination explicite (données quantitatives)

De son côté, la dimension de la coordination explicite soulève des données statistiques descriptives similaires aux deux premières dimensions, soit en ligne (82 % d'accord) qui est légèrement plus élevée en ligne qu'en présence (80 % d'accord). Ainsi, la majorité des étudiants affirment se coordonner explicitement lorsqu'ils collaborent en équipe en ligne et en présence. Par exemple, les étudiants ont moins eu à discuter des échéanciers en présence (79 %) qu'en ligne (84 %) et à échanger de l'information au sujet de « qui fait quoi » en présence (80 %) qu'en ligne (83 %). Ils auraient fait le point sur la progression du travail en ligne (78 %) et en présentiel (80 %). Les données qualitatives ci-bas apportent des explications qui permettent de relever des différences entre la collaboration en ligne et en présentiel sur la manière dont les étudiants se sont coordonnés explicitement.

Dimension de la coordination explicite (données qualitatives)

Plusieurs extraits sont liés à la dimension de la coordination explicite (n=302). Parmi ces extraits, on note sur la Figure 22 plus d'extraits positifs (n=115) que d'extraits négatifs (n=52) sur la coordination explicite lors de la réalisation des deux activités en ligne. De même, en présence, on note (n=94) extraits positifs et (n=31) extraits négatifs.

Cette dimension se situe au deuxième rang, après la communication en matière de codes attribués aux dimensions.

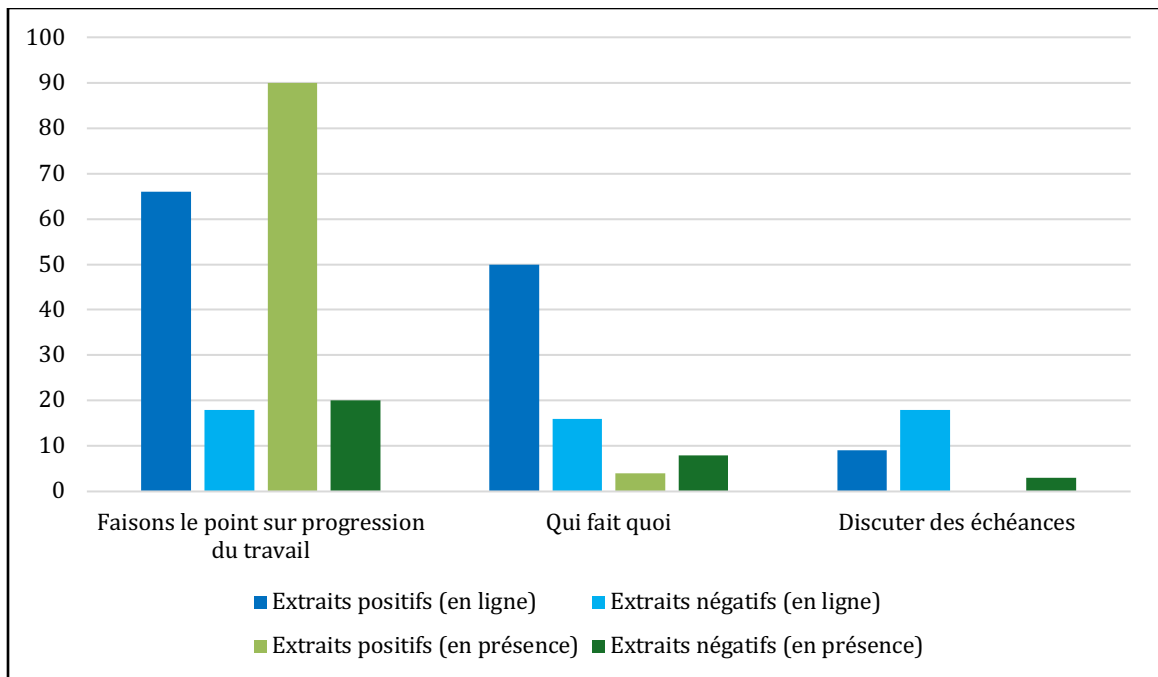


Figure 22. Fréquence des extraits par énoncé du questionnaire de la dimension coordination explicite de la collaboration

Dimension de la coordination explicite pendant la collaboration en ligne

Les résultats sur la coordination explicite pendant la collaboration en ligne nous permettent aussi de décrire comment les étudiants collaborent en ligne (OS1).

La Figure 21 montrent que les extraits positifs sur la coordination explicite en ligne (n=115) sont liés à l'énoncé « qui fait quoi » (n=66), au fait de faire le point sur la

progression du travail (n=50) et de discuter des échéances (n=9) comme en témoignent les exemples suivants :

« Les membres de l'équipe avaient une bonne collaboration en se montrant ouverts aux autres. Nous avons discuté du cas et nous nous sommes mis en accord pour un problème. Chaque personne a contribué pour développer l'activité thérapeutique de cette patiente. » (Q197) ; « Nous avons eu un consensus des idées et c'était bien réussi. » (Q239). « La vignette nous permet de mieux identifier notre champ d'action et aussi d'apprendre les compétences reliées à d'autres disciplines » (Q092); « Cette activité m'a permis de mieux comprendre les rôles de chaque professionnel et de voir leur approche de la problématique avec leurs yeux et partager nos connaissances. » (Q195).

De plus, 52 extraits négatifs ont été relevés pour la dimension de la coordination explicite en ligne. Nous avons noté des extraits à l'effet qu'il était difficile pour certains de discuter des échéances (n=18), de déterminer « qui fait quoi » (n=16) et de faire le point sur la progression du travail (n=18). Il semble donc que lorsque les équipes avaient des difficultés à discuter des échéances, elles ont eu du mal à déterminer qui fait quoi et à faire le point sur la progression de leur travail. Les extraits suivants tirés du questionnaire et de l'autoévaluation du travail d'équipe (section 4 du JBC) illustrent bien ce constat : « La contribution n'était pas égale de tous les membres de l'équipe. J'ai participé majoritairement à cette partie. » (Q222); « Se rencontrer virtuellement est difficile, cela n'est pas propice du tout à la discussion de groupe. Je crois que nous aurions été plus engagés dans l'activité du JBC si nous avions été obligés de nous rencontrer une fois en personne. » (Q199); « Dans le JBC en ligne, la coopération et l'échange des idées et beaucoup moins présente et efficace, comparativement aux activités suscitant la collaboration en présence. » (Q008) « Les défis pour l'activité collaborative virtuelle #2 de notre équipe : Compléter en collaboration la seconde activité plutôt que chaque membre de son côté. La compléter avant la date limite afin de s'assurer une bonne qualité du travail et la possibilité pour tous les membres de faire une rétroaction sur les parties des autres (JBCÉ3) ».

Dimension de la coordination explicite pendant la collaboration en présentiel

Les résultats liés à la coordination explicite en présence permettent aussi de décrire comment les étudiants collaborent en présence (OS2). Les extraits positifs (n=94) analysés pour cette dimension sont principalement à l'effet que pendant l'atelier interprogramme, les répondants auraient fait le point sur la progression du travail (n=90), mais qu'ils auraient très peu échangé d'information au sujet de « qui fait quoi » (n=4). La plupart des extraits concernent l'apport du patient partenaire et du professionnel de la santé en plus de l'autre équipe dans la bonification des activités collaboratives réalisées dans le JBC¹³ et la réalisation de nouveaux apprentissages. Ce qui a permis de faire le point sur la progression de travail (un énoncé de la coordination explicite). Le patient aurait notamment favorisé la coordination explicite en soutenant les équipes dans la progression du travail de certaines équipes. Pour mieux illustrer ce constat, les prochains paragraphes regroupent les extraits par type d'exemple.

Extraits liés au patient partenaire au profil partenaire et au professionnel de la santé (coanimateurs) :

« Après avoir discuté avec l'autre équipe, la patiente en partenariat et l'animateur, nous avons pu découvrir des opinions différentes et voir un point de vue totalement différent du nôtre, ce qui a été très intéressant durant cet atelier (Q197) » ; « Le témoignage du patient et les rétroactions de l'animatrice nous ont permis une meilleure compréhension de l'impact du patient partenaire et de la collaboration interprofessionnelle (rôle et responsabilisées de chacun) sur la qualité des soins. » (Q025); « On a pu inclure des informations et détails à partir des suggestions et commentaires du patient partenaire » (Q305); « Nous avons réussi à impliquer le patient et demander au patient ce qu'elle voulait au lieu de juste imposer les choses » (Q090). « La participation d'un patient invité est aussi très intéressante, car elle nous donne la perspective et l'opinion d'un patient,

¹³ Pour rappel, pendant l'atelier interprogramme, deux équipes interprofessionnelles de 5-6 étudiants sont jumelées pour former un groupe de 10-12 étudiants.

ce qu'on a pas souvent la chance de connaître » (Q059). « Tâche hyper motivante avec la présence du patient partenaire » (Q130).

Extraits liés à l'autre équipe jumelée :

« J'ai trouvé l'activité interprogramme enrichissante puisque nous avons pu confirmer ce que nous pensions en échangeant nos idées avec les membres de l'autre équipe. L'autre équipe a pu nous fournir d'autres pistes de solutions, alors que, de notre côté, nous avons pu leur offrir une autre vision de chaque activité » (Q061). « La participation de l'autre équipe ainsi que d'un patient était très stimulant » (Q102).

Extraits généraux :

« Nous avons dû ajuster notre vignette durant l'activité interprogramme étant donné que nous nous étions trompés à plusieurs niveaux » (Q307). « L'activité interprogramme est venue améliorer nos connaissances et bonifier nos différentes compétences dans les différents champs de compétence » (Q092).

De plus, pendant l'atelier interprogramme en présentiel, des équipes se sont coordonnées explicitement en faisant le point au sujet des apprentissages en rédigeant directement dans leur JBC. Alors que les directives n'exigeaient pas qu'ils l'écrivent dans leur JBC, quatre équipes sur les douze ont ajouté des éléments pour l'activité d'éducation thérapeutique de madame Khan et huit équipes l'ont fait pour la vignette. Pour ce faire, les membres ont écrit quelques informations et notes selon les conseils des coanimateurs et de l'autre équipe. Nous avons aussi repéré un commentaire au questionnaire à cet effet : « Les discussions avec l'autre équipe, la patiente et la formatrice nous ont donné plusieurs idées d'amélioration, mais nous ne les avons pas toutes écrites dans le JBC » (Q235).

Nous avons aussi noté des extraits négatifs (n=31) liés à la coordination explicite en présence qui témoignent de certaines difficultés des participants notamment à faire le point sur la progression des apprentissages (n=20), à échanger de l'information sur « qui fait quoi » (n=8) et à discuter des échéances (n=3). Par exemple, « L'expérience à l'activité interprogramme est parfois mitigée, car il arrive régulièrement que plusieurs membres ne

participent pas activement à l'activité et d'autres doivent donc prendre de « lead » pour que l'équipe ait quelque chose à partager en grand groupe » (Q222).

Des extraits témoignent que le déroulement de l'atelier interprogramme varie d'une équipe à l'autre et que certains participants ont vécu des difficultés à faire le point sur leurs apprentissages pendant l'atelier interprogramme. Ces extraits qui sont liés à la fois à la dimension de la communication et à la coordination explicite lors de la collaboration en présence. Ils permettent de mieux comment les étudiants collaborent en présence (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en sciences de la santé et psychosociales en mode hybride.

Certains ont eu des difficultés à faire le point sur la progression du travail de l'équipe, ce dont témoigne le commentaire suivant : « l'atelier interprogramme est selon moi inutile et n'a rien ajouté à nos vignettes (Q168) ». Par ailleurs, des étudiants soulignent que les coanimateurs n'ont pas facilité le travail de certaines équipes à faire le point sur la progression du travail d'équipe. Par exemple, un de ces extraits est lié, d'une part, au développement professionnel des coanimateurs qui prennent part au cours de Collaboration en santé et, d'autre part, aux éléments de collaboration intégrés dans leurs différents cours liés à leur propre programme de formation.

« [Un programme] partage certaines portions de son champ d'expertise avec d'autres professions telles que [un programme] et [un programme]. Toutefois, des conflits ont émergé, car certains étudiants en [un programme] particulièrement ne voulaient pas reconnaître l'expertise des [un programme] pour certains éléments qui sont pourtant partagés. Ces conflits sont présents dans les milieux et ils transparaissent visiblement déjà durant nos formations. Il a été découvert plus tard que les opinions véhiculées par un enseignant en [un programme] étaient la source de la fermeture de certains étudiants de [un programme]. Par chance, le cours CSS2900 a permis de révéler ce problème et d'entamer des démarches réparatrices auprès des écoles et facultés concernées. Il pourrait être pertinent que les intervenants soient plus informés sur les zones de chevauchement des professions qui participent à ce cours pour intervenir si de tels conflits surviennent dans les rencontres des prochaines années et présenter les bonnes informations. (Q228) »

« Manque d'écoute et d'ouverture (surtout!) de la part de la tutrice/animateur, laquelle portait des commentaires non-constructifs à l'évolution de l'activité. Ses commentaires et l'attitude générale de celle-ci donnaient l'impression aux étudiants d'être jugés, ce qui avait comme effet de nous démotiver à participer activement. Nous (les étudiants et l'animatrice) ne semblions pas avoir eu les mêmes directives quant au déroulement de l'activité. (Q009) ».

En résumé, les résultats provenant des données quantitatives et qualitatives liés à la dimension de coordination explicite indiquent, à l'instar des autres dimensions (communication et synchronisation), qu'elle se manifeste différemment lorsque la collaboration se déroule en ligne et en présence. En ligne, les étudiants ont indiqué avoir dû relever des défis de synchronisation afin de pouvoir communiquer et se coordonner explicitement. Par exemple, certains mentionnent avoir collaboré davantage que leurs coéquipiers et qu'il était difficile parfois en ligne de faire le point sur la progression du travail et de communiquer leurs idées. Par ailleurs, nos résultats indiquent qu'en présence, l'atelier interprogramme a favorisé la bonification du travail collaboratif des équipes réalisées en ligne grâce aux coanimateurs (patient et professionnel de la santé) et à l'autre équipe interprofessionnelle d'étudiants jumelée. Cependant, nos résultats soulignent aussi des difficultés liées au déroulement de l'atelier interprogramme. Cela a eu pour effet que des équipes ont rencontré des obstacles afin de faire le point sur leurs apprentissages (se coordonner explicitement). À ce sujet, des extraits relatent que des professionnels ont adopté une posture fermée et n'ont pas facilité la progression des apprentissages par leurs propos négatifs. De plus, les résultats montrent que les consignes des activités collaboratives en classe étaient parfois moins claires pour certains animateurs et n'ont pas toujours sollicité la bonification des activités réalisées en ligne et amené les équipes à faire le point sur la progression des apprentissages.

Dimension de la coordination implicite (données quantitatives)

Les résultats qui suivent nous permettent de décrire comment les étudiants se sont coordonnés de manière implicite pour collaborer en ligne (OS1) et en présence (OS2).

À ce sujet, les résultats indiquent que les répondants se seraient coordonnés implicitement. Ainsi, 76 % des étudiants affirment se coordonner implicitement lorsqu'ils collaborent en équipe en ligne alors que 81 % se coordonnent implicitement en présence. Par exemple, seulement 67 % des répondants ont indiqué avoir anticipé les besoins des autres sans qu'ils aient à les exprimer en ligne contre 70 % en présence.

Dimension de la coordination implicite (données qualitatives)

Notre analyse qualitative ne révèle que deux extraits liés à cette dimension. Par conséquent, il se peut que les trois énoncés de cette dimension n'aient possiblement pas été bien compris par tous, comme en témoigne la présence de commentaires soulevant cet aspect d'incompréhension. Il est aussi plausible que des étudiants n'ont peut-être pas eu à se coordonner implicitement lors de la collaboration en travail d'équipe en ligne ou en présence. Les extraits suivants illustrent l'incompréhension notée : « Je pense que certaines questions du sondage ici sont non appropriées/ trop poussées p/r à l'ampleur du projet du cours CSS. Le choix N/A aurait pu être présent si dans aucune situation par exemple je considère avoir eu l'occasion de "réorganiser les tâches instinctivement" » (Q097); « Vous devriez revoir les questions de votre sondage, car ce ne sont pas toutes les questions qui s'appliquent aux activités en ligne ET aux activités en présence. (exemple : question 16. Il n'y avait pas vraiment d'échéancier à discuter et à respecter lors de l'activité en présence » (Q076). Malgré le peu de données qualitatives que nous avons colligées sur la coordination implicite, les données quantitatives indiquent que les étudiants se sont tout de même coordonnés implicitement. Nous reviendrons sur la dimension de la coordination implicite dans la synthèse ci-bas et au chapitre de la discussion.

4.2.2 Synthèse des résultats sur la collaboration en ligne et en présence

La prochaine section présente une synthèse des résultats qui permet de mettre en exergue les résultats tout en les associant entre eux pour mieux répondre aux deux premiers objectifs spécifiques de notre étude.

4.2.2.1 L'usage du numérique pour collaborer en ligne et en présence

Les données quantitatives de notre projet de recherche indiquent des résultats significatifs tant sur le niveau de collaboration globale en ligne et en présence que sur chacune de ses

dimensions. Nous avons d'ailleurs noté une relation positive d'intensité moyenne entre la satisfaction à l'égard des activités et le niveau de collaboration pour les activités en ligne $\rho = 0,547$ comme en présence $\rho = 0,586$. De plus, nous notons une relation positive entre le nombre d'outils technologiques utilisés et le niveau d'accord de collaboration lors du travail d'équipe s'étant déroulé en ligne $\rho = 0,156$ et en présentiel $\rho = 0,120$. Ces résultats montrent que le contexte de notre étude a favorisé l'usage de plusieurs technologies pour que les participants collaborent en équipe. Ils ont fait l'usage du numérique en moyenne avec quatre outils technologiques pendant la cocréation des deux activités lors de la collaboration en ligne dans leur JBC et de trois outils technologiques pour les activités de collaboration en présentiel lors de l'atelier interprogramme.

4.2.2.2 La logistique d'horaire entre les différents programmes

Lorsqu'ils ont réalisé le travail d'équipe en ligne, les répondants ont rencontré des difficultés de communication, de synchronisation et de coordination explicite. Cela était surtout dû notamment au fait que les membres des équipes provenaient de différentes professions et qu'il était difficile de trouver une entente sur les échéanciers et parfois l'outil technologique commun pour communiquer. Nos résultats indiquent que lorsque les équipes interprofessionnelles d'étudiants doivent collaborer en ligne pour réaliser des activités de cocréation, certaines affrontent des défis de synchronisation liés aux horaires différents, ce qui ne facilite pas la communication et la coordination. Néanmoins, les outils technologiques offrant la possibilité de travailler en modes synchrone et asynchrone sont complémentaires lors de la collaboration en ligne.

4.2.2.3 Le décloisonnement des professions

Lorsque nous avons triangulé les données quantitatives et qualitatives, nous avons relevé que le contexte de l'étude aurait favorisé le décloisonnement des professions au sein des équipes interprofessionnelles d'étudiants. En effet, les participants ont mentionné que pendant la réalisation des deux activités collaboratives en ligne (activité d'éducation thérapeutique et vignette), ils ont appris à connaître les rôles professionnels des membres de leur équipe lorsqu'ils ont communiqué et se sont coordonnés. En présentiel, ils ont pu faire le point sur la progression sur leur travail d'équipe réalisé en ligne lors de l'atelier interprogramme en communiquant en face à face avec les coanimateurs et l'autre équipe

d'étudiants jumelée. Cependant, nos résultats notent que des équipes ont eu des difficultés de communication et de coordination explicite lors de l'atelier interprogramme. En effet, des coanimateurs auraient fait valoir des préjugés à l'égard de certaines professions (cloisonnement des professions), d'autres semblaient moins bien préparés à animer l'atelier. Cela semble avoir entravé la communication et la coordination explicite au sein de certaines équipes.

4.2.2.4 La communication interprofessionnelle

La communication et la coordination pour collaborer en ligne semblent avoir été tributaires de la synchronisation puisque lorsque les équipes ont eu des difficultés à se synchroniser, la communication et la coordination étaient moins fluides. En d'autres mots, nos données quantitatives indiquent que certes les participants sont en accord avec les énoncés reliés à la communication, mais les données qualitatives les enrichissent par certains détails sur le déroulement de la collaboration. Ainsi, si les coéquipiers rencontrent des contraintes d'horaires et de temps et qu'ils s'entendent plus ou moins rapidement au sujet d'un outil technologique commun pour communiquer, ces difficultés ont des répercussions sur leur collaboration, à savoir la communication et la coordination en ligne. Nos résultats indiquent aussi que les équipes ont partagé des connaissances, de l'information et des ressources pour cocréer les deux activités en ligne et que certains n'ont pas toujours trouvé facile de communiquer en mode synchrone ou asynchrone pour collaborer en ligne. Nos données qualitatives indiquent que l'usage du numérique pour le travail d'équipe peut parfois empêcher ou nuire à la communication en mode synchrone (engager des frictions entre les coéquipiers) dû à un outil technologique. Néanmoins, les participants ont indiqué avoir « appris » des autres professions lorsqu'ils ont collaboré en ligne dans le JBC. De plus, les deux activités de cocréation ont suscité la communication (partage des connaissances, de l'information) et la coordination en ligne. Lors de l'atelier interprogramme, les équipes auraient majoritairement communiqué et se seraient coordonnées pour bonifier leur travail réalisé en ligne.

Cependant, les données qualitatives révèlent que les tâches collaboratives réalisées en présentiel n'engageaient pas à coup sûr la communication entre les membres de l'équipe. Par exemple, parfois il n'y avait rien à partager, tout le travail avait été fait lors de la

collaboration en ligne, l'atelier n'a rien apporté pour bonifier la vignette, les coanimateurs ne suscitaient pas la communication. Nos résultats indiquent aussi que les explications des tâches collaboratives en présentiel ne semblaient pas claires pour tous, ce qui a pu nuire à leur compréhension et par le fait même freiner le partage des connaissances (communication).

4.2.2.5 L'apprentissage de la collaboration en mode hybride

Nous avons aussi noté que les répondants sont majoritairement satisfaits des activités réalisées en ligne et en présence, mais qu'ils seraient satisfaits des activités en face à face puisqu'ils ont pu faire le point sur leurs apprentissages grâce aux interventions du patient partenaire, du professionnel de la santé coanimateur et de l'autre équipe. Deux explications nous ont permis de mettre en exergue ce résultat.

Premièrement, le contexte de l'étude semble avoir sollicité l'apprentissage de la collaboration en faisant l'usage du numérique pour collaborer en ligne et en présentiel en réalisant des activités de cocréation. Ce faisant, nos données indiquent que le mode hybride dans lequel les participants de l'étude ont appris l'EIP leur a majoritairement permis de réaliser des activités collaboratives de cocréation en ligne pour se préparer à un atelier interprogramme en présentiel. Ainsi, les participants ont collaboré en ligne pendant plusieurs semaines pour se préparer à l'atelier se déroulant en présentiel deux mois plus tard. Les apprenants auraient donc été engagés plus longtemps dans l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en réalisant des activités où le réseautage, l'interactivité et la réflexion ont été mis de l'avant pour cocréer. Le mode hybride tel que vécu dans le contexte de cette étude aurait possiblement suscité la collaboration en travail d'équipe en EIP. Les coéquipiers ont donc mobilisé la communication, la synchronisation et la coordination pour réaliser deux activités d'EIP de cocréation en ligne pour les bonifier lors d'un atelier coanimé par un patient partenaire au profil formateur, un professionnel de la santé et une autre équipe jumelée.

Deuxièmement, les résultats soulignent l'importance du professionnel de la santé et des étudiants de l'autre équipe dans la mobilisation des dimensions de la collaboration.

Toutefois, le patient partenaire au profil formateur aurait contribué grandement à faire le point sur la progression des apprentissages au sein des équipes interprofessionnelles.

Maintenant que nous avons présenté les résultats qui permettent à cette étude doctorale interprétative exploratoire de décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne et en présence dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme, la prochaine section présentera les résultats liés au développement des compétences pour répondre au troisième objectif spécifique de cette étude.

4.3 Quelles sont les compétences développées ?

Cette section présente les résultats liés au troisième objectif spécifique (OS3) qui est d'identifier les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées par des étudiants en sciences de la santé lors d'activités favorisant l'apprentissage collaboratif dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride. Pour ce faire, nous avons utilisé les données qualitatives colligées par l'entremise du Journal de bord collaboratif de douze équipes. Ces données représentent les pratiques des compétences effectives, soit les actions concrètes observables des compétences du Référentiel mobilisées dans le Journal de bord collaboratif. Les équipes auraient mobilisé ces compétences lors du travail de collaboration réalisé en ligne avant l'atelier interprogramme en présentiel. En effet, nous avons vérifié les historiques des versions (une fonctionnalité disponible dans chaque Google Doc) et avons ainsi repéré que le travail collaboratif de cocréation en ligne s'était déroulé avant l'atelier interprogramme en face à face. Cependant, des équipes ont laissé de minces traces écrites de leur bonification des activités réalisées en ligne directement dans le JBC pendant l'atelier interprogramme. D'autres équipes ont ouvert leur JBC pour collaborer en face à face, mais n'ont pas laissé de traces. Par conséquent, nous avons très peu de données sur des pratiques des compétences effectives mobilisées en présentiel lors de l'atelier interprogramme.

Cette section présente les résultats liés à cet objectif spécifique en trois parties. Nous commençons avec l'activité thérapeutique de madame Khan, suivie de la vignette

clinique pour terminer avec une synthèse des compétences atteintes pour les deux activités collaboratives.

4.3.1. Compétences développées lors de l'activité de madame Khan

Dans le cadre de cette activité, les équipes devaient regarder une capsule vidéo de 5 minutes sur une rencontre interprofessionnelle se déroulant avec la patiente madame Khan. L'équipe devait ensuite sélectionner un objectif sur lequel leur activité thérapeutique allait porter tout en détaillant comment ils allaient s'y prendre pour la concevoir. L'équipe devait aussi expliquer l'activité thérapeutique à créer.

4.3.1.1 Approches de soins promues

Le référentiel présente les compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient et explique comment les mobiliser selon cette approche de soins en la comparant au paternaliste et à l'approche collaborative centrée. Les résultats indiquent que les équipes ont cocréé leur activité d'éducation thérapeutique pour madame Khan selon une des trois approches de soins à savoir le paternaliste, l'approche collaborative centrée sur le patient et le partenariat patient. Ces critères sont détaillés et expliqués dans le cadre conceptuel.

Cependant, nos résultats ne nous permettent pas de vérifier si les équipes ont collaboré en choisissant explicitement l'approche de soins selon laquelle nous les avons classifiées.

À cet effet, la Figure 23 illustre la répartition des équipes selon l'approche de soins que chacune des équipes a promue pour l'activité de madame Khan. Nous détaillons au cours des prochaines lignes les résultats liés aux approches de soins que les équipes ont adopté dans la rédaction de leur activité d'éducation thérapeutique. Notons qu'en Annexe 8, un tableau des extraits et contenus des JBC pour chaque équipe par approche de soins détaille davantage les résultats qui suivent.

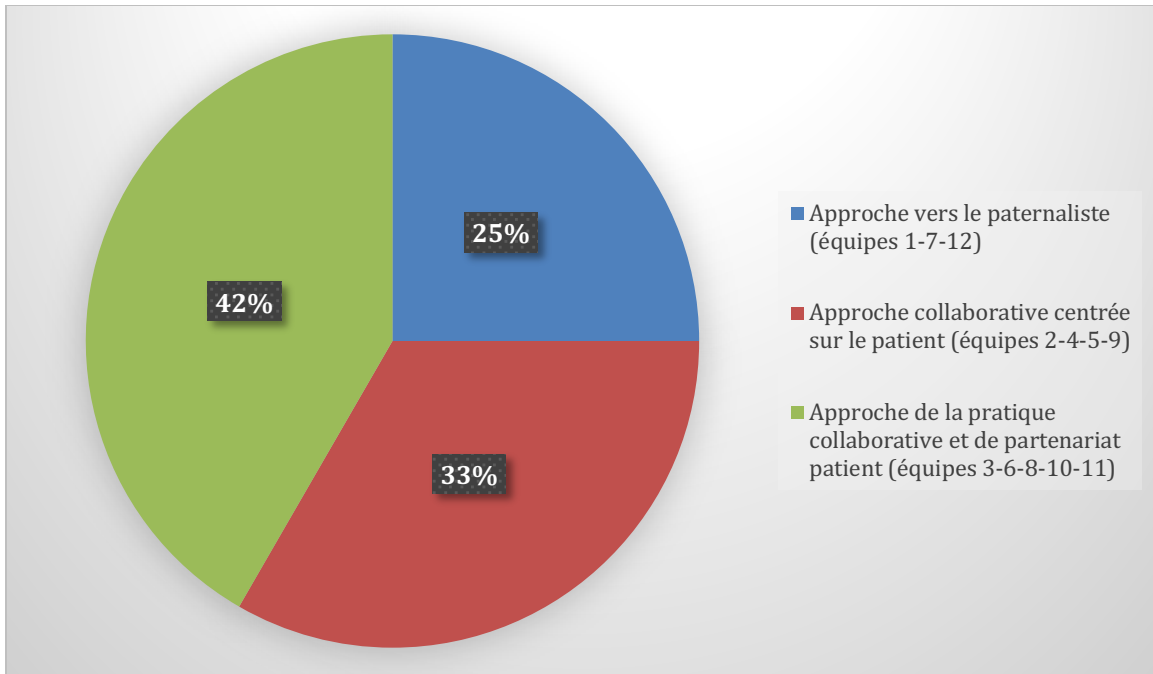


Figure 23. Répartition des équipes selon l'approche de soins promue pour l'activité de madame Khan

Les analyses montrent que cinq équipes (42%) ont rédigé leur activité thérapeutique selon l'approche de soins en partenariat patient. L'approche collaborative centrée sur le patient a quant à elle été empruntée par quatre équipes (33%) tandis que l'approche paternaliste a été utilisée chez trois équipes (25%).

Chez les équipes qui ont rédigé leur activité thérapeutique selon l'approche partenariat patient enseignée dans le cadre de ce cours, on note entre autres qu'elles ont inclus tous leurs membres, en utilisant le « nous » et en nommant et en tenant compte du projet de vie du patient : « Durant la réunion interdisciplinaire que nous organiserons, tenir compte du projet de vie de Madame, ses priorités afin d'améliorer son assiduité et sa participation dans le partenariat de soins » (JBCÉ6). Ces équipes ont employé des verbes moins directifs (ex. : proposer, suggérer, amener madame, sensibiliser, etc.), en intégrant le concept de projet de vie, en faisant référence aux besoins du patient, en proposant des solutions d'équipe au lieu de solutions par discipline, en tenant compte des proches aidants et en travaillant avec le patient et non pour le patient.

Chez les quatre équipes qui ont emprunté l'approche de la pratique collaborative centrée sur le patient, on note qu'elles ont rédigé l'activité thérapeutique de madame Khan en collaboration avec tous les professionnels, mais sans inclure le patient dans la prise de décision, comme en témoigne cet exemple : « Nous jugeons que la priorité avec Mme Khan serait de lui apprendre les positions de travail optimales pour réduire ses douleurs et sa fatigue. En effet, sa position quant aux objets qu'elle utilise quotidiennement dans la pratique de ses activités serait à évaluer avec notre cliente » (JBCÉ4).

Enfin, trois équipes sur douze ont davantage adopté l'approche paternaliste en rédigeant leur activité en silo professionnel et non de manière collaborative, en plus de ne pas tenir compte du patient dans la prise de décision, ni de son projet de vie, tout en étant directifs dans l'élaboration de l'activité. Par exemple, l'équipe 12 a émis les recommandations de chaque professionnel pour madame Khan en n'incluant pas la patiente dans la prise de décision. De plus, chaque membre provenant de chaque profession a dicté ses interventions en style télégraphique sans indiquer comment ils allaient collaborer tous ensemble. Les termes choisis sont aussi des verbes directifs. Par exemple, « augmenter ses connaissances, enseigner les composantes du triangle de l'anxiété, investigation médicale, énoncer une liste de médicaments. » (JBCÉ12). L'équipe 12 a aussi travaillé par discipline et en silo et l'activité est ainsi conçue selon ce que chaque profession peut « apporter » à madame Khan : « Avec les nouveaux outils et mesures mises en place, [...] cela favorisera une meilleure gestion de l'anxiété de Mme Khan afin d'optimiser les interventions qui sont faites à d'autres niveaux avec la patiente (en réadaptation, en médecine, etc.) » (JBCÉ12).

4.3.1.2 Compétences effectives liées au référentiel

La Figure 24 indique les fréquences des trois capacités de la compétence d'éducation thérapeutique mobilisées pendant la réalisation de l'activité de madame Khan dans le JBC, à savoir *Planifier et mettre en œuvre un programme éducatif personnalisé* (n=35), *Partager une compréhension globale de la situation du patient, de ses maladies et de ses facteurs de risque de maladie et préciser ses besoins prioritaires* (n=19) et *Explorer les options thérapeutiques potentielles et préciser les objectifs éducatifs* (n=8). De plus, la Figure 24 montre la fréquence de la capacité *Partager l'information pertinente de façon claire, concise et sécuritaire* (n=31), a aussi été mobilisée pour la compétence de communication.

Soulignons que l'Annexe 9 détaille le nombre de fréquences des capacités des compétences d'éducation thérapeutique et de la communication mobilisées par les équipes.

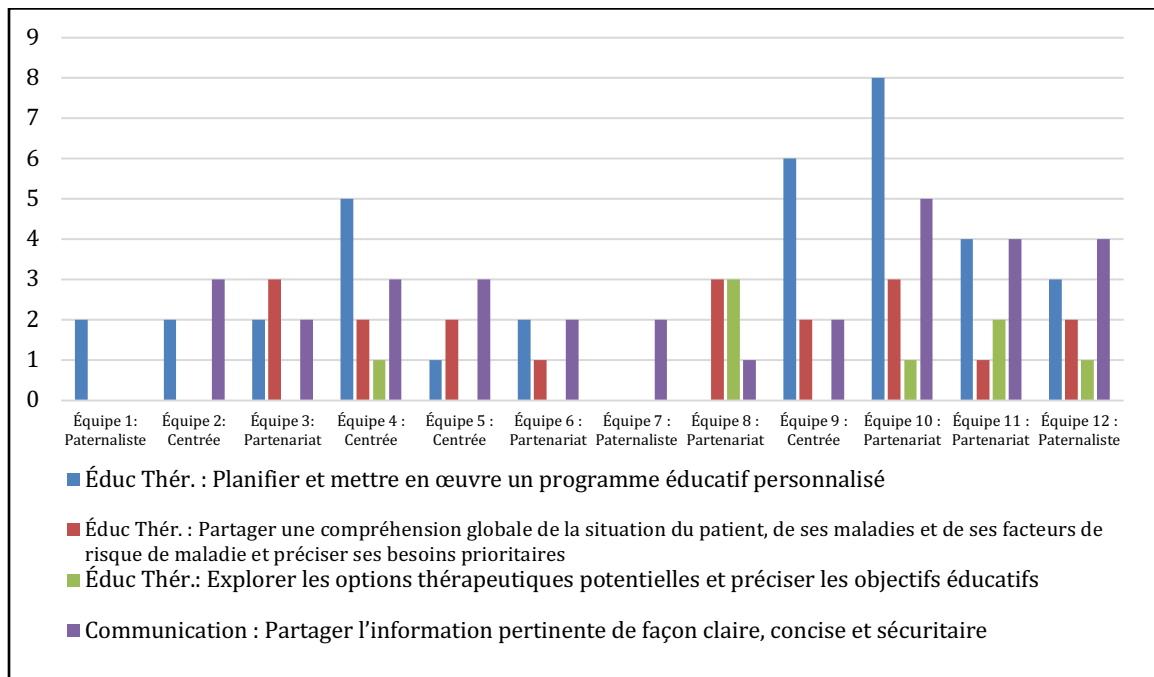


Figure 24. Fréquences des capacités des compétences d'éducation thérapeutique et de communication mobilisées par les équipes

Les résultats montrent ainsi que les équipes employant l'approche de la pratique collaborative en partenariat patient dans leur rédaction de l'activité thérapeutique de madame Khan ont davantage manifesté de capacités liées aux compétences du référentiel. De ce fait, pour les équipes « partenariat », les capacités des compétences se sont manifestées 47 fois, ce qui équivaut à une moyenne de 9,4 fois pour ces équipes. Pour les équipes « centrées », les capacités des compétences se sont manifestées 32 fois, ce qui représente une moyenne de huit fois pour ces équipes. Enfin, chez les équipes « paternalistes », les capacités des compétences se sont manifestées 14 fois, ce qui revient à une moyenne de 4,6 fois pour ces équipes.

Par ailleurs, lors de l'analyse de la section 4 de cette activité du JBC, soit le *retour sur le travail collaboratif réalisé*, nous avons aussi relevé que la compétence de travail d'équipe avait été mobilisée. De manière plus précise, la capacité *Participer au*

développement et à l'évaluation de l'équipe était ciblée puisque cette section du JBC est dédiée à l'autoévaluation du travail d'équipe. Ce faisant, les étudiants ont précisé les points forts, les points à améliorer, les défis pour réaliser la prochaine activité collaborative et les stratégies à mettre en place pour relever ces mêmes défis. La Figure 25 montre que les équipes ont principalement manifesté la capacité *Participer à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe* (n=50). Ils ont aussi manifesté dans une moindre mesure les capacités *Favoriser la mise en œuvre de principes de concertation pour la prise de décisions* (n=21) et *Interagir de façon à établir et à maintenir une saine dynamique d'équipe* (n=14).

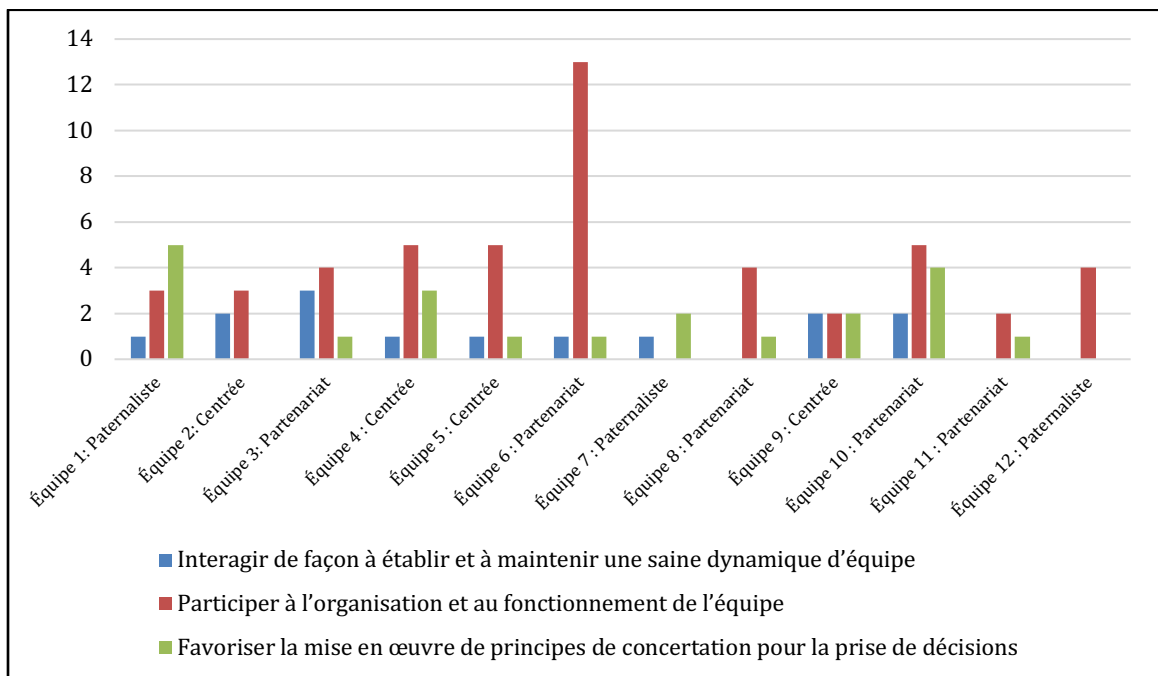


Figure 25. Fréquences des capacités de la compétence du travail d'équipe mobilisées pendant l'activité de madame Khan

Enfin, la Figure 25 permet de constater que les équipes ayant travaillé selon l'approche de la pratique collaborative en partenariat patient auraient tendance à mobiliser davantage la compétence du travail d'équipe tout comme pour les compétences d'éducation thérapeutique et de communication. C'est ce que dénotent nos résultats alors que 42 manifestations pour une moyenne de 8,4 manifestations de la compétence de travail d'équipe ont été mobilisées par les équipes « partenariat », 27 manifestations pour une

moyenne de 6,8 manifestations pour les équipes « centrées » et 16 manifestations pour une moyenne de 5,3 manifestations pour les équipes « paternalistes ».

4.3.2 Compétences développées à l'activité de la vignette interprofessionnelle

4.3.2.1 Approches de soins promues

Lors de cette deuxième et dernière activité en ligne, les étudiants ont créé de toutes pièces une vignette interprofessionnelle d'un patient impliquant les professions de leur équipe selon des consignes annoncées au préalable dans le JBC. Les équipes devaient donc entre autres choisir un milieu de soins, un problème de santé et préciser le contexte de vie du patient et son projet de vie, ses désirs et ses aspirations. L'équipe devait aussi identifier au moins un élément de chevauchement de rôles entre différents intervenants, cerner un élément de conflit potentiel, inclure des enjeux de communication en plus d'intégrer un élément d'éducation thérapeutique pour le patient ou un proche aidant.

Lors de l'analyse des contenus de la section trois des JBC, on note que les équipes ont emprunté une des trois approches de soins pour la conception de la vignette. La Figure 26 indique la répartition des équipes selon l'approche de soins promue lors de la conception de la vignette. Ainsi, sept équipes sur douze ont rédigé leur vignette clinique selon l'approche de partenariat avec le patient (58%). Par exemple, l'équipe 1 a su garder le fil conducteur entre le projet de vie du patient, le plan d'intervention interprofessionnel proposé et les enjeux à considérer :

« Le patient est très ébranlé lors de l'annonce de son diagnostic. Ainsi, il est peu réceptif aux informations transmises par les intervenants. Il pourrait être pertinent de planifier une rencontre dans les jours suivants afin d'éviter de surcharger le patient après une nouvelle aussi difficile. Monsieur M ne veut pas que sa femme et ses enfants soient au courant de son diabète. Il craint que ceux-ci ne comprennent pas la situation et perçoivent mal sa maladie. Or, le fait que la famille ne soit pas impliquée dans le plan thérapeutique du patient peut mener à des difficultés supplémentaires, en particulier au niveau de l'adhésion au traitement ».

Deux équipes (17%) ont plutôt conçu leur vignette selon l'approche centrée sur le patient. C'est le cas de l'équipe 2 qui a cependant ajouté un élément du partenariat patient. On remarque que cette équipe a pris soin d'arrimer le projet de vie du patient à l'objectif de soins interprofessionnels. « Projet de vie : Adore passer du temps avec ses petits-enfants. Il souhaite continuer de voir ses amis avec qui il travaillait. Il aimerait aussi retrouver la motivation à faire les activités qu'il avait l'habitude de réaliser avec sa femme. Tous les membres de l'équipe : encourager le patient à s'engager dans des saines habitudes de vie » (JBCÉ2).

Enfin, trois équipes ont réalisé leur vignette selon l'approche paternaliste (25%). Par exemple, l'équipe 11 n'a pas impliqué le patient dans la prise de décision de ses soins, notamment lors d'une rencontre interprofessionnelle. Les professionnels travaillent en silo et la terminologie choisie se rapproche donc du paternaliste comme en témoigne cet extrait de leur vignette :

« En plus de la travailleuse sociale et de l'ergothérapeute du CR qui assurent un suivi à domicile, Antoine bénéficie de l'aide d'une infirmière du CLSC. De plus, il aura un suivi au CR avec son médecin. Un suivi en physiothérapie se fera en clinique externe afin de prendre en charge ses douleurs lombaires résiduelles et voir aux impacts physiques de son accident (mobilité, force etc.) » (JBCÉ11).

Soulignons qu'une analyse détaillée pour toutes les équipes selon les critères propres à chaque approche de soins est disponible à l'Annexe 11.

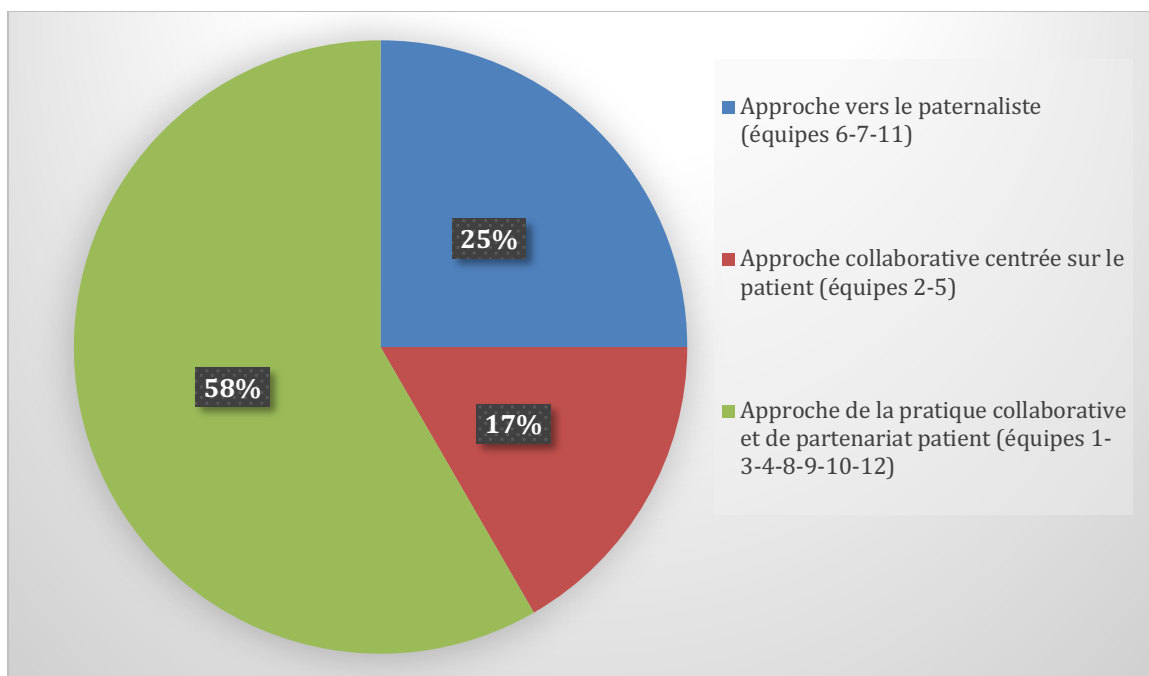


Figure 26. Répartition des équipes selon l'approche de soins promue pour la réalisation de la vignette interprofessionnelle

Les résultats du Tableau 20 montrent que quatre équipes sur douze ont progressé en ce qui a trait à l'approche de soins privilégiée entre la première et la deuxième activité en ligne. De ce fait, deux équipes sont passées de l'approche paternaliste au partenariat patient alors que deux équipes l'ont fait de l'approche centrée vers l'approche partenariat patient. On note aussi que trois équipes sont restées stables et ont conservé leur approche en partenariat patient tandis que deux équipes sont restées stables en conservant l'approche centrée. Deux équipes ont quant à elles régressé en passant du partenariat de soins vers l'approche paternaliste. Enfin, une équipe est demeurée à l'approche de soins paternaliste pendant toutes les activités. Au total, on constate que neuf équipes sur douze ont travaillé en équipe selon l'approche en partenariat patient. De manière générale, les deux équipes ayant régressé vers l'approche paternaliste et l'équipe qui a conservé l'approche paternaliste ont mobilisé moins de compétences du référentiel et n'ont pas intégré le projet de vie de madame Khan ni intégré cette dernière dans l'équipe de soins.

Tableau 20.

Comparaison des approches pour les deux activités collaboratives réalisées dans le JBC par équipe

Équipes	Approche de soins favorisée à l'activité #1	Approche de soins favorisée à l'activité #2	P=Progression S=Stable R=Régression
1	Paternaliste	Partenariat	P
2	Centrée	Centrée	S
3	Partenariat	Partenariat	S
4	Centrée	Partenariat	P
5	Centrée	Centrée	S
6	Partenariat	Paternaliste	R
7	Paternaliste	Paternaliste	S
8	Partenariat	Partenariat	S
9	Centrée	Partenariat	P
10	Partenariat	Partenariat	S
11	Partenariat	Paternaliste	R
12	Paternaliste	Partenariat	P

4.3.2.2 Compétences effectives liées au référentiel

La Figure 27 indique en ordre d'importance, soit en ordre décroissant, que les équipes ont mobilisé les compétences 1) d'éducation thérapeutique (n=66), 2) de la planification et mise en œuvre des soins et services (n=62), 3) de communication (n=61), 4) de la clarification des rôles (n=39), 5) de la prévention et résolution des conflits (n=21). De plus, huit équipes ont ajouté des éléments de la compétence de leadership collaboratif à leur vignette le jour de l'atelier interprogramme en présentiel (voir Annexe 12). Cela a eu pour effet de bonifier leur vignette grâce à l'enseignement de cette compétence et à la contribution du patient et du clinicien coanimateurs.

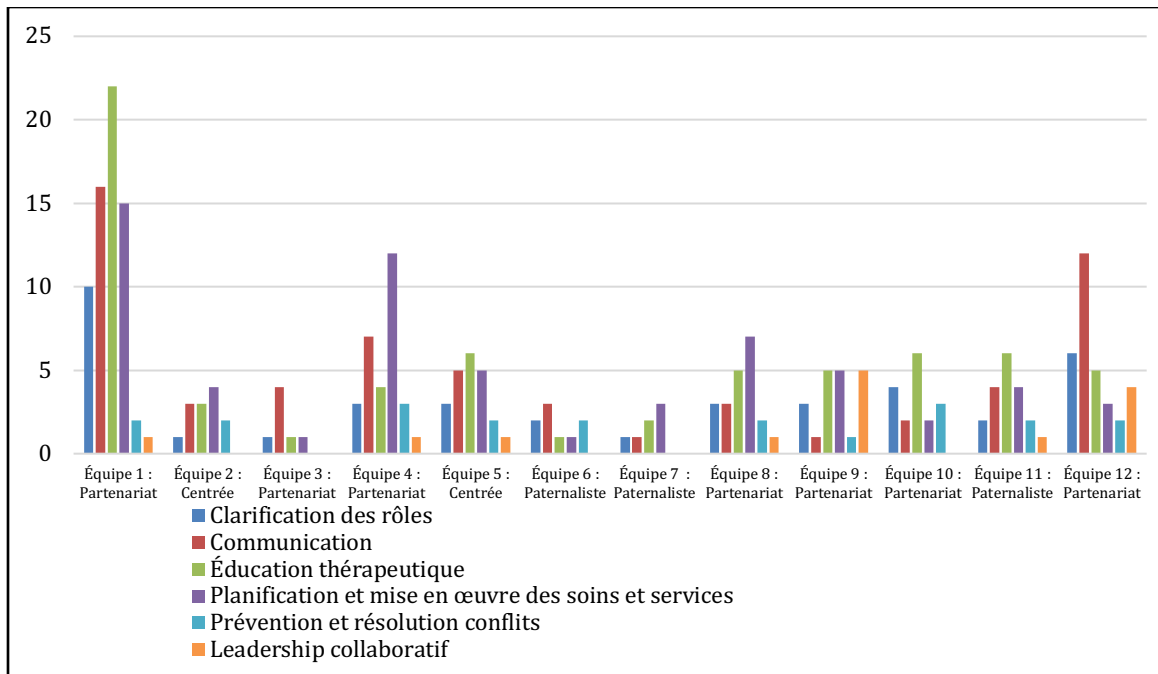


Figure 27. Fréquences des compétences mobilisées pendant la réalisation de la vignette

Par ailleurs, la Figure 28 présente les résultats de l'analyse des commentaires du JBC à la section dédiée au retour sur le travail collaboratif (les points forts, les points à améliorer, les défis pour réaliser la prochaine activité collaborative et les stratégies pour les relever). Ces commentaires ont été associés aux composantes du travail d'équipe (voir Annexe 13), c'est-à-dire *Participer à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe* (n=34), *Interagir de façon à établir et à maintenir une saine dynamique d'équipe* (n=21) et *Favoriser la mise en œuvre de principes de concertation pour la prise de décisions* (n=20). À titre d'exemple, l'équipe 3 a mentionné avoir comme stratégie pour relever un défi relié au travail d'équipe dans le Google Doc « d'ajouter des commentaires dans la marge avant d'ajouter, modifier ou supprimer des éléments » (JBCÉ3). Cette même équipe souligne cependant la « participation active de chacun des membres, bonne entente entre les cinq membres de l'équipe. Bon partage des idées et participation active lors des conversations de chaque membre de l'équipe » lors du travail réalisé en ligne dans le JBC. Elle ajoute même : « Nous avons une bonne cohésion d'équipe et étions sur la même longueur d'onde. Cela a grandement facilité le travail » (JBCÉ3).

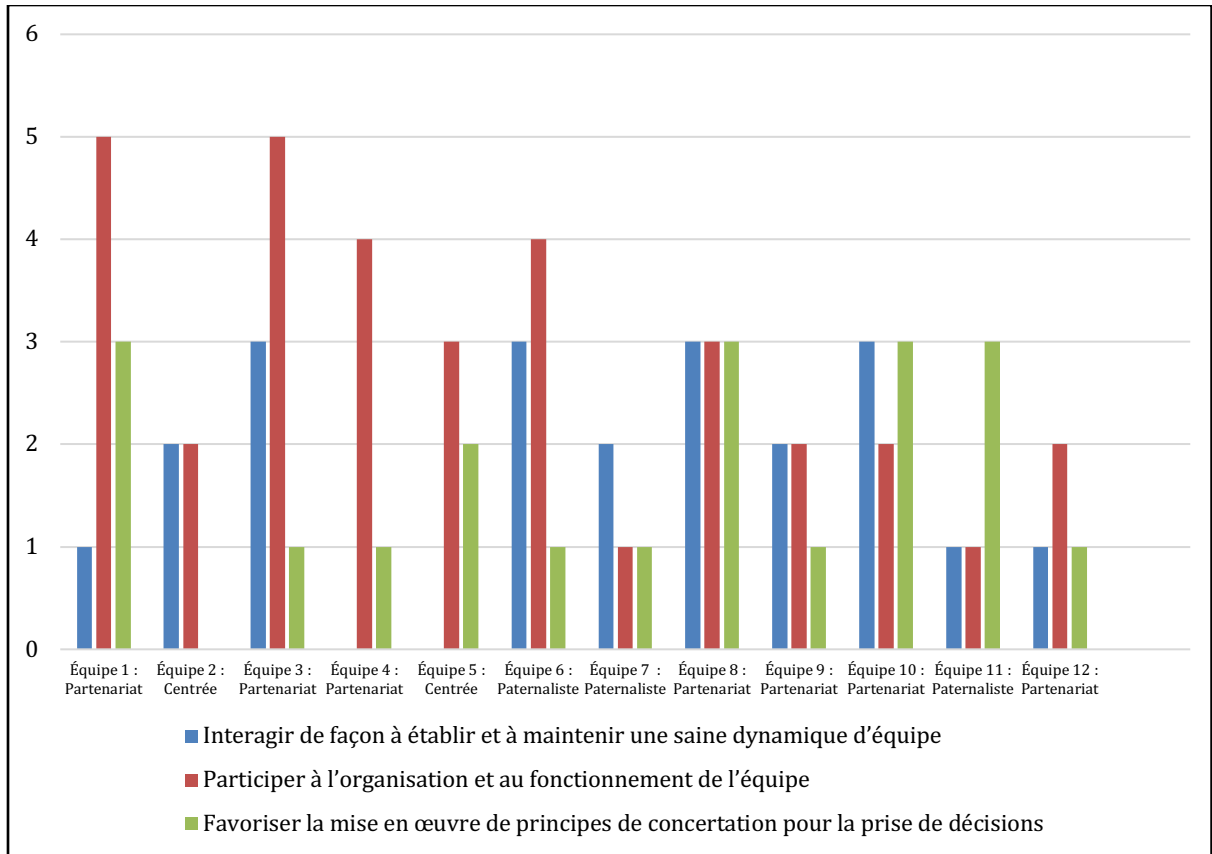


Figure 28. Fréquences des capacités de la compétence de travail d'équipe mobilisée pendant la réalisation de la vignette interprofessionnelle

Enfin, tout comme dans l'activité de madame Khan, il y aurait une tendance des équipes à mobiliser davantage de manifestations des compétences du référentiel lorsqu'elles ont rédigé leur vignette selon l'approche partenariat patient ($x=27$) que pour celles qui l'ont fait selon l'approche centrée ($x=17$) ou paternaliste ($x=11$).

4.3.3 Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient

Nous avons effectué une requête au sujet des mots les plus fréquemment codés dans les activités de cocréation du JBC. Les résultats indiquent que les équipes semblent avoir peu utilisé la terminologie du partenariat. Il s'avère que les 10 mots figurant le plus fréquemment dans tous les JBC sont les suivants : communique(r), rencontre, professionnels, collaborer, infirmières, traitements, enseigner, intervenir, informer, évaluation. Nous remarquons aussi que le mot « patient(e)s » représente 31 % des mots

utilisés alors que le mot « professionnel(le)s » compte pour 68 % des mots employés. De plus, certains mots rattachés fortement à la Terminologie de la pratique collaborative en partenariat patient (DCPP et CIO-UdeM 2016b) comme partenariat, patient partenaire, coconstruction, projet de vie, savoir expérientiel, objectif Spécifique, Mesurable, Attirant, Réaliste, Situé dans le Temps (SMART)¹⁴ ne font pas partie des mots les plus récurrents dans les JBC. Par contre, toutes les équipes ayant travaillé selon l'approche en partenariat patient ont inclus le projet de vie du patient, ses désirs, ses besoins et ses proches aidants à l'équipe de soins dans leur vignette.

Parallèlement, nos résultats indiquent aussi que des équipes utilisent le terme « multidisciplinaire » au lieu « d'interdisciplinaire » pour définir les équipes « interprofessionnelles ». Le terme multidisciplinaire réfère, par exemple, à des équipes qui travaillent en silo lors de la conception des objectifs du patient. Les équipes dites multidisciplinaires favorisent une pratique où les savoirs sont juxtaposés et non partagés et où les interactions sont centrées sur l'échange de l'information au lieu de sur la mise en commun et d'une synthèse conjointe. De plus, les équipes multidisciplinaires optent pour une intervention, une décision et une responsabilité parallèle, c'est-à-dire propre à chaque membre de l'équipe. Au contraire, les équipes interdisciplinaires favorisent une pratique partagée en matière d'intervention, de décision et de responsabilité (DCPP et CIO-UdeM, 2016b).

4.3.4 Synthèse des résultats sur les compétences effectives liées au référentiel

Cette synthèse rappelle les principaux résultats des données qualitatives qui ont permis d'atteindre le troisième objectif spécifique de cette étude. Pour les deux activités de cocréation réalisées en ligne que sont l'activité de madame Khan et la vignette, les résultats indiquent que les étudiants ont manifesté les compétences attendues, c'est-à-dire la communication, l'éducation thérapeutique, le travail d'équipe, la clarification des rôles, la

¹⁴ Voici d'autres exemples de la terminologie : leadership collaboratif, leadership, continuité des soins, autodétermination du patient, expertise de vivre avec la maladie.

planification et la mise en œuvre des soins et des services, la prévention et résolution des conflits et le leadership collaboratif. Nous n'avons pas repéré de traces concernant la compétence de l'éthique clinique. Cette compétence était non ciblée dans le cadre du cours CSS2900. De plus, les compétences ont été mobilisées en réalisant des activités se rapprochant des contextes authentiques, puisque des participants ont indiqué avoir appris et développé leurs connaissances, grâce notamment, aux patients et aux autres coéquipiers provenant d'autres professions. Les prochaines lignes permettent de préciser comment les compétences ont été mobilisées.

Premièrement, les équipes ayant emprunté l'approche de soins en partenariat patient ont mobilisé davantage de capacités de compétences que les équipes ayant travaillé selon l'approche de soins paternaliste ou selon la pratique collaborative centrée sur le patient. De plus, neuf équipes sur douze ont réalisé l'une ou l'autre de leur activité collaborative en se rapprochant des critères de l'approche de soins en partenariat avec le patient. Les résultats de cette étude témoignent que les activités collaboratives structurées et basées en fonction du référentiel de compétences mis en place pour enseigner l'EIP a permis aux équipes interprofessionnelles de mobiliser des compétences effectives pendant la cocréation des activités en ligne et leur bonification en présentiel.

Deuxièmement, les résultats qualitatifs issus du corpus des résultats au questionnaire et du JBC indiquent aussi que le patient partenaire au profil formateur aurait contribué à soutenir la compréhension de l'approche de partenariat patient lorsque les équipes ont collaboré en présentiel. Les étudiants ont certes fait des modules en ligne sur la pratique collaborative et le partenariat patient dans le cadre du volet formation en ligne du cours CSS2900, mais nos résultats semblent indiquer que l'implication du patient partenaire au profil formateur en tant que coanimateur a favorisé le développement des compétences du référentiel chez les étudiants. Comme nous l'avons précédemment souligné que le patient partenaire a contribué à faire le point sur la progression des apprentissages (la coordination) lorsque les équipes ont collaboré en présentiel.

Le prochain chapitre discute de ces résultats à la lumière de la littérature scientifique et met en place les éléments qui mèneront à l'élaboration des recommandations de notre étude.

5. Discussion

En ligne, les équipes interprofessionnelles ont réalisé deux activités d'apprentissage collaboratif de cocréation dans leur JBC dans le but de développer des compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux. L'étude visait donc à identifier les compétences mobilisées et aussi à déterminer comment les équipes collaborent en ligne et en présentiel. Cette section discute des résultats obtenus.

Nos résultats démontrent que les répondants ont indiqué avoir majoritairement collaboré en ligne et en face à face, ils l'ont fait d'une manière différente à ces deux moments. En effet, les deux activités collaboratives virtuelles étaient préparatoires à un atelier se déroulant en présentiel qui avait été préalablement planifié et organisé par le Comité interfacultaire opérationnel de Université de Montréal (CIO-UdeM). De ce fait, la date, l'heure et l'endroit en plus du déroulement de l'atelier étaient simultanément divulgués aux quelques 1435 étudiants de la cohorte. Cet atelier se déroulait en présentiel en compagnie d'une autre équipe interprofessionnelle et était coanimé par un patient et professionnel de la santé.

Nous choisissons de présenter le chapitre de la discussion en le divisant en quatre parties. La première partie aborde l'importance de comprendre les dimensions de la collaboration pour collaborer en travail d'équipe. La seconde explique comment la combinaison du numérique, du travail interprofessionnel et du partenariat patient s'avèrent être un « ménage adroit ». Leur complémentarité contribue à décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne et en présentiel dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme. La troisième partie discute des résultats liés à l'apprentissage collaboratif en mode hybride sur laquelle se base cette étude. Nous argumentons sur la manière dont notre méthode hybride se rapproche de la classe inversée.

Ces trois premières parties abordent donc des résultats de notre recherche liées aux premier et second objectifs spécifiques – décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne et en présentiel dans le cadre d’un cours universitaire interprogramme. Enfin, la quatrième partie aborde les résultats propres au troisième objectif spécifique qui se concentre sur les compétences effectives mobilisées par les participants de cette étude en EIP.

5.1. La collaboration en travail d’équipe : comprendre ses dimensions

Les deux premiers objectifs spécifiques de notre recherche (OS1-OS2) visaient à déterminer comment les étudiants collaborent en ligne et en présence. Dans les deux cas, nos résultats indiquent que la majorité des étudiants ont collaboré avec leur équipe en communiquant, en se synchronisant et en se coordonnant. Dans les prochaines lignes, nous discutons des résultats qui démontrent l’importance pour des équipes interprofessionnelles d’étudiants de bien comprendre les dimensions de la collaboration dans un contexte d’apprentissage en EIP.

Premièrement, notre étude n’offre aucune donnée qualitative liée à la dimension de la coordination implicite tant pour la collaboration en ligne qu’en présence. Les résultats des analyses factorielles semblent apporter pour leur part une piste d’explication à ce sujet. En effet, les analyses quantitatives factorielles démontrent que certains énoncés de notre questionnaire corrélaient avec une dimension différente que lors de la validation originale de l’instrument de Chiochio et coll. (2012). En ligne, l’énoncé de la dimension communication intitulée « Nous nous comprenions lorsque nous parlions du travail à faire » corréle plus fortement avec la dimension de la coordination implicite au lieu de la communication. De plus, en présence, l’énoncé intitulé « Nous avons une compréhension implicite des tâches à réaliser » corréle plus fortement avec la dimension coordination explicite. Rappelons que la coordination implicite implique que les coéquipiers se coordonnent sans avoir à discuter ou à le faire de manière explicite (Chiochio et coll., 2012; Espinosa et coll., 2004). De ce fait, les équipes ont collaboré en ligne en mode synchrone et asynchrone pendant deux mois pour se préparer à l’atelier interprogramme en présentiel d’une durée de trois heures. Nous nous questionnons donc sur la manière dont

les étudiants ont mobilisé en ligne et en présentiel cette dimension de la collaboration, car nous n'avons pas recueilli de données qualitatives liées aux trois énoncés de celle-ci. À ce sujet, Levesque, Wilson et Wholey (2001) suggèrent que plus des coéquipiers interagissent ensemble et gagnent de l'expertise en lien avec la tâche commune à réaliser, plus ils développent des connaissances à la fois sur le sujet de l'activité et sur les membres de l'équipe, ce qui peut favoriser la coordination implicite dans l'équipe. De plus, l'étude de Chiochio, Rabbat et Lebel (2015) souligne que la coordination implicite et la clarté des objectifs de collaboration augmentent en fonction de la formation reçue. En d'autres mots, plus les buts de l'équipe sont communs, plus les étudiants se coordonnent implicitement. Cette coordination augmente donc au fur et à mesure et en fonction de la formation que les coéquipiers ont reçu sur la collaboration. Ainsi, si des étudiants ne reçoivent pas de formation sur la dynamique qui existe entre les dimensions de la collaboration en travail d'équipe, il est possible qu'ils n'accordent pas d'attention à la coordination implicite lorsqu'ils collaborent en équipe. À titre d'exemple, des participants de l'étude avaient laissé des commentaires à l'effet que dans leur équipe, ils n'avaient pas nécessairement *anticipé les besoins des autres sans qu'ils aient à les exprimer ou réorganisé les tâches instinctivement lorsque des changements sont nécessaires* (coordination implicite), bref qu'ils n'avaient pas eus à mobiliser une coordination implicite dans le travail d'équipe à réaliser. D'ailleurs, les objectifs d'apprentissage du cours CSS2900 ne sont pas liés à l'apprentissage des quatre dimensions de la collaboration. Précédemment, nous avons expliqué au chapitre des résultats que la tâche collaborative en présentiel n'avait pas sollicité certains étudiants à se coordonner implicitement dans leur équipe. Certes, 76 % des participants de l'étude affirment s'être coordonnés implicitement en ligne et 81 % en présentiel pour réaliser les activités collaboratives. Toutefois, le fait d'avoir relevé aucun commentaire lié à cette dimension semble démontrer que les étudiants n'ont pas su mettre en lumière des éléments ou comportements liés à celle-ci.

Deuxièmement, lors de la présentation des résultats sur la collaboration en présence, nous avons expliqué que certaines variables de la communication corrèlent davantage avec la coordination explicite. Quelques pistes peuvent selon nous expliquer cette légère ambiguïté. Ainsi, lorsque nous avons analysé les commentaires des étudiants au questionnaire, les dimensions de la communication et de la coordination explicite se

chevauchaient parfois (il nous est arrivé de coder un commentaire pour les deux dimensions). En ce sens, les extraits des commentaires indiquent majoritairement que lors de leur collaboration en présence, ils ont communiqué ce jour-là entre eux pour notamment faire le point sur la progression du travail d'équipe. Ce constat n'est peut-être pas si surprenant, car l'un des objectifs d'apprentissage de cet atelier en face à face était de bonifier le travail réalisé en amont en ligne. Ceci pourrait expliquer les raisons pour lesquelles les variables de la communication et de la coordination explicite se chevauchent empiriquement tant au niveau de l'analyse quantitative que qualitative.

Par ailleurs, si la collaboration en travail d'équipe s'enseigne (Johnson et coll., 2007; Wenger, 2001), il reste que notre étude n'a pas repéré d'indice démontrant que les étudiants avaient été formés à la dynamique de la collaboration, notamment aux dimensions de la collaboration en travail d'équipe de Chiochio et coll. (2012). Hei et ses collègues (2016) ont d'ailleurs relevé que lorsque des équipes d'étudiants universitaires collaborent en ligne ou en présentiel, l'enseignant devrait enseigner ce qu'implique la collaboration en travail d'équipe (processus, déroulement). Car, en tenant compte de ce facteur, la collaboration sera plus susceptible de se dérouler dans des conditions favorables, en plus d'augmenter son efficacité. De leur côté, tant Espinosa et coll. (2004) que Kozlowski et Ilgen (2006) soulignent que c'est grâce à une communication d'équipe pertinente, une synchronisation efficace et une coordination explicite et implicite efficace que les membres d'une équipe peuvent réduire le risque de retards, de chevauchements de tâches et d'événements imprévus. Toutefois, le contexte de notre étude suggère qu'un enseignement sur la collaboration en travail d'équipe qui met notamment l'accent sur l'importance de comprendre la dynamique entre les quatre dimensions qui s'y rattachent, représenterait possiblement un apport préalable fort pertinent pour les étudiants afin de favoriser leur apprentissage des bases de la collaboration lors d'un travail d'équipe interprofessionnel en santé.

Pour leur part, les résultats de l'analyse factorielle exploratoire triangulés aux résultats de l'analyse qualitative apportent des explications sur le déroulement des quatre dimensions lorsque les équipes ont collaboré. Rappelons que les analyses factorielles réalisées avaient pour but principal d'observer le comportement des variables en contexte de collaboration

en mode hybride. Ainsi, lorsque nous avons comparé les facteurs originaux de l’outil de Chiochio et ses collègues, nous avons observé qu’ils apparaissaient de manière similaire et interdépendante dans le contexte de notre étude. De plus, les indices élevés d’alpha de Cronbach de la collaboration en ligne et de la collaboration en présence issus de notre étude sont similaires à ceux obtenus par Chiochio et coll. Nos résultats appuient donc la fiabilité de l’instrument de ces auteurs dans notre contexte. Ils démontrent aussi qu’il est possiblement transférable dans d’autres contextes où des étudiants collaborent en travail d’équipe en ligne et en présence en EIP. Lors de la section des limites de cette recherche, nous précisons pourquoi nous croyons que ce transfert est plausible. Les résultats liés à la dimension de la synchronisation indiquent qu’elle se manifeste différemment lors du travail en ligne et en présentiel. Ces derniers sont discutés à la lumière de la littérature scientifique. Les résultats liés à la synchronisation abordés au cours des prochaines lignes s’ajoutent à notre discussion quant à l’importance de comprendre les dimensions de la collaboration en EIP.

5.1.1 La synchronisation : une dimension divergente

Dans cette section, nous abordons en détail les résultats liés à la synchronisation qui semblent avoir entravé par moment la collaboration en travail d’équipe se déroulant en ligne en parallèle avec le présentiel.

L’analyse qualitative des extraits négatifs liés à la communication, la synchronisation et la coordination laisse entendre que lorsque les participants collaboraient en ligne, ils rencontraient des défis différents que lors de la collaboration en face à face. À l’opposé, lorsque les équipes ont collaboré en présentiel, elles ont rencontré très peu de défis de synchronisation puisque l’atelier interprogramme était préparé et chronométré à l’avance par le CIO-UdeM, en plus d’être coanimé par un patient et un professionnel de la santé.

Premièrement, notre recherche révèle que les défis de communication et de coordination sont souvent tributaires de la synchronisation lors de la collaboration en ligne. En effet, malgré que les étudiants étaient réunis dans des équipes préalablement déterminées et que le JBC était déjà partagé entre eux par une personne de l’administration du cours CSS, nos résultats montrent que des équipes ont rencontré des obstacles pour se synchroniser et

prendre contact. Certes, les activités collaboratives réalisées en ligne avaient pour avantage notable de permettre aux coéquipiers de collaborer au moment de leur choix en mode synchrone et asynchrone. Toutefois, cela n'a pas empêché des étudiants provenant de différents programmes de formation de rencontrer des difficultés pour synchroniser leurs horaires afin de parvenir à collaborer en mode synchrone et asynchrone. D'ailleurs, pendant la collaboration en ligne, notre étude a relevé que des participants ont rencontré des défis de synchronisation tant pour se réunir en synchrone que pour respecter les échéances. Ces défis découlaient du fait que les membres des équipes provenaient de différents programmes, ce qui compliquait le choix d'un moment commun pour échanger des connaissances et faire le point sur la progression du travail. À ce sujet, Tseng, Wang, Ku et Sun (2009) et Kim, Kim, Khera et Getman (2014) ont réalisé des études où des équipes interprofessionnelles provenant de programmes intersectoriels en sciences de la santé et en éducation ont fait des activités virtuelles de résolution de problèmes dans le cadre d'un cours en ligne. Ces auteurs insistent sur l'importance de faire vivre la collaboration virtuelle à des apprenants dans des contextes pédagogiques qui la favorise. L'étude de Tseng et coll. (2009) en arrive à la conclusion que plus les membres d'une équipe communiquent clairement, plus ils ont une meilleure compréhension des tâches à réaliser, ce qui les mène à s'engager dans ladite réalisation. Ainsi, pour soutenir la collaboration virtuelle, Tseng et ses collègues suggèrent de favoriser la confiance entre les coéquipiers en leur proposant un environnement de collaboration dynamique centré sur l'apprenant. Une activité de cocréation réalisée dans un Google Doc en est un exemple (Shaffer, 2014). De plus, Tseng et coll. notent que même si les étudiants vivent des situations de nature conflictuelle, ces derniers ont tendance à reconnaître la personnalité de chacun et la manière dont ils souhaitent être traités dans des situations de collaboration virtuelle en travail d'équipe. Par conséquent, les situations conflictuelles vécues lors de tâches collaboratives ont tendance à être définies comme des problèmes à résoudre où tous les membres ont intérêt à être impliqués pour en faire bénéficier toute l'équipe (Johnson et Johnson, 2009). D'ailleurs, nos résultats dénotent que malgré les conflits ou les défis de synchronisation rencontrés, les étudiants ont majoritairement collaboré et ont été majoritairement satisfaits des activités collaboratives réalisées en ligne. À l'instar de Hei et coll. (2016), nous sommes d'avis qu'il est pertinent de préparer les étudiants en les

informant clairement à propos du contexte dans lequel vont se dérouler les activités d'apprentissage collaboratif en ligne et en présence. Par exemple, dans le cas de notre étude, les étudiants ne semblaient pas tous informés de l'importance de se synchroniser entre coéquipiers pour collaborer en ligne. Car, rappelons-le, cette méthode est centrée sur l'étudiant et ce dernier doit prendre en charge ses apprentissages en se référant à ses connaissances et à celles des membres de son équipe (Bishop et Verleger, 2013).

À ce sujet, soulignons que lors de la collaboration en ligne notre étude présente des résultats similaires aux défis de la synchronisation des horaires ou encore du manque de communication rencontrés dans les différents milieux en santé où les professionnels exercent une pratique collaborative (Barr, 2015; Lawlis et coll., 2014; Reeves et coll., 2016; Thistlethwaite, 2012).

Enfin, rappelons que nous avons noté dans le chapitre des résultats que les données qualitatives liées à la dimension de la synchronisation en présentiel indiquent que les équipes n'avaient pas toujours mobilisé cette dimension quand elles ont collaboré lors de l'atelier interprogramme. Dans le contexte de notre étude, la dimension de la synchronisation diverge selon que la collaboration se déroule en présentiel ou en ligne. Nous approfondirons cet élément un peu plus loin dans la discussion lorsque nous aborderons les tâches collaboratives et la coanimation lors de l'atelier interprogramme en présentiel.

5.2 Le numérique, le travail interprofessionnel et le partenariat patient : un « ménage adroit »

À la lumière de nos résultats et de la littérature scientifique, cette section discute de la complémentarité entre le numérique, le travail d'équipe interprofessionnel et le partenariat patient. Il explique comment, une fois combiné, ce trio fait preuve d'une complémentarité, soit d'un « ménage adroit ».

5.2.1 Le numérique

Nous avons annoncé, dans la problématique, qu'une des cibles du Plan d'action numérique en éducation (PAN) du MEES (2018) et l'une des dimensions du Cadre de référence de la compétence numérique en éducation (2019) étaient axées sur l'importance d'utiliser le numérique dans l'apprentissage de la collaboration. Nous avançons que le contexte de notre étude favorise l'atteinte de cette cible du PAN et de cette dimension du Cadre de référence de la compétence numérique en éducation du MEES. Nos résultats liés à l'usage du numérique indiquent que les étudiants ont collaboré en mobilisant les quatre dimensions de la collaboration en combinant plusieurs outils technologiques. De plus, une relation positive entre le nombre d'outils technologiques et la collaboration en ligne ($\rho = 0,156$) est légèrement plus élevée qu'en collaboration en présence ($\rho = 0,120$). En effet, bon nombre d'étudiants déclarent faire l'usage d'en moyenne quatre outils technologiques pour réaliser les activités collaboratives en ligne dans le JBC et de trois outils lors de l'atelier interprogramme en classe en présence. Rappelons que les équipes devaient obligatoirement utiliser le JBC, mais qu'elles pouvaient utiliser d'autres outils technologiques. De plus, nos résultats apportent des précisions sur les études et recommandations précédemment annoncées lors de la problématique en lien avec l'usage du numérique pour collaborer en EIP (Dow et coll., 2017; Stuart et Triola, 2015). Dow et coll. (2017) ont d'ailleurs noté l'importance d'enseigner l'EIP avec le numérique pour apprendre à collaborer dès les premières années d'université afin de préparer les étudiants à la pratique interprofessionnelle dans les milieux cliniques dite « centré » sur le patient. Nous discutons donc dans cette section de l'importance de donner la possibilité aux équipes d'utiliser un large éventail d'outils technologiques pour la collaboration lors de la

cocréation d'activités collaboratives interprofessionnelles se déroulant en ligne et en présentiel. À ce sujet, nous argumentons cette discussion en détaillant deux interprétations majeures que nous faisons de nos résultats soit 1) le choix des outils technologiques et 2) comment le numérique facilite et freine la collaboration en ligne et en présentiel.

5.2.2 Choix des outils technologiques

Premièrement, les extraits négatifs liés à la dimension de la communication témoignent que la collaboration en face à face lors de l'atelier interprogramme était parfois préférée à la collaboration virtuelle parce que la communication en ligne était impersonnelle ou plus difficile chez certaines équipes. La littérature scientifique souligne que la communication (Hosley, 2010), la performance de l'équipe et la confiance entre les coéquipiers (Kauffman et Carmi, 2017; Roth, 2010) sont indéniables pour une collaboration virtuelle réussie. Parallèlement, des recherches où les étudiants devaient échanger et partager de l'information et des connaissances dans un contexte de formation universitaire hybride ont démontré que les forums de discussion intégrés par exemple dans la plateforme Moodle sont impersonnels et ne favorisent pas les interactions et le travail interprofessionnel (Bramble, Ennever, Bull, Wall et Zimitat, 2012; Riley, McGowan et Rozmovits, 2014). À l'opposé, nous n'avons recensé aucune étude indiquant que la collaboration en ligne par l'entremise des médias sociaux ou de l'outil Google Doc était impersonnelle. Or, nos résultats démontrent que l'échange des connaissances et l'obtention du consensus d'équipe (coordination) se déroulaient parfois moins aisément en ligne et que la participation entre les membres (synchronisation et coordination explicite) au travail d'équipe n'était pas toujours égalitaire chez certaines équipes. À cet effet, l'étude de Waterston (2011) a noté que la qualité des interactions en ligne était entre autres influencée par la supervision d'un facilitateur, mais aussi par la pertinence et la clarté des activités d'apprentissage à réaliser. De ce fait, les équipes ayant été les plus efficaces en ligne avaient développé leurs propres techniques d'organisation (synchronisation) pour planifier leur collaboration en ligne en assignant des responsables pour les faciliter. L'étude de Waterston souligne que 96 % des étudiants favorisaient les interactions en face à face contre 45 % pour les interactions en ligne. De notre côté, notre étude n'a pas recueilli de données empiriques sur le mode

d'interaction préféré par les étudiants (en ligne de manière synchrone ou asynchrone ou en face à face), ni comment les dimensions étaient explicitement mobilisées en ligne.

Cependant, la triangulation de nos données quantitatives et qualitatives révèle des indicateurs liés à l'usage du numérique et aux méthodes de communication privilégiées par les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle. Outre l'outil obligatoire Google Doc et les fonctionnalités qu'il permet (clavardage, commentaires et rédaction collaborative, partage de fichier), les outils technologiques utilisés pour collaborer sont majoritairement des médias sociaux tels que Facebook à 62 % pour la collaboration en ligne et 17 % pour la collaboration en présentiel et Messenger à 79 % pour la collaboration en ligne et 20 % pour la collaboration en présentiel. Ces plateformes de réseautage auraient ainsi favorisé la collaboration surtout en ligne, mais aussi en présentiel. Les étudiants auraient donc clavardé dans leur groupe Facebook privé ou via Messenger pour collaborer en ligne, mais aussi en présentiel. Les étudiants y échangeaient des idées, des informations et des connaissances, se fixaient des rendez-vous et les utilisaient en mode asynchrone autant qu'en mode synchrone pour collaborer. De plus, ils en faisaient l'usage tout en rédigeant de manière collaborative les activités du JBC (Google Doc). Cette collaboration en travail d'équipe en ligne s'est réalisée sans facilitateur et les équipes étaient en pleine autonomie.

Cet usage du numérique par l'entremise des médias sociaux est populaire grâce à leur accessibilité sur différents appareils et au fait qu'ils permettent aux personnes ayant des intérêts communs de se rassembler et de communiquer ensemble (Lofters, Slater, Nicholas Angl et Leung, 2016). D'un point de vue éducatif, on note que la plupart des étudiants universitaires utilisent des sites de réseautage sur lesquels ils développent des compétences qu'ils transfèrent plus tard dans leur milieu professionnel (Childress, 2016; King, Greidanus, Carbonaro, Drummond et Patterson, 2009). En santé, l'usage des médias sociaux rapprocherait les professionnels en plus de favoriser les interactions avec le public et même d'influencer certaines décisions politiques (Gallo, 2017). Cain et Chretien (2013) ont pour leur part souligné le potentiel éducatif des médias sociaux pour soutenir les apprentissages en EIP et répondre à ses défis récurrents de logistique comme la gestion du temps et l'éloignement géographique. À ce sujet, McLoughlin, Patel, O'Callaghan et Reeves (2018) avancent que la popularité de Facebook dans le domaine de la santé pourrait

être due au fait que les organisations et les gens peuvent créer des pages et des groupes privés qui assurent une certaine confidentialité lorsqu'ils partagent et échangent de l'information. Nos résultats indiquent d'ailleurs que les outils technologiques tel qu'un groupe privé sur Facebook, Messenger et Google Doc offrent effectivement la possibilité aux étudiants réunis en équipe interprofessionnelle de communiquer, de se synchroniser et de se coordonner en modes synchrone et en asynchrone. Ceux-ci favoriseraient donc la collaboration en ligne puisque les apprenants ont indiqué avoir collaboré en grand nombre sur ces derniers et qu'une relation positive existe entre le nombre d'outils technologiques utilisés et la collaboration et entre la collaboration et la satisfaction à l'égard des activités. Cet usage du numérique en combinant plusieurs outils technologiques serait donc favorable pour réaliser des activités de cocréation en EIP en ligne et pour les bonifier en présentiel.

5.2.3 Le numérique au service de la collaboration

Offrir la possibilité aux étudiants de choisir les outils technologiques dont ils souhaitent faire usage pour communiquer, se synchroniser et se coordonner en travail d'équipe semble être une stratégie efficace afin de soutenir la collaboration en ligne et en présence. Notre étude souligne qu'il est important d'allier les outils technologiques obligatoires imposés par la formation comme le Google Doc (JBC) avec une palette d'outils informels qui pourraient leur être utiles pour accomplir leurs tâches. Ainsi, si une université interdisait de faire l'usage d'un groupe Facebook ou de Messenger pour permettre aux étudiants de collaborer en travail d'équipe en EIP, cela semblerait inutile et incohérent avec la réalité universitaire. D'une part, la littérature scientifique démontre que les étudiants universitaires utilisent ces plateformes pour travailler en équipe (Lupton, 2014; Perrin, 2015) et que les formateurs et professeurs en EIP auraient difficilement le contrôle sur leur usage. D'autre part, leur usage en cours de formation offre une opportunité d'apprendre à collaborer et partager avec le numérique de manière respectueuse et sécuritaire (MEES, 2018). En effet, on note une augmentation de l'utilisation des médias sociaux par les enseignants et professeurs des universités pour enseigner (Manca et Ranieri, 2016). Parallèlement, nous n'avons pas repéré de problèmes liés au respect et à l'usage du numérique dans nos résultats. Gruzd, Haythornthwaite, Paulin, Gilbert et Esteve del Valle (2018) relèvent que l'usage des médias sociaux pour apprendre permet de

contextualiser certains apprentissages préparant les étudiants universitaires au milieu du travail. Leur usage suscite aussi la collaboration et ouvre la porte à une panoplie d'opportunités d'apprentissage.

De leur côté, Kauffman et Carmi (2017) ont réalisé une étude auprès de 280 professionnels provenant de divers secteurs tels que la santé, la communication, les médias et le marketing. Ce faisant, ils ont constaté que les médias sociaux peuvent être utiles pour encourager les discussions ouvertes, la communication et la confiance entre coéquipiers. Ces mêmes auteurs notent aussi que les outils d'écriture collaborative où des fichiers sont partagés sur une même plateforme (ex. : Google Doc) favorisent non seulement la collaboration virtuelle, l'échange d'information et des connaissances, mais aussi le développement de la confiance et le partage des responsabilités entre coéquipiers pour réaliser des tâches collaboratives. Nos résultats sont donc similaires à ceux de l'étude de Kauffman et Carmi, mais ils apportent des données empiriques supplémentaires qui sont spécifiques à l'EIP. De plus, nos résultats apportent des données empiriques complémentaires à l'étude doctorale de Shaffer (2014) puisqu'elle avait remarqué la valeur ajoutée de l'outil Google Doc dans un contexte où des équipes interprofessionnelles d'étudiants s'exerçaient en milieu clinique. Pour sa part, elle a indiqué que les étudiants provenant de plusieurs programmes ont travaillé en équipe efficacement sur des dossiers de patients grâce aux possibilités de travail en mode synchrone et asynchrone qu'offre Google Doc et Google Hangout. Ainsi, le contexte de notre étude apporte des données différentes mais complémentaires à toutes ces études puisqu'il se déroule dans le cadre d'un cours universitaire. En effet, nos résultats indiquent que la complémentarité des outils technologiques a favorisé l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle pour coconstruire des activités collaboratives en équipes interprofessionnelles. D'ailleurs, Shaffer (2014) recommandait dans son étude doctorale d'intégrer le numérique pour faire collaborer des étudiants provenant de plusieurs programmes bien avant qu'ils se retrouvent en milieux cliniques.

Enfin, nos résultats amènent des données empiriques liées à la valeur ajoutée que semble avoir l'usage du numérique pour collaborer en ligne, mais aussi lors de la collaboration en présentiel. L'usage du numérique pour apprendre à collaborer initierait

aussi les futurs professionnels à la pratique collaborative en partenariat patient comme les contextes authentiques des milieux de pratique l'imposent. Ce que nous abordons dans les prochaines lignes.

5.2.4 Le travail interprofessionnel

Reeves et coll. (2018) ont récemment souligné que la collaboration en travail d'équipe se déroulant en ligne prépare les étudiants aux milieux de pratique, car l'usage du numérique pour le « réseautage » est un type de travail interprofessionnel efficace en milieu de pratique. Par exemple, Dow et coll. (2017) ont observé la collaboration virtuelle entre 400 professionnels dans la gestion de dossiers numériques d'une centaine de patients ayant un cancer colorectal. Ils ont observé leur travail réalisé auprès du patient dont les besoins évoluaient rapidement avec la maladie. Les auteurs mentionnent qu'il était irréaliste pour ces professionnels de la santé de pouvoir se rencontrer en face à face vu le nombre important de professionnels impliqués, en plus des changements récurrents. Ce faisant, Dow et coll. (2017) indiquent que le réseautage était le type de travail interprofessionnel nécessaire afin d'offrir des soins de santé de qualité aux patients. D'ailleurs, au chapitre du cadre conceptuel, nous avons indiqué que notre étude s'appuyait sur la typologie de Xyrichis et coll. (2018) pour expliquer que les équipes développaient des compétences du référentiel dans des contextes authentiques et similaires aux milieux de pratique. La typologie du travail interprofessionnel de Xyrichis et coll. (2018) note l'importance de développer le réseautage interprofessionnel (« interprofessional networking »), impliquant en majeure partie la coordination des tâches à distance. De fait, nos résultats semblent démontrer que les équipes auraient collaboré dans un contexte favorable au développement du *réseautage interprofessionnel*. Ce type de travail interprofessionnel fait en sorte que la collaboration se manifeste principalement de manière indirecte. Autrement dit, au lieu que la collaboration se déroule en face à face, elle se déroule surtout en ligne par l'entremise d'outils technologiques, soit la visioconférence, le dossier électronique médical et le portail électronique (Dow et coll., 2017). Au regard du contexte de notre étude, lorsque les équipes interprofessionnelles ont collaboré en travail d'équipe en ligne, elles auraient ainsi été initiées au réseautage interprofessionnel. De fait, un tel contexte permet de préparer les futurs cliniciens à l'ère du numérique où ils devront

collaborer pour réaliser des travaux d'équipe interprofessionnelle par l'entremise de plateformes diverses. À l'opposé, lorsque les équipes ont collaboré en présentiel, nous croyons qu'elles auraient été initiées au type de travail interprofessionnel se rapprochant de la *collaboration consultative*. Ce type de travail interprofessionnel se déroule en face à face et réunit plusieurs professions en compagnie du patient. Dans notre étude, le patient partenaire au profil formateur était impliqué dans l'équipe interprofessionnelle lors de l'atelier tout comme ce type semble le favoriser. En somme, nous sommes d'avis que l'apprentissage collaboratif en mode hybride, telle que vécue dans le contexte de cette étude, exerce les équipes d'étudiants à apprendre dans des contextes similaires à la pratique comme la typologie de Xyrichis et coll. (2018) le propose.

5.2.5 Le partenariat patient

La littérature scientifique montre que l'approche de soins en partenariat patient transparaît dans divers éléments : les échanges, le partage des savoirs expérientiels des patients par l'entremise du numérique en faisant l'usage des médias sociaux, des applications mobiles et d'autres plateformes collaboratives. Bref, cette approche est le fruit d'un réseautage où le patient est partenaire pour la prise en charge de ses soins (Flora, 2015, 2016). À la lumière de nos résultats, nous considérons donc que la collaboration en ligne et la collaboration en présentiel en faisant l'usage du numérique telles que vécues dans le cadre de cette étude (cours CSS2900) représente un tremplin vers le monde professionnel pour les étudiants. En effet, ils sont initiés à l'usage du numérique en santé, un outil aujourd'hui incontournable à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient. D'ailleurs, l'arrivée du e-patient en santé représente selon nous une grande opportunité pour les futurs professionnels de la santé de s'initier à la collaboration en ligne en plus de développer une aisance avec le numérique afin de mieux s'adapter aux besoins du patient. Pour rappel, nous entendons par e-patient le patient qui utilise les outils du numérique pour mieux comprendre ses problèmes de santé, identifier les ressources disponibles et évaluer les options de traitements pour faire le meilleur choix possible et ainsi améliorer sa santé ou celle de ses proches (Bazinet, 2017 ; Ferguson, 2004, 2007).

En résumé, le numérique, le travail interprofessionnel et le partenariat patient, par leur complémentarité, forment un « ménage adroit ». En effet, les résultats montrent que le

contexte de notre étude aurait permis aux équipes de s'initier au réseautage interprofessionnel et à la collaboration virtuelle les préparant à offrir des soins à l'ère du partenariat patient et du numérique. La prochaine section discute de manière plus spécifique des résultats liés à la méthode d'apprentissage vécue par les équipes interprofessionnelles pour apprendre et développer des compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient à l'ère du numérique.

5.3 La classe inversée collaborative pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient

La méthode d'apprentissage collaboratif en mode hybride propre au contexte de notre étude vise un enseignement centré sur l'apprenant où ce dernier est actif dans ses apprentissages. Le mode hybride sur lequel se base cette étude se rapproche du mode hybride de la classe inversée avec comme valeur ajoutée l'opportunité d'apprendre en équipe en ligne et en présence. La classe inversée est une méthode pédagogique hybride qui consiste à rendre disponibles les contenus théoriques d'un cours en ligne dans des vidéos, des podcasts ou d'autres médias avant une formation offerte en présentiel (Moffett, 2015; Sharma, Lau, Doherty et Harbutt, 2015) tout en rendant actif l'apprenant dans ses apprentissages à l'aller (en ligne) et au retour (en classe). Kim et coll. (2014) définissent la classe inversée comme une approche plus ouverte facilitant les interactions entre les enseignants et les apprenants (Bergmann, Overmyer et Wilie, 2011) en faisant l'usage du numérique « avant » et « en classe » (Hughes, 2012; Kim et coll. 2014). Essentiellement, elle vise à adapter l'enseignement au rythme d'apprentissage des apprenants tout en réduisant le temps des exposés magistraux réalisés en présentiel (Roy, 2014). À la lumière de nos résultats et de la littérature scientifique, nous choisissons d'intituler cette méthode d'apprentissage contextualisée à notre étude en tant que « classe inversée collaborative ».

Les résultats que révèle notre étude rejoignent notamment les travaux de Dearnley et coll. (2010), Davies et coll. (2015) et Clark et coll. (2017) ayant souligné que le travail d'équipe en ligne alterné avec le travail en face à face avait favorisé le développement des habiletés collaboratives, la connaissance des rôles des autres professions, l'augmentation

des interactions entre coéquipiers et la diminution des attitudes négatives à l'égard des autres professions.

Au cours des prochaines lignes, nous discutons donc des données quantitatives et qualitatives qui nous permettent d'avancer que la méthode hybride de notre étude est une « classe inversée ». Ces résultats amènent de nouvelles pistes empiriques sur la méthode hybride de la classe inversée vécue spécifiquement en apprentissage collaboratif. En effet, si les données quantitatives indiquent que les étudiants ont collaboré de manière similaire en ligne et en présence, les données qualitatives apportent davantage de précisions liées à la manière dont les participants ont communiqué, se sont synchronisés et se sont coordonnés explicitement et implicitement. De plus, notre étude relève qu'il existerait une relation positive entre la collaboration et la satisfaction pour chaque activité collaborative réalisée dans les deux temps (en ligne et en présence en classe). Cela nous laisse croire que plus les étudiants sont satisfaits du travail d'équipe réalisé, plus ils vont collaborer. À l'inverse, cela signifierait que plus ils collaborent avec les membres de leur équipe, plus ils sont satisfaits de leur travail collaboratif. Cette relation positive entre la satisfaction et la collaboration indique possiblement que les activités collaboratives réalisées étaient centrées sur l'apprenant et qu'elles lui ont permis d'être actif dans ses apprentissages, ce qui représente un net avantage. Parallèlement, la méta-analyse de Freeman et ses collègues (2014) souligne que les étudiants ayant vécu un apprentissage actif ont 50 % plus de chance de réussir un cours. Cette étude note d'ailleurs que la performance des étudiants augmente (0,47 d'écart-type) pour les classes en apprentissage actif. Elle révèle aussi que les étudiants ayant suivi des cours traditionnels ont 1,5 fois plus de risque d'échouer que les étudiants des classes en apprentissage actif. La triangulation de nos données nous a permis de faire des liens quant à trois éléments récurrents dans la littérature scientifique liée à la classe inversée, c'est-à-dire les tâches de la classe inversée, la coanimation/l'animation et l'encadrement pédagogique (Kim et coll., 2014; O'Flaherty et Phillips, 2015). Les prochaines sections s'attardent à discuter de ces éléments.

5.3.1 Les tâches collaboratives à réaliser : l'importance de la cocréation

Tout d'abord, les étudiants ont déclaré que les activités réalisées en ligne et en présence ont permis de collaborer – à savoir communiquer, se synchroniser et se coordonner – pour cocréer de toutes pièces une vignette clinique et une activité d'éducation thérapeutique. Des extraits liés à la communication et à la coordination explicite présentés au chapitre des résultats témoignent des raisons de leur satisfaction à l'égard des tâches en ligne. En résumé, ils ont notamment pu créer des activités reflétant des « situations réalistes » (Q182) permettant d'inclure tous les professionnels et d'analyser leurs travaux à la lumière des rôles des professions de l'équipe. Pour les tâches réalisées en présentiel, la communication et la coordination explicite ont favorisé la bonification du travail réalisé en amont en ligne tout en faisant le point sur le travail d'équipe grâce entre autres aux coanimateurs (patient et professionnel de la santé) et à l'autre équipe. Ce faisant, les activités collaboratives réalisées en ligne et en présence par les équipes auraient favorisé l'atteinte de niveaux d'habiletés intellectuelles visant des objectifs d'apprentissage supérieurs, c'est-à-dire créer, évaluer et analyser (Bloom, 1956; Krathwohl, 2002), plutôt que des objectifs correspondant aux niveaux inférieurs tels que se souvenir et comprendre. De fait, les activités d'apprentissage collaboratives réalisées en ligne et en mode hybride impliquant des niveaux d'habiletés intellectuelles de hauts niveaux permettent à l'apprenant d'être actif et offrent un enseignement centré sur l'étudiant (Guilbault et Viau-Guay, 2017; Kim et coll., 2014), ce que notre étude semble démontrer. En effet, le contexte de l'étude demandait aux équipes de cocréer, autrement dit de créer en équipe la vignette et l'activité d'éducation thérapeutique en ligne avec le numérique. À ce sujet, rappelons les travaux de Romero et Lille (2017) qui considèrent que l'usage des technologies en enseignement varie selon le niveau d'engagement des étudiants. Ces auteurs distinguent les types d'usages où les apprenants sont placés dans des situations de consommation passive (informations, vidéos et modules en ligne) des situations où l'apprenant est plongé dans des situations de cocréation participative de connaissances. Dans le premier cas, l'apprentissage est davantage centré sur les contenus et dans le second, l'apprentissage est centré sur l'apprenant actif. Selon eux, la cocréation participative de connaissances représente un niveau d'engagement supérieur de la part des apprenants. Parallèlement, notre étude relève

que la classe inversée dite collaborative nécessite que les activités en présentiel venant après la période de collaboration en ligne proposent des défis de collaboration au-delà de la bonification de ces dernières. De tels défis amèneraient davantage des discussions centrées sur la résolution de conflits, la clarification des rôles et même l'éthique entre les professions. De plus, de telles tâches collaboratives en présentiel exigeraient possiblement davantage de synchronisation et de coordinations explicite et implicite de la part des étudiants réunis en équipe interprofessionnelle. Cela permettrait de s'assurer que la collaboration en travail d'équipe soit plus efficace.

Nos résultats apportent des arguments supplémentaires aux études de Dow et coll. (2016), Hinyard, Toomey, Eliot et Breithbach (2018) et Reeves et coll. (2016) sur le développement d'attitudes positives à l'égard des autres professions, des compétences de la pratique collaborative et des habiletés au travail d'équipe interprofessionnel en contexte d'apprentissage en mode hybride. En effet, nos résultats indiquent que les équipes interprofessionnelles d'étudiants ont clarifié leurs rôles et ont développé la collaboration en travail d'équipe en communiquant, se synchronisant et se coordonnant pour cocréer des activités en EIP en mode hybride sur une période de deux mois. Les activités de cocréation lors de la collaboration en ligne et en présentiel auraient favorisé le décloisonnement entre les treize différentes professions du cours CSS2900. De plus, notre étude présente des résultats similaires à ceux de Clark et coll. (2017), Evans et coll. (2017) et Solomon et King (2010) qui ont souligné que la collaboration en ligne pour réaliser un travail d'équipe en EIP avait favorisé la clarification et la connaissance des rôles entre professionnels d'une équipe et développé la compétence de collaboration. À ce sujet, notre méthode en mode hybride de la classe inversée en EIP démontre donc que la majorité des étudiants ont développé des habiletés similaires. De plus, notre étude indique aussi que les participants ont développé des compétences de la pratique collaborative. Nous discuterons d'ailleurs de ce point plus en profondeur dans la section de la discussion répondant au troisième objectif spécifique.

Maintenant que nous avons discuté de l'aspect des tâches collaboratives, nous abordons dans les prochaines lignes la place de la coanimation lors de la collaboration en ligne et en classe en présence.

5.3.2 La coanimation

En ligne

En classe inversée, l'enseignant n'est pas la source première de transmission des connaissances, mais il a un rôle de guide et d'accompagnateur pour un groupe d'étudiants (Sherbino, Chan et Schiff, 2013; Kim et coll., 2014; O'Flaherty et Phillips, 2015). Dans notre étude, il n'y avait pas d'animateur pour accompagner les coéquipiers lors de la collaboration en ligne. En effet, les équipes réunies virtuellement dans le JBC devaient travailler ensemble librement et de manière autonome sans la présence d'un facilitateur en ligne. Quand les étudiants collaborent en ligne pour accomplir des tâches universitaires, Hei et coll. (2016) soutiennent que l'institution ou l'enseignant aurait intérêt à favoriser la communication entre eux afin que les équipes réussissent les tâches collaboratives à accomplir. Ces mêmes auteurs avancent à ce sujet qu'un facilitateur peut être appelé à exercer ce rôle important. À la lumière de nos résultats et de la littérature scientifique, un facilitateur aurait peut-être pu harmoniser et faciliter la collaboration dans le cadre du cours CSS2900. Cependant, cet accompagnement en ligne doit respecter la méthode d'enseignement centrée sur les apprenants en classe inversée collaborative (Lebrun, Gilson et Goffinet, 2016; Lecoq, Lebrun et Kerpelt, 2017). D'ailleurs, l'étude quasi-expérimentale de Jensen, Kummer et Godoy (2015) souligne que l'enseignant doit emprunter un rôle d'accompagnateur, solliciter les étudiants et s'assurer qu'ils soient actifs dans leurs apprentissages en classe inversée, et ce, que ce soit en ligne ou en présentiel, peu importe l'ordre de son enseignement. Nos recommandations apporteront donc des pistes de solution liées à la présence d'un facilitateur pour les équipes interprofessionnelles d'apprenants collaborant en ligne.

En présentiel

Tout d'abord, nos résultats indiquent que des professionnels de la santé animateurs de l'atelier interprogramme semblaient plus préparés que d'autres, voire mieux formés au Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux, au déroulement de l'atelier, à l'approche de partenariat patient tel que vécu dans les milieux, aux techniques d'animation de groupe et à la méthode pédagogique utilisée (collaboration en ligne préparatoire à la collaboration en présence).

Ainsi, certains participants ont relevé des difficultés d'animation, ce qui a parfois freiné la communication et la coordination pendant la collaboration en travail d'équipe. Nos résultats indiquent aussi que certains professionnels de la santé, coanimateurs de l'atelier interprogramme, ont parfois véhiculé des préjugés liés à des professions et ont manqué d'ouverture, ce qui a eu pour effet de gêner la collaboration en présentiel et qui a possiblement moins favorisé le décloisonnement des professions. Ainsi, il serait important d'y remédier puisque Milot et coll. (2017) et Baker et coll. (2018) ont indiqué qu'une mauvaise animation en EIP peut décourager les étudiants et engendrer le cloisonnement des professions.

Nous avons souligné dans la problématique l'importance de la qualité de la facilitation ou de l'animation afin d'assurer qu'elle soit adéquate, pertinente, réaliste et de qualité lors d'un atelier en petit groupe (Baker et coll., 2018). Malgré qu'elle puisse être stimulante, certains animateurs peuvent aussi considérer l'animation de ces petits groupes comme un défi. Certains ont l'habitude d'enseigner à leurs propres étudiants ou à ceux de leur discipline alors que c'est moins le cas avec de petits groupes interprofessionnels (Lindqvist et Reeves, 2007; Ruiz et coll., 2013). Les professeurs ou professionnels qui sont chargés d'animer les ateliers des cours d'EIP doivent donc jongler avec des professions autres que la leur et assurer un environnement sûr dans lequel les apprenants des équipes interprofessionnelles clarifient leurs rôles en évitant le « tribalisme professionnel » (Hawkes et coll., 2013) ou, en d'autres mots, le cloisonnement des professions. LeGros et coll. (2015) soulignent que les discussions autour des rôles et identités professionnels peuvent être difficiles et lourdes à traiter par les facilitateurs, notamment lorsque des désaccords surviennent entre les membres d'une équipe interprofessionnelle d'étudiants. De plus, les problèmes de facilitation lors d'une rencontre interprofessionnelle en petite équipe peuvent être dus au manque d'empathie à l'égard des étudiants en plein apprentissage de la collaboration, aux préjugés que l'animateur peut avoir à l'égard de certaines professions ou à une mauvaise appropriation du comportement de bon collaborateur. Les résultats de notre étude dénotent que des participants ont parfois eu des difficultés à communiquer ou à se coordonner à cause d'une coanimation ne sollicitant pas à tout coup les interactions (le partage des connaissances, faire le point sur la progression des apprentissages). À ce sujet, Kirschner et Erkens (2013) notent que les consignes

doivent être clairement énoncées et comprises par tous lorsque des équipes collaborent pour réaliser des tâches ou encore réfléchir ensemble pour obtenir un consensus. Ils ajoutent que de réunir une équipe pour collaborer n'implique pas nécessairement qu'ils le feront. De plus, les coéquipiers s'engageront à collaborer lorsque la communication sera la raison d'être de la tâche et que cette dernière engage explicitement tous les membres de l'équipe. Les coanimateurs devraient donc s'assurer que tous soient au diapason avec les consignes pour qu'ils communiquent (partage des connaissances et d'information, etc.) entre eux au sein de l'équipe. Néanmoins, nos résultats indiquent que malgré le fait que les équipes aient eu parfois des difficultés de communication pour collaborer, les étudiants ont eu l'opportunité de développer cette dimension essentielle en EIP. Borokhvoski et coll. (2015) avaient d'ailleurs souligné que les résultats d'apprentissage sont plus élevés lorsque l'interaction est planifiée dans des situations d'apprentissage prévues pour la collaboration en ligne. Par exemple, le JBC était planifié en présentant des consignes pour guider la collaboration dans les équipes.

Coanimation de l'aller au retour

Poellhuber et Laberge (2017) notent qu'en classe inversée, l'encadrement et l'accompagnement de l'enseignant doivent être faits autant en dehors de la classe (en ligne) qu'en classe. Ces auteurs suggèrent des points d'arrêt de rétroaction en guise de « contrôle », notamment par l'intégration de la rétroaction par les pairs ou par l'évaluation des apprentissages en ligne et en présence. Ils proposent entre autres que l'enseignant valide la compréhension des tâches ou observe si les apprenants les ont réalisées. Cet accompagnement peut être soutenu notamment par la vérification dans le Google Doc et par l'entremise d'une rétroaction par les pairs qui soit obligatoire dans le cadre du cours. Parallèlement, lors du retour en classe, les coanimateurs en EIP auraient intérêt à réinvestir majoritairement les apprentissages réalisés en ligne afin de soutenir l'engagement des apprenants, favoriser le transfert des connaissances et atteindre des niveaux d'apprentissage élevés selon la taxonomie de Bloom (Hei et coll., 2016; Kim et coll., 2014; Ohtake et coll., 2018). Dans notre étude, les coanimateurs n'avaient pas accès au JBC des équipes et n'ont donc pas pu favoriser la collaboration virtuelle entre les coéquipiers ou les soutenir dans son déroulement en ligne. À l'opposé, lors de la collaboration en présentiel,

les équipes ont réalisé des activités collaboratives facilitées et coanimées par un professionnel de la santé et un patient partenaire au profil formateur. Il semble que la présence d'un facilitateur lors de la collaboration en ligne favoriserait donc le travail entre les coéquipiers.

5.3.3 L'encadrement pédagogique

Nos résultats permettent de souligner l'importance d'expliquer clairement aux étudiants la méthode d'enseignement du cours. Nous avons des éléments démontrant qu'il n'était pas clair pour tous les participants que l'enseignant, les coanimateurs et même l'autre équipe jumelée s'inspireraient en majeure partie des travaux des équipes réalisés en ligne lors de l'animation de l'atelier en classe. Le Plan du cours CSS2900 détaillait les objectifs d'apprentissage selon la taxonomie de Bloom pour obtenir une pratique de classe inversée pertinente comme la littérature scientifique le suggère (Lebrun, 2015; Poellhuber et Laberge, 2017). Or, dans le JBC employé, on note qu'il n'y avait pas de précisions au sujet de l'encadrement pédagogique et de la méthode d'apprentissage. Autrement dit, les enseignants et les coanimateurs n'avaient pas d'indications concrètes dans le JBC qui les aiguillaient sur la manière de guider les équipes d'étudiants dans leur apprentissage collaboratif. Le Plan de cours CSS2900 ne comprenait pas non plus d'informations détaillées à cet effet. Il aurait été utile de leur fournir davantage de précisions à cet égard. Par ailleurs, le contexte de notre étude où des équipes ont collaboré en classe inversée est similaire à celui de Kim et coll. (2014). Ces auteurs ont souligné que l'enseignant devait s'assurer que les étudiants aient compris la méthode pédagogique. En d'autres mots, les informer à plusieurs moments de l'importance du travail d'équipe à réaliser qui est préparatoire et réutilisé lors de l'atelier interprogramme.

Maintenant que nous avons abordé les deux premiers objectifs spécifiques de cette étude, la prochaine section de ce chapitre s'attarde à discuter des résultats reliés au troisième objectif de la présente recherche. Nous discutons donc des compétences effectives liées au référentiel que les équipes interprofessionnelles ont manifestées.

5.4 Le partenariat patient : une valeur ajoutée dans l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle pour le XXI^e siècle

Notre étude apporte des données empiriques sur l'enseignement de l'EIP soutenue par le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux à l'UdeM. Le contexte de cette recherche semble préparer les étudiants à favoriser le partenariat patient une fois en milieu de pratique tel que le proposent notamment Pomey et coll. (2015) et Pomey et Lebel (2016). Les douze équipes ont développé des compétences de pratique collaborative et de partenariat patient à travers les activités de cocréation et de résolution de problème réalisées en ligne et bonifiées en présentiel et neuf équipes ont adopté l'approche de partenariat patient pour concevoir leurs activités en ligne.

Au cours des prochaines lignes, nous abordons les résultats des données qualitatives afin de répondre au troisième objectif spécifique de cette étude doctorale. L'OS3 vise à identifier les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées par des étudiants en sciences de la santé lors d'activités favorisant l'apprentissage collaboratif dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride. Nous discutons des compétences mobilisées et expliquons comment les compétences se sont manifestées dans le contexte de notre étude.

5.4.1 Compétences effectives de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux

5.4.1.1 Compétences effectives de la pratique collaborative

Notre étude a permis d'identifier les compétences effectives (réelles) de douze équipes interprofessionnelles manifestées majoritairement en ligne. Nous n'avons malheureusement pas pu identifier leurs compétences effectives pendant l'atelier interprogramme pour des raisons logistiques. Cet aspect sera d'ailleurs abordé au chapitre des limites de notre recherche.

Les compétences effectives identifiées dans la présente étude ont été mobilisées dans deux activités de cocréation et de résolution de problème réalisées dans le JBC. Les deux activités collaboratives du JBC démontrent que les compétences du référentiel qui ont été les plus mobilisées sont dans l'ordre la communication, le travail d'équipe, l'éducation thérapeutique, la clarification des rôles, la planification et mise en œuvre des soins et services, le leadership collaboratif et la résolution des conflits. Pendant le travail réalisé en ligne, des étudiants se seraient majoritairement familiarisés avec les rôles des autres professions et auraient appris les uns des autres en s'échangeant des connaissances et des informations utiles concernant leur profession. De plus, en surmontant les défis de synchronisation, de communication et de coordination que la collaboration en ligne a imposés, les équipes ont majoritairement réussi à mobiliser la compétence du travail d'équipe. Nous croyons donc qu'en relevant leurs défis liés au travail d'équipe, les étudiants ont semblé aussi avoir établi et maintenu des relations harmonieuses, décelé et désamorcé des situations qui peuvent créer des tensions et participé à la résolution des conflits en équipes. Les compétences de communication, d'éducation thérapeutique et de clarification des rôles se sont développées à travers la cocréation de l'activité d'éducation thérapeutique et de la vignette, comme s'ils avaient simulé celle-ci. Elles auraient ainsi permis aux équipes de collaborer dès le lancement du cours sans attendre la rencontre en face à face.

Or, notre étude souligne aussi que la terminologie utilisée dans la création des activités collaboratives en ligne ne reflète pas toujours celle que promeut le document officiel de la Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Par exemple, nos résultats indiquent que des équipes utilisent le terme « multidisciplinaire » au lieu « d'interdisciplinaire » pour définir les équipes « interprofessionnelles ». Ce constat laisse présager que la terminologie du partenariat patient n'est peut-être pas enseignée tel que son référentiel la promeut dans certains programmes de formation en sciences de la santé et psychosociales de l'UdeM ou que les étudiants n'ont pas suffisamment parcouru les modules en ligne de formation du cours CSS2900. Le terme « multidisciplinaire » réfère, par exemple, à des équipes qui travaillent en silo lors de la conception des objectifs du patient, favorisent une pratique où les savoirs sont juxtaposés et non partagés et où les interactions sont centrées sur l'échange

d'information au lieu de la mise en commun et d'une synthèse conjointe. De plus, les équipes multidisciplinaires optent pour une intervention, une décision et une responsabilité parallèle, c'est-à-dire propre à chaque membre de l'équipe. À l'opposé, les équipes interdisciplinaires favorisent une pratique partagée en matière d'intervention, de décision et de responsabilité (CIOUdeM). De plus, l'omission des termes liés au partenariat patient pourrait signifier que les étudiants sont en plein apprentissage du partenariat patient et de la pratique collaborative. Nos résultats témoignent d'ailleurs que certains termes à ce sujet (ex. : projet de vie, objectifs SMART, patient partenaire, pratique collaborative, relation, savoirs expérientiels, défi de synchronisation) sont très peu utilisés par les équipes. Nous avons aussi remarqué que dans la rédaction de leur vignette et activité par discipline, les équipes ayant emprunté l'approche plus paternaliste rédigeaient en silos et non de manière interdisciplinaire au « nous ». Nous tiendrons compte de ces aspects dans nos recommandations des moyens et stratégies que nous considérons pertinents à intégrer pour améliorer l'enseignement de la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient. Les équipes n'ont pas toujours utilisé le vocabulaire associé au référentiel et à terminologie, mais ils ont développé des compétences de la pratique collaborative, mais aussi de partenariat patient, ce que les prochaines lignes abordent.

5.4.1.2 Compétences effectives et approche de soins en partenariat patient

Nos résultats montrent que neuf équipes sur douze ont conçu leur activité d'éducation thérapeutique ou leur vignette en se rapprochant des critères de l'approche de soins en partenariat patient. Entre la première et la deuxième activité collaborative en ligne réalisée dans le JBC, notre étude relève que 33 % des équipes ont progressé (passage d'une approche de soins paternaliste ou centrée vers le partenariat patient). De plus, 35 % des équipes ont travaillé en approche de partenariat patient tout au long des activités tandis que 25 % ont conservé l'approche collaborative centrée. Cependant, 12 % des équipes ont régressé en passant du partenariat patient au paternalisme. Au total, 75 % des équipes auraient donc adopté l'approche de partenariat patient dans la cocréation de l'une ou l'autre des activités. De leur côté, les données qualitatives de la méthodologie mixte (corpus du questionnaire) indiquent que les coanimateurs, en particulier le patient, auraient soutenu

les équipes à faire le point sur la progression des apprentissages lors de la collaboration en présentiel.

À ce sujet, Flora, Berkesse, Payot, Dumez et Karazivan (2016) précisent que « la collaboration entre les patients et les professionnels suppose aussi de la part de ces derniers une responsabilité de développer et de manifester des compétences de collaboration » (p. 65). Ces auteurs notent d'ailleurs que les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux permettent au patient « d'évoluer en confiance, de développer sa compréhension de la ou des maladies qui l'affectent, de ses déterminants et de son traitement pour lui permettre de devenir progressivement autonome et actif dans la dynamique de soins » (p. 65). Les résultats de notre étude démontrent que les futurs professionnels provenant de treize programmes en sciences de la santé et psychosociales ont développé des compétences de la pratique collaborative en partenariat avec le patient. Cependant, nos résultats indiquent une nécessité de les encadrer et de les soutenir afin qu'ils comprennent et mettent en œuvre l'approche de soins en partenariat patient, et ce, tant en ligne qu'en présence. Rappelons que les équipes ont créé leurs activités sans le soutien d'un facilitateur en ligne, mais qu'ils pouvaient se référer aux modules en ligne interactifs du cours CSS2900, en plus de la séance en présentiel où chaque étudiant devait obligatoirement participer dans son programme (activité intraprogramme). En vingt ans, notre société est passée d'une approche de soins paternaliste vers une approche collaborative centrée sur le patient pour laisser maintenant la place au partenariat patient (Flora et coll. 2016; DCPP et CIO-UdeM, 2016b). De ce fait, « la prise de décisions partagée ou certaines approches d'éducation thérapeutique (Flora, 2013) sont de réels apports, mais elles maintiennent cependant le monopole du rôle de soignant » (Flora et coll., 2016, p. 60). Cette posture où seul le professionnel est expert de soins est celle que le public connaît majoritairement (DCPP et CIO-UdeM, 2016b). Il n'est donc pas surprenant que des équipes interprofessionnelles constituées d'étudiants empruntent des approches de soins différentes dans leurs travaux d'équipe et que le concept de partenariat patient ne soit pas tout à fait ancré dans leurs pratiques collaboratives. L'approche de soins de partenariat patient prend graduellement de l'expansion au sein des milieux cliniques des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE, 2013). Au Québec plus particulièrement, la

pratique collaborative et le partenariat patient s'implantent graduellement au sein des hôpitaux et autres milieux de soins, dont quatorze établissements de santé (Flora, Lebel, Dumez, Bell, Lamoureux, Saint-Laurent, 2015; Karazivan et coll., 2015). De son côté, l'Université de Montréal a franchi un pas de plus dans ce virage en impliquant le patient dans son Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux. Nos résultats indiquent que les étudiants sont eux aussi en transition dans l'apprentissage de cette approche de soins relativement nouvelle et que son enseignement favorise sa compréhension et sa mise en œuvre dans des activités collaboratives formatrices sollicitant tant le partenariat patient que le patient comme formateur.

5.4.1.3 Contexte authentique

Notre étude montre que, dans le cours CSS2900 en mode hybride, les étudiants sont plongés dans un contexte authentique se rapprochant des milieux de soins où des pratiques de compétences effectives de la collaboration sont mises en action. Ainsi, nous avons annoncé précédemment que les équipes auraient été initiées au *Réseautage interprofessionnel* lors de la collaboration en ligne et à la *Collaboration consultative* lors de la collaboration en présentiel, tels que définis dans la Typologie du travail interprofessionnel de Xychiris et coll. (2018) au chapitre du cadre conceptuel. La collaboration interprofessionnelle et le partenariat patient nécessitent une mise en place d'une culture organisationnelle et d'un contexte basés sur la solidarité, favorisant la coconstruction des connaissances et de décroisement des professions en vue de la guérison et des soins offerts au patient (Caron et Turcotte, 2017; Guérin et Fernandez, 2017). À ce sujet, les résultats de cette recherche montrent que les compétences effectives se sont mobilisées dans un tel contexte. De plus, les résultats de notre projet de recherche offrent des données empiriques liées aussi à l'intégration du patient dans la formation du cours CSS2900. En effet, une majorité d'étudiants de cette étude ont noté que le patient partenaire au profil formateur a favorisé leur compréhension du partenariat patient et le développement de leurs compétences de la pratique collaborative du référentiel. Cette compréhension s'est solidifiée lors de la rencontre en présentiel quand les équipes ont fait le point sur leurs apprentissages avec le patient formateur. L'implication du patient pendant

la collaboration en présentiel semble donc être un contexte d'apprentissage se rapprochant des milieux de soins authentiques. Peu d'études ont démontré les bénéfices reliés à l'implication du patient dans la formation à la collaboration interprofessionnelle des étudiants. Or, nos résultats appuient de manière empirique les constats pédagogiques que Vanier et coll. (2013) avaient posé à l'effet que le patient enrichissait les apprentissages des étudiants. De plus, notre étude amène aussi des données empiriques aux constats de Brault et coll. (2016) sur les appréciations des étudiants à l'égard de la contribution pertinente du patient dans l'apprentissage du partenariat patient. En effet, nous ajoutons que le patient au profil formateur favorise la collaboration interprofessionnelle entre les coéquipiers d'une équipe d'étudiants en les aidant à se coordonner notamment par son soutien apporté à faire le point sur leurs apprentissages en présentiel.

De plus, les étudiants apprécient cet aspect « humain » qui représente une valeur ajoutée lors de la coanimation d'un atelier en face à face avec le professionnel de la santé. En milieu clinique, l'étude de Flora et coll. (2015) souligne que l'implantation d'un programme de partenaires de soins (PPS) a facilité l'intégration des patients ressources à des comités d'amélioration continue (CAC) en santé mentale. Les facteurs ayant facilité l'intégration des patients sont entre autres la capacité des intervenants et des gestionnaires à s'ajuster aux disponibilités et au rythme des patients, une bonne communication, le travail en petites équipes et la relation de confiance. Nos résultats indiquent que la formation offerte dans le cadre du cours CSS2900 semble préparer les étudiants à considérer ces facteurs afin de faciliter le partenariat patient, notamment le travail en petites équipes, la communication et la synchronisation des horaires. Les difficultés liées aux contraintes d'horaire rencontrées par les étudiants dans notre étude les initieraient donc au partenariat patient sur « le terrain » de la pratique. Tourette-Turgis (2015) a d'ailleurs souligné que les professionnels de la santé doivent s'adapter au rythme des patients pour travailler en partenariat, ce qui représente tout un défi de synchronisation. Nos résultats amènent une discussion sur les différentes possibilités de facilitation lors de la collaboration en ligne. À ce sujet, certes le patient partenaire a favorisé la coordination explicite en présentiel, mais ces résultats portent à discuter de sa possible implication lors de la collaboration en ligne. Le patient comme facilitateur lors de la collaboration en ligne pourrait donc s'avérer être un élément représentant une valeur ajoutée afin d'optimiser la collaboration des équipes

interprofessionnelles en plus d'augmenter le niveau d'authenticité des tâches collaboratives. Nous y reviendrons dans les recommandations.

5.5 Conclusion de la discussion

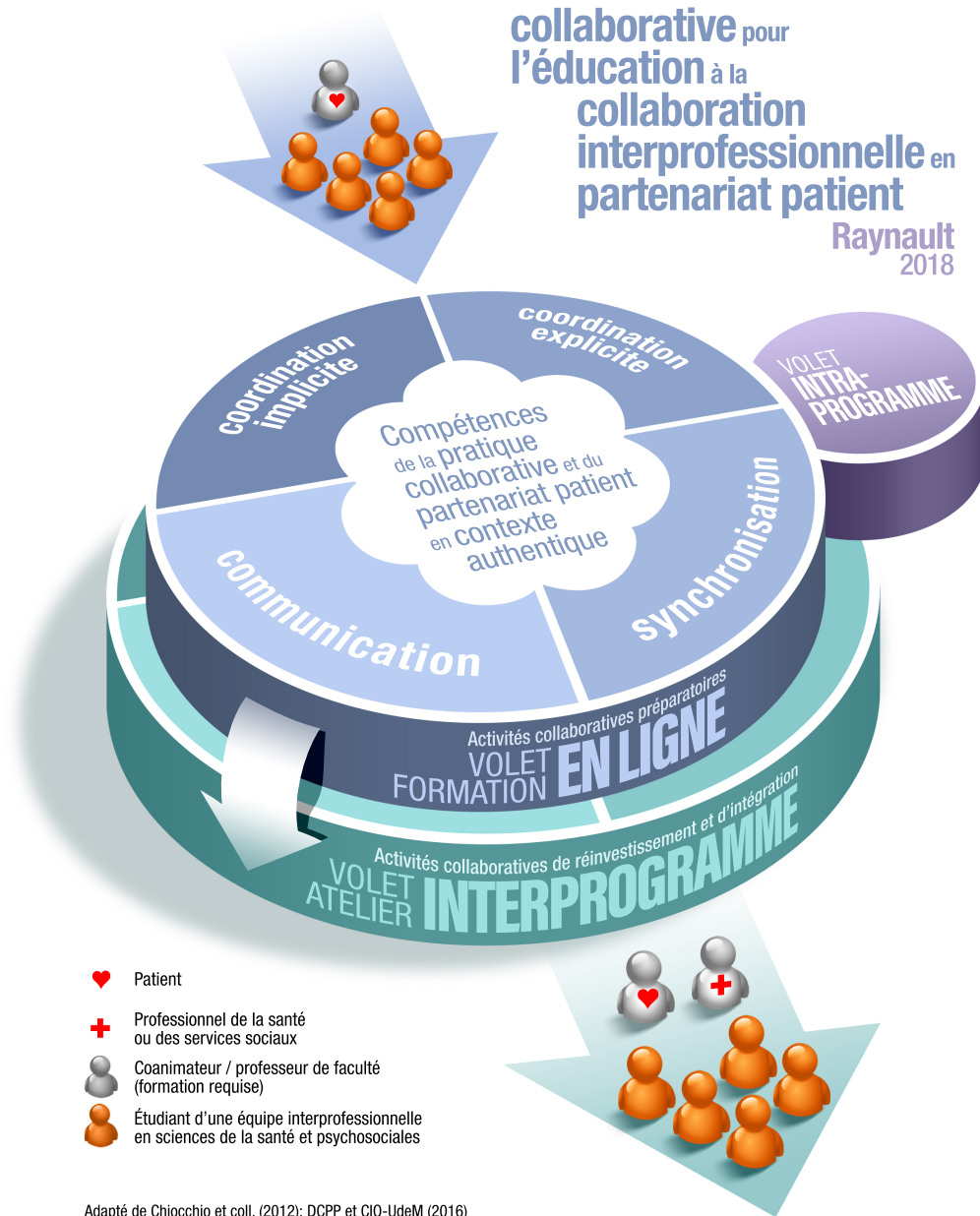
Pour conclure, afin de mieux saisir la portée des résultats, de la discussion et des réponses apportées, nous avons illustré la manière dont nous avons atteint l'objectif général de cette étude (figure 29) qui est de décrire comment les étudiants réunis en équipe interprofessionnelle collaborent dans le contexte du cours hybride de Collaboration en sciences de la santé (CSS) en partenariat avec le patient. C'est à partir de la Figure 10, illustrant le contexte de l'étude, que nous avons créé la Figure 29 à la lumière de la discussion des résultats et de la littérature scientifique et l'avons intitulée « La classe inversée collaborative pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient ». Nous expliquons ci-bas en quoi la Figure 29 illustre l'évolution de la Figure 10.

La figure 29 illustre une méthode de classe inversée centrée sur l'apprenant qui intègre l'apprentissage collaboratif pour favoriser les compétences effectives de la pratique collaborative et de partenariat patient dans un contexte se rapprochant le plus possible de la réalité des milieux de pratique. Les coéquipiers mobilisent ainsi les dimensions de la collaboration en travail d'équipe (communication, synchronisation et coordinations explicite et implicite) pour réaliser des activités de cocréation en ligne préparatoires à un atelier en présentiel. À la lumière de nos résultats, les activités de cocréation en ligne pourraient être facilitées en partenariat avec un patient formateur ayant pour rôle d'être le facilitateur. Le symbole du patient a donc été ajouté en amont indiquant qu'un patient pourrait faciliter la collaboration en ligne et ainsi augmenter l'authenticité du contexte d'apprentissage. Ce symbole indique aussi que les étudiants auraient intérêt à s'imprégner davantage de l'approche du partenariat patient afin de la faire transparaître dans la cocréation de leurs activités lors de la collaboration en ligne. Ainsi, explorer davantage les concepts de partenariat patient et de sa terminologie et les intégrer dès le premier volet du cours dans les activités de cocréation dans leur JBC. La flèche arrondie allant du volet formation en ligne vers le volet interprogramme indique que les activités de cocréation réalisées en ligne soient réinvesties en présentiel, mais, au-delà de leur bonification, lors de l'atelier interprogramme en classe. Dans cette figure nous avons ajouté que les activités de cocréation réalisées en présentiel pourraient être des activités de réinvestissement et

d'intégration. Ainsi, proposer des activités collaboratives de résolution de problème, de consensus d'équipe et de cocréation à partir du travail collaboratif que les équipes ont réalisé en ligne. Par exemple, des tâches plus complexes qu'en ligne où les équipes ont l'opportunité d'avoir des discussions centrées sur la résolution de conflits, la clarification des rôles et même l'éthique entre les professions. La figure illustre aussi que cet atelier demeure coanimé par un patient partenaire et un professionnel de la santé. En bref, cette figure illustre une pédagogie centrée sur l'apprenant puisque le temps d'enseignement porte tout particulièrement sur les tâches que les coéquipiers réalisent en collaboration. Cette pédagogie centrée sur l'apprenant favorise les interactions avec les coanimateurs qui jouent un rôle de facilitateur, voire d'accompagnateur. Enfin, à la lumière des résultats, dans la légende de notre figure, nous avons ajouté que tant les coanimateurs que les professeurs des facultés des sciences de la santé et psychosociales sont sollicités pour assurer leur développement professionnel (formation requise) relié à la pratique collaborative et au partenariat patient.

La classe inversée collaborative pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient

Raynault
2018



Adapté de Chiochio et coll. (2012); DCP et CIO-UdeM (2016)
© Audrey Raynault (2018)

Figure 29. La classe inversée collaborative pour l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient ©Audrey Raynault, 2018

6. Limites, forces et contributions de l'étude

Avant d'annoncer les recommandations que notre étude propose, nous jugeons nécessaire de présenter les limites, les forces et les contributions de l'étude. Ce faisant, nous sommes d'avis que ces trois éléments contribueront à renforcer les recommandations que nous faisons par la suite. Premièrement, nous présentons les limites, ensuite nous abordons les forces et nous terminons avec les contributions de l'étude.

6.1 Limites de l'étude

Comme toute étude scientifique, celle-ci comporte des limites qu'il importe de décrire et d'argumenter. Certaines limites occasionnées entre autres par des éléments méthodologiques seront discutées au cours des prochaines lignes.

Notons d'abord que le recrutement des participants à notre recherche a posé problème pour deux raisons. Premièrement, les journaux de bord collaboratifs sont le fruit d'un travail réalisé entre coéquipiers et tous les membres étaient donc consentants à ce que nous puissions en analyser le contenu. Par conséquent, il est possible que les équipes volontaires pour participer à notre étude soient davantage intéressées à montrer leur travail en matière de collaboration que d'autres équipes. Cependant, notons que notre étude s'intéresse à la collaboration au sein des équipes ainsi qu'aux compétences mobilisées et déployées en ligne et en présence. Ce faisant, même si les étudiants étaient volontairement motivés à collaborer, ils ont tout de même éprouvé des difficultés de collaboration dans la réalisation des activités en ligne ou en présence. Deuxièmement, le questionnaire que nous avons fait parvenir à tous les étudiants de la cohorte a été envoyé un mois après la fin du cours CSS2900. Il se peut donc que la date de cet envoi ait malheureusement restreint le nombre de répondants obtenu et la précision des réponses.

Par ailleurs, nos instruments de collecte des données ne nous permettent pas de vérifier en entier le déroulement de la collaboration en travail d'équipe tant en ligne qu'en présentiel. À titre d'exemple, les communications entre membres d'une équipe qui ont eu lieu ailleurs que dans le Google Doc n'ont pas pu être analysées dans le cadre de notre recherche. C'est le cas aussi des rencontres informelles qui ont été organisées par des équipes à l'université ou ailleurs. Bref, nous devons souligner que notre étude décrit et

analyse uniquement la collaboration au sein des équipes à travers le JBC et le questionnaire, ce qui signifie que le portrait qui en résulte n'est pas exactement complet.

À l'origine, Chiochio et coll. (2012) ont validé leur outil selon deux niveaux (individuel et en équipe) afin de mesurer la performance de collaboration au sein du travail d'équipe. À cette fin, ils ont réalisé deux niveaux d'analyses factorielles confirmatoires : une analyse selon ce que chaque participant a répondu, ainsi qu'une analyse par équipe ou par grappe. Dans notre étude, quand un étudiant répondait, il faut comprendre que tous les membres de son équipe n'avaient pas nécessairement complété le questionnaire. Cela nous a donc amenés à réaliser les analyses factorielles confirmatoires seulement au niveau individuel. Par conséquent, nous n'avons donc pas pu observer le niveau de collaboration au sein des équipes. Autrement dit, nous n'avons pas réalisé d'analyses descriptives et factorielles confirmatoires par grappe ou par équipe. Par conséquent, notre étude se limite à présenter des résultats individuels qui offrent une représentation de leur collaboration au sein du travail d'équipe (Allen et Hecht, 2004; Chiochio et coll., 2012), car nous avons été aptes à rassembler des équipes de 3 à 4 membres, mais seulement à très petite échelle. Si nous avons pu réaliser des analyses factorielles au niveau de l'équipe, nous aurions comparé les résultats des représentations individuelles de la collaboration aux résultats de l'équipe pour mesurer ainsi la performance de collaboration des équipes (Rentsch, Delise et Hutchison, 2009). Cette limite méthodologique est à considérer dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle puisque d'un point de vue éthique, il est impossible d'obliger tous les membres d'une équipe à répondre à un questionnaire dans le cadre d'une étude. Cependant, les indices de fiabilité de notre outil étant très élevés autant pour la collaboration en ligne qu'en présentiel nous mènent à affirmer que l'adaptation de l'outil original de Chiochio et coll. (2012) dans notre contexte de méthode de classe inversée collaborative semble transférable. Par contre, cela nécessiterait la conduite d'une nouvelle étude où toutes les équipes seraient dans l'obligation de répondre au questionnaire afin de vérifier la performance de la collaboration des équipes interprofessionnelles et d'officialiser ainsi sa transférabilité. Ce qui n'est pas recommandé, voire même accepté par les comités d'éthique. Toutefois, les analyses qualitatives ont permis de comprendre plus spécifiquement les raisons de la satisfaction des étudiants envers leurs travaux d'équipe et de nous éclairer sur la façon dont ils avaient manifesté chacune des dimensions

de la collaboration. En somme, la triangulation des données qualitatives et quantitatives représente une solution pragmatique (Karsenti, 2006) aux limites de la passation individuelle du questionnaire de Chiochio et coll. (2012).

Bien que les étudiants aient manifesté des compétences du référentiel, notre étude n'a pas recueilli de données sur le niveau de compétence atteint par chacune des équipes pour chacune des compétences du référentiel. D'ailleurs, à notre connaissance, aucun outil servant à mesurer les compétences de la pratique collaborative en partenariat avec le patient n'existe à ce jour. Il serait donc fort utile de créer un tel outil d'évaluation pour mieux encadrer les étudiants et les facultés en sciences de la santé et psychosociales, un point sur lequel nous reviendrons dans les recommandations de notre étude.

Enfin, soulignons que pour des raisons logistiques, nous n'avons pas pu observer chacune des douze équipes lors de la collaboration en présence. Cette limite est à considérer dans une prochaine étude puisqu'il faut mobiliser plusieurs personnes en même temps le jour de l'atelier interprogramme afin de participer à l'observation des équipes en tant que chercheurs. Cette limite méthodologique est liée aux défis pédagogiques posés par le cours hybride de Collaboration en santé 2 (CSS2900) pendant son déroulement en ligne et en présence.

6.2 Forces de l'étude

D'emblée, nous n'avons pas recensé d'études ayant expérimenté l'instrument de Chiochio et coll. (2012) en contexte de collaboration se déroulant à la fois en ligne et en présence comme nous l'avons fait dans le cadre de notre recherche. Cette expérimentation s'avère donc apporter des données empiriques liés au processus de collaboration dans un contexte de classe inversée en EIP. De plus, cette étude est la première à observer et analyser les compétences effectives liées au Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux, ainsi que la collaboration en équipe interprofessionnelle en contexte d'un cours universitaire.

D'un point de vue méthodologique, le corpus du « questionnaire » de la méthodologie mixte est représentatif de la cohorte CSS2900 de l'hiver 2017 tant pour les données

qualitatives que quantitatives. Du côté des méthodes quantitatives, 320 répondants sur une cohorte de 1435 étudiants est à la fois suffisant et représentatif pour réaliser nos analyses factorielles exploratoires et confirmatoires ainsi que nos analyses descriptives et inférentielles (Kline, 2016). En ce qui concerne la méthodologie qualitative, les corpus du questionnaire et celui des douze équipes ont une représentation des professions proportionnelle à la population totale de notre recherche. Le nombre de répondants est aussi similaire à d'autres études. Nous avons d'ailleurs repéré des études ayant sensiblement le même nombre de participants pour la collecte de données qualitatives (Hanna et coll., 2013; Kim et coll., 2014; Shaffer, 2014). La méthodologie mixte employée nous a permis de déterminer comment les équipes d'étudiants collaborent dans le cadre d'un cours hybride en sciences de la santé et psychosociales. La triangulation des données qualitatives et quantitatives a en effet contribué à la validation de nos résultats (Pinard, Potvin et Rousseau, 2004). Nous sommes aussi d'avis que notre méthodologie mixte pourrait être transférable dans d'autres contextes d'EIP employant la collaboration en mode hybride en contexte d'apprentissage. La transférabilité des résultats semblerait donc possible dans des contextes intégrant un outil de rédaction collaboratif au sein d'équipes d'apprenants. La prochaine section est complémentaire aux forces que nous venons d'énoncer, car elle précise les retombées sociales et scientifiques.

6.3 Contributions de l'étude

Notre recherche semble offrir un grand potentiel d'utilisation tant en EIP que dans d'autres domaines en éducation. À notre connaissance, elle est la première étude empirique s'étant intéressée à la manière dont plus de mille futurs professionnels provenant de plusieurs programmes de formation collaboraient en équipe en ligne et en présence dans le cadre d'un cours universitaire de collaboration interprofessionnelle en partenariat patient tant au Québec qu'au Canada. Les prochains paragraphes s'attardent donc à démontrer les retombées scientifiques de notre étude.

Premièrement, notre étude innove avec la méthode de classe inversée collaborative pour enseigner la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient. Les retombées scientifiques de cette méthode touchent plus précisément la pédagogie universitaire, notamment en ce qui concerne les méthodes pédagogiques hybrides telle que la classe

inversée. Notre recherche démontre qu'il est possible de favoriser l'apprentissage collaboratif lors d'une classe inversée en contexte universitaire. À notre connaissance, aucune étude québécoise n'a observé la collaboration en travail d'équipe s'étant déroulé d'abord en ligne sans l'animation d'un facilitateur pour préparer une rencontre en présentiel coanimée par un patient et un professionnel de la santé dans le cadre d'un cours universitaire hybride. La littérature scientifique démontre que l'EIP doit continuellement s'adapter à des cohortes de plus en plus nombreuses, amener les étudiants à apprendre les notions reliées à la collaboration en plus de leur permettre de faire des apprentissages de haut niveau et de collaborer concrètement (Barr, 2015; Bocconi et Trentin, 2014; Dow et coll., 2017). Les pédagogues et gestionnaires de ce type de formation doivent donc innover constamment pour contribuer à l'amélioration de ces cours (Lapkin et coll., 2013; Thistlethwaite, 2012). C'est d'ailleurs pourquoi cette recherche s'inscrit dans une démarche d'amélioration du cours de Collaboration interprofessionnelle en sciences de la santé et psychosociales en partenariat patient de l'UdeM. Rappelons que l'EIP vise avant tout à former des futurs professionnels de la santé qui devront collaborer dans le cadre de leurs responsabilités professionnelles.

Deuxièmement, nous n'avons pas recensé d'autres études ayant analysé des compétences effectives de la pratique collaborative et de partenariat patient d'équipes interprofessionnelles d'étudiants au sujet. De plus, je suis la première chercheuse au Québec à avoir observé l'importance de l'intégration du patient dans le développement de ces compétences chez les futurs professionnels en sciences de la santé et psychosociales. Alors que les outils méthodologiques actuels en EIP sont majoritairement centrés sur les perceptions et les attitudes des étudiants (Brandt et Schmithz, 2017; Iverson et coll., 2018), notre étude présente des résultats liée aux compétences effectives tirées d'un référentiel en EIP et sur la dynamique de collaboration en travail d'équipe, ce que recommandent les grandes instances internationales de l'EIP (CAIPE, NEXUS, CIHC, NCIPE, ATBH, CAB)¹⁵. En somme, notre étude semble avoir été effectuée à un moment charnière puisque

¹⁵ Center for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), National Center for Interprofessional Practice and Education (NCIPE), All Together Health international conference (ATBH), Collaborating Across Borders conference (CAB).

Hughes et coll. (2016) ont récemment mentionné dans leur méta-analyse le besoin de réaliser des études pragmatiques en EIP. Tout compte fait, nous croyons que notre étude dépasse les perceptions et les attitudes en s'intéressant à la manière dont les étudiants ont collaboré et ont mobilisé les compétences du Référentiel de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux.

Enfin, le Comité interfacultaire opérationnel de formation (CIO-UdeM) à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat patient de l'Université de Montréal est chargé d'enseigner de la collaboration interprofessionnelle depuis 2008 et il le fait selon l'approche de soins en partenariat patient depuis 2013. Je suis donc la première chercheuse à s'être intéressée à la méthode pédagogique utilisée et à avoir observé les compétences effectives liées au Référentiel (DCPP et CIO-UdeM, 2016a) pour une soixantaine d'étudiants de l'UdeM.

7. Recommandations

À la lumière des résultats, de la discussion, des forces et des limites de cette étude, le dernier chapitre propose des recommandations aux universités, instances et milieux de soins qui enseignent l'EIP, notamment à l'Université de Montréal.

À la lumière de nos résultats, nous recommandons premièrement d'ajouter au Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient une capacité à la compétence « travail d'équipe » intitulée « réseautage interprofessionnel ». Selon la typologie de Xyrichis et coll. (2018), ce type de travail interprofessionnel se manifeste principalement de manière indirecte. Autrement dit, au lieu que la collaboration s'effectue en face à face, elle se déroule surtout en ligne par l'entremise d'outils technologiques comme la visioconférence, le dossier électronique médical et le portail électronique (Xyrichis et coll., 2018; Dow et coll., 2017; Reeves et coll., 2018). Notre étude a d'ailleurs noté que la formation offerte semblait initier les étudiants au réseautage interprofessionnel. D'ailleurs, nous proposons aussi d'intégrer la typologie de Xyrichis et coll. (2018) au Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient. En effet, l'intégration de la typologie du travail interprofessionnel – travail d'équipe, collaboration, coordination et réseautage – permettrait à la fois de situer les pratiques des compétences tant dans la pratique au quotidien du futur professionnel de la santé que dans l'éducation à la collaboration interprofessionnelle. Notre étude recommande aussi la création d'un référentiel axé sur l'EIP, intégrant des manifestations adaptées au contexte d'enseignement universitaire et à l'apprentissage des compétences en mode hybride. Ce référentiel plus adapté aux contextes d'apprentissage de l'EIP permettrait un enseignement des compétences en cours de formation, offrant du même coup des précisions sur les manifestations des compétences susceptibles d'être vécues en cours d'apprentissage pendant le cours et en stage pour chacun des programmes.

Parallèlement, à partir de ce référentiel adapté, nous recommandons la création d'un outil pour évaluer les compétences liées à l'éducation de la pratique collaborative et de partenariat patient. Notre étude a certes identifié les compétences effectives, mais elle ne les a pas situées sur une échelle de niveau de compétences traditionnelle comme certains programmes le proposent (Tardif, 2006). En effet, l'outil permettant l'évaluation des

compétences du Référentiel (DCPP et CIO-UdeM, 2016a) n'existe pas encore à ce jour. L'évaluation des compétences en cours de formation permettrait aux étudiants de mieux situer leur niveau de compétences de la pratique collaborative et ainsi favoriser leur transfert en milieu clinique. À titre d'exemple, les mesures d'évaluation peuvent être l'autoévaluation, l'évaluation par les pairs ou encore l'évaluation multisource (Castonguay, 2017; INSPQ, 2011). Ainsi, tout comme le proposent Poellhuber et Laberge (2017), appuyés par les écrits de Durand et Chouinard (2012), nous recommandons que la rétroaction par les pairs entre les coéquipiers soit intégrée pour favoriser la collaboration en ligne préparatoire au travail d'équipe en présence. Cette rétroaction par les pairs pourrait permettre de faire le point entre les coéquipiers et de soutenir le travail collaboratif.

Étant donné que le patient a favorisé la coordination explicite en soutenant les participants de l'étude à faire le point sur leurs apprentissages en présentiel, nous croyons qu'il pourrait apporter davantage d'authenticité aux activités de cocréation et de résolution de problème en ligne. Nous recommandons donc la présence d'un patient partenaire formateur impliqué quelques heures lors des activités se déroulant en ligne dans le JBC. Cette implication pourrait favoriser l'appropriation de l'approche de partenariat patient dès le début de la formation. À la lumière de nos résultats, nous croyons aussi que la présence du patient lors de la réalisation des activités collaboratives en ligne favoriserait la synchronisation, la communication et les coordinations explicite et implicite entre les étudiants des équipes, puisque le contexte d'apprentissage se rapprocherait davantage de la réalité des milieux professionnels. Le patient en tant que facilitateur en ligne nous paraît novateur en matière de partenariat patient. Cette implication s'harmonise aux valeurs prônées par cette nouvelle approche de soins, certes, mais son coût financier au sein de plus de 800 équipes par année est à considérer et nous paraît un projet tout de même ambitieux.

Troisièmement, nous recommandons aux universités offrant les cours d'éducation à la collaboration interprofessionnelle d'utiliser le cadre conceptuel de cette étude et l'outil de Chiocchio et coll. (2012) non seulement comme outil d'évaluation de la collaboration lors d'un travail d'équipe interprofessionnel en contexte universitaire d'apprentissage, mais aussi comme dispositif d'enseignement de la collaboration. Nous croyons que les quatre

dimensions de la collaboration ont intérêt à être enseignées afin de favoriser la compréhension de chacune pour ainsi mieux les intégrer concrètement dans une situation d'apprentissage collaboratif en ligne ou en présentiel en classe en EIP. D'ailleurs, nous recommandons leur enseignement aux professeurs et enseignants souhaitant faire collaborer des apprenants universitaires en ligne ou en présence.

Les recommandations que nous présentons ici nous apparaissent pertinentes pour l'intégration de la pratique collaborative en partenariat patient tel que conceptualisée par le Référentiel (DCPP et CIO-UdeM, 2016a) au sein de tous les programmes en sciences de la santé et psychosociales de l'UdeM. Ces recommandations sont formulées pour favoriser tant l'enseignement de ces compétences dans le cadre du cours de Collaboration en sciences de la santé en partenariat patient offert à l'Université de Montréal qu'ailleurs au niveau provincial, national et international.

D'une part, nous recommandons que les coanimateurs, professionnels de la santé, professeurs participant aux cours d'EIP et tous les professeurs des programmes en sciences de la santé et psychosociales poursuivent leur développement professionnel lié à la pratique collaborative et au partenariat patient ainsi que du déroulement des cours d'EIP. Le développement professionnel favorise une coanimation de qualité supérieure au sein des équipes (Milot et coll., 2017). Par exemple, nous recommandons, notamment au CIO-UdeM de chapeauter le développement professionnel continu des professeurs et gestionnaires des différentes facultés en sciences de la santé et psychosociales afin de prévenir les difficultés liées à la pratique collaborative et au partenariat patient et de faire office de courroie de transmission officielle pour l'ensemble des acteurs impliqués.

À la lumière de la littérature scientifique et de notre étude, nous recommandons que tant les professeurs responsables de l'enseignement des cours d'EIP que ceux ne l'offrant pas se forment afin que tous transmettent les mêmes informations et les valeurs institutionnelles prônées par l'UdeM en matière de collaboration interprofessionnelle en partenariat patient. En effet, les compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient s'intègrent aussi graduellement dans les stages et aussi dans les autres cours des programmes. D'ailleurs, la compétence de collaboration est intégrée dans tous les

programmes en sciences de la santé et psychosociales et que le partenariat patient est désormais l'approche de soins promue et enseignée à l'Université de Montréal.

Deuxièmement, nous recommandons que des études s'intéressent au niveau de participation et d'engagement du patient dans le développement des compétences de la pratique collaborative chez les étudiants. En effet, notre étude a dénoté que le patient partenaire formateur avait un impact sur la coordination explicite quand les participants collaborent en présentiel et sur le développement des compétences des équipes. Nous croyons qu'il pourrait être pertinent d'impliquer le patient dans le volet formation en ligne afin qu'il puisse agir comme facilitateur auprès des équipes pendant la réalisation des activités collaboratives dans le JBC. Cette participation maximiserait possiblement son temps de présence pendant toute la durée de la formation. Nous pourrions même supposer que cela favoriserait l'appropriation de l'approche de soins de partenariat patient. De fait, si les équipes ont l'opportunité de maximiser la présence d'un patient formateur dans plusieurs volets de la formation, nous croyons qu'elles intégreront les compétences du référentiel. La présence du patient formateur concrétiserait l'approche de soins en partenariat patient dès le début de chaque cours CSS.

8. Conclusion

Cette étude à méthodologie mixte a décrit comment les étudiants en sciences de la santé à l'UdeM collaborent dans le cadre d'un cours hybride universitaire interprogramme de manière à répondre à trois objectifs spécifiques de recherche. Pour rappel, les deux premiers objectifs spécifiques visaient à décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne (OS1) et en présence (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme. Le troisième objectif visait à identifier les compétences du Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient en santé et services sociaux mobilisées par des étudiants en sciences de la santé lors d'activités favorisant l'apprentissage collaboratif dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride (OS3).

Tout d'abord, nos résultats démontrent que les participants collaborent, c'est-à-dire qu'ils communiquent, se synchronisent et se coordonnent différemment qu'ils soient en ligne ou en présence. Les résultats indiquent aussi qu'ils sont satisfaits des activités réalisées en ligne et en classe. Cependant, notre étude relève des défis rencontrés par les étudiants tant en ligne qu'en présence. En effet, la communication et la coordination en ligne seraient tributaires de la synchronisation. En d'autres mots, si les coéquipiers rencontrent des contraintes d'horaires et de temps et qu'ils s'entendent plus ou moins rapidement au sujet d'un outil technologique commun pour communiquer, ces difficultés ont des répercussions sur leur collaboration, à savoir dans leur communication et leur coordination en ligne. Soulignons que les défis relevés par notre étude sur la collaboration en ligne sont similaires à ceux rencontrés dans les différents milieux en santé (i.e. synchronisation des horaires, manque de communication) où les professionnels exercent une pratique collaborative (Barr, 2015; Lawlis et coll., 2014; Reeves et coll., 2016; Thistlethwaite, 2012). Autrement dit, ces défis les prépareraient à la réalité professionnelle qui les attend (Dow et coll., 2017). Par ailleurs, la dimension de la synchronisation diverge selon que la collaboration se déroule en présentiel ou en ligne. Les étudiants ont peu eu à se synchroniser lors de la collaboration en présentiel étant donné que l'activité collaborative était, notamment, très encadrée dans le temps et par la coanimation. À l'opposé, lors de la collaboration en ligne, les équipes étaient laissées en pleine autonomie dans la réalisation des deux tâches de

résolution de problème et de cocréation, ce qui les a menés à rencontrer des défis de synchronisation.

Notre étude suggère aussi qu'un enseignement sur la collaboration en travail d'équipe qui met, entre autres, l'accent sur l'importance de comprendre la dynamique entre les quatre dimensions (communication, synchronisation, coordinations explicite et implicite) pourrait favoriser leur apprentissage des bases de la collaboration.

Les résultats de notre étude montrent que la combinaison 1) du numérique, 2) du travail interprofessionnel et 3) du partenariat patient s'avèrent être un « ménage adroit ». Leur complémentarité contribue ainsi à décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent en ligne (OS1) et en présentiel (OS2) dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme. Premièrement, nos résultats indiquent que la complémentarité des outils technologiques a favorisé l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle pour coconstruire des activités collaboratives en équipes interprofessionnelles. D'ailleurs, notre étude a soulevé qu'il y avait une relation positive entre le nombre d'outils technologiques utilisés et la collaboration, tout comme entre la collaboration et la satisfaction à l'égard des activités collaboratives. Nous constatons que les participants de notre étude ont utilisé en grande majorité les médias sociaux tels que les groupes privés sur Facebook et Messenger, ce qui a favorisé la collaboration en ligne en mode synchrone et asynchrone et même en présence. Cependant, malgré le fait que les équipes aient eu de la latitude dans le choix des outils technologiques et des horaires, la collaboration en ligne fut parfois perçue comme étant plus impersonnelle et moins efficace. Néanmoins, l'outil technologique obligatoire – le Journal de bord collaboratif (JBC) intégré dans un Google Doc – a favorisé la collaboration chez les étudiants participant à notre recherche. Deuxièmement, le contexte de notre étude semble initier les futurs professionnels de la santé au réseautage interprofessionnel. Ce type de travail interprofessionnel se déroule au sein de grandes équipes et à distance par l'entremise des technologies. Le réseautage interprofessionnel est d'ailleurs une compétence clé à développer au XXI^e siècle en santé (Xychiris et coll., 2017). Par conséquent, l'EIP devra désormais en tenir compte pour préparer les futurs professionnels de la santé à offrir des soins mieux adaptés au patient (Dow et coll., 2017; Reeves et coll., 2018) et synchronisés en partenariat avec lui (Flora, 2018). À l'opposé,

lorsque les équipes ont collaboré en présentiel, elles auraient été initiées au type de travail interprofessionnel se rapprochant de la *collaboration consultative*, ce qui pourrait mieux les préparer à la réalité des milieux de soins. Troisièmement, dans notre étude, le patient partenaire au profil formateur était impliqué dans l'équipe interprofessionnelle lors de l'atelier interprofessionnel. De ce fait, en classe, les étudiants ont collaboré différemment en se coordonnant explicitement et en communiquant avec le patient, le professionnel de la santé et l'autre équipe. De manière plus précise, le patient partenaire formateur a favorisé la progression du travail d'équipe en plus de concrétiser l'expérience de partenariat patient. Parallèlement, l'arrivée du « e-patient » en santé représente une opportunité pour les futurs professionnels de la santé de s'initier à la collaboration en ligne et de développer une aisance avec le numérique afin de mieux s'adapter aux besoins du patient.

Par ailleurs, notre étude a aussi permis d'identifier les compétences du Référentiel de la pratique collaborative et partenariat patient mobilisées par des étudiants en sciences de la santé lors d'activités favorisant l'apprentissage collaboratif dans le cadre d'un cours universitaire interprogramme en mode hybride. Les résultats montrent que les équipes ont davantage manifesté diverses compétences : communication, travail d'équipe, éducation thérapeutique, clarification des rôles, planification et mise en œuvre des soins et services et résolution de conflits. D'ailleurs, plus les équipes manifestent de compétences, plus elles semblent avoir promu l'approche de soins de partenariat patient. Nos résultats indiquent aussi que les équipes oscillent parfois entre quelques approches de soins (paternaliste, collaborative centrée et partenariat patient) lorsqu'elles co créent leur outil thérapeutique et leur vignette interprofessionnelle. À ce sujet, le partenariat patient est une approche en plein essor dans notre système de santé (Pomey et Lebel, 2016) et notre étude démontre que les équipes interprofessionnelles ayant participé au cours CSS2900 incorporent de plus en plus cette approche.

Depuis plus d'une décennie, la majorité des universités offrent des formations sur l'éducation à la collaboration interprofessionnelle visant à développer des compétences de la pratique collaborative (Barr, 2015). Si l'EIP est primordiale afin d'offrir de meilleurs soins de santé (OMS, 2010), elle est toutefois confrontée à plusieurs défis liés notamment à la communication, au cloisonnement des professions et à la logistique. Notre étude

souligne que dans un contexte de classe inversée collaborative (voir Figure 29) suscitant la réalisation de tâches de cocréation de vignette et d'outil d'éducation thérapeutique, les équipes manifestent des compétences effectives de la pratique collaborative et de partenariat patient.

Au sujet de l'approche de la classe inversée, notre étude souligne que les activités collaboratives préparatoires réalisées en ligne doivent être utilisées dans les activités en classe et réinvesties au-delà de la bonification de ces dernières. En effet, les activités en classe devraient favoriser tant la cocreativité et la discussion autour des rôles professionnels, la résolution de conflits que l'apprentissage du partenariat patient.

Notre étude recommande aussi d'intégrer un patient formateur au JBC pendant le travail d'équipe en ligne. Nous croyons que son rôle de facilitateur pourrait rendre le partenariat patient plus concret pour les étudiants et personnaliser ainsi la communication en ligne. De plus, la présence du patient partenaire lors de la collaboration en ligne vise à engager les coéquipiers dans la communication, la synchronisation et la coordination afin de favoriser la collaboration au sein de l'équipe. Parallèlement, notre étude a soulevé quelques difficultés liées à la clarification des rôles et à la communication qui ont d'ailleurs engendré des conflits entre les professions. Ces conflits sont dus, notamment à des difficultés de coanimation en classe lors de l'atelier interprogramme. Pour pallier ces difficultés, notre recherche souligne que le développement professionnel des coanimateurs tant sur le déroulement du cours que sur le référentiel de compétences est essentiel. Notre étude montre que le cours CSS2900 contribue à décroiser les professions en clarifiant les rôles et en favorisant la communication et la résolution des conflits.

À notre connaissance, cette recherche est la première à s'être intéressée à la manière dont les étudiants collaborent en ligne et en présence dans le cadre d'une formation à l'éducation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient. De futures recherches sont toutefois nécessaires pour mieux comprendre le rôle du patient dans le développement des compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient chez les étudiants afin d'intégrer le patient formateur de manière optimale. De plus, le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et de partenariat patient aurait avantage à être adapté aux

sciences de l'éducation afin de mieux situer les compétences en cours d'apprentissage universitaire. La création d'outils méthodologiques et d'évaluation des compétences du référentiel est selon nous nécessaire pour deux raisons complémentaires. D'une part, cela permettrait aux étudiants de situer leur niveau de compétence pour chaque compétence du référentiel. D'autre part, les instruments méthodologiques pourraient alors être utilisés afin de mieux comprendre les retombées de la formation universitaire reçue, en plus d'identifier comment le patient formateur peut soutenir adéquatement le développement des compétences du référentiel.

Enfin, notre étude exploratoire interprétative à compréhension herméneutique apportera des retombées immédiates dans la mise à jour des cours CSS, la réalisation d'études similaires ainsi que dans la pratique collaborative des futurs professionnels une fois en milieu clinique. Par conséquent, contribuer à la bonification de ce cours, particulièrement en innovant avec la méthode hybride de la classe inversée collaborative pour enseigner la collaboration interprofessionnelle en partenariat patient, représente des retombées sociales notables qui pourraient se répercuter à terme dans l'amélioration des soins de santé. Soulignons que l'implantation des solutions issues de cette recherche dans un contexte universitaire, notamment en EIP, pourrait avoir des répercussions positives sur l'engagement des étudiants et des formateurs des établissements universitaires.

Bibliographie

- Abu-Rish, E., Kim, S., Choe, L., Varpio, L., Malik, E., White, A. A. et Zierler, B. (2012). Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 444-451. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.715604>
- Allen, N. J. et Hecht, T. D. (2004). The 'romance of teams': Toward an understanding of its psychological underpinnings and implications. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(4), 439-461. <https://doi.org/10.1348/0963179042596469>
- Andersen, P., Coverdale, S., Kelly, M., et Forster, S. (2018). Interprofessional simulation: Developing teamwork using a two-tiered debriefing approach. *Clinical Simulation in Nursing*, 20, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.04.003>
- Anderson, E. et Lennox, A. (2009). The Leicester Model of interprofessional education: Developing, delivering and learning from student voices for 10 years. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 557-573. <https://doi.org/10.3109/13561820903051451>
- Assemblée nationale. (2002). *Projet de loi 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-90-36-2.html>
- Assemblée nationale. (2009). *Projet de loi 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>
- Assemblée nationale. (2011). *Projet de loi 41 : Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-41-39-2.html>

- Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2011). *Énoncé de position : la collaboration interprofessionnelle*. Repéré à http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-collaboration-interprofessionnelle_enonce-de-position.pdf
- Association des infirmiers et infirmières du Canada. (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers du Canada*. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>
- Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie. (2014). *Cadre de référence de compétences professionnelles des pharmaciens au Canada*. Repéré à http://napra.ca/Content_Files/Files/Comp_PHARMACIENS_canadiens_entreenpratique_FR_Dec2014.pdf
- Aungst, T. D. et Belliveau, P. (2015). Leveraging mobile smart devices to improve interprofessional communications in inpatient practice setting: A literature review. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 570-578. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1049339>
- Baker, B., Drane, C., Chambers, J. et Lindqvist, S. (2018). Training students as interprofessional learning facilitators: An exploratory study highlighting the need to build confidence. *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 473-480. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1442323>
- Bardin, L. (2014). *L'analyse de contenu* (10^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Barr, H. (2013). Toward a theoretical framework for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 4-9. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.698328>
- Barr, H. (2015). *Interprofessional education: The genesis of a global movement*. Repéré à <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>

- Barr, H. et Brewer, M. (2012). Interprofessional practice-based education. Dans J. Higgs, R. Barnett, S. Billett, M. Hutchings et F. Trede (dir.), *Practice-based education* (p. 199-212). Rotterdam, Pays-Bas : SensePublishers.
- Barr, H. et Coyle, J. (2013). Introducing interprofessional education. Dans S. Loftus, T. Gerzina, J. Higgs, M. Smith et E. Duffy (dir.), *Educating health professionals: Becoming a university teacher* (p. 185-196). Rotterdam, Pays-Bas : Sense.
- Barr, H. et Gray, R. (2013). Interprofessional education: Learning together in health and social care. Dans K. Walsh (dir.), *The Oxford textbook of medical education* (p. 38-49). Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. et Freeth, D. (2005). *Promoting partnerships for health*. Londres, Royaume-Uni : Blackwell.
- Bazinet, C. (2017). *E-patient, acteur de changement*. Montréal, Québec : E-santé communication.
- Beaumont, C., Lavoie, J. et Couture, C. (2010). Les pratiques collaboratives en milieu scolaire : cadre de référence pour soutenir la formation. Québec, Québec : Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire-CRIRES, Université Laval.
- Bedwell, W. L., Wildman, J. L., Diaz Granados, D., Salazar, M., Kramer, W. S. et Salas, E. (2012). Collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization. *Human Resource Management Review*, 22(2), 128-145. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2011.11.007>
- Bergmann, J., Overmyer, J. et Wilie, B. (2011). The flipped class: Myths vs. reality. *The Daily Riff*, 1(4). Repéré à <http://www.thedailyriff.com/articles/the-flipped-class-conversation-689.php>
- Bernard, R. M., Abrami, P. C., Borokhovski, E., Wade, C. A., Tamim, R. M., Surkes, M. A. et Bethel, E. C. (2009). A meta-analysis of three types of interaction treatments in distance education. *Review of Educational Research*, 79(3), 1243-1289. <https://doi.org/10.3102/0034654309333844>

- Bishop, J. L. et Verleger, M. A. (2013). The flipped classroom: A survey of the research. Dans *American Society for Engineering Education National Conference & Exposition Proceedings 2013*. Repéré à <https://www.asee.org/public/conferences/20/papers/6219/view>
- Bloom, B. (1956). *Taxonomy of educational objectives* (vol. 1). New York, NY : David McKay.
- Bocconi, S. et Trentin, G. (2014). Modelling blended solutions for higher education: Teaching, learning, and assessment in the network and mobile technology era. *Educational Research and Evaluation*, 20(7-8), 516-535. <https://doi.org/10.1080/13803611.2014.996367>
- Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Burgers, J. et Grol, R. (2014). Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: A cluster randomized trial. *Implementation Science*, 9(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-24>
- Borokhovski, E., Bernard, R. M., Tamim, R. M., Schmid, R. F. et Sokolovskaya, A. (2016). Technology-supported student interaction in post-secondary education: A meta-analysis of designed versus contextual treatments. *Computers & Education*, 96, 15-28.
- Bradley, P., Cooper, S., et Duncan, F. (2009). A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. *Medical education*, 43(9), 912-922.
- Brahimi, C., Farley, C. et Joubert, P. (2011). *L'approche par compétences : un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1228_approchecompetences.pdf
- Bramble, M., Ennever, E., Bull, R., Walls, J. et Zimitat, C. (2012). *Interprofessional learning in a blended learning environment: Rhetoric, reality and opportunity*. Dans HERDSA 2012 Conference. Repéré à

http://www.academia.edu/20362373/Interprofessional_Learning_in_a_Blended_Learning_Environment_Rhetoric_Reality_and_Opportunity

- Brandt, B. F. et Schmitz, C. C. (2017). The US national center for interprofessional practice and education measurement and assessment collection. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 277-281. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1286884>
- Brassard, C. et Teutsch, P. (2014). Proposition de critères de proximité pour l'analyse des dispositifs de formation médiatisée. *Distances et médiations des savoirs*, 5. Repéré à <http://dms.revues.org/646>
- Brault, I., Therriault, P-Y., St-Denis, L. et Lebel, P. (2015): Implementation of interprofessional learning activities in a professional practicum: The emerging role of technology, *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 530-535. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1021308>
- Brault, I., Vanier, M. C., Dumez, V., Towle, A., Godolphin, W., Pittenger, A. L., ... et Collins, L. (2016). Partnering with patients in interprofessional education in Canada and in the USA: Challenges and Strategies. Dans D. Forman, M. Jones et J. Thistlethwaite (dir.), *Leading research and evaluation in interprofessional education and collaborative practice* (p. 329-353). Londres, Royaume-Uni : Palgrave Macmillan.
- Brault, I., Lebel, P., Vanier, M.-C., Raynault, A. et Marinier, J.-A. (2017, octobre). *Using the Competency Framework for Collaborative Practice and Patient Partnership to transform interprofessional education*. Communication orale présentée au 6^e Congrès Collaborating Across Borders Conference, Banff, Alberta.
- Breen, H. (2013). Virtual collaboration in the online educational setting: A concept analysis. *Nursing Forum*, 48(4), 262-270. <https://doi.org/10.1111/nuf.12034>
- Brien, R. (1997). *Sciences cognitives et formation* (3^e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Cain, J. et Chretien, K. (2013). Exploring social media's potential in interprofessional education. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(2). <http://doi.org/10.22230/jripe.2013v3n2a110>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2012). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver, BC: University of British Columbia.
- Caron, M. A. et Turcotte, M. F. (2017). *La transdisciplinarité et l'opérationnalisation des connaissances scientifiques*. Montréal, QC : Editions JFD.
- Casimiro, L., MacDonald, C. J., Thompson, T. L. et Stodel, E. J. (2009). Grounding theories of W(e)Learn: A framework for online interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 390-400. <https://doi.org/10.1080/13561820902744098>
- Castonguay, V. (2017). *Perceptions des résidents en médecine d'urgence suite à l'obtention d'une rétroaction multisources: de l'information différente, pertinente et utile* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/19470>
- CEFRIO. (2015). *Usages du numérique dans les écoles québécoises : rapport synthèse*. Repéré à https://cefrio.qc.ca/media/1893/rapport-synthese_usages_du_numerique_dans_les_ecoles.pdf
- Center for the Advancement of Interprofessional Education. (2002). *Interprofessional education: A definition*. Londres, Royaume-Uni : Auteur.
- Chi, M. T. et Wylie, R. (2014). The ICAP framework: Linking cognitive engagement to active learning outcomes. *Educational Psychologist*, 49(4), 219-243. <https://doi.org/10.1080/00461520.2014.965823>
- Childress, M. (2016). Utopian futures for learning technologies. Dans N. Rushby et D. W. Surry (dir.), *The Wiley handbook of learning technology* (p. 557-570). San Francisco, CA : John Wiley and Sons.

- Chiocchio, F., Grenier, S., O'Neill, T. A., Savaria, K. et Willms, J. D. (2012). The effects of collaboration on performance: A multilevel validation in project teams. *International Journal of Project Organisation and Management*, 4(1), 1-37. <https://doi.org/10.1504/IJPOM.2012.045362>
- Chiocchio, F., Rabbat, F. et Lebel, P. (2015). Multi-level efficacy evidence of a combined interprofessional collaboration and project management training program for healthcare project teams. *Project Management Journal*, 46(4), 20-34. <https://doi.org/10.1002%2Fpmj.21507>
- Clark, P. G., Weeks, L. E., van Den Bergh, G. et Doucet, S. (2017). Gerontology across the professions and the Atlantic: Development and evaluation of an interprofessional and international course on aging and health. *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(2), 141-157. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1144599>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2005). *Le cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins*. Repéré à <https://chirurgie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/20/CanMEDS.pdf>
- Courville, K. (2017). *How mobile technology impacts interprofessional team-based care in an acute care setting: A realist perspective* (Thèse de doctorat, Texas Woman's University). Repéré à <https://twu-ir.tdl.org/twu-ir/handle/11274/9326>
- Cox, D. H., Sullivan, M. et Button, P. (2012). Attitudes of undergraduate social work students toward interprofessional health care practice and interprofessional health care education. *Intersectionalities*, 1, 37-52. Repéré à <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/349>
- Creswell, J. W. et V. Plano Clark. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Curran, V., Reid, A., Reis, P., Doucet, S., Price, S., Alcock, L. et Fitzgerald, S. (2015). The use of information and communications technologies in the delivery of interprofessional education: A review of evaluation outcome levels. *Journal of*

interprofessional care, 29(6), 541-550.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1021002>

Davies, F. L., King, S., Onuczko, T. et Hatch, T. (2015, septembre). *Flipping the interprofessional classroom: Collaborating in real and virtual space*. Communication orale présentée à Collaborating Across borders V, Roanoke VA.

D'Avray, L., Gill, E. et Coster, S. (2007). Interprofessional learning in practice in South East London. Dans H. Barr (dir.), *Piloting interprofessional education: Four English case studies, Occasional paper no. 8* (p. 30-42). Londres, Royaume-Uni : Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Subject Centre.

De Bronkart, D. (2013). How the e-patient community helped save my life. *BMJ*, 346(7903), 24-25. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1990>

De Bronkart, D. (2015). From patient centred to people powered: Autonomy on the rise. *BMJ*, 350, h148. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1990>

Decker, S. I., Anderson, M., Boese, T., Epps, C., McCarthy, J., Motola, I., ... et Scolaro, K. (2015). Standards of best practice: Simulation standard VIII: Simulation-enhanced interprofessional education (sim-IPE). *Clinical Simulation in Nursing*, 11(6), 293-297. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.010>

DeLozier, S. J. et Rhodes, M. G. (2017). Flipped classrooms: A review of key ideas and recommendations for practice. *Educational Psychology Review*, 29(1), 141-151. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9356-9>

Dearnley, C., Owens, M., Greasley, P. et Plews, C. (2010). Mixing students mixing methods: A study examining the effectiveness of using a blended approach to interprofessional education. Dans A. Bromage (dir.), *Interprofessional e-learning and collaborative work: Practices and technologies* (p. 301-315). Hershey, PA : Information Science Reference.

Dennen, V. P. et Hoadley, C. (2013). Designing collaborative learning through computer support. Dans C. E. Hmelo-Silver, C. A. Chinn, C. K. K. Chan et A. O'Donnell (dir.),

The international handbook of collaborative learning (p. 389-402). New York, NY: Routledge.

Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart et al. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 85-112). Montréal, QC : Gaëtan Morin.

Deutsch, M. (1949). An experimental study of the effects of cooperation and competition upon group process. *Human Relations*, 2(3), 199-231.

Dewey, J. (1927). Half-hearted naturalism. *The Journal of Philosophy*, 24(3), 57-64.

Dillenbourg, P. (1999). What do you mean by collaborative learning? Dans P. Dillenbourg (dir.), *Collaborative-learning: Cognitive and computational approaches* (p. 1-19). Oxford, Royaume-Uni : Elsevier.

Dillenbourg, P. (2002). Over-scripting CSCL: The risks of blending collaborative learning with instructional design. Dans P. A. Kirschner (dir.), *Three worlds of CSCL: Can we support CSCL?* (p. 61-91). Heerlen, Pays-Bas : Open University of Neederlands.

Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel – Université de Montréal. (2016a). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, QC : Université de Montréal.

Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel – Université de Montréal. (2016b). *Terminologie de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec : Université de Montréal

Dow, A. W., Boling, P. A., Lockeman, K. S., Mazmanian, P. E., Feldman, M., Diazgranados, D., ... Taylor, S. (2016). Training and assessing interprofessional virtual teams using a web-based case system. *Academic Medicine*, 91(1), 120-126. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000912>

- Dow, A. W., Zhu, X., Sewell, D., Banas, C. A., Mishra, V. et Tu, S. P. (2017). Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), 677-678. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>
- Durand, T. (2006). L'alchimie de la compétence. *Revue française de gestion*, 160(1), 261-292. <https://doi.org/10.3166/rfg.160.261-292>
- Durand, M. J. et Chouinard, R. (dir.). (2012). *L'évaluation des apprentissages : de la planification de la démarche à la communication des résultats* (2^e éd.). Montréal, QC : Hurtubise HMH.
- Drouin, M. A. (2008). The relationship between students perceived sense of community and satisfaction, achievement, and retention in an online course. *Quarterly Review of Distance Education*, 9(3), 267-284.
- Dziuban, C., Moskal, P., Kramer, L. et Thompson, J. (2013). Student satisfaction with online learning in the presence of ambivalence: Looking for the will-o'-the-wisp. *The Internet and Higher Education*, 17, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2012.08.001>
- École de réadaptation de l'Université de Montréal. (2018). *Formation en ergothérapie*. Repéré à <http://readaptation.umontreal.ca/etudes/formation-en-ergotherapie/>
- Espinosa, J. A., Lerch, F. J. et Kraut, R. E. (2004). Explicit versus implicit coordination mechanisms and task dependencies: One size does not fit all. Dans E. Salas et S. M. Fiore (dir.), *Team cognition: understanding the factors the drive process and performance* (p. 107-129). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10690-006>
- Failla, K. R. et Macauley, K. (2014). Interprofessional simulation: A concept analysis. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(11), 574-580. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2014.07.006>

- Ferguson, T. et Frydman, G. (2004). The first generation of e-patients. *BMJ*, 328(7449), 1148-1149. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1148>
- Ferguson, T. (2007). *E-patients: how they can help us heal healthcare*. Repéré à https://participatorymedicine.org/e-Patient_White_Paper_with_Afterword.pdf
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Vallée, C., Farand, L. et Chiocchio, F. (2018). Évaluation du Plan d'action en santé mentale (2005-2015) : intégration et performance des réseaux de services. *Santé mentale au Québec*, 43(1), 15-38.
- Fortin, M.-F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Montréal, QC : Décarie.
- Evans, S., Knight, T., Sønderlund, A. et Tooley, G. (2014). Facilitators' experience of delivering asynchronous and synchronous online interprofessional education. *Medical Teacher*, 36(12), 1051-1056. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.918254>
- Evans, S., Shaw, N., Ward, C. et Hayley, A. (2016). "Refreshed... reinforced... reflective": A qualitative exploration of interprofessional education facilitators' own interprofessional learning and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 30(6), 702-709. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1223025>
- Evans, S., Ward, C. et Margerison, C. (2016). Online interprofessional education in dietetic students. *Nutrition & Dietetics*, 73(3), 268-274. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12235>
- Evans, S. M., Ward, C. et Reeves, S. (2017). An exploration of teaching presence in online interprofessional education facilitation. *Medical Teacher*, 39(7), 773-779. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1297531>
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2010). *Référentiel de compétences*. Repéré à <http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1LT53J1VT-LKT4LQ->

2NL6/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Comp%C3%A9tences%20FSI%202010%20(PDF).pdf

Flora, L. (2015). *Les patients peuvent aujourd'hui innover dans le domaine du digital*. Repéré à <https://luigiflora.wordpress.com/2015/11/21/les-patients-peuvent-aujourd'hui-innover-dans-le-domaine-du-digital/>

Flora, L. (2016). *Qu'est-ce que les challenges d'innovation en E-santé peuvent produire?* Repéré à <https://luigiflora.wordpress.com/2016/04/26/quest-ce-que-les-challenges-dinnovation-en-e-sante-peuvent-produire/>

Flora, L. (2018). Le modèle de Montréal : d'une expérience de soin initiative à la participation aux mutations d'un système de santé. *Rhumatos*, 15(133), 137-140. Repéré à https://rhumatos.fr/files/2018/05/RH134_P139A142_zoomsur.pdf

Flora, L., Berkesse, A., Payot, A., Dumez, V. et Karazivan, P. (2016). L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé: vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *Journal International de Bioéthique*, 27(1), 59-72. <https://doi.org/10.3917/jib.271.0059>

Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J. et Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme Partenaires de soins en psychiatrie: le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101-117. <https://doi.org/10.7202/1032385ar>

Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J. et Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, ON : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H. et Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(23), 8410-8415. <https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111>

- Freeth, D., Ayida, G., Berridge, E., Sadler, C. et Strachen, A. (2006). MOSES: Multidisciplinary Obstetric Simulated Emergency Scenarios. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 552-554. <https://doi.org/10.1080/13561820600902519>
- Gallo, T. (2017, 21 février). *Twitter is trending in academic medicine*. Repéré à <https://news.aamc.org/medical-education/article/twitter-trending-academic-medicine>
- Gittell, J. Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., ... et Zuckerman, J. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical care*, 807-819.
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24(1), 3-17. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero24/24gohier.pdf
- GSuite pour l'éducation (2019). Repéré à https://gsuite.google.ca/intl/fr_ca/
- Goudreau, J. et Dion, H. (2016). La communication médecin-infirmière. Dans C. Richard, et M.-T. Lussier (dir.), *La communication professionnelle en santé* (2^e éd., p. 695-706). Montréal, QC : Éditions du renouveau pédagogique.
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C. et Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1685>
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology Journal*, 29(2), 75-91. <https://doi.org/10.1007/BF02766777>

- Guérin, F. et Fernandez, N. (2017). Une vision transdisciplinaire du partenariat patient en santé : une bioéthique en évolution. Dans M.-A. Caron et M.-F. Turcotte (dir.), *La transdisciplinarité et l'opérationnalisation des connaissances scientifiques* (p. 105-118). Montréal, QC : Éditions JFD.
- Guilbault, M. et Viau-Guay, A. (2017). La classe inversée comme approche pédagogique en enseignement supérieur : état des connaissances scientifiques et recommandations. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 33(1). Repéré à <http://journals.openedition.org/ripes/1193>
- Grabowski, B. L., Beaudoin, M. et Koszalka, T. A. (2016). Competencies for designers, instructors, and online learners. Dans N. Rushby et D. W. Surry (dir.), *The Wiley handbook of learning technology* (p. 221-241). San Francisco, CA : John Wiley and Sons.
- Graham, C. R., Henrie, C. R. et Gibbons, A. S. (2014). Developing models and theory for blended learning research. Dans A. G. Picciano, C. D. Dziuban et C. R. Graham (dir.), *Blended learning: Research perspectives* (Vol. 2, p. 13-33). New York, NY: Routledge.
- Gros, B. (2001). Instructional design for computer-supported collaborative learning in primary and secondary school. *Computers in Human Behavior*, 17(5-6), 439-451. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(01\)00016-4](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(01)00016-4)
- Grosjean, S. (2004). L'apprentissage collaboratif à distance : du scénario pédagogique à la dynamique interactionnelle. Dans *Actes du colloque TICE 2004* (p. 229-236). Compiègne, France : Université de Technologie de Compiègne. Repéré à <http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/staf11/textes/Grosjean.pdf>
- Groupe consultatif national en physiothérapie. (2009). *Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada*. Repéré à <http://www.peac-aepc.ca/pdfs/PT-French-2009.pdf>

- Gruzd, A., Haythornthwaite, C., Paulin, D., Gilbert, S. et del Valle, M. E. (2018). Uses and gratifications factors for social media use in teaching: Instructors' perspectives. *New Media & Society*, 20(2), 475-494. <https://doi.org/10.1177%2F1461444816662933>
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 188-196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Hall, L. W. et Zierler, B. K. (2015). Interprofessional education and practice guide No. 1 : Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 3-7. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.937483>
- Hämäläinen, R. et Vä Häsantanen, K. (2011). Theoretical and pedagogical perspectives on orchestrating creativity and collaborative learning. *Educational Research Review*, 6(3), 169-184. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2011.08.001>
- Hanna, E., Soren, B., Telner, D., MacNeill, H., Lowe, M. et Reeves, S. (2013). Flying blind: The experience of online interprofessional facilitation. *Journal of Interprofessional Care*, 27(4), 298-304. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.723071>
- Hardy, C., Lawrence, T. B. et Grant, D. (2005). Discourse and collaboration: The role of conversations and collective identity. *Academy of Management Review*, 30(1), 58-77. <https://doi.org/10.5465/amr.2005.15281426>
- Hartley, J. (2004). *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Hawkes, G., Nunney, I. et Lindqvist, S. (2013). Caring for attitudes as a means of caring for patients—improving medical, pharmacy and nursing students' attitudes to each other's professions by engaging them in interprofessional learning. *Medical Teacher*, 35(7), e1302-e1308. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.770129>
- Hei, M., Strijbos, J. W., Sjoer, E. et Admiraal, W. (2016). Thematic review of approaches to design group learning activities in higher education: The development of a

comprehensive framework. *Educational Research Review*, 18, 33-45.
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2016.01.001>

Henri, F. (2001). Des cours sur le Web à l'université. Dans T. Karsenti et F. Larose (dir.), *Les TIC au cœur des pédagogies universitaires : diversités des enjeux pédagogiques et administratifs* (p. 117-143). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Henri, F. et Lundgren-Cayrol, K. (2001). *Apprentissage collaboratif à distance : pour comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuels*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Higgs, J. et Jones, M. A. (2000). Clinical reasoning in health professions. Dans J. Higgs et M. A. Jones (dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (p. 3-14). London, Royaume-Uni : Butterworth-Heinemann Medical.

Hinyard, L., Toomey, E., Eliot, K. et Breitbach, A. (2018). Student perceptions of collaboration skills in an interprofessional context: Development and initial validation of the self-assessed collaboration skills instrument. *Evaluation & the health professions*. <https://doi.org/10.1177%2F0163278717752438>

Hmelo-Silver, C. E. (2004). Problem-based learning: What and how do students learn? *Educational Psychology Review*, 16(3), 235-266.
<https://doi.org/10.1023/B:EDPR.0000034022.16470.f3>

Hosley, C. F. (2010). *The perceived effects of technology on product management team collaboration*. Ann Arbor, MI: UMI Dissertation Publishing.

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>

Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N., . . . Salas, E. (2016). Saving lives: A meta-analysis of team training in healthcare. *Journal of Applied Psychology*, 101(9), 1266-1304.
<https://doi.org/10.1037/apl0000120>

- Hughes, H. (2012). Introduction to flipping the college classroom. Dans T. Amiel et B. Wilson (dir.), *Proceedings from world conference on educational multimedia, hypermedia and telecommunications 2012* (p. 2434-2438). Denver, CO: AACE.
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *L'approche par compétences : un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/1228>
- Iverson, L., Todd, M., Ryan Haddad, A., Packard, K., Begley, K., Doll, J., ... Wichman, C. (2018). The development of an instrument to evaluate interprofessional student team competency. *Journal of Interprofessional Care*. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1447552>
- Jensen, J. L., Kummer, T. A. et Godoy, P. D. D. M. (2015). Improvements from a flipped classroom may simply be the fruits of active learning. *CBE—Life Sciences Education, 14*(1), ar5. <https://doi.org/10.1187/cbe.14-08-0129>
- Jeong, H. et Hmelo-Silver, C. E. (2016). Seven affordances of computer-supported collaborative learning: How to support collaborative learning? How can technologies help? *Educational Psychologist, 51*(2), 247-265. <https://doi.org/10.1080/00461520.2016.1158654>
- Joannert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique. Perspective en éducation et formation*, De boeck, Bruxelles.
- Johnson, D. W. et Johnson, R. T. (2009). An educational psychology success story: Social interdependence theory and cooperative learning. *Educational researcher, 38*(5), 365-379. <https://doi.org/10.3102/0013189X09339057>
- Johnson, D. W., Johnson, R. T. et Smith, K. (2007). The state of cooperative learning in postsecondary and professional settings. *Educational Psychology Review, 19*(1), 15-29. <https://doi.org/10.1007/s10648-006-9038-8>
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M. P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., ... et Lebel, P. (2015). The patient-as-partner approach in health care: A conceptual

framework for a necessary transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000603>

Karsenti, T. (2006). Pragmatisme et méthodologie de recherche en sciences de l'éducation : passons à la version 3.0. *Formation et profession*, 13(1), 2-5. Repéré à <http://www.crifpe.ca/download/verify/141>

Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (dir.). (2018). *La recherche en éducation* (4^e éd.). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.

Kauffman, D. et Carmi, G. (2017). E-collaboration of virtual teams: The mediating effect of interpersonal trust. Dans *Proceedings of the 2017 International Conference on E-Business and Internet* (p. 45-49). New York, NY: ACM.
<https://doi.org/10.1145/3092027.3092039>

Kim, M. K., Kim, S. M., Khera, O. et Getman, J. (2014). The experience of three flipped classrooms in an urban university: An exploration of design principles. *The Internet and Higher Education*, 22, 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2014.04.003>

King, S., Greidanus, E., Carbonaro, M., Drummond, J. et Patterson, S. (2009). Merging social networking environments and formal learning environments to support and facilitate interprofessional instruction. *Medical Education Online*, 14, 5.
<https://dx.doi.org/10.3885%2Fmeo.2009.T0000132>

Kirschner, P. A. et Erkens, G. (2013). Toward a framework for CSCL research. *Educational Psychologist*, 48(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1080/00461520.2012.750227>

Kline, R. B. (2016). *Mean structures and latent growth models. Principles and practice of structural equation modeling* (4^e éd.). New York, NY: The Guildford Press.

Koffka, K. (1935). *Principles of gestalt psychology*. New York, NY: Harcourt.

Kozlowski, S. J. et Bell, B. S. (2003) Work groups and teams in organizations. Dans W. C. Borman, D. R. Ilgen, R. J. Klimoski et I. B. Weiner (dir.), *Handbook of*

psychology: Industrial and organizational psychology (Vol. 12, p. 333-375).
Londres, Royaume-Uni : Wiley.

Kozlowski, S. W. J. et Bell, B. S. (2008). Team learning, development, and adaptation.
Dans V. I. Sessa et M. London (dir.), *Group learning* (p. 15-44). Mahwah, NJ: LEA.

Kozlowski, S. W. et Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(3), 77-124.
<https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00030.x>

Krathwohl, D. R. (2002). A revision of Bloom's taxonomy: An overview. *Theory into practice*, 41(4), 212-218. https://doi.org/10.1207/s15430421tip4104_2

Lacasse, M., Renaud, J. S., Cantat, A. et Saucier, D. (2016). Développement de compétences avancées dans la formation des futurs médecins : l'exemple de la médecine familiale au Canada. *Éducation et francophonie*, 44(2), 126-151.
<http://dx.doi.org/10.7202/1039025ar>

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 376-389). Boucherville, QC : Gaétan Morin.

Lapkin, S., Levett-Jones, T. et Gilligan, C. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today*, 33(2), 90-102. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.006>

Laurin, S., Audetat, M.-C. et Sanche, G. (2013). L'approche par compétences : lubie pédagogique ou réel progrès? *Le médecin du Québec*, 48(3), 87-90.

Lawlis, T. R., Anson, J. et Greenfield, D. (2014). Barriers and enablers that influence sustainable interprofessional education: A literature review. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), 305-310.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2014.895977>

- Lebel, P., Vanier, M-C., Brault, I., Néron, A., Gosselin, L., Raynault, A., ... Beaulieu, J. (2016). Apprentissage en ligne de la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient : les dix clés d'une révision pédagogique des modules en ligne de l'Université de Montréal. *Pédagogie médicale*, 17(1), S26. <https://doi.org/10.1051/pmed/2016013>
- Le Boterf, G. (2000). La mise en place d'une démarche de compétence : quelques conditions de réussite, PERSONNEL NO 412, août-septembre 2000.
- Le Boterf, G. (2006). *Professionnaliser: le modèle de la navigation professionnelle*. Paris, France : Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2013). *Construire les compétences individuelles et collectives. Le modèle : agir avec compétence en situation-Les réponses à plus de 100 questions*. Paris, France : Éditions Eyrolles.
- Lebrun, M. (2015). L'hybridation dans l'enseignement supérieur : vers une nouvelle culture de l'évaluation? *e-JIREF*, 1(1), 65-78. Repéré à <http://admee.ulg.ac.be/journal/index.php/ejiref/article/view/93>
- Lebrun, M., Gilson, C. et Goffinet, C. (2016). Vers une typologie des classes inversées. *Éducation & Formation*, e306, 125-145. Repéré à revueeducationformation.be/include/download.php?idRevue=25&idRes=268
- Lecoq, J., Lebrun, M. et Kerpelt, B. (2017). *La classe à l'envers pour apprendre à l'endroit*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Louvain Learning Lab.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: méthode GPS et concept de soi*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Lees, A. et Meyer, E. (2011). Theoretically speaking: Use of a communities of practice framework to describe and evaluate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 84-90. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.515429>

- Legendre, M.-F. (2001). *Sens et portée de la notion de compétence dans le nouveau programme de formation*. Montréal, QC : Université de Montréal.
- Legendre, M.-F. (2008). Défis et enjeux dans le passage du curriculum officiel au curriculum réel. Dans M. Ettayebi, R. Opertti et P. Jonnaert (dir.), *Logique de compétences et développement curriculaire. Débats, perspectives et alternative pour les systèmes éducatifs* (p. 41-60). Paris, France : L'Harmattan.
- LeGros, T. A., Amerongen, H. M., Cooley, J. H. et Schloss, E. P. (2015). Using learning theory, interprofessional facilitation competencies, and behavioral indicators to evaluate facilitator training. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 596-602. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1040874>
- Lehtinen, E., Hakkarainen, K., Lipponen, L., Rahikainen, M. et Muukkonen, H. (1999). *Computer-supported collaborative learning: A review*. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/250788384_Computer_Supported_Collaborative_Learning_A_Review
- Leipzig, R. M., Hyer, K., Ek, J., Wallenstein, S., Vezina, M. L., Fairchild, S., . . . Howe, J. L. (2002). Attitudes toward working on interdisciplinary healthcare teams: A comparison by discipline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1141-1148. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50274.x>
- Lennox, A. et Anderson, E. (2007). *The Leicester model of interprofessional education: A practical guide for implementation in health and social care (Special report 9)*. Newcastle, Royaume-Uni : Higher Education Academy, Medicine, Dentistry and Veterinary Medicine.
- Levesque, L. L., Wilson, J. M. et Wholey, D. R. (2001). Cognitive divergence and shared mental models in software development project teams. *Journal of Organizational Behavior*, 22(2), 135-144. <https://doi.org/10.1002/job.87>

- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics. Concept, method and reality in social science; social equilibria. *Human Relations*, 1, 5-40.
<https://doi.org/10.1177%2F001872674700100103>
- Lindqvist, S. M. et Reeves, S. (2007). Facilitators' perceptions of delivering interprofessional education: A qualitative study. *Medical Teacher*, 29(4), 403-405.
<https://doi.org/10.1080/01421590701509662>
- Lo, V., Wu, R., Morra, D., Lee, L. et Reeves, S. (2012). The use of smartphones in general and internal medicine units: A boon or a bane to the promotion of interprofessional collaboration? *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 276-282.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1021002>
- Lofters, A. K., Slater, M. B., Angl, E. N. et Leung, F. H. (2016). Facebook as a tool for communication, collaboration, and informal knowledge exchange among members of a multisite family health team. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 29-34.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S94676>
- Lupton, D. (2014). *Digital sociology*. New York, NY: Routledge.
- MacDonald, C. J., Stodel, E. J., Thompson, T. L. et Casimiro, L. (2009). W (e) Learn: A framework for online interprofessional education. *International Journal of Electronic Healthcare*, 5(1), 33-47. <https://doi.org/10.1504/IJEH.2009.026271>
- Manca, S. et Ranieri, M. (2016). Facebook and the others. Potentials and obstacles of social media for teaching in higher education. *Computers & Education*, 95, 216-230.
<https://doi.org/10.1016/j.compedu.2016.01.012>
- Marheineke, M., Velamuri, V. K. et Möslein, K. M. (2016). On the importance of boundary objects for virtual collaboration: A review of the literature. *Technology Analysis & Strategic Management*, 28(9), 1108-1122.
<https://doi.org/10.1080/09537325.2016.1181744>
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.

- Martin, F., Parker, M. et Deale, D. (2012). Examining interactivity in synchronous virtual classrooms. *International Review of Research in Open and Distance Learning*, 13(3), 227-260. Repéré à <http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/1174/2253>
- Maubant, P. (2007). L'analyse des pratiques enseignantes : les ambiguïtés d'un bel objet de recherche. *Formation et profession*, 13(2), 17-21. Repéré à <http://www.crifpe.ca/download/verify/123>
- Means, B., Toyama, Y., Murphy, R. et Baki, M. (2013). The effectiveness of online and blended learning: A meta-analysis of the empirical literature. *Teachers College Record*, 115(3), 1-47.
- Meirieu, P. et Develay, M. (1996). *Le transfert de connaissances en formation initiale et continue*. Lyon, France : CRDP.
- McLoughlin, C., Patel, K. D., O'Callaghan, T. et Reeves, S. (2018). The use of virtual communities of practice to improve interprofessional collaboration and education: Findings from an integrated review. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 136-142. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1377692>
- De Micheaux, P. L., Drouilhet, R. et Liquet, B. (2011). *Le logiciel R : maitriser le langage-Effectuer des analyses statistiques*. Paris, France : Springer-Verlag Paris.
- Mikkelsen Kyrkjebo, J., Brattebo, G. et Smith-Strom, H. (2006). Improving patient safety by using interprofessional training in health professional education. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 507-516. <https://doi.org/10.1080/13561820600918200>
- Miles, M. et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Milot, É., Museux, A. C. et Careau, E. (2017). Facilitator training program: The Université Laval interprofessional initiative. *Social Work in Health Care*, 56(3), 202-214. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1265630>

- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2019). *Cadre de référence de la compétence numérique en éducation et en enseignement supérieur*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2018). *Plan d'action numérique en éducation et en enseignement supérieur*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Moffett, J. (2015). Twelve tips for “flipping” the classroom. *Medical Teacher*, 37(4), 331-336. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.943710>
- Mohaupt, J., van Soeren, M., Andrusyszyn, M.-A., MacMillan, K., Devlin-Cop, S. et Reeves, S. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 370-375. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.673512>
- Moore, C. (2016). The future of work: What Google shows us about the present and future of online collaboration. *TechTrends*, 60(3), 233-244. <https://doi.org/10.1007/s11528-016-0044-5>
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- National Center for Interprofessional Practice and Education. (2016). *About interprofessional practice and education*. Repéré à <https://nexusipe.org/informing/about-ipe>
- Nguyen, D.-Q. et Blais, J.-G. (2007). Approche par objectifs ou approche par compétences? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale*, 8(4), 232-251. <https://doi.org/10.1051/pmed:2007026>
- Nieder, G. L. et Borgess, N. J. (2012). An eight-year study of online lecture use in a medical gross anatomy and embryology course. *Anatomical Sciences Education*, 5, 311-320. <https://doi.org/10.1002/ase.1289>

- Nizet, I. et Laferrière, T. (2005). Description des modes spontanés de co-construction de connaissances : contributions à un forum électronique axé sur la pratique réflexive. *Recherche & formation*, 48(1), 151-166. <https://doi.org/10.3406/refor.2005.2071>
- O'Flaherty, J. et Phillips, C. (2015). The use of flipped classrooms in higher education: A scoping review. *The Internet and Higher Education*, 25, 85-95. <https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2015.02.002>
- Office québécois de la langue française. (2017). *Infonuagique*. Repéré à http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26501384
- Olenick, M., Allen, L. R. et Smego, R. A. (2010). Interprofessional education: A concept analysis. *Advances in Medical Education and Practice*, 1(1), 75-84. <https://dx.doi.org/10.2147%2FAMEP.S13207>
- Olson, R. et Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: A systematic review. *Medical Education*, 48(3), 236-246. <https://doi.org/10.1111/medu.12290>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Montréal, QC : OIIQ. Repéré à <http://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2016/02/OIIQ-Enonce-collaboration-professionnelle.pdf>
- Ordre des travailleurs sociaux du Québec. (2012). *Référentiel de compétences des travailleurs sociaux du Québec*. Repéré à <https://www.otstcfq.org/docs/default-source/cadres-et-guides-de-pratique/nouveau-r%C3%A9f%C3%A9rentiel-ts-2012-19-07-2012-final.pdf?sfvrsn=2>
- Organisation de Coopération et de Développement Économique. (2013). *Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : Éditions OCDE. Repéré à <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>

- Organisation de Coopération et de Développement Économique. (2015). *Students, computers and learning: Making the connection*. Paris, France : OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264239555-en>
- Organisation de Coopération et de Développement Économique. (2017). Résolution collaborative de problèmes. *PISA à la loupe*, 78. <https://doi.org/10.1787/867aae44-fr>
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Nursing and midwifery human resources for health framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
- Ohtake, P. J., Lyons, A., Glogowski, M., Stellrecht, E., Aronoff, N., Grabowski, J. et Zafron, M. L. (2018). Using an interprofessional flipped classroom educational strategy for developing evidence-based practice knowledge and skills. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 11, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.12.010>
- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*. Paris, France : Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Palloff, R. N. et Pratt, K. (2005). *Collaborating online: Learning together in community*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Perrenoud, P. (2008). *Construire des compétences dès l'école* (5^e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : ESF.
- Perrin, A. (2015). *Social media usage : 2005-2015*. Repéré à <http://www.pewinternet.org/2015/10/08/social-networking-usage-2005-2015/>

- Pinard, R., Potvin, P. et Rousseau, R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches qualitatives*, 24(1), 58-82.
- Pluye, P., Bengoechea, E. G., Granikov, V., Kaur, N. et Tang, D. L. (2018). Tout un monde de possibilités en méthodes mixtes : revue des combinaisons des stratégies utilisées pour intégrer les phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs en méthodes mixtes. Dans M. Bujold et coll. (dir.), *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé* (p. 28-48). Montréal, QC : ACFAS. Repéré à http://www.acfas.ca/sites/default/files/documents_utiles/ACFAS_Cahier-scientifique-117_M%C3%A9thodes-mixtes.pdf
- Poellhuber, B. et Laberge, V. (2017, juin). *Les pratiques de classe inversée, des vidéos aux activités pédagogiques réalisées en classe*. Communication présentée au Colloque 2017 de l'Association québécoise de pédagogie collégiale, Montréal, QC.
- Pomey, M.-P., Flora L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M-C., ... Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels. *Santé publique*, 51, 41-50. <http://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Pomey, M. et Lebel, P. (2016). Patient engagement: The Quebec path. *HealthcarePapers*, 16(2), 80-85. <http://doi.org/10.12927/hcpap.2017.24998>
- Pourtois, J. P. et Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles, Belgique : Pierre Mardaga.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. et Zwarenstein, M. (2010). A conceptual framework for interprofessional teamwork. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, 57-76. <https://doi.org/10.1002/9781444325027.ch4>
- Reeves, S., Tassone, M., Parker, K., Wagner, S. J., et Simmons, B. (2012). Interprofessional education: An overview of key developments in the past three decades. *Work*, 41(3), 233-245. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1298>

- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N. et Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide no. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656-668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Reeves, S., Xyrichis, A. et Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Rentsch, J. R., Delise, L. A. et Hutchison, S. (2009). Cognitive similarity configurations in teams: In search of the Team MindMeld. Dans E. Salas, G. G. Goodwin et C. S. Burke (dir.), *Team effectiveness in complex organizations* (p. 241-266). New York, NY: Routledge.
- Réseau universitaire intégré de santé. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services*. Repéré à http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Rey, O. (2008). De la transmission des savoirs à l'approche par compétences. *Dossier d'actualité Veille et Analyse*, 34. Repéré à <http://veille-et-analyses.ens-lyon.fr/DA-Veille/34-avril-2008.pdf>
- Rey, O. (2012). Le défi de l'évaluation des compétences. *Dossier d'actualité Veille et Analyse*, 76. Repéré à <http://veille-et-analyses.ens-lyon.fr/DA-Veille/76-juin-2012.pdf>
- Richard, S. (2006). L'analyse de contenu pour la recherche en didactique de la littérature. Le traitement de données quantitatives pour une analyse qualitative : parcours d'une approche mixte. *Recherches qualitatives*, 26(1), 181-207.
- Richard, C., et Lussier, M. T. (dir.). (2016). *La communication professionnelle en santé* (2^e éd.). Saint-Laurent, QC : ERPI.

- Riesen, E., Morley, M., Clendinneng, D., Ogilvie, S. et Ann Murray, M. (2012). Improving interprofessional competence in undergraduate students using a novel blended learning approach. *Journal of Interprofessional Care*, 26(4), 312-318. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.660286>
- Riggare, S. (2018). E-patients hold key to the future of healthcare. *BMJ*, 360, k846. <https://doi.org/10.1136/bmj.k846>
- Riley, J., McGowan, M. et Rozmovits, L. (2014). Exploring the value of technology to stimulate interprofessional discussion and education: A needs assessment of emergency medicine professionals. *Journal of Medical Internet Research*, 16(6). <https://dx.doi.org/10.2196%2Fjmir.3482>
- Robinson, F. P., Gorman, G., Slimmer, L. W. et Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse–physician communication in hospitals. *Nursing Forum*, 45(3), 206-216. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00182.x>
- Robinson, T., Hills, D. et Kelly, B. (2011). The evaluation of an online orientation to rural mental health practice in Australia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 629-636. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01712.x>
- Romero, M. et Lille, B. (2017). La créativité, au cœur des apprentissages. Dans M. Romero, B. Lille et A. Patiño (dir.), *Usages créatifs du numérique pour l'apprentissage au XXI^e siècle* (p. 29-39). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Romero, M., Lille, B. et Patiño, A. (dir.). (2017). *Usages créatifs du numérique pour l'apprentissage au XXI^e siècle*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Roth, I. (2010). *Virtual teams effectiveness as a function of using CMC*. Tel Aviv, Israël : Recanati Business School, Tel-Aviv University.
- Rowe, M., Bozalek, V. et Frantz, J. (2013). Using Google Drive to facilitate a blended approach to authentic learning. *British Journal of Educational Technology*, 44(4), 594-606. <https://doi.org/10.1111/bjet.12063>

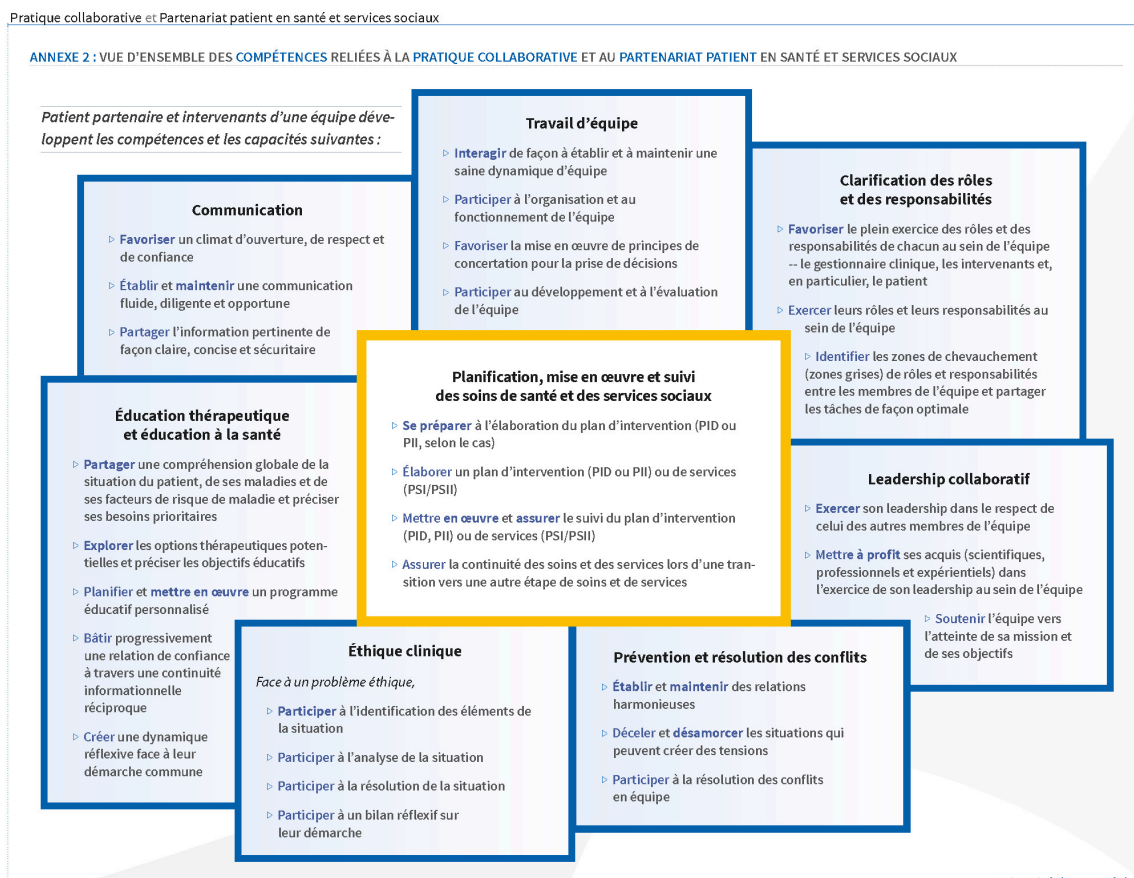
- Ruiz, M. G., Ezer, H. et Purden, M. (2013). Exploring the nature of facilitating interprofessional learning: Findings from an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 489-495. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.811640>
- Sanchez-Diaz, P. C., Parker, R. A., Valdes, M. S., Ramirez, M. N., Srihari Narayanan, O. D. et Dominguez, D. G. (2015). Shaping student attitudes toward healthcare teams through a hybrid and an online interprofessional education course: Results from a pilot study. *Optometric Education*, 40(3), 23-30. Repéré à <https://journal.opted.org/article/shaping-student-attitudes-toward-healthcare-teams-through-a-hybrid-and-an-online-interprofessional-education-course-results-from-a-pilot-study/>
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation : étapes et approches* (p. 122-151). Sherbrooke, QC : CRP.
- Savoie-Zajc, L. et Karsenti, T. (2000). La méthodologie. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (p. 127-140). Sherbrooke, QC : CRP.
- Scott, C. L. (2015). Les apprentissages de demain 2 : quel type d'apprentissage pour le XXI^e siècle? *Recherche et prospective en éducation*, 14. Repéré à <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002429/242996F.pdf>
- Shaffer, K. M. (2014). *Enhancing interprofessional education with technology* (Thèse de doctorat, University of Delaware). Repéré à <http://udspace.udel.edu/handle/19716/16821>
- Sharma, N., Lau, C. S., Doherty, I. et Harbutt, D. (2015). How we flipped the medical classroom. *Medical Teacher*, 37(4), 327-330. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.923821>

- Sherbino, J., Chan, T. et Schiff, K. (2013). The reverse classroom: Lectures on your own and homework with faculty. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 179-181. <https://doi.org/10.2310/8000.2013.130996>
- Solomon, P. et King, S. (2010). Online interprofessional education: Perceptions of faculty facilitators. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), 51-53. <https://doi.org/10.1097/00001416-201010000-00009>
- Stuart, G. et Triola, M. (2015). *Conference recommendations. Enhancing health professions education through technology: building a continuously learning health system.* Repéré à http://macyfoundation.org/docs/macy_pubs/JMF_ExecSummary_Final.pdf
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement.* Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Thistlethwaite, J. E. (2012). Interprofessional education: A review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*, 46(1), 58-70. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x>
- Tseng, H., Wang, C. H., Ku, H. Y. et Sun, L. (2009). Key factors in online collaboration and their relationship to teamwork satisfaction. *Quarterly Review of Distance Education*, 10(2), 195-206.
- Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage.* Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Van der Maren, J. M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e éd.). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal et de Boeck.
- Van Merriënboer, J. (2016). How people learn. Dans N. Rushby et D. W. Surry (dir.), *The Wiley handbook of learning technology* (p. 15-34). San Fransisco, CA: John Wiley and Sons.

- Vanier, M.-C., Dumez, V., Drouin, E., Brault, I., MacDonald, S., Boucher, A., ... Levert, M.-J. (2014). Université de Montréal case study. Partners in interprofessional education: Integrating patients-as-trainers. Dans T. Larson (dir.), *Engaging patients, families and communities to link interprofessional practice and education* (p. 73-84). New York, NY: Josiah Macy Jr. Foundation. Repéré à http://macyfoundation.org/docs/macy_pubs/JMF_PartneringwithPFC.pdf
- Vanier, M.-C., Therriault, P.-Y., Lebel, P., Nolin, F., Lefebvre, H., Brault, I., ..., Fernandez, N. (2013). Innovating in teaching of collaborative practice with a large student cohort at Université de Montréal. *Journal of Allied Health*, 42(4), 97E-106E.
- Vitali-Rosati, M. (2014). Pour une définition du « numérique ». Dans M. E. Sinatra, Michael et M. Vitali-Rosati (dir.), *Pratiques de l'édition numérique* (p. 63-75). Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Voogt, J. et Roblin, N. P. (2012). A comparative analysis of international frameworks for 21st century competences: Implications for national curriculum policies. *Journal of Curriculum Studies*, 44(3), 299-321. <https://doi.org/10.1080/00220272.2012.668938>
- Vyt, A. (2015). Interprofessional education and collaborative practice in health and social care: The need for transdisciplinary mindsets, instruments and mechanisms. Dans P. Gibbs (dir.), *Transdisciplinary professional learning and practice* (p. 69-88). Basel, Suisse : Springer, Cham.
- Walsh, M. et Van Soeren, M. (2012). Interprofessional learning and virtual communities: An opportunity for the future. *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 43-48. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.620187>
- Waterston, R. (2011). Interaction in online interprofessional education case discussions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 272-279. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.566647>

- Watts, F., Lindqvist, S., Pearce, S., Drachler, M., et Richardson, B. (2007). Introducing a post-registration interprofessional learning programme for healthcare teams. *Medical teacher*, 29(5), 443-449.
- Weinstein, P. K. et Wink, D. M. (2012). Beyond Google Docs. *Nurse educator*, 37(2), 45-47. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e3182461c2f>
- Wenger, E. (2001). *Supporting communities of practice. A survey of community-oriented technologies.* Repéré à http://www.teluq.quebec.ca/inf6400c/module2/m2txt2_6.pdf
- Wiggins, G. (1989). A true test: Toward more authentic and equitable assessment. *Phi Delta Kappa*, 70(9), 703-713.
- World Economic Forum. (2016). *New vision for education: Fostering social and emotional learning through technology.* Repéré à http://www3.weforum.org/docs/WEF_New_Vision_for_Education.pdf
- Xyrichis, A., Reeves, S. et Zwarenstein, M. (2018). Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 416-425. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576>

Annexe 1. Référentiel de la pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux



Source : Direction collaboration et partenariat-patient et Comité interfacultaire opérationnel – Université de Montréal. (2016, p. 25).

Annexe 2. Questionnaire : La collaboration en équipes interprofessionnelles

La collaboration en équipes interprofessionnelles

Chercheuse principale : Audrey Raynault, M.Éd. Doctorante

audrey.raynault@umontreal.ca est la personne avec qui communiquer.

Nous vous invitons à participer à une étude visant à décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent dans le cadre d'un cours universitaire interprogrammes.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que la personne avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant. Votre participation à l'étude n'est pas en lien avec l'évaluation du cours CSS et n'aura pas d'impact sur la réussite ou échec du cours.

Nous vous invitons à nous poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à nous demander de vous expliquer tout mot ou tout renseignement qui n'est pas clair.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Audrey Raynault à audrey.raynault@umontreal.ca. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis avant votre retrait seront détruits. Votre retrait de l'étude n'aura aucune incidence sur votre collaboration avec l'Université de Montréal.

Engagement des chercheurs

Nous avons expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. Nous avons répondu au meilleur de notre connaissance aux questions posées et nous avons vérifié la compréhension du participant. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

1-J'accepte de répondre au questionnaire pour participer à l'étude doctorale.

-Je refuse de répondre au questionnaire pour participer à l'étude doctorale.

Questions démographiques :

- 2- Genre (homme, femme, autre)
- 3- Programme de formation (Audiologie, ergothérapie, kinésiologie, médecine, médecine dentaire, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, sciences infirmières, travail social)
- 4- Langue maternelle (français, anglais, espagnol, ...)
- 5- Quel est votre numéro d'équipe ?

Questions à échelle de Likert (totalement en accord, en accord, en désaccord, totalement en désaccord)

6. Dans notre équipe, nous nous donnons de l'information utile qui a fait progresser le travail. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

7. Dans notre équipe, nous nous partageons des connaissances qui ont fait avancer le travail 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

8. Dans notre équipe, nous nous comprenons lorsque nous parlons du travail à faire. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

9. Dans notre équipe, nous partageons des ressources qui aident à la réalisation des tâches. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

10. Dans notre équipe, nous nous communiquons nos idées au sujet du travail à faire. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

11. Dans notre équipe, nous faisons le travail que nous devons faire au bon moment. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

12. Dans notre équipe, nous faisons en sorte que nos tâches soient terminées à temps. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

13. Dans notre équipe, nous nous ajustons afin de respecter les échéances. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

14. Dans notre équipe, nous faisons le point au sujet de la progression du travail. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

15. Dans notre équipe, nous nous échangeons de l'information au sujet de "qui fait quoi". 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

16. Dans notre équipe, nous discutons de l'échéancier. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

17. Dans notre équipe, nous anticipons les besoins des autres sans qu'ils aient à les exprimer. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes	<input type="text"/>

18. Dans notre équipe, nous réorganisons nos tâches instinctivement lorsque des changements étaient nécessaires. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

19. Dans notre équipe, nous avons une compréhension implicite des tâches à réaliser. 

niveau d'accord

Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	<input type="text"/>
Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)	<input type="text"/>

20. Je suis satisfait: 

totalément en accord

en accord

en désaccord

totalément en désaccord

De l'activité thérapeutique de madame Khan réalisée dans le Journal de bord collaboratif

Pourquoi?

De la vignette réalisée dans le Journal de bord collaboratif

Pourquoi?

De l'activité thérapeutique

De l'activité thérapeutique bonifiée lors de l'atelier interprogrammes

Pourquoi?

De la vignette bonifiée lors de l'atelier interprogrammes

Pourquoi?

21. **Cochez la liste des outils technologiques utilisés pour la collaboration en ligne ou en présence pendant le cours CSS2900** 

	Pendant la réalisation du Journal de bord collaboratif (collaboration en ligne)	Pendant l'atelier interprogrammes (collaboration en présence)
Facebook (groupe privé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Google Hangout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skype	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doodle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'outil "commentaires" pour commenter dans le Google DOC (Journal de bord collaboratif) de votre équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'outil "chat" pour discuter en direct avec les membres de votre équipe dans le Google DOC (Journal de bord collaboratif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Power Point ou Keynote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresse courriel du cours CSS (@cssudem.ca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le Google Doc de votre équipe le "Journal de bord collaboratif" (JBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Avez-vous utilisé d'autres outils technologiques dans le cadre du cours CSS2900? Si oui, nommez-les.



- oui
 non

Nommez-les ici SVP

23. Avez-vous des commentaires dont vous voulez nous faire part au sujet de votre **expérience de collaboration interprofessionnelle** vécue en ligne et en présence dans le cadre du cours CSS2900?



Annexe 3. Formulaire de consentement envoyé par courriel pour l'obtention du consentement des membres des JBC

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA RECHERCHE :

La collaboration entre étudiants réunis en équipe interprofessionnelle dans un cours universitaire hybride en sciences de la santé

Chercheuse principale : Audrey Raynault, M.Éd. Doctorante

Nous vous invitons à participer à une étude visant à **décrire comment les étudiants en sciences de la santé collaborent dans le cadre d'un cours universitaire interprogrammes.**

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que la personne avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Nous vous invitons à nous poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à nous demander de vous expliquer tout mot ou tout renseignement qui n'est pas clair.

En quoi consiste votre participation au projet?

- 1- Le consentement de tous les membres de votre équipe est requis afin que la chercheuse puisse analyser les contenus du (n=5-6) du *Journal de bord collaboratif en ligne (JBC)*.**
- 2- Nous vous invitons à répondre à un court questionnaire en ligne de 22 questions ci-**

joint à ce courriel.

De plus comme participant, vous recevrez une lettre de la présidente du Comité interfacultaire opérationnel (CIOUdeM) **reconnaisant votre participation à ce projet** et votre contribution à l'avancement des connaissances. Vous pourrez si vous le souhaitez verser cette lettre à votre portfolio de compétences ou votre curriculum vitae.

Qu'est-ce que nous ferons avec les données recueillies? Y a-t-il une entente de confidentialité entre participants?

Les données recueillies auprès des étudiants qui auront participé feront l'objet d'une analyse qualitative. Les données seront transcrites et codées dans un logiciel. Nous conserverons ces données trois ans au bureau des cours de Collaboration en sciences santé et seulement ses membres y auront accès. Ces données sont : contenus du Journal de bord collaboratif de chaque équipe volontaire.

En tant que participant à la recherche, si vous êtes intéressé, vous serez avisé en priorité de la disponibilité des résultats à l'adresse courriel et aurez un accès privilégié aux rapports de recherche. Les résultats de la recherche seront rendus publics par des articles et des communications dans des congrès, mais toujours de façon anonyme, c'est-à-dire sans jamais nommer ou identifier les participants.

Est-il obligatoire de participer?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Audrey Raynault à audrey.raynault@umontreal.ca. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis avant votre retrait seront détruits. Votre retrait de l'étude n'aura aucune incidence sur votre collaboration avec l'Université de Montréal.

Y a-t-il des risques, des inconvénients et des bénéfices?

Il n'y a aucun risque relié à votre participation dans le cadre de cette étude doctorale. Aucune rémunération n'est accordée pour votre participation. Votre participation à l'étude n'est pas en lien avec l'évaluation du cours CSS et n'a pas d'impact sur la réussite ou échec du cours.

Que faire si vous avez des questions concernant le projet?

Pour toute question ou remarque relative à cette étude ou pour vous retirer de ce projet, vous pouvez vous adresser à la chercheuse principale **Audrey Raynault** à l'adresse courriel : audrey.raynault@umontreal.ca

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel : ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

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 plurifacultaire en éthique de la recherche (CPÉR) au cper@umontreal.ca ou au 514-343-6111, poste 1896 ou consulter le site: <http://recherche.umontreal.ca/participants>

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 la chercheuse et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à cette étude doctorale, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- Je m'engage à respecter la confidentialité des propos échangés au sein de mon équipe pendant le travail collaboratif de la session hiver 2017.

En répondant à ce courriel par OUI

-Je consens à ce que le JBC de mon équipe soit analysé par la chercheuse.

Engagement des chercheurs

Nous avons expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. Nous avons répondu au meilleur de notre connaissance aux questions posées et nous avons vérifié la compréhension du participant. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature de la chercheuse principale: _____

Date : _____

Annexe 4. Journal de bord Collaboratif CSS2900-Hiver2017

Bienvenue dans le JBC de votre équipe!

Dans ce cours CSS, vous ferez d'abord des apprentissages à travers les 4 modules en ligne (sur StudiUM) **de manière individuelle** tout en réalisant les deux activités collaboratives ci-après en équipe virtuelle. Ces dernières sont préparatoires et essentielles et obligatoires à la rencontre interprogrammes, qui se tiendra le 22 février 2017.

Pourquoi la collaboration virtuelle et pas seulement la collaboration en présence?

Parce que vous êtes plus de 4 000 étudiants provenant de 13 professions. Impossible de tous vous réunir plusieurs fois pour des raisons de logistique! De plus, le cours CSS vous **prépare** à la réalité interprofessionnelle que vous vivrez dans vos milieux, soit de collaborer autant à distance qu'en présence.

À retenir!

Pour favoriser une collaboration optimale au sein de votre équipe, il faut vous doter d'un mode de fonctionnement commun dès l'amorce du JBC.

Saviez-vous que des études mentionnent que les équipes dont les membres sont qualifiés de « bons collaborateurs » réglementent leur travail et se soutiennent, partagent des buts communs et interagissent par des encouragements et des rétroactions constructives?

Si ce n'est pas déjà fait, visionnez la vidéo d'introduction au cours CSS qui vous permettra de comprendre la formation que vous réaliserez au cours des prochains mois. <https://vimeo.com/195698073/5fe13a415d>

Que faire si un coéquipier ne collabore pas dans le JBC?

1- Il se peut que cet étudiant se soit désinscrit du cours: allez jeter un coup d'oeil sur la mise à jour des équipes dans StudiUM (PDF les équipes du JBC).

2- Chacun a la responsabilité de vivre une vraie situation de collaboration interprofessionnelle. Vous devez donc faire preuve de professionnalisme dès maintenant. **Si un membre de votre équipe ne se manifeste pas** au bout de la deuxième semaine suivant le lancement du cours (20 janvier 2017), vous devrez nous en aviser par courriel à css2900@umontreal.ca et à audrey.ravnault@cssudem.ca. **De plus, l'équipe des cours CSS fera une vérification des connexions au JBC et un courriel d'avertissement sera envoyé aux étudiants ne s'étant pas encore manifestés. Si un étudiant de votre équipe ne collabore pas activement au JBC, SVP nous en aviser le plus tôt possible soit avant le 30 janvier 2017 à css2900@umontreal.ca et à audrey.ravnault@cssudem.ca.**

Comment communiquer avec vos coéquipiers?

Les technologies contribuent à optimiser les processus de communication virtuelle au sein d'une équipe. Plusieurs outils sont mis à votre disposition pour communiquer en mode **synchrone** (en temps réel) ou **asynchrone** (chacun au moment de son choix): *Skype*, *Hangouts*, *groupe privé Facebook*, *courriel Gmail* du cours CSS, *clavardage dans le JBC*, etc.

Exemples d'activités ou d'actions	Mode synchrone	Mode asynchrone	Outils technologiques suggérés
Échanges et discussions en face à face pour partager des idées ou de l'information	x		<i>Hangout, Skype</i>
Dépôt d'informations dans le JBC au moment de son choix ou attendu		x	JBC, courriel CSS, clavardage (JBC), commentaire (JBC), <i>Facebook</i> (groupe

			privé)
Prise de décision d'équipe, obtention d'un consensus	x	x	Synchrone: <i>Hangout, Skype,</i> clavardage Non synchrone: JBC, courriel CSS, clavardage dans le JBC, commentaires (JBC)
Synthèse d'un travail collaboratif		x	JBC, courriel CSS
Évaluation d'une activité collaborative	x	x	Synchrone: <i>Hangout, Skype</i> Non synchrone: clavardage JBC, commentaires (JBC)

Pour les communications en temps réel, nous vous suggérons les rencontres *Hangout* ou *Skype*. Cependant, puisque vous avez tous accès facilement à *Hangout* dans le contexte de la réalisation du **JBC**, nous croyons que cet outil est plus facile d'usage pour les rencontres en direct. D'ailleurs, *Hangout* est très accessible étant donné que votre compte personnel CSS pour avoir accès au **JBC** est un compte *Google Gmail*. Ainsi, vous pourrez tous vous servir de votre compte *Google Gmail* associé au domaine du cours CSS. **NE PAS UTILISER VOTRE COMPTE GMAIL PERSONNEL.** Prenez note que vous ne pourrez pas avoir accès au JBC si vous êtes connectés sur votre compte personnel *Google/Gmail*. Il vous faut donc vous en **déconnecter** si vous l'êtes, avant de vous



connecter au compte CSS, en entrant l'identifiant et le mot de passe que l'on vous a attribués (par courriel via votre messagerie UdeM).

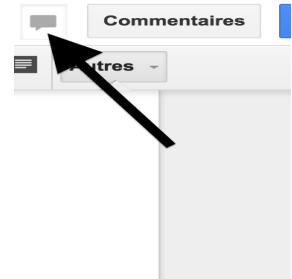
A. Usage de votre compte Gmail du cours CSS

- Vous avez tous reçu un identifiant qui correspond à votre adresse courriel du cours CSS. Utilisez ce compte pour communiquer entre vous.
- Inscrivez ci-après vos **renseignements personnels**.

- Votre nom - Votre couleur de police pour le JBC - Votre photo	Votre courriel pour le cours CSS (ex.: bchbchb@cssudem.ca)	Votre programme

B. Clavardage dans le JBC

Il vous est possible de clavarder avec les membres de votre équipe en cliquant sur cette icône quand au moins deux membres de l'équipe sont connectés au document. De plus, vous pouvez utiliser la fonction « Commentaires » en tout temps.



C. Rencontres *Hangout* de groupe

Pour débiter, désignez ici le membre de votre équipe qui se portera responsable de la première rencontre virtuelle en direct de groupe.

Nom _____.

Date et heure de votre première rencontre:

Si vous choisissez *HANGOUT* comme outil de communication entre vous:

Cette personne suivra la procédure ci-après, après quoi ses coéquipiers se rendront à l'icône *Hangout* située dans le compte *Gmail* du cours CSS (obligatoirement). **L'icône pour rencontre *Hangout* se situe au bas de la page lorsque vous êtes dans votre compte *Gmail* du cours.**


1-Télécharger le *Plug-in* <https://www.google.com/tools/dlpage/hangoutplugin?hl=fr>

2-Rendez-vous à l'adresse suivante: <https://hangouts.google.com/> ou https://hangouts.google.com/hangouts/_/cssudem.ca




3-Consignes pour commencer un *Hangout*:

Inviter un membre de votre organisation à un appel




Pour savoir si votre réunion est bien limitée aux membres de votre organisation, vérifiez que l'icône de restriction aux invités internes  figure bien dans l'angle supérieur droit de la fenêtre de l'appel vidéo.

Démarrer un appel vidéo

1. Sur votre ordinateur, ouvrez Hangouts à l'adresse hangouts.google.com  ou dans [Gmail](#) .
2. Saisissez le nom de chaque membre de votre groupe et cochez les cases correspondantes.
3. Cliquez sur l'icône de la vidéo .

Inviter une personne à un appel vidéo en cours

1. En haut de la fenêtre de l'appel vidéo, cliquez sur l'icône **Inviter des utilisateurs** .
2. Saisissez le nom ou l'adresse e-mail d'un contact.
3. Cliquez sur **Inviter**.

Planifier un appel vidéo avec Google Agenda

Vous pouvez [créer un événement d'Agenda](#), puis inclure un appel vidéo nommé que tous les participants peuvent rejoindre à l'heure prévue. N'invitez que les membres de votre organisation à l'événement d'Agenda.

Lors de cette **première** rencontre en direct vous devrez:

- 1- Vous présenter à tour de rôle.
- 2- Prendre connaissance du JBC.
- 3- Prendre connaissance du calendrier de réalisation des activités (date limite fixée pour chaque activité).
- 4- Partager vos responsabilités pour chaque activité. Vous ne **pouvez pas** jouer deux fois le rôle de **l'animateur** ou du **rédacteur**.

C'est parti!

1- Éducation thérapeutique auprès de madame Khan

Module 3 Leçon 1 (date limite 1^{er} février)

1-PARTAGER LES RESPONSABILITÉS

Animateur:

rédacteur:

2-PARTAGER LES IDÉES

CONSIGNES:

Pour visionner la vidéo de madame Khan une seconde fois:
<https://vimeo.com/148699458/11a772212d>

En équipe, choisissez un des problèmes affectant la santé de Mme Khan et identifiez les enjeux d'éducation thérapeutique pour ce problème. Proposez ensuite une activité d'éducation thérapeutique auprès de madame Khan afin de soutenir les interventions souhaitables pour diminuer ce problème. Il faudra tenir compte des difficultés de communication de madame Khan dans l'élaboration de l'activité d'éducation thérapeutique que vous proposerez.

Voici les enjeux d'éducation thérapeutique identifiés pour madame Khan à l'étape 2 de la leçon 1 et des :partir de la synthèse du BEP réalisée

Problèmes prioritaires de madame Khan

1) Douleur et fatigue

Le physiothérapeute soupçonne que l'évaluation qu'il fait de la douleur à chacune des séances ne correspond pas à la douleur réelle ressentie par madame Khan. En d'autres mots, il a l'impression que la patiente sous-évalue sa douleur par peur de ne pas pouvoir retourner au travail rapidement.

De plus, il a constaté dernièrement que la patiente arrive fatiguée et qu'elle a moins d'énergie lors des traitements.

2) Anxiété causée par le retour au travail éventuel et par la crainte de perdre son emploi

Madame Khan souhaite retourner au travail le plus tôt possible, car elle craint de perdre son emploi si son retour se fait attendre, ce qui lui cause beaucoup d'anxiété. De plus, elle craint de ne pas réussir à être aussi productive au moment de son retour au travail.

Par ailleurs, elle ne saisit pas très bien les modalités de retour au travail qui lui ont été expliquées.

3) Lourdeur des responsabilités familiales et domestiques

Madame est peu encline à solliciter l'aide de ses enfants et de ses beaux-parents pour la réalisation des tâches domestiques et des emplettes.

- À vous maintenant d'identifier d'abord individuellement le problème sur lequel vous préférez travailler puis ensuite de choisir en équipe le problème retenu pour la suite de la réflexion en groupe.

Individuellement, tous les membres de l'équipe	
Votre nom	Problème affectant la santé retenu de manière individuelle

Choix en équipe du problème affectant la santé de Mme Khan pour lequel vous proposerez une activité d'éducation thérapeutique adaptée à Mme Khan.

Espace de partage d'idées ici:

Problème retenu (responsabilités) :

Proposition d'activité d'éducation thérapeutique adaptée à Mme Khan

Espace de partage d'idées ici:

Activité proposée pour Mme Khan :

3-RÉALISER LA TÂCHE COLLABORATIVE

CONSIGNE

Consensus final en tableau	
Activité retenue par l'équipe	Intervention d'éducation thérapeutique retenue et moyens utilisés pour tenir compte des difficultés de communication de madame Khan

4- RETOUR SUR LE TRAVAIL COLLABORATIF RÉALISÉ

Points forts de notre équipe:

Points à améliorer dans notre équipe:

Défis pour l'activité collaborative virtuelle #2 :

Stratégies à mettre en place pour relever ces défis:

2- Préparation de la vignette clinique pour l'atelier interprogrammes (date limite 21 février minuit)

1- PARTAGER LES RESPONSABILITÉS

Animateur:

Rédacteur:

2-PARTAGER LES IDÉES

CONSIGNES

Cette activité **intégratrice** vous permettra de **décrire une situation clinique** impliquant divers professionnels de la santé et des services sociaux. Assurez-vous que **chacune** des professions des participants de votre équipe est représentée. Si vous le souhaitez, vous pouvez **ajouter** des professions tout en demeurant réaliste pour le contexte choisi. Cette vignette clinique doit vous permettre d'**explorer** les différents **rôles** professionnels de chacun et décrire les actions qui seront posées par les professionnels et le patient dans la situation. Vous devrez **présenter et expliquer en 10 minutes** votre vignette à une autre équipe **lors de l'atelier interprogrammes**.

D'abord, choisir les éléments qui constitueront votre vignette en vous aidant du tableau ci-après.

- Choisir un milieu de soins pertinent pour l'ensemble des membres de votre équipe.
- Choisir un problème de santé et préciser le contexte de vie du patient et son projet de vie (ses désirs, ses aspirations).
- Identifier au moins un élément de chevauchement de rôles entre différents intervenants.
- Cerner un élément de conflit potentiel.
- Inclure des enjeux de communication.
- Intégrer aussi un élément d'éducation thérapeutique pour le patient ou un proche aidant.

Espace de partage d'idées ici:

Nous vous proposons de vous rencontrer en *Hangout ou Skype* pour débiter la vignette.

DATE de votre rencontre établie:

Vignette de l'équipe (partage d'idées)

Vous pouvez ajouter des colonnes au tableau selon vos besoins

Professionnels représentés		
Milieu de soins		
Problème de santé		
Contexte de vie du patient (psychosocial, personnel, familial, professionnel, ...) souhaits, aspirations, projet de vie, valeurs, besoins, ...		
Élément(s) de chevauchement de rôles (Se reporter au module 2 sur la clarification des rôles et des responsabilités. Vous pouvez aussi clarifier vos questionnements auprès de votre enseignant lors de l'activité intraprogramme.		
Élément(s) de conflits		

potentiels		
Enjeu(x) de communication		
Élément(s) d'éducation thérapeutique		

3-RÉALISER LA TÂCHE COLLABORATIVE

CONSIGNES

À partir des informations contenues dans le tableau, préparez ici votre vignette (consensus final). Vous êtes libre de choisir la formule de présentation de votre vignette.

Vous devrez présenter et expliquer votre vignette à une autre équipe lors de l'atelier interprogrammes en 10 minutes.

4- RETOUR SUR LE TRAVAIL COLLABORATIF RÉALISÉ

Points forts de notre équipe:

Points à améliorer dans notre équipe:

Défis pour la prochaine activité collaborative lors de l'atelier interprogrammes:

Stratégies à mettre en place pour relever ces défis:

5- Questionnaire sur votre expérience collaborative virtuelle

Avant le 21 février 2017 à minuit et après avoir réalisé toutes les activités de votre JBC, procédez individuellement à l'autoévaluation de votre expérience collaborative virtuelle Cliquez sur le lien pour accéder au questionnaire en ligne: <https://goo.gl/forms/w6YapExck5Ggz38o2>

Annexe 5. Tableau : Analyse factorielle exploratoire méthode oblique avec 4 facteurs (collaboration virtuelle)

Variables	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
	Communication	Synchronisation	Coordination explicite	Coordination implicite
V1	0,82	0,09	-0,08	0,05
V3	0,78	-0,05	0,13	-0,04
V5	0,28	0,16	-0,04	0,37
V7	0,54	-0,07	0,10	0,13
V9	0,33	0,26	0,25	0,04
V11	0,00	0,72	0,06	0,05
V13	-0,04	0,87	0,0	0,0
V15	0,07	0,78	0,02	0,0
V17	0,13	0,04	0,54	0,14
V19	0,06	0,08	0,63	0,07
V21	-0,01	0,07	0,77	-0,01
V23	-0,01	-0,08	0,29	0,53
V25	-0,04	0,10	0,03	0,74
V27	0,015	-0,02	-0,04	0,65

Annexe 6. Tableau : Analyse factorielle exploratoire méthode oblique avec 4 facteurs (collaboration en présence)

Énoncés	Facteur 1 Communication	Facteur 2 Synchronisation	Facteur 3 Coordination explicite	Facteur 4 Coordination implicite
Q2	0,77	0,18	-0,04	0,03
Q4	0,86	-0,08	0,08	0,02
Q6	0,15	0,28	0,038	-0,01
Q8	0,24	-0,09	0,46	0,12
Q10	0,29	0,29	0,25	0,02
Q12	0,12	0,73	-0,02	0,03
Q14	-0,07	0,89	0,03	0,02
Q16	0,15	0,61	0,08	-0,04
Q18	-0,08	0,09	0,73	-0,03
Q20	0,01	0,07	0,62	0,05
Q22	0,07	-0,09	0,74	0,02
Q24	0	-0,01	0	1
Q26	0,02	0,22	0,27	0,33
Q28	0,01	0,03	0,60	0,05

Annexe 7. Tableau : Critère par approche de soins (l'activité de Madame Khan)

Équipes	Approche paternaliste			Approche pratique collaborative centrée sur le patient			Approche pratique collaborative en partenariat avec le patient		
	Professionnel décide pour lui / par discipline	Professionnel prend en charge les intérêts du patient	Supprimer le mal, la souffrance pour promouvoir le bien pour remplir son devoir de professionnel	Tiennent compte des caractéristiques socioculturelles et psychosociales du patient et de l'impact de la maladie	Professionnels collaborent pour le patient sans l'inclure dans la prise de décision pendant le processus de collaboration	Professionnels travaillent en collaboration et prennent les décisions avec le patient	Professionnels tiennent compte du projet de vie du patient	Le patient est encouragé à développer ses compétences de soins pour devenir un partenaire	
1	x	x	x						
2				x	x		x		
3						x	implicite	x	
4				x	x				
5				x	x				
6						x	x	x	
7	x	x	-						
8						x	x	x	
9				x	x				
10						x	x	x	
11						x	-	x	
12	x	x	x						

Annexe 8. Tableau : Extraits des équipes concernant l'approche de soins privilégiée (madame Khan)

Équipes	Approche vers le paternaliste	Approche de la pratique collaborative centrée sur le patient	Approche de la pratique collaborative en partenariat avec le patient
<p>Équipe 1</p> <p>L'équipe a indiqué ses recommandations pour chaque professionnel pour madame Khan en n'incluant pas la patiente dans la prise de décision.</p>	<p><i>Chaque membre provenant de chaque profession a indiqué ses interventions en style télégraphique. Les termes choisis sont des verbes directifs. Par exemple, « augmenter ses connaissances, enseigner les composantes du triangle de l'anxiété, investigation médicale, énoncer une liste de médicaments.</i></p>		
<p>Équipe 2</p> <p>L'équipe a conçu ensemble l'activité et non selon chaque discipline. L'équipe n'inclue pas le patient dans la prise de décision.</p>		<p><i>Faire des exercices proposés par les intervenants (comme le physiothérapeute) pour renforcer le dos. Adopter les bonnes positions assises. Notez à chaque jour son niveau de douleur et les activités accomplies pendant la journée.</i></p>	
<p>Équipe 3</p> <p>L'activité est rédigée en collaboration avec tous les professionnels. Le patient et ses proches sont inclus dans la rencontre interdisciplinaire « familiale ».</p>			<p><i>Faire collaborer un membre de la famille (...) lui faire développer la capacité d'exprimer ses besoins (...) faciliter la communication en faisant participer sa famille qui comprend bien la langue pour exprimer son niveau de douleur.</i></p>

Équipe 4

L'activité est rédigée en collaboration avec tous les professionnels et n'inclue pas le patient dans la prise de décision. On emploie le terme « cliente » pour signifier patiente.

Nous jugeons que la priorité avec Mme Khan serait de lui apprendre les positions de travail optimales pour réduire ses douleurs et sa fatigue. En effet, sa position quant aux objets qu'elle utilise quotidiennement dans la pratique de ses activités serait à évaluer avec notre cliente.

Équipe 5

Travail de pratique collaborative centrée sur le patient car on n'implique pas madame Khan dans le choix des interventions.

Utilisent davantage les verbes Enseigner (...) expliquer (...) évaluer (...) un proche aidant pourrait l'accompagner pour valider l'information reçu auprès d'elle et pour s'assurer d'une communication plus facile avec les professionnels lorsque Mme Khan a de la difficulté à s'exprimer.

Équipe 6

L'équipe a réalisé l'activité avec tous ses membres selon l'approche de la pratique collaborative en partenariat patient. Nomme le projet de vie et en tient compte.

Durant la réunion interdisciplinaire, tenir compte du projet de vie de Madame, ses priorités afin d'améliorer son assiduité et sa participation dans le partenariat de soins.

Équipe 7

L'activité n'est pas conçue en collaboration avec tous les professionnels et n'inclue pas le patient dans la prise de décision.

Contacter avec la patiente l'intervenant du CSST (valider sa compréhension et les possibilités proposées)

Entretien téléphonique avec l'employeur

Inviter un membre de la famille qui est plus à l'aise en français et qui parle sa langue maternelle pour qu'il puisse lui traduire et favoriser sa compréhension.

Équipe 8

L'équipe conçoit l'activité avec une terminologie moins directive et en partenariat avec le patient en utilisant des verbes en conséquence.

Impliquer sa famille à la rencontre (si elle le désire) pour voir comment ils pourraient l'aider dans ses activités quotidiennes. Ses enfants pourraient servir de traducteurs.

Souligner l'importance de ne pas sous-estimer sa douleur.

La sensibiliser (...)

nous allons lui parler de l'importance de la compliance à ses médicaments

(...) Présenter des idées de ressources.

(...) Encourager Mme à faire de l'exercice (grader la durée selon sa douleur). (...) Regarder avec elle son horaire pour y intégrer la marche.

Équipe 9

Activité conçue en équipe interprofessionnelle et imposée à madame Khan, car elle ne fait pas partie de la décision de l'activité de Yoga.

La création d'une séance de yoga personnalisée permettrait à madame Khan de faire ses exercices de réhabilitation tout en relaxant et en diminuant son anxiété. Nous pourrions

Aime-t-elle le yoga ?
Comment va-t-elle l'intégrer à son quotidien au travail ?

organiser une rencontre, durant laquelle nous identifierions les diverses sources de stress et sources d'anxiété pour qu'elle en prenne conscience, puis nous pourrions construire ensemble une carte conceptuelle qui permettrait de voir le portrait global de la situation. (...) Intégrer la séance de yoga à son travail (...)

Demander au travailleur social de communiquer avec le travail pour évaluer un éventuel retour progressif et connaître les modalités de retour au travail.

Équipe 10

Activité d'éducation thérapeutique conçue avec le patient et l'équipe de soins en pratique collaborative en partenariat patient.

Rencontre avec les membres de sa famille afin de discuter de la santé, la réhabilitation et de la façon dont l'organisation actuelle des tâches domestiques au sein du foyer familial hypothèque la guérison de Mme Khan.

-La présence de ses enfants facilitera la communication entre Mme Khan et les professionnels de la santé, car ceux-ci peuvent traduire les propos de madame.

-L'implication de la famille peut aider à diminuer

le sentiment de culpabilité de madame Khan.

Équipe 11

Activité conçue de manière interprofessionnelle et avec le patient

Rencontre avec Mme Khan, les différents intervenants avec qui elle est suivie et son fils (dans le but de faciliter la communication) ou avec une personne ressource de son choix dans le but de : l'informer (...) trouver des moyens lui proposer

Équipe 12

Activité conçue selon que ce chaque profession peut « apporter » à madame Khan. Approche davantage paternaliste.

Avec les nouveaux outils et mesures mises en place, nous espérons que cela favorisera une meilleure gestion de l'anxiété de Mme Khan afin d'optimiser les interventions qui sont fait à d'autre niveau avec la patiente (en réadaptation, en médecine, etc...)

Annexe 9. Tableau des codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences d'éducation thérapeutique et la capacité de la communication ayant été atteintes

<i>Équipes</i>	<i>ÉT : Planifier et mettre en œuvre un programme éducatif personnalisé</i>	<i>ÉT : Partager une compréhension globale de la situation du patient, de ses maladies et de ses facteurs de risque de maladie et préciser ses besoins prioritaires</i>	<i>ÉT : Explorer les options thérapeutiques potentielles et préciser les objectifs éducatifs</i>	<i>C : Partager l'information pertinente de façon claire, concise et sécuritaire</i>	<i>Total des codes</i>	<i>Approche de soins favorisée</i>
1	2	0	0	0	2	Paternaliste
2	2	0	0	3	5	Centrée
3	2	3	0	2	7	Partenariat
4	5	2	1	3	11	Centrée
5	1	2	0	3	6	Centrée
6	2	1	0	2	5	Partenariat
7	0	0	0	2	2	Paternaliste
8	0	3	3	1	7	Partenariat
9	6	2	0	2	10	Centrée
10	8	3	1	5	17	Partenariat
11	4	1	2	4	11	Partenariat

12

3

2

1

4

10

Paternaliste

Annexe 10. Tableau des codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences du travail d'équipe et approche de soins favorisée

Équipes	<i>Interagir de façon à établir et à maintenir une saine dynamique d'équipe</i>	<i>Participer à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe</i>	<i>Favoriser la mise en œuvre de principes de concertation pour la prise de décisions</i>	<i>Total des unités de sens encodés</i>	<i>Approche de soins favorisée</i>
1	1	3	5	9	Paternaliste
2	2	3	0	5	Centrée
3	3	4	1	8	Partenariat
4	1	5	3	9	Centrée
5	1	5	1	7	Centrée
6	1	13	1	15	Partenariat
7	1	0	2	3	Paternaliste
8	0	4	1	5	Partenariat
9	2	2	2	6	Centrée

10	2	5	4	11	Partenariat
11	0	2	1	3	Partenariat
12	0	4	0	4	Paternaliste

Annexe 11. Tableau : Critères par approche de soins (vignette)

Descriptif de chaque approche de soins promue par chaque équipe pour l'activité

Équipes	Approche paternaliste			Approche pratique collaborative centrée sur le patient			Approche pratique collaborative en partenariat avec le patient		
	Professionnel décide pour lui / par discipline	Professionnel prend en charge les intérêts du patient	Supprimer le mal, la souffrance pour promouvoir le bien pour remplir son devoir de professionnel	Tiennent compte des caractéristiques et psychosociales du patient et de l'impact de la maladie	Professionnels collaborent pour le patient sans l'inclure dans la prise de décision pendant le processus de collaboration	Professionnels travaillent en collaboration et prennent les décisions avec le patient	Professionnels en tiennent compte du projet de vie du patient	Le patient est encouragé à développer ses compétences de soins pour devenir un partenaire	
1						x	x	x	
2				x	x		x		
3						x	x	x	
4						x	x	x	
5				x	x		x		
6	x	x	x						
7	x	x	x						
8						x	x	x	
9						x	x	x	
10						x	x	x	
11	x	x	x						
12						x	x	x	

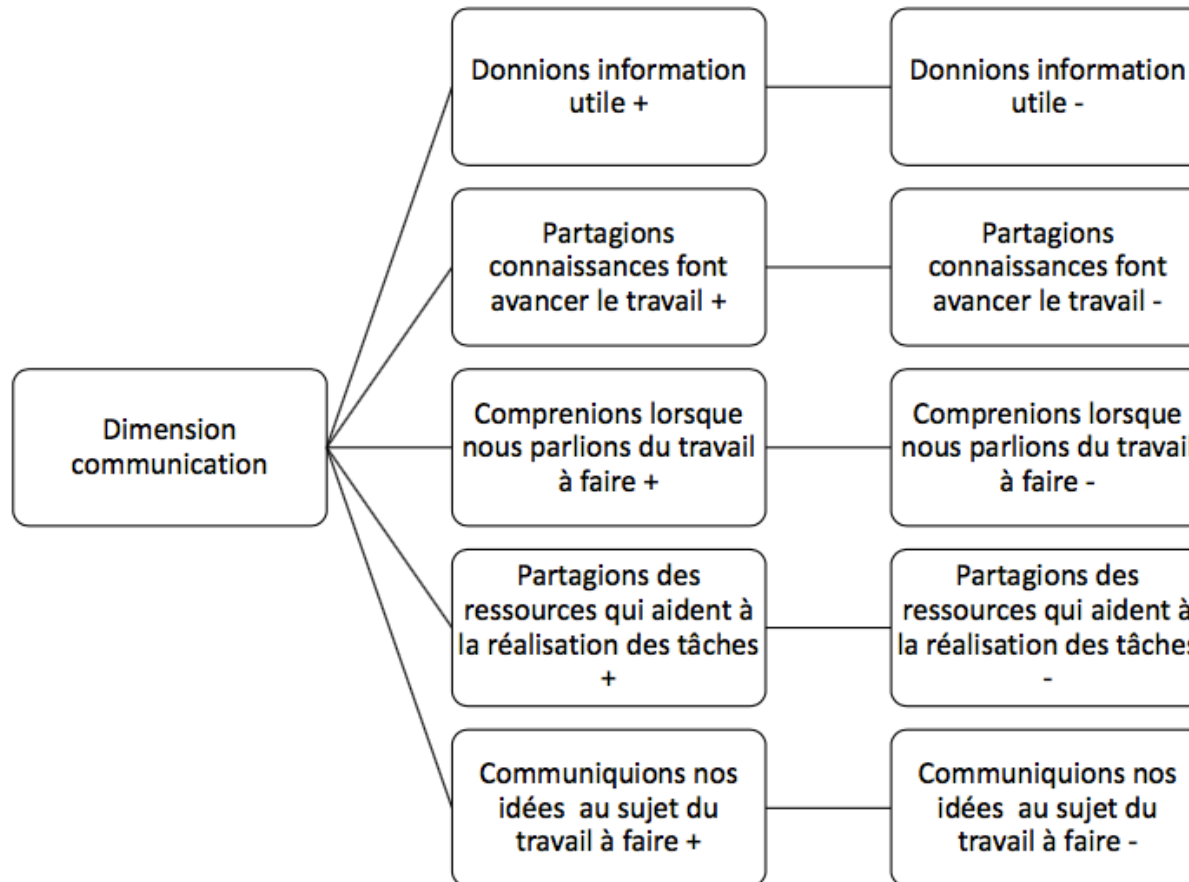
Annexe 12. Tableau : Codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences ayant été atteintes pour la vignette

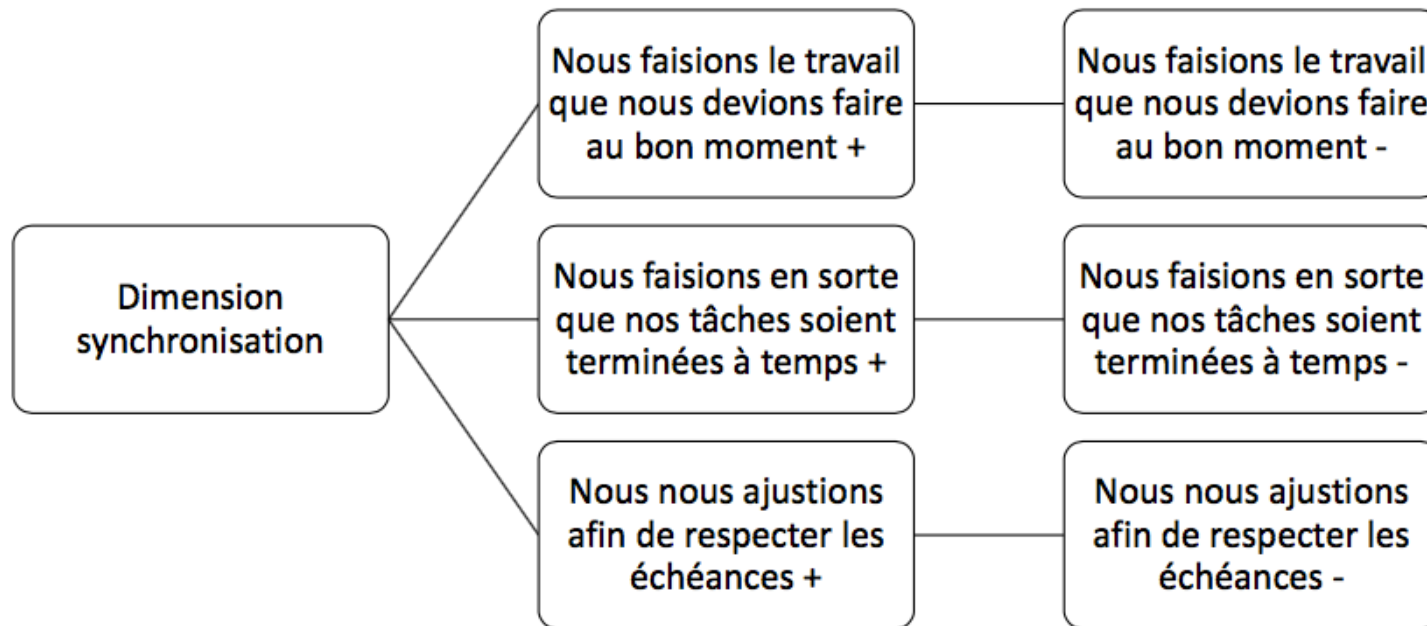
Équipes	Clarification des rôles	Communication	Éducation thérapeutique	Leadership collaboratif	Planification et mise en œuvre des soins et services	Prévention et résolution de conflits	Total des codes	Vignette rédigée selon le projet de vie du patient, ses besoins, ses désirs, ses aspirations	Approche de soins favorisée à l'activité #2
1	10	16	22	1	15	2	66	Oui	Partenariat
2	1	3	3	0	4	2	13	Oui	Centrée
3	1	4	1	0	1	0	7	Oui	Partenariat
4	3	7	4	1	12	3	30	Oui	Partenariat
5	3	5	6	1	5	2	22	Oui	Centrée
6	2	3	1	0	1	2	9	Non	Paternaliste
7	1	1	2	0	3	0	7	Non	Paternaliste
8	3	3	5	1	7	2	21	Oui	Partenariat
9	3	1	5	5	5	1	20	Oui	Partenariat
10	4	2	6	0	2	3	16	Oui	Partenariat
11	2	4	6	1	4	2	18	Non	Paternaliste
12	6	12	5	4	3	2	32	Oui	Partenariat
Total	39	61	66	14	62	21			

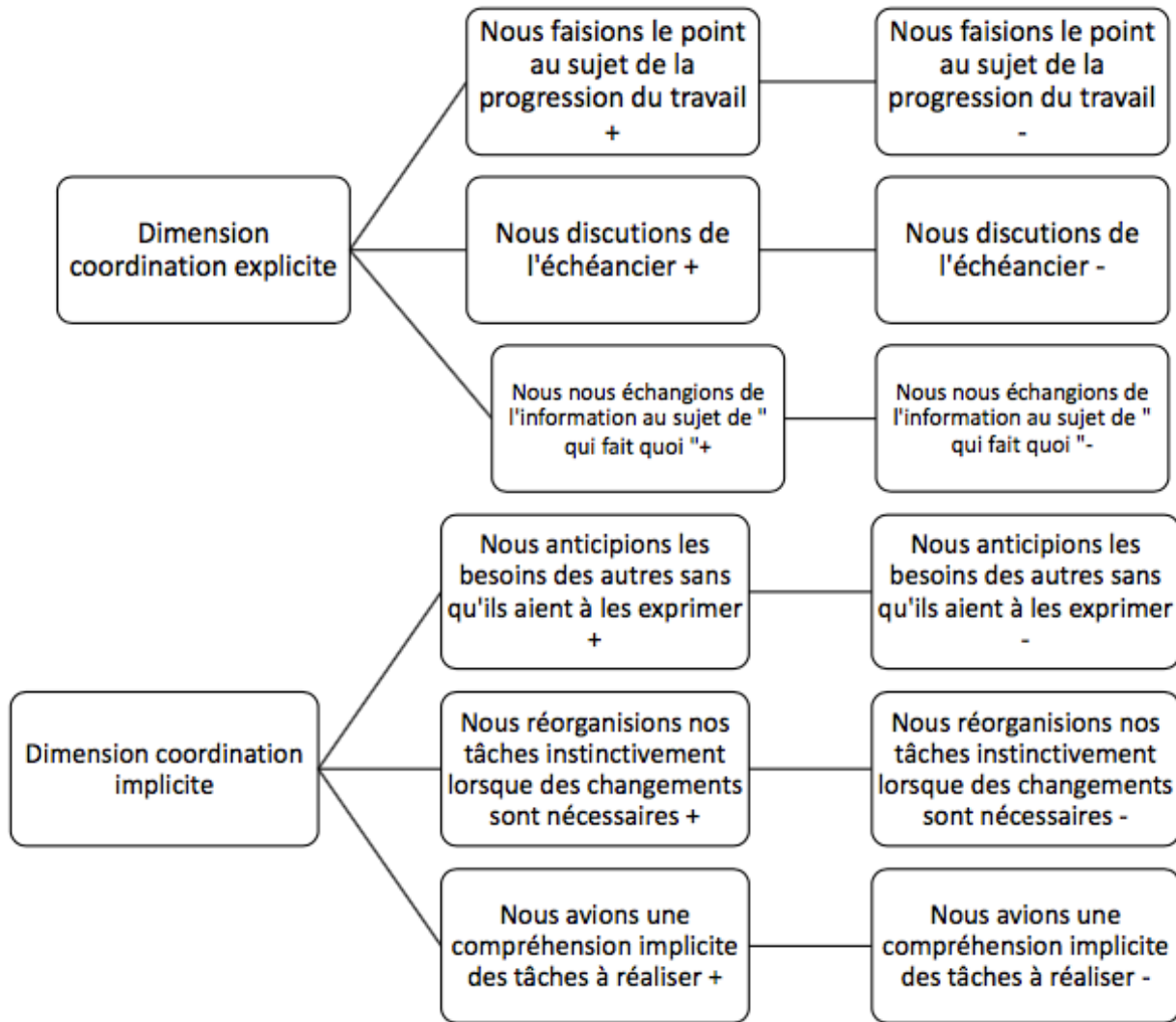
Annexe 13. Tableau : Codes accordés par équipe pour chaque capacité des compétences de travail d'équipe (vignette)

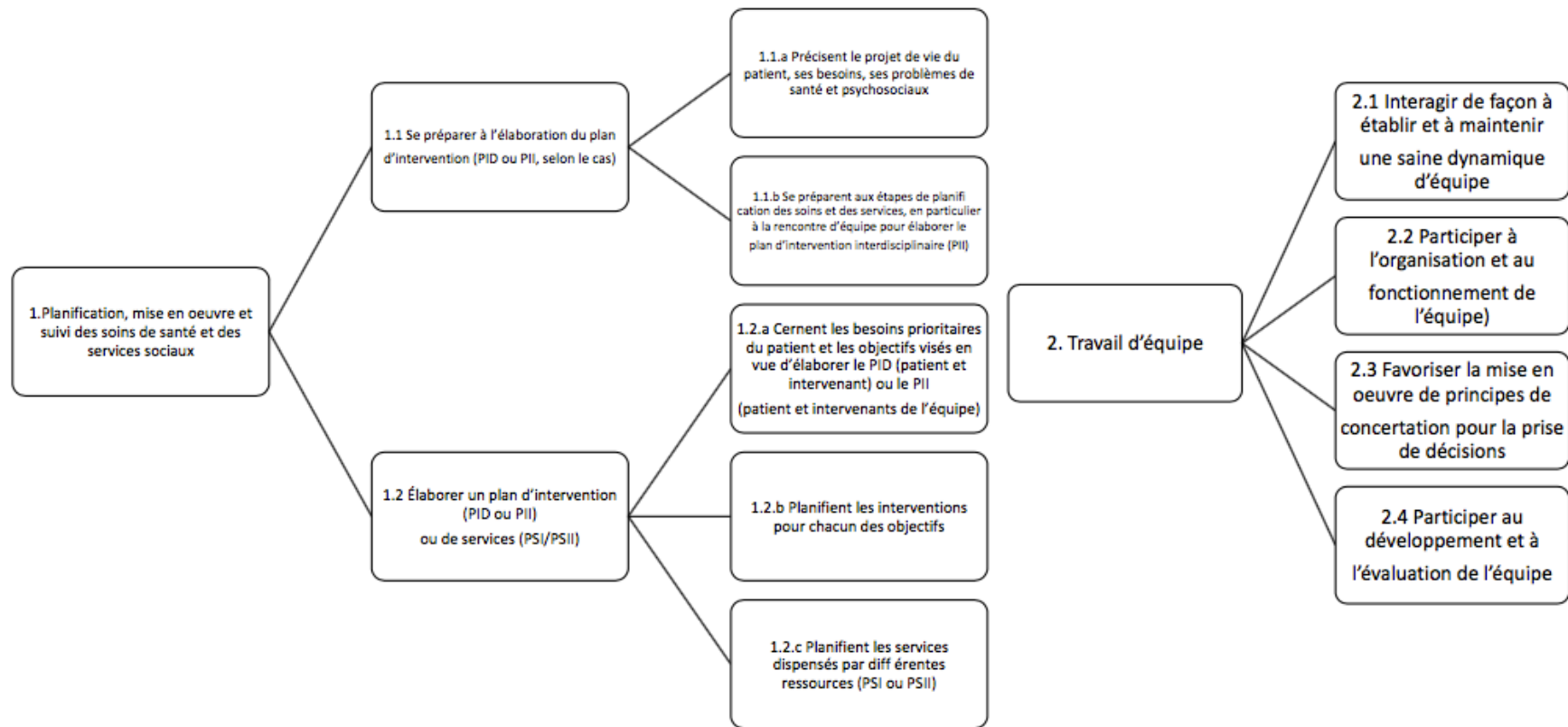
Équipes	<i>Interagir de façon à établir et à maintenir une saine dynamique d'équipe</i>	<i>Participer à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe</i>	<i>à Favoriser la mise en œuvre de principes de concertation pour la prise de décisions</i>	<i>Total des unités de sens encodés</i>	Approche de soins favorisée à l'activité #2
1	1	5	3	9	Partenariat
2	2	2	0	4	Centrée
3	3	5	1	9	Partenariat
4	0	4	1	5	Partenariat
5	0	3	2	5	Centrée
6	3	4	1	8	Paternaliste
7	2	1	1	4	Paternaliste
8	3	3	3	9	Partenariat
9	2	2	1	5	Partenariat
10	3	2	3	8	Partenariat
11	1	1	3	5	Paternaliste
12	1	2	1	4	Partenariat

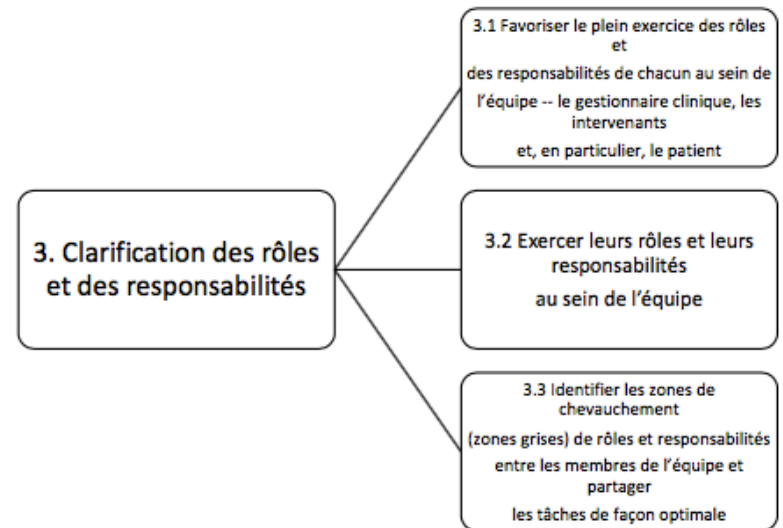
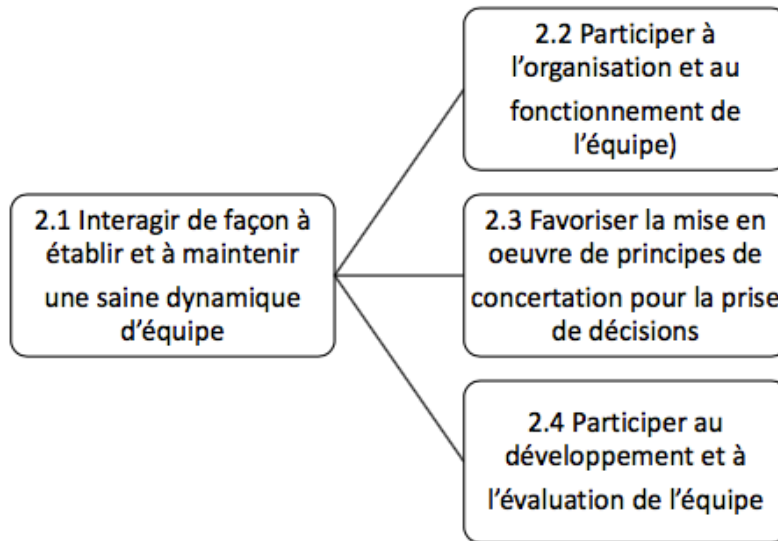
Annexe 14. Arborescences des codes

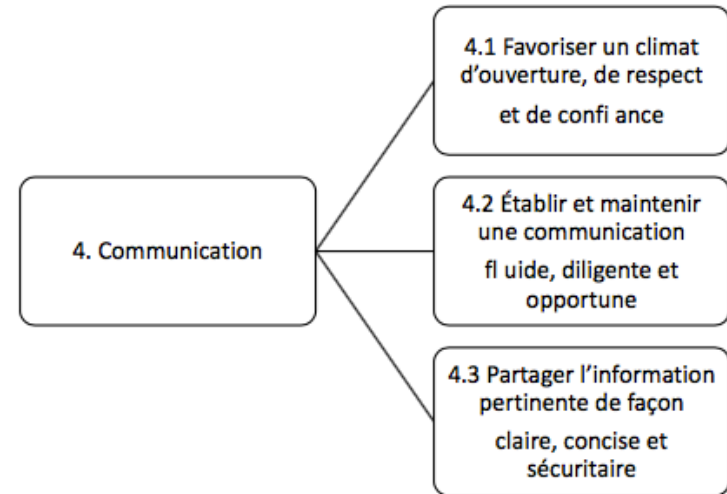
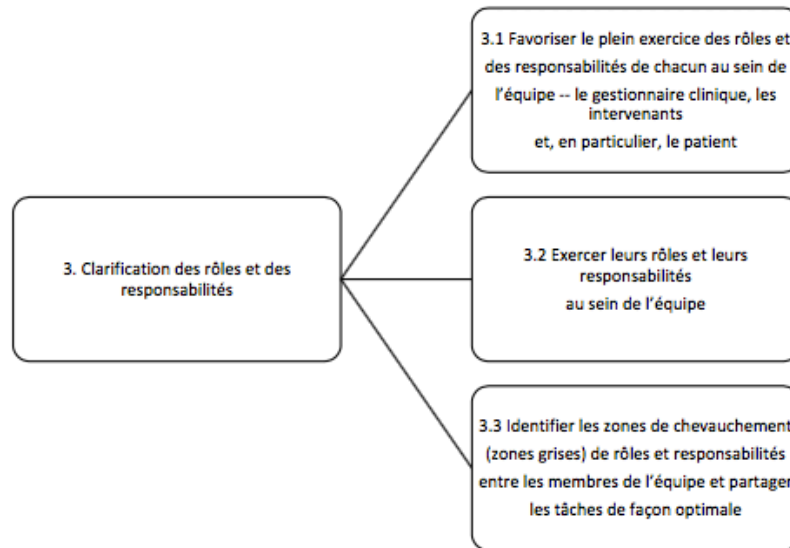


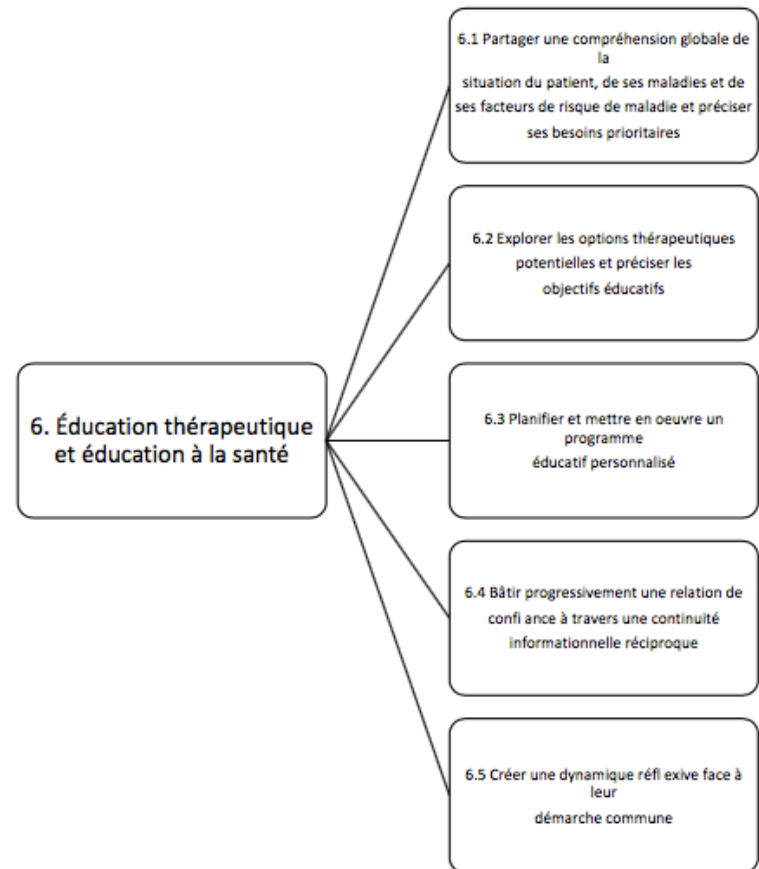
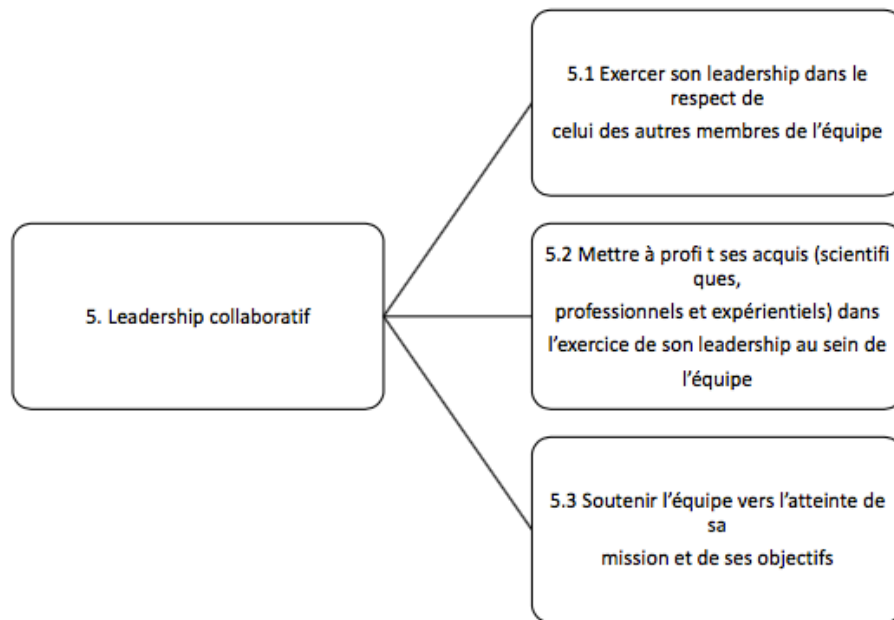


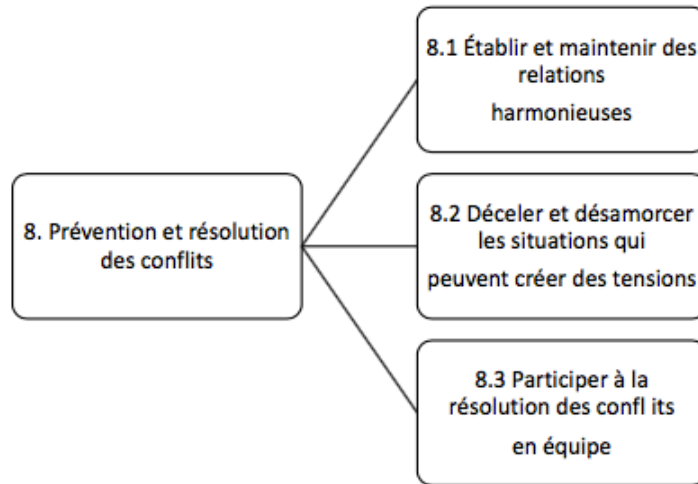












Annexe 15. Certificat d'approbation éthique

Université 
de Montréal


Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche

N° de certificat
CPER-17-041-D(1)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

- 1er renouvellement -

Le Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut 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	La collaboration entre candidats réunis en équipe interprofessionnelle dans un cours universitaire hybride en sciences de la santé
Requérante	Audrey Raynault  Candidate au doctorat, Psychopédagogie et andragogie - Faculté des sciences de l'éducation 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 CPER qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CPER.

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 CPER.



Sylvie De Saedeleer, conseillère en éthique de la recherche

Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche
Université de Montréal

10 août 2018

Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*

21 avril 2017

Date du certificat initial

*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat

1er septembre 2019

Date du prochain suivi

1er septembre 2019

Date de fin de validité

adresse postale
3333 Queen-Mary, bureau 220
cper@umontreal.ca
www.cper.umontreal.ca

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896