

Université de Montréal

**Identification d'activités interprofessionnelles pour
l'opérationnalisation de l'approche par compétences en
éducation interprofessionnelle dans les unités de soins
intensifs**

Un devis mixte

par Maureen Thivierge-Southidara

Département de Recherche et Développement, Université de Montréal

Faculté de médecine et des sciences de l'éducation

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de M.A.

en Maîtrise en sciences de l'éducation

option Pédagogie universitaire des sciences médicales

Juin, 2022

© Maureen Thivierge-Southidara, 2022

Université de Montréal

Unité académique : Département de Recherche et Développement, Faculté de médecine et des sciences de l'éducation

Ce mémoire intitulé

Identification d'activités interprofessionnelles pour l'opérationnalisation de l'approche par compétences en éducation interprofessionnelle dans les unités de soins intensifs

Un devis mixte

Présenté par

Maureen Thivierge-Southidara

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Ahmed Moussa
Président-rapporteur

Nicholas Robillard
Directeur de recherche

Nathalie Loye
Membre du jury

Résumé

Introduction

L'éducation interprofessionnelle permet d'enseigner les compétences pour une collaboration interprofessionnelle, qui apparaît primordiale dans les unités de soins intensifs (USI). L'objectif de cette étude était de déterminer les activités interprofessionnelles essentielles qui caractérisent les USI afin d'y opérationnaliser l'approche par compétences (APC). À l'instar des activités professionnelles fiables de l'APC du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, celles-ci ont été baptisées « Activité Interprofessionnelle Durable » (AIPD).

Méthodologie

Une étude pilote mixte séquentielle exploratoire fut conduite. Premièrement, une revue narrative de la littérature a répertorié qualitativement toutes les activités interprofessionnelles dans les USI. Ensuite, une méthode de consensus Delphi fut utilisée et impliquait des experts de sept professions distinctes recrutés dans une USI d'un centre hospitalier universitaire tertiaire. Quatre rondes de questionnaires qualitatifs et quantitatifs, entrecoupées par une rétroaction, ont été conduites. L'adéquation de la méthodologie fut évaluée à chaque étape par des questions mixtes.

Résultats

La revue de la littérature a identifié 16 activités interprofessionnelles. La première ronde Delphi a permis aux experts de modifier et d'ajouter des activités interprofessionnelles, pour un total de 25. Les rondes subséquentes ont identifié 19 de celles-ci comme des AIPD. Des 35 experts recrutés, en moyenne 32 (31,8 %) ont été perdus au suivi, principalement en raison de la redondance des questions à chacune des rondes.

Conclusion

En l'absence d'assise théorique claire dans la littérature et d'un échantillon restreint, les AIPD doivent être subséquemment confirmées. Un groupe nominal d'experts en APC, suivi d'une méthode Delphi en temps réel permettraient d'aborder les difficultés discernées. La validité des AIPD comme mesure indirecte des compétences interprofessionnelles devra ensuite être examinée.

Mots-clés : Éducation interprofessionnelle, collaboration interprofessionnelle, approche par compétences, développement professionnel continu, soins intensifs

Abstract

Introduction

Interprofessional education (IPE) allows teaching of competencies required for interprofessional collaboration that appears essential in intensive care units (ICU). The objective of this study was to identify essential interprofessional activities that characterize ICU to operationalize the competency-based approach (CBA) in ICU IPE. Similarly to the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's entrustable professional activities, these activities were termed Sustainable Interprofessional Activity (SIPA).

Methodology

A pilot exploratory sequential mixed design study was conducted. First, a narrative literature review allowed the qualitative analysis of interprofessional activities in the ICU. Next, a Delphi consensus method was conducted and involved ICU experts from seven distinct professions recruited from a tertiary university hospital. Four rounds of quantitative and qualitative surveys, interspersed with controlled feedback, were conducted. The study's acceptability and feasibility were assessed at each stage using quantitative and qualitative questions.

Results

The literature review identified 16 interprofessional activities. Following the first round, 25 interprofessional activities were defined and modified according to the experts' comments. Subsequent rounds acknowledged 19 of these as SIPA. Of the 35 experts recruited, an average of 31.8% of participants were lost to follow up, mainly due to the redundancy of the survey questions during each round.

Conclusion

The scarcity of clear theoretical foundations in the literature, and the limited sample of experts in this study dictate the confirmation of the SIPA hereby identified. A nominal group of experts in CBA, followed by a real-time Delphi method would address the difficulties perceived. The validity of SIPA as an indirect measure of interprofessional competencies must henceforth be confirmed.

Keywords: Interprofessional education, interprofessional collaboration, competency by design, continuing professional development, intensive care

Table des matières

Résumé.....	1
Abstract.....	2
Table des matières.....	3
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures.....	10
Liste des abréviations.....	11
Remerciements.....	14
Avant-propos.....	15
1 Problématique.....	17
1.1 Pertinence sociale de l'éducation interprofessionnelle en sciences de la santé.....	18
1.2 Particularités des équipes des unités de soins intensifs.....	20
1.3 Pertinence scientifique de l'éducation interprofessionnelle aux soins intensifs.....	21
1.3.1 Stratégie de recherche.....	21
1.3.2 Résultats.....	22
1.3.3 Critique des études.....	23
1.3.4 Résumé et pistes de solution.....	27
1.4 Sommaire et question générale de recherche.....	27
2 Cadre de référence.....	29
2.1 Éducation interprofessionnelle.....	30
2.1.1 Collaboration interprofessionnelle.....	30
2.1.2 Éducation interprofessionnelle.....	32
2.2 Approche par compétences.....	34
2.2.1 Justification de l'approche pédagogique.....	35

2.2.2	Opérationnalisation en éducation interprofessionnelle aux soins intensifs	37
2.2.3	Étude de faisabilité	39
2.3	Sommaire et question spécifique de recherche	40
3	Méthodologie	43
3.1	Devis de l'étude	44
3.1.1	Recherche mixte séquentielle exploratoire	44
3.1.2	Combinaison des approches via la méthode Delphi	45
3.1.3	Étude de faisabilité	49
3.2	Description des étapes de l'étude pilote	51
3.2.1	Revue narrative de la littérature	51
3.2.1.1	Justification	51
3.2.1.2	Méthode	51
3.2.1.2.1	Stratégie de recherche	51
3.2.1.2.2	Critères d'inclusion	52
3.2.1.2.3	Extraction des données	53
3.2.1.3	Analyse des données	53
3.2.2	Méthode Delphi	55
3.2.2.1	Première ronde	56
3.2.2.2	Deuxième ronde	57
3.2.2.3	Troisième ronde	58
3.2.2.4	Quatrième ronde	59
3.2.2.5	Analyse qualitative	59
3.2.2.6	Analyse statistique	61
3.3	Population des unités de soins intensifs et critères d'inclusion	64
3.4	Échantillon et stratégie de recrutement des experts	66

3.5	Considérations éthiques	68
3.6	Sommaire	69
4	Résultats	71
4.1	Revue narrative de la littérature	72
4.1.1	Processus de sélection.....	72
4.1.2	Caractéristiques des études	73
4.1.2.1	Caractéristiques des études primaires	73
4.1.2.2	Caractéristiques des études secondaires	74
4.1.3	Activités interprofessionnelles	75
4.1.3.1	Études primaires	75
4.1.3.2	Études secondaires	76
4.1.3.3	Synthèse des activités interprofessionnelles identifiées.....	76
4.2	Caractéristiques des participants	87
4.3	Identification des activités interprofessionnelles	89
4.3.1	Identification et confirmation des activités interprofessionnelles.....	89
4.3.2	Identification des AIPD	106
4.4	Étude de faisabilité	111
4.4.1	Participation et attrition	111
4.4.2	Temps de participation	114
4.4.3	Acceptabilité	114
4.4.3.1	Analyse qualitative d'acceptabilité.....	114
4.4.3.2	Analyse quantitative d'acceptabilité.....	118
4.5	Sommaire.....	121
5	Discussion.....	123
5.1	Identification des activités interprofessionnelles	124

5.1.1	Sélection des tâches interprofessionnelles	124
5.1.2	Sélection des professionnels de la santé impliqués	126
5.1.3	Sélection des compétences interprofessionnelles.....	128
5.2	Sélection des activités interprofessionnelles durables (AIPD)	130
5.3	Étude de faisabilité	132
5.4	Forces et limites	135
5.5	Perspectives pour la recherche.....	135
5.6	Sommaire.....	137
6	Conclusion	139
	Bibliographie	141
	Annexe A – Stratégie de recherche	165
	Annexe B – Documents explicatifs	167
	Document préparatoire - Version française.....	167
	Définitions – Version française	172
	Annexe C – Exemples de questionnaires.....	177
	Questionnaire de rétroaction.....	178
	Questionnaire 1a	184
	Questionnaire 2.....	216
	Questionnaire 3.....	238
	Questionnaire 4.....	254
	Annexe D – Exemples de documents de rétroaction	264
	Questionnaire 2.....	264
	Questionnaire 3.....	268
	Annexe E – Approbation éthique	274
	Université de Montréal.....	274

CHUM.....	276
Annexe F – Exemple de formulaire de consentement	278
Annexe G – Revue narrative de la littérature.....	281
Annexe H – Résultats des questionnaires	297

Liste des tableaux

Tableau 1 - Comparaison des caractéristiques de la collaboration et du travail d'équipe.....	32
Tableau 2 – Caractéristiques des curriculums d'éducation	34
Tableau 3 – Mots clés.....	52
Tableau 4 – Activités interprofessionnelles identifiées dans la littérature	77
Tableau 5 – Caractéristiques sociodémographiques stratifiées par profession.....	88
Tableau 6 – Activités interprofessionnelles identifiées par les experts.....	91
Tableau 7 – Consensus des activités interprofessionnelles incluses dans la deuxième ronde.....	106
Tableau 8 – Consensus des activités interprofessionnelles incluses dans la troisième ronde	107
Tableau 9 – Consensus des activités interprofessionnelles incluses dans la quatrième ronde	109
Tableau 10 – Consensus des activités interprofessionnelles par sous-groupe d'experts avec la plus grande expertise auto rapportée	110
Tableau 11 – Recrutement en fonction des professions	112
Tableau 12 – Temps médian requis pour la participation à chacune des rondes	114
Tableau 13 – Analyse qualitative d'acceptabilité des documents préparatoires.....	116
Tableau 14 – Analyse qualitative d'acceptabilité des questionnaires de la méthode Delphi	117
Tableau 15 – Acceptabilité perçue par domaine d'acceptabilité en fonction du questionnaire des documents de rétroaction.....	118
Tableau 16 – Acceptabilité perçue par domaine d'acceptabilité en fonction du questionnaire de la méthode Delphi	119
Tableau 17 – Exemple de stratégie de recherche	165
Tableau 18 – Caractéristiques des études primaires.....	281
Tableau 19 – Caractéristiques des études secondaires	295
Tableau 20 – Consensus des activités interprofessionnelles du questionnaire 1a	297
Tableau 21 - Consensus des activités interprofessionnelles du questionnaire 1b.....	310

Liste des figures

Figure 1 - Diagramme de flux de l'éducation interprofessionnelle aux USI.....	23
Figure 2 – Opérationnalisation de l'approche par compétences en IPE.....	41
Figure 3 – Séquence des questionnaires	46
Figure 4 - Recherche mixte séquentielle exploratoire.....	48
Figure 5 – Méthode Delphi pilote	50
Figure 6 – Méthode Delphi.....	55
Figure 7 – Diagramme de flux des tâches collaboratives.....	73
Figure 8 – Taux de participation en fonction des rondes de questionnaires par profession.....	113
Figure 9 – Score médian d'acceptabilité par temps de mesure en fonction du groupe professionnel	120

Liste des abréviations

ACLS : Advanced cardiovascular life support

AIPD: Activité interprofessionnelle durable

CAIPE: Centre for the Advancement of Interprofessional Education

CALS: Cardiac Surgery Advanced Life Support

CCCS: Canadian Critical Care Society

CIHC: Canadian Interprofessional Health Collaborative

CIHI: Canadian Institute for Health Information

CV: Christian Vincelette

DDA : Douleur, délirium et agitation

ECMO: Oxygénation par membrane extracorporelle

EI : Espace interquartile

ET : Écart type

Inf: Infirmière

Inh: Inhalothérapeute

IOM : Institute of Medicine

IPE : Interprofessional education / Éducation interprofessionnelle

MD : Médecin

MTS : Maureen Thivierge-Southidara

n/a : Non applicable

NR : Nicholas Robillard

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PT : Physiothérapeute

RCR : Réanimation cardiorespiratoire

SCPPC : Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

SIPA: Sustainable interprofessional activities

USI: Unité de soins intensifs

WHO: World Health Organization

To my love who inspires me to be better.

Remerciements

À mon directeur de maîtrise, Dr Nicholas Robillard, merci pour l'inspiration de ce projet de maîtrise. Vous m'avez soutenu non seulement parmi les différentes étapes de ma maîtrise, mais aussi à travers toutes ces années. Votre appui a fait de moi une chercheuse plus accomplie et un médecin plus humain.

À Dre Marie-Paule Morin, merci pour votre support à travers toutes ses années. Votre guidance a été précieuse et indispensable à travers l'élaboration de ce mémoire.

À Dr Ahmed Moussa, merci pour tous vos conseils qui ont permis de mener ce projet à terme avec grâce et élégance.

À l'équipe du CPASS pour m'avoir accordé la bourse « Promotion 1961 » et à l'Université de Montréal pour m'avoir accordé la bourse J.A. DeSève qui m'ont permis de débiter ma maîtrise et qui m'ont motivé à compléter la rédaction de ce mémoire.

À tous les professionnels de la santé du CHUM ayant participé à mon projet de recherche, vous avez permis à ma vision de prendre forme et ce fut un plaisir de collaborer avec vous.

À mon fabuleux conjoint qui a été mon roc tout au long de ces années. De près ou de loin, sans toi ce projet n'aurait jamais vu le jour et je t'en serai éternellement reconnaissante.

Avant-propos

Le système de santé canadien peine actuellement à répondre aux besoins changeants d'une population en pleine évolution. La combinaison d'une complexification de l'état de santé des patients et d'une pénurie de professionnels de la santé nécessite plus que jamais de la collaboration au sein des équipes de soins. Cette recherche appuie les efforts d'éducation interprofessionnelle par la création d'un complément permettant d'opérationnaliser l'approche par compétences, favorisant dès lors une pratique collaborative dans les unités de soins intensifs.

1 Problématique

Une multitude de professionnels prend part aux soins d'un patient dès son entrée dans le système de santé. Dans les unités de soins intensifs (USI), compte tenu de la sévérité de la maladie des patients hospitalisés, une étroite collaboration entre les professionnels de la santé doit être mise en œuvre et perdurer afin que les soins soient optimaux. La pratique collaborative n'est pas innée, elle doit être acquise par tous les professionnels œuvrant dans des USI au moyen de l'éducation. Ce chapitre traite de la problématique sous-tendant la recherche en éducation interprofessionnelle (IPE) dans les USI. La pertinence sociale des efforts d'IPE en réponse à un manque de collaboration interprofessionnelle est d'abord explicitée. Les particularités des équipes des USI qui justifient l'importance distinctive en matière de collaboration sont ensuite abordées. Une revue narrative de la littérature sur l'IPE dans les USI établit les besoins de cet axe de recherche. Une conclusion de la problématique et la question de recherche générale qui découle de cette problématique terminent cette section.

1.1 Pertinence sociale de l'éducation interprofessionnelle en sciences de la santé

Dans le domaine de la santé, l'apprentissage de collaboration peut s'effectuer grâce à l'IPE. Cette section aborde la pertinence sociale de l'IPE des professionnels œuvrant en milieu de soins. Un bref historique de la recherche sur la collaboration établit d'où proviennent les efforts dans le domaine de la santé. Par la suite, l'impact du manque de collaboration dans les processus de soins et le devenir des patients justifie les besoins d'IPE.

Plusieurs incidents critiques à travers l'histoire témoignent des conséquences que peut avoir un manque de collaboration dans différentes sphères (Salas et al., 2004). La recherche sur le travail d'équipe, une forme particulière de collaboration, fut historiquement modulée par les temps de guerre, et ce dès la Première Guerre mondiale (Weiss et Hoegl, 2015). C'est pourquoi une proportion significative de la recherche sur la collaboration interprofessionnelle en sciences de la santé se base sur la littérature de l'aviation et de l'industrie militaire. Par exemple, le référentiel de *Crew Resource Management*, dérivé de l'aviation, fut implanté en médecine sous la forme de *Crisis Resource Management*, et continu d'être utilisé à ce jour (Bracco et al., 2018; Burke et al., 2004; Fanning et al., 2013; Hamman, 2004; Helmreich et al., 1999).

Le domaine de la santé fut plus lent à reconnaître le rôle que joue la collaboration dans le processus sécuritaire de soins (Weiss et Hoegl, 2015). Le premier cri d'alarme eut lieu au cours des années 1960 lorsque l'*University of British Columbia* a noté que la compartimentation des professions engendrait une fragmentation des soins au patient et un gaspillage de ressources humaines (Szasz, 1969). Le *Committee on Interprofessional Education in the Health Sciences* fut alors créé afin de développer un curriculum pour enseigner la collaboration grâce à l'IPE (Fransworth et al., 2015). Les efforts d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle en santé sont demeurés locaux jusqu'aux années 1970. La publication de deux rapports de l'Organisation mondiale de la Santé mit sur la scène internationale l'IPE comme une solution au manque de collaboration dans les soins des patients (World Health Organization (WHO), 1973, 1988). Ces rapports catalysèrent le développement de multiples efforts d'amélioration de la collaboration via l'IPE (Fransworth et al., 2015; Oandasan et Reeves, 2005). C'est le Royaume-Uni qui devint chef de file en matière d'IPE par la création du *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) en 1987 (Fransworth et al., 2015). Le CAIPE est maintenant

une organisation internationale visant à promouvoir et à développer l'IPE, affiliée au Canada à travers le *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) (CAIPE, 2019; Gilbert, 2010).

À ce moment, les trajectoires et processus de soins étaient au centre des préoccupations sur la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, la résultante du manque de coordination centrée sur les soins des patients n'avait pas été identifiée. En 2000, un rapport de l'*Institute of Medicine* (IOM), évaluant objectivement le système de santé américain, quantifia le rôle humain dans le devenir des patients (IOM, 2000). Cette analyse, *To Err Is Human: Building a Safer Healthcare System*, a démontré que de 44 000 à 98 000 Américains décédaient chaque année en raison d'erreurs médicales (IOM, 2000). Au moins la moitié de ces décès était liée à des erreurs de communication et donc potentiellement évitables. Le manque de collaboration en santé a ainsi été établi, non seulement comme un modulateur du processus de soins, mais aussi comme responsable dans le décès de nombreux patients. De cette façon, ce rapport clé a mis l'accent sur l'importance d'une meilleure collaboration interprofessionnelle pour assurer la sécurité des patients (IOM, 2000). D'ailleurs, une des recommandations qui découla de ce rapport de l'IOM prône la création d'« *interdisciplinary team training programs, such as simulation, that incorporate proven methods of team management* » (IOM, 2000, p. 156). Cette recommandation marquante engendra une expansion de la recherche et des efforts d'IPE à travers le monde. Au Canada, elle entraîna la création du *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC, 2009). Ce consortium pancanadien a pour but de « *building a national collaborative of partners to advance the field and implementation of Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice (IECPCP)* » (CIHC, 2009, p. 5). Or, le CIHC guide les efforts d'IPE, mais ne les met pas en œuvre. De la sorte, il apparaît impératif d'entreprendre des efforts d'IPE dans tous les domaines de la santé afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité optimale. Néanmoins, certains secteurs apparaissent prioritaires quant à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle.

1.2 Particularités des équipes des unités de soins intensifs

En milieu hospitalier, divers secteurs présentent un risque d'erreur élevé et dont les conséquences peuvent être catastrophiques. Ces unités doivent être considérées comme prioritaires dans les efforts d'IPE afin de limiter les erreurs médicales secondaires au manque de collaboration. Cette section aborde les caractéristiques des équipes des USI qui justifient leur priorisation en matière d'IPE. Le domaine des soins critiques, dont font partie les USI, est d'abord exploré, suivi d'une justification de la centralisation des efforts vers les USI.

Le domaine des soins critiques présente le plus grand nombre d'erreurs médicales (IOM, 2000). Il englobe l'urgence, la salle d'opération et les USI, et se distingue des autres unités hospitalières par les équipes qui les composent (Salas et al., 2004). Les professionnels œuvrant en soins critiques travaillent en groupe et présentent un haut niveau de différenciation. Cette caractéristique implique que les équipes de soins critiques sont spécialisées dans leur domaine. De plus, elles présentent un haut niveau d'intégration, c'est-à-dire qu'elles sont relativement indépendantes des autres unités, mais qu'elles doivent interagir fréquemment avec les équipes hospitalières traitant des patients dans un état plus stable. Ces interactions quotidiennes des professionnels œuvrant en soins critiques nécessitent des notions avancées de collaboration. Les soins critiques devraient donc avoir préséance en ce qui concerne l'IPE.

Bien que présentant plusieurs ressemblances avec les contextes du bloc opératoire et de la salle d'urgence, les USI doivent être différenciées. En effet, plusieurs variations impactent la collaboration interprofessionnelle dans ces unités hospitalières. Elles sont consacrées au traitement prolongé de patients susceptibles de défaillance organique et leurs activités cliniques quotidiennes visent à stabiliser l'état de ces patients (Canadian Institute for Health Information (CIHI), 2016; Gagné et Ferrari, 2018; Piette, 2012). Les équipes des USI doivent travailler dans un environnement physique favorisant peu la collaboration en raison des alarmes constantes et un espace de travail qui est au mieux limité (Ervin et al., 2018). De plus, ces équipes sont de courtes durées puisque le personnel varie plusieurs fois par jour. Or, les informations concernant l'évolution et les particularités de chacun des patients doivent être transmises entre tous les membres des équipes. En effet, l'état critique des patients des USI requiert souvent une prise de décision rapide en ce qui a trait aux traitements, ces informations peuvent donc être cruciales à la survie d'un patient. La communication entre les professionnels doit conséquemment être hors pair

pour assurer la sécurité de la clientèle hospitalisée aux USI. Les équipes font aussi face à des émotions qui diffèrent des autres contextes puisqu'elles ont souvent une relation privilégiée avec le patient et leur famille en raison de la durée de soins étendue (Ervin et al., 2018). Par conséquent, les USI présentent des circonstances distinctives où la psychologie de la collaboration interprofessionnelle se démarque. De plus, le caractère critique des patients place les USI au centre des efforts d'IPE. Plusieurs curriculums ayant ce centre d'intérêt existent, mais certaines lacunes peuvent être identifiées.

1.3 Pertinence scientifique de l'éducation interprofessionnelle aux soins intensifs

À la suite du rapport de l'*Institute of Medicine* (IOM), la littérature sur l'IPE a grandement évolué (IOM, 2000). Cette section aborde la pertinence scientifique de l'IPE dans les USI à l'aide d'une revue narrative de la littérature. Il s'agit de l'une des deux revues de la littérature présentées au sein de ce mémoire. La seconde est présentée dans la section 3.2.1 Revue narrative de la littérature (p. 51) puisqu'elle fait partie intégrante de l'étude. La stratégie de recherche employée pour effectuer cette revue narrative de la littérature est d'abord révisée, puis les résultats de cette recherche sont décrits. Enfin, un résumé permet de déterminer les évidences actuelles, puis d'adresser les problématiques conceptuelles et d'identifier des solutions.

1.3.1 Stratégie de recherche

Plusieurs études effectuées spécifiquement dans les USI ont permis d'établir une relation entre le niveau de collaboration et diverses problématiques. Une revue narrative de la littérature a été effectuée afin de décrire les efforts d'IPE dans les USI, leur impact et établir leurs faiblesses. Selon la méthode de Higgins et Green (2011), les études répondant aux critères suivants ont été incluses : a) menées dans des USI adultes, ou dans lesquelles il était possible d'extraire des données spécifiques à celles-ci (CIHI, 2016; Gagné et Ferrari, 2018; Piette, 2012); b) visant à décrire ou améliorer la collaboration interprofessionnelle et les compétences qui la sous-tendent (CIHC, 2010) (c'est-à-dire impliquant, directement ou non, au moins deux professions différentes (Barr et al., 2005; CIHC, 2010)); c) publiées en anglais ou en français et d) dans des journaux révisés par les pairs. Une liste de mots clés pertinents a été créée, combinée grâce à des opérateurs, puis optimisée à l'aide d'un bibliothécaire médical (Higgins et Green, 2011). Les bases de données

électroniques MEDLINE (EBSCO), CINAHL (EBSCOHost), Embase (EBSCO), ERIC (ProQuest), Cochrane Library, et PsycInfo (APA PsychNet) ont été recherchées. Une recherche manuelle de la bibliographie des articles inclus et de la littérature grise a aussi été effectuée. La recherche fut limitée aux articles publiés après 1969, date qui correspond à la première apparition du concept d'IPE dans la littérature (Szasz, 1969). Les titres et les résumés des articles identifiés à l'aide de la stratégie de recherche ont d'abord été révisés afin d'évaluer s'ils répondaient aux critères d'inclusion. L'ensemble du manuscrit fut ensuite lu afin de confirmer leur conformité et procéder à l'extraction des données.

1.3.2 Résultats

La stratégie de recherche documentaire a mené à l'identification de 18 896 citations et 25 articles additionnels ont été identifiés par la recherche manuelle d'articles. De ceux-ci, 73 études indépendantes, décrites dans 79 articles, ont été incluses dans cette revue narrative de la littérature. Certains articles rapportaient des résultats d'une même intervention à différentes périodes et ont été analysés de manière conjointe (Dietz, 2014; Dietz et al., 2014; Lilly et al., 2000; Lilly et al., 2003; Lipitz-Snyderman et al., 2011; Pronovost et al., 2006; Pronovost et al., 2008; Pronovost et al., 2010; Sexton et al., 2011). Le diagramme de flux est présenté dans la Figure 1 (p. 23) (Cook et al., 1997). Les études de cette revue de la littérature ont été publiées entre 1991 et 2019. De ces études, 70 étaient des études primaires et trois étaient des revues de la littérature (études secondaires). Il est à noter que les articles inclus dans les deux revues narratives de la littérature présentées dans ce mémoire divergent légèrement puisqu'elles avaient des objectifs de recherche différents. Par souci de longueur et parce que les différences au niveau des caractéristiques des études sont minimes, celles-ci ne seront pas présentées ici puisqu'elles sont décrites en détail dans la section 4.1.2 Caractéristiques des études (p. 73).

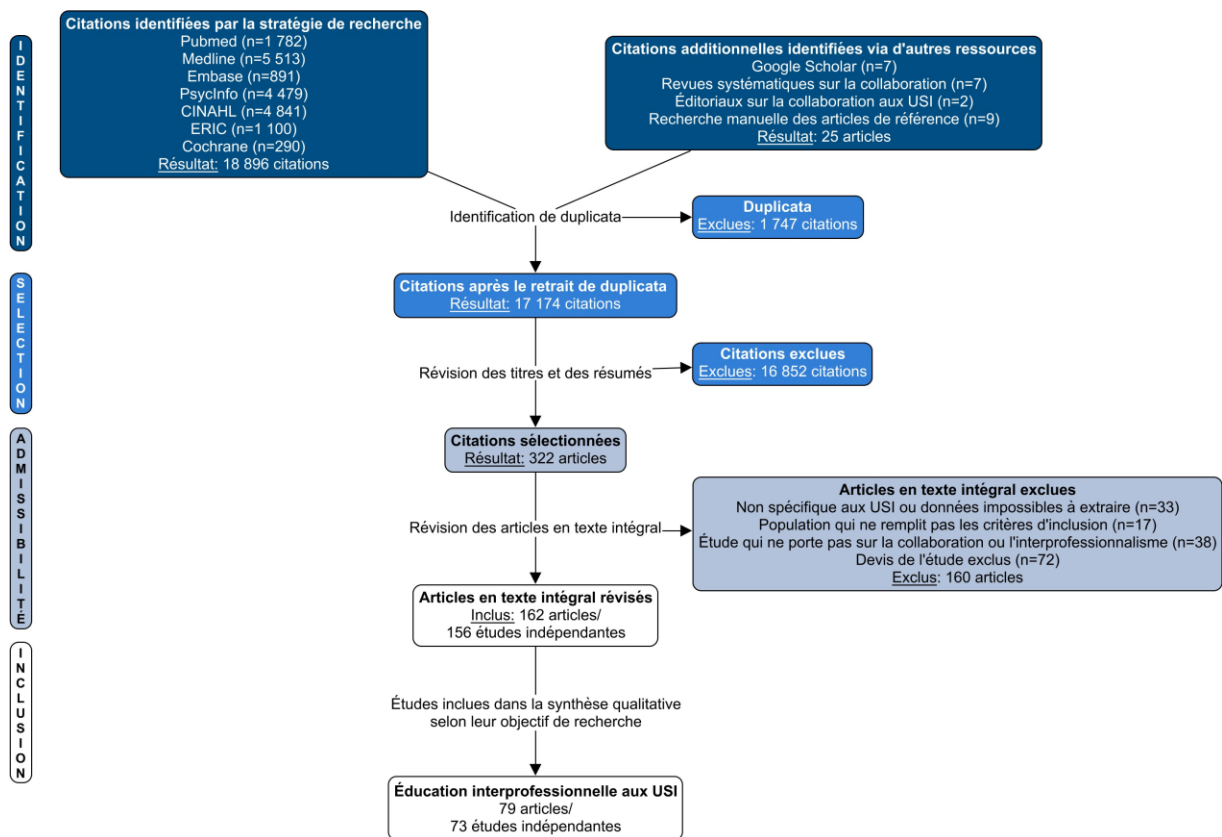


Figure 1 - Diagramme de flux de l'éducation interprofessionnelle aux USI

1.3.3 Critique des études

Les caractéristiques des études incluses dans cette revue narrative de la littérature sont comparables aux revues déjà publiées qui portent sur des contextes autres que les USI. En effet, la majorité provient d'études unicentriques ayant lieu dans des pays à revenus élevés (Reeves et al., 2016; Reeves, Pelone, et al., 2017). Or, ceci limite la possibilité d'étendre les résultats des études aux pays industrialisés où l'allocation des ressources est différente des pays en développement. Il est à noter que les USI étudiées dans cette revue de la littérature étaient souvent peu décrites. Par exemple, le type de patients soignés (médicaux ou chirurgicaux) et le mode de gestion n'étaient que rarement décrits, limitant la transférabilité des résultats. Les recherches futures devraient donc présenter la clientèle, le mode de gestion, le personnel présent et le nombre d'USI impliquée au sein de l'étude. En outre, une vaste majorité d'études ont usé de devis quasi expérimentaux (Baik et al., 2018; Murphy et al., 2016; Reeves et al., 2016) et collectaient exclusivement des données quantitatives (Baik et al., 2018; Reeves et al., 2016) de type auto rapportées ou rétrospectives (Murphy et al., 2016; Reeves, Palaganas, et al., 2017; Reeves, Pelone, et al., 2017; Reeves et al.,

2010). Ces méthodologies limitent grandement la portée des conclusions tirées puisqu'elles sont sujettes à l'effet de Hawthorne et de multiples biais de déclaration. De plus, elles ne permettent pas une évaluation complète du phénomène puisqu'elles se limitent aux mesures quantifiables. L'utilisation de devis contrôlés randomisés ou de séries temporelles interrompues collectant des données mixtes a été proposée par certains auteurs afin d'établir des liens de causalité tout en évaluant certains aspects de la collaboration qui sont difficilement quantitativement évaluables (Guraya et Barr, 2018; Reeves, Pelone, et al., 2017). Des devis longitudinaux permettraient aussi d'assurer le maintien des acquis dans le temps.

En ce qui a trait aux types interventions d'IPE, la majorité était de nature involontaire, c'est-à-dire qu'un apprentissage entre les apprenants n'était pas planifié, mais qu'il engendrait une amélioration de la collaboration interprofessionnelle. Cette problématique avait aussi été identifiée par Barr et al. (2005) lors d'une revue de la littérature portant sur les efforts d'IPE dans tous les milieux. Bien que l'importance de ce type d'apprentissage ne soit pas négligeable, la reproductibilité et la mesure de sa contribution sur la collaboration interprofessionnelle ne peuvent être assurées (Freeth et al., 2005). Miser exclusivement sur ce type d'intervention n'apparaît pas comme une option viable pour l'IPE vu son caractère non reproductible. Aussi, les interventions mises en place par les recherches étaient pour la plupart spécifiques à une pratique aux USI telle que la ventilation mécanique et la prévention des infections. Bien que cette approche ne soit pas problématique en elle-même, l'association avec les compétences d'une pratique collaborative est difficile puisqu'elle n'est mentionnée qu'exceptionnellement. Or, cette association est nécessaire pour assurer la constance entre les interventions, les compétences collaboratives et les effets mesurés. Les recherches subséquentes devraient donc porter sur les interventions ayant comme objectif l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle, tout en les liant explicitement aux différentes compétences d'une pratique collaborative. Le choix des participants visés par les interventions d'IPE demeure aussi problématique dans la majorité des études. Les professionnels impliqués dans les interventions étaient le plus souvent les infirmières et les médecins. Néanmoins, d'autres professionnels sont impliqués dans les soins aux patients et peu de recherches impliquent cette variété de professionnels (Gagné et Ferrari, 2018). De plus, certaines études impliquaient une mixité du niveau d'éducation des participants. Cette mixité est problématique puisque les attitudes, les connaissances et la compétence en matière de collaboration interprofessionnelle diffèrent quant au statut professionnel des participants (Freeth et al., 2005). Ainsi, la dynamique

interprofessionnelle chez les participants accrédités par un ordre professionnel est différente et ne peut être directement comparée à celle des étudiants (Salas et al., 2008). À la lumière de ces informations, une meilleure sélection des participants devrait être effectuée dans les futures recherches afin d'impliquer une plus grande variété de professionnels de niveau similaire. Quant à la visée des interventions, un résultat surprenant est la faible quantité d'IPE qui avait pour objet le travail d'équipe en soi, contrairement à l'étude de tâches collaboratives telle que l'utilisation de protocoles et de listes de vérification. Ceci peut être expliqué par l'absence d'analyse des besoins effectuée dans la quasi-totalité des études. Ne sachant pas où se situent les manquements en matière de pratique collaborative, les interventions semblent donc être dirigées par la littérature ou les intérêts des chercheurs sans toutefois répondre spécifiquement aux besoins des USI.

À l'égard des compétences visées par les interventions d'IPE, le travail d'équipe et la communication interprofessionnelle étaient les plus fréquemment adressés. Cependant, le leadership collaboratif, la clarification des rôles, la résolution de conflits interprofessionnels et les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté n'étaient adressés que très rarement (CIHC, 2010). Encore une fois, l'absence d'analyse des besoins rend difficile d'évaluer si les compétences les plus visées par les interventions sont en fait celles qui nécessitent une optimisation ou seulement celles qui répondent aux intérêts des chercheurs sans être basées sur les besoins des USI.

En ce qui concerne les effets des interventions d'IPE, une variété a été évaluée à l'aide d'instruments tout aussi diversifiés. Or, bien que certains aient tenté de mesurer l'influence d'interventions sur les compétences de pratique collaborative, la majorité des études incluses n'avaient pas d'assise théorique permettant d'effectuer certaines inférences quant à l'effet des interventions sur ces compétences. Plutôt que de s'attarder aux compétences de pratique collaborative, plusieurs ont utilisé des mesures indirectes. À titre d'exemple, certaines recherches portaient sur l'introduction d'équipes visant à diminuer les infections associées à la ventilation mécanique. Elles mesuraient subséquemment le taux de pneumonies de ventilation mécanique, la durée d'hospitalisation et le taux de mortalité. En revanche, l'association entre ce type de mesures et les compétences collaboratives acquises n'a pas été confirmée. Il est donc impossible d'évaluer si les résultats démontrés découlent d'une meilleure pratique collaborative, ou d'autres facteurs confondants tels que les biais de maturation. Par ailleurs, les instruments mesurant des compétences collaboratives misent sur des concepts dont les définitions sont hétérogènes et fréquemment non

mentionnées. Ceci nuit considérablement à la comparaison des études et par conséquent l'avancée dans le domaine de l'IPE dans les USI. Une uniformisation des pratiques en matière de recherche par l'utilisation d'un cadre conceptuel commun apparaît comme une solution à cette problématique.

Toutefois, il est important de souligner que les résultats des études sont encourageants puisqu'ils sont pour la plupart à prédominance positive en ce qui a trait aux patients, aux professionnels de la santé, aux compétences collaboratives, aux tâches et aux unités en elles-mêmes. En effet, des liens favorables ont été établis entre le niveau de collaboration et le niveau de santé atteint ou retenu au congé (p. ex. statut nutritionnel, niveau de mobilisation) (Al-Qahtani et al., 2013; Anderson et al., 2018; Bellomo et al., 2004; Black et al., 2012; Jo et al., 2017; Lee et al., 2018; Mah et al., 2013; Schramm et al., 2011; Young et al., 1998). Une meilleure collaboration mène aussi à une durée d'hospitalisation, aux USI ou hospitalière, plus courte (Al-Qahtani et al., 2013; Anderson et al., 2018; Arroliga et al., 2012; Bellomo et al., 2004; Black et al., 2012; Cohen et al., 1991; Dilokpattanamongkol et al., 2017; Haerkens et al., 2015; Henneman et al., 2001; Jain et al., 2006; Jensen et al., 2013; Lee et al., 2018; Lilly et al., 2000; Lilly et al., 2003; Lipitz-Snyderman et al., 2011; Louzon et al., 2017; Narasimhan et al., 2006; Pronovost et al., 2003; Pronovost et al., 2006; Pronovost et al., 2008; Pronovost et al., 2010; Ratcliffe et Williams, 2019; Schramm et al., 2011; Sexton et al., 2011; Stone et al., 2011; Young et al., 1998). De plus, toutes les études portant sur les lignes directrices et les protocoles ont démontré une amélioration de leur adhérence (Anderson et al., 2018; Arroliga et al., 2012; Chua et al., 2010; Dilokpattanamongkol et al., 2017; Fernandez Castelao et al., 2015; Hoffman et al., 2017; Johnson et al., 2009; Mendez et al., 2013; Schramm et al., 2011; Stone et al., 2011; Turkelson et al., 2017; Yang et Zhang, 2016). La positivité des résultats n'est pas limitée aux patients et aux processus de soins, les professionnels de la santé semblent aussi bénéficier d'une meilleure collaboration. Une diminution quant au syndrome d'épuisement professionnel, au stress au travail et aux demandes psychologiques a été rapportée dans toutes les recherches ayant évalué cet aspect (Boyle et Kochinda, 2004; El Khamali et al., 2018; Hellyar et al., 2019; O'Connor et al., 2009). Les organisations en soi semblent aussi être gagnants dans les efforts d'IPE. La majorité des études portant sur les coûts liés à l'hospitalisation ont démontré leur diminution (Anderson et al., 2018; Cohen et al., 1991; Henneman et al., 2001; Jain et al., 2006; Saokaew et al., 2009; Young et al., 1998).

1.3.4 Résumé et pistes de solution

Les efforts d'IPE sont vastes et peuvent toucher une variété de domaines, de même qu'avoir des résultats diversifiés. Ces résultats semblent actuellement positifs pour la plupart et touchent toutes les sphères du système de santé. Or, l'absence de cohésion entre les interventions empêche la comparaison des curriculums, ce qui nuit à l'avancée en matière d'IPE dans les USI. En outre, une organisation de l'IPE permettrait de mieux évaluer les besoins des USI individuelles, de même que comparer les interventions et leurs résultats, permettant une avancée pédagogique plus rigoureuse en matière d'IPE.

1.4 Sommaire et question générale de recherche

Les bris de collaboration interprofessionnelle en sciences de la santé impactent négativement les patients, ce pourquoi plusieurs institutions appellent au développement de curriculums d'IPE. Les équipes des USI travaillent dans un contexte particulier où un manque de collaboration peut mener à des erreurs entraînant des conséquences majeures pour les patients. L'amélioration de la collaboration semble être liée au devenir des patients, du personnel et des unités en soi, mais l'absence d'orientation théorique par la littérature justifie l'utilisation d'assises pédagogiques pour la mise en œuvre d'IPE future dans les USI.

Quels sont les éléments pédagogiques clés pour soutenir le développement de curriculums d'IPE dans les unités de soins intensifs ?

Le cadre de référence qui appuie cette question de recherche est présenté dans le prochain chapitre.

2 Cadre de référence

Les méthodes pédagogiques appuyant un effort d'éducation doivent être cohérentes avec les concepts qui sous-tendent les tentatives d'enseignement. Ce chapitre aborde le cadre de référence des éléments pédagogiques clés d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle (IPE) dans les unités de soins intensifs (USI). L'IPE est d'abord détaillée pour mieux définir les besoins en ce qui concerne les fondements pédagogiques. L'approche par compétences qui permet d'intégrer ces besoins d'IPE dans les USI est ensuite abordée. Un résumé et une question spécifique de recherche terminent cette section.

2.1 Éducation interprofessionnelle

L'IPE vise l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle, une notion particulièrement importante dans les USI. Cette section a pour objectif de mieux cerner l'IPE. Puisqu'elle vise la collaboration interprofessionnelle, ce concept est d'abord défini. L'IPE est ensuite expliquée pour justifier son choix comme méthode d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle dans les USI.

2.1.1 Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle dans les USI est indispensable pour les patients au même titre que pour les professionnels de la santé. Or, ce concept est large et n'est pas exclusif à ce domaine. Dans le but de bien le définir, la collaboration interprofessionnelle dans les USI est expliquée, puis distinguée du travail d'équipe pour mieux circonscrire la notion. Une critique de ce choix justifie l'utilisation de ce type de collaboration dans cette recherche.

La collaboration est un partenariat entre au moins deux personnes qui présentent un objectif commun (Barr et al., 2005). Ce partenariat est créé par un besoin commun aux participants, et pour lequel une tâche mutuelle doit être accomplie. Les personnes impliquées dans cette tâche doivent avoir une expertise différente. Ainsi, le concept de collaboration est vaste puisqu'il inclut toute action qui nécessite au moins deux personnes avec des connaissances différentes. En santé, les professionnels qui contribuent aux soins des patients sont les acteurs usuels de ce type de partenariat. La collaboration interprofessionnelle nécessite donc que les personnes impliquées soient de professions diverses avec le soin d'un patient en commun. Les professionnels qui collaborent fréquemment varient selon les milieux de soins. Comme mentionné précédemment, les USI sont dédiées aux patients en situation critique qui sont à risque de décès, requérant une assistance et un monitoring étroits (Ervin et al., 2018). Les professionnels qui y travaillent quotidiennement sont les intensivistes (médecins avec une formation spécifique aux USI), les infirmières, les préposés aux bénéficiaires, les inhalothérapeutes (professionnels des soins du système respiratoire), les pharmaciens, les physiothérapeutes et les nutritionnistes (Ervin et al., 2018; Manthous et Hollingshead, 2011). Or, les patients traités par ces professionnels peuvent présenter des pathologies qui affligent n'importe quel système requérant l'aide de professionnels

d'autres spécialités. Par exemple, un patient polytraumatisé en situation critique traité dans une USI peut aussi nécessiter l'intervention de l'équipe de chirurgie, de cardiologie, de pneumologie, etc. Ainsi, la collaboration interprofessionnelle dans les USI est fréquente puisqu'elle a lieu dès lors qu'un patient nécessite l'intervention de plus d'un professionnel, soit quotidiennement lors de sa prise en charge.

Dans les USI, la collaboration a donc lieu entre les professionnels de l'équipe, mais aussi entre les différentes équipes. Or, la collaboration est parfois interprétée erronément comme un équivalent du travail d'équipe. Une équipe est :

a distinguishable set of two or more people who interact, dynamically, interdependently, and adaptively toward a common and valued goal/objective/mission, who have each been assigned specific roles or functions to perform, and who have a limited life-span of membership (Salas et Swezey, 1992, p. 4).

Une équipe renferme des personnes avec une appartenance et une loyauté envers les autres, où chacun répond et dépend les uns des autres pour une tâche commune (Barr et al., 2005). Le travail d'équipe est le processus au cours duquel une équipe se met en place vers un but collectif. Il implique donc nécessairement de la collaboration, mais toute collaboration n'est pas synonyme de travail d'équipe. En effet, une collaboration ne présente pas obligatoirement une interdépendance ou une loyauté entre les personnes impliquées. Les caractéristiques qui distinguent les deux concepts sont présentées dans le Tableau 1 (p. 32). Un exemple aux USI serait un patient postopératoire pris en charge par l'équipe des USI. Si le patient doit retourner en salle d'opération en raison d'une complication, l'équipe chirurgicale est impliquée, mais ceci demeure du domaine de la collaboration, et non pas du travail d'équipe. Ainsi, la collaboration interprofessionnelle a constamment lieu dans les USI puisqu'elle comprend toutes les interactions entre les professionnels impliqués dans les soins des patients, peu importe leur spécialité. Or, les USI présentent des caractéristiques qui les distinguent et doivent être étudiés indépendamment des autres unités (Ervin et al., 2018). Afin de mieux centrer les besoins spécifiques des USI, seule la collaboration interprofessionnelle entre les membres des équipes des USI, et donc le travail d'équipe, est visée par cette recherche.

Tableau 1 - Comparaison des caractéristiques de la collaboration et du travail d'équipe

Caractéristiques	Collaboration	Travail d'équipe
Participants	Variables	Membres d'une équipe
Lien entre les participants	Variable	Appartenance, interdépendance, interactions
Incitateur	Tâche ou intervention commune	
Objectif final	Variable	Commun aux membres

La restriction de la collaboration interprofessionnelle en contexte d'équipe est parfois critiquée dans le domaine de la santé puisque, selon certaines définitions, le travail d'équipe implique des relations stables entre ces membres (Barr et al., 2005). Or, cette stabilité n'est pas présente en santé, particulièrement dans les USI, puisque les équipes sont promptes au changement par diverses contraintes telles que le temps, les besoins des patients, les ressources, etc. (Engeström, 2018). Ainsi, il est admis que le système de santé ne répond pas à une définition « classique » d'équipe. Cependant, la définition précédemment utilisée découle de l'industrie militaire et de l'aviation qui partagent ce manque de stabilité (Salas et al., 2004). Cela explique pourquoi cette définition d'équipe implique une durée limitée. En ne prétendant pas de stabilité entre ces membres, elle peut adéquatement être utilisée afin de limiter l'étendue de la recherche. Par ailleurs, cette définition a été vérifiée en contexte d'USI, ce qui justifie son utilisation dans cette recherche (Dietz, 2014; Ervin et al., 2018). Ainsi, la collaboration interprofessionnelle, à travers le travail d'équipe des USI, permet de restreindre le champ de recherche. De cette manière, une meilleure collaboration au sein des équipes des USI est l'objectif de l'IPE dans ce milieu.

2.1.2 Éducation interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle est fréquente dans les USI. L'utilisation de l'IPE pour améliorer la collaboration est expliquée dans cette partie. L'IPE est définie afin d'ancrer le concept, puis elle est distinguée des autres types d'éducation. La résultante de ce processus, l'apprentissage interprofessionnel, permet de justifier cette approche.

L'IPE a été définie de plusieurs manières depuis sa création par l'*University of British-Columbia* en 1969 (Fransworth et al., 2015; Szasz, 1969). Au Canada, elle est définie comme « *the process of preparing people for collaborative practice* » (CIHC, 2010, p. 6) selon le *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC). Cette définition a été bonifiée en identifiant ce

processus comme permettant « *two or more professions to learn with, from and about each other to improve collaborative practice and quality of care* » (CAIPE, 2017, p. 4) par le CAIPE. L'IPE rassemble donc tous les curriculums, c'est-à-dire les efforts d'apprentissage, visant à amorcer, améliorer et perpétuer la collaboration interprofessionnelle pour optimiser les soins aux patients (Barr et al., 2005; CAIPE, 2017). Les efforts d'IPE sont typiquement classés selon le statut professionnel des participants. Ces curriculums peuvent donc avoir lieu en préqualification, c'est-à-dire avant que les étudiants soient qualifiés ou certifiés à travailler seuls, en postqualification ou en post-certification, lorsque les professionnels ont été certifiés par leur ordre professionnel (Zwarenstein et al., 2005). Cette distinction est importante puisque les attitudes, les connaissances et les compétences en matière de collaboration interprofessionnelle diffèrent quant au niveau professionnel (Freeth et al., 2005). Ainsi, la dynamique interprofessionnelle post-certification ne peut être directement comparée à celle des étudiants (Salas et al., 2008). Or, cette recherche s'inscrit dans un effort d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle dans les USI. Dans ce contexte, les professionnels qui pratiquent actuellement et qui sont impliqués dans les soins des patients sont ceux qui doivent être formés en collaboration (CAIPE, 2017). Ainsi, l'IPE des USI doit être de type post-certification. Cette catégorie s'insère dans le développement professionnel continu rassemblant les activités d'apprentissage ayant lieu après la qualification des professionnels de la santé afin de maintenir et de développer les connaissances et les habiletés nécessaires pour offrir des soins de qualité (Alsop, 2013). Cette définition rejoint le besoin d'une meilleure pratique collaborative au sein des équipes des USI grâce à l'IPE.

Une distinction avec d'autres types de curriculums d'éducation permet de mieux comprendre l'IPE et est illustrée dans le Tableau 2 (p. 34). Ainsi, l'éducation uniprofessionnelle a lieu lorsque les professionnels d'une seule profession apprennent ensemble (Barr et al., 2005). L'éducation multiprofessionnelle implique des participants d'au moins deux professions qui n'interagissent pas au cours de leur apprentissage (CAIPE, 2009; Barr et al., 2005; CAIPE, 1997). L'absence d'interaction entre les professionnels au cours de ce type de curriculum rend l'apprentissage de la collaboration plus complexe (Barr et al., 2005; CAIPE, 2017). Ainsi, ces types de curriculums ont des objectifs qui sont variables et ne visent pas systématiquement le développement d'une pratique collaborative.

Tableau 2 – Caractéristiques des curriculums d'éducation

Caractéristiques	Uni professionnelle	Multi professionnelle	Interprofessionnelle
Participants	1 profession	≥ 2 professions	
Apprentissage	Variable	Parallèle	Interactif
Objectif	Variable		Amélioration de la collaboration

D'autre part, la collaboration interprofessionnelle est améliorée par l'acquisition de savoirs sur le sujet, une notion définie comme l'apprentissage interprofessionnel (Barr et al., 2005). Ce type d'apprentissage résulte d'interactions entre au moins deux professions. Il se distingue de l'IPE puisqu'il n'est pas le processus qui vise une amélioration de la collaboration, mais bien une résultante des apprentissages menant à une meilleure collaboration. L'apprentissage interprofessionnel peut donc être un résultat de l'IPE ou être une acquisition spontanée. Par exemple, un curriculum d'éducation uni professionnel qui introduit des savoirs sur d'autres professions peut se solder en un apprentissage interprofessionnel même si l'interaction n'est pas physiquement présente en classe. Or, si un curriculum d'IPE est construit inadéquatement, il peut engendrer un apprentissage parallèle seul, tel que dans un curriculum d'éducation multi professionnel, sans générer un apprentissage interprofessionnel. Ce type de curriculum ne permettrait pas d'améliorer la collaboration bien que ce soit l'objectif. Lors de l'organisation d'efforts d'IPE, il faut donc demeurer vigilant pour s'assurer d'engendrer un apprentissage interprofessionnel.

Les curriculums d'IPE post-certification des USI s'intègrent dans une perspective de développement professionnel continu. Afin d'assurer une amélioration de la collaboration, ils doivent être rigoureusement organisés pour mener à un apprentissage interprofessionnel. Une assise pédagogique contribue à structurer l'IPE pour engendrer ce type d'apprentissage.

2.2 Approche par compétences

Une variété de modèles d'éducation a été employée en sciences de la santé afin d'organiser les curriculums d'éducation. Cette section aborde l'utilisation de l'approche par compétences pour structurer l'IPE dans les USI. Ce modèle d'éducation est d'abord justifié afin de démontrer sa cohérence avec l'IPE. L'approche est ensuite expliquée de manière théorique afin de détailler son opérationnalisation en IPE dans les USI. Enfin, l'utilisation d'une étude de faisabilité est discutée.

2.2.1 Justification de l'approche pédagogique

L'approche pédagogique utilisée doit être cohérente avec l'effort d'éducation pour optimiser sa structure et les apprentissages qui en découlent. Cette portion vise à expliciter cette cohérence entre l'approche par compétences et l'IPE dans les USI. Une justification sociétaria est d'abord effectuée puisque cette recherche implique les professionnels travaillant actuellement dans le système de santé. L'approche est ensuite justifiée par les besoins d'éducation interprofessionnelle des USI.

L'approche par compétences est recommandée comme un standard en matière d'éducation des sciences de la santé par de nombreuses institutions en raison de la complexification des systèmes de santé à travers le monde (Frenk et al., 2010; IOM, 2003b). Ce phénomène s'explique entre autres par une augmentation exponentielle des connaissances scientifiques dont l'évolution perpétuelle rend difficile leur apprentissage par l'ensemble des professionnels de la santé (Chen et al., 2004; IOM, 2003a). La résultante est une population vieillissante affligée de maladies chroniques nécessitant une collaboration continue pour prendre en charge ces problématiques d'une complexité grandissante (Strong et al., 2005; WHO, 2010). Ainsi, les professionnels de la santé actuels luttent pour suivre les besoins changeants d'une population pour laquelle ils n'ont pas été préparés, engendrant un épuisement graduel des systèmes de santé (Chen et al., 2004). Par conséquent, le système d'éducation doit permettre le développement de professionnels qui peuvent répondre aux besoins de la population grâce à une meilleure collaboration (Frenk et al., 2010). Les systèmes de santé et d'éducation des professionnels sont donc directement liés comme démontré par la Figure 2 (p. 41) qui résume le cadre de référence sous-tendant cette recherche.

Contrairement à l'utilisation de l'approche par structure et par processus, pour organiser le système d'éducation l'approche par compétences ne se base pas sur l'acquisition de savoirs dans un temps requis (Carraccio et al., 2002). Elle est basée sur l'apprenant lui-même et l'application concrète de savoirs en contexte (Carraccio et al., 2002). Ce type de programme pédagogique basé sur les résultats met l'emphase sur le professionnel à développer, et non pas sur le processus d'apprentissage (Frank et al., 2010; Gruppen et al., 2012; Morcke et al., 2013). Ce faisant, l'approche par compétence permet de lier les compétences qu'un professionnel doit présenter pour travailler avec cette population en évolution et les compétences enseignées. L'argumentaire de l'utilisation de l'approche par compétences pour structurer les programmes d'éducation

professionnelle est qu'elle permet d'éduquer des professionnels qui peuvent mieux répondre aux besoins de la société (Figure 2, p. 41) (Frenk et al., 2010).

De la sorte, sur la scène internationale, la *Commission on Education of Health Professionals* a proposé une réforme dans tous les programmes d'éducation des professionnels de la santé suite à l'analyse mondiale de différents programmes d'éducation (Frenk et al., 2010). Au Canada, plusieurs professions ont entamé cette réforme telles que les sciences infirmières et la pharmacie. En médecine, ce changement fut seulement annoncé en 2014, et continu d'être implémenté au niveau national (Dagnone et al., 2021; Frank, 2005; Harris et Frank, 2014). Dans la mesure où les études professionnelles visent à être basées sur l'approche par compétences, une cohérence avec l'IPE serait profitable aux professionnels de la santé (Frenk et al., 2010; IOM, 2003b). Ceci permettrait d'assurer une continuité des études professionnelles (précertification) jusqu'au développement professionnel continu (Barr, 1998; Ten Cate et al., 2015). L'approche par compétences répond donc aux besoins de la société en matière d'IPE.

En sciences de la santé, c'est de cette manière que l'approche par compétences s'est détachée de ses assises théoriques behavioristes pour être justifiée de manière populationnelle (Hyland, 1997; Schilling et Koetting, 2010). Or, plusieurs argumentent qu'une assise théorique est nécessaire pour engendrer un apprentissage adéquat en IPE (Barr et al., 2005; Cooper et al., 2001; Hean et al., 2012). Il est possible de lier à posteriori l'approche par compétences aux besoins des apprenants tels qu'identifiés par des théories humanistes. Puisque les curriculums d'IPE s'adressent à des professionnels adultes dans le cadre de développement professionnel continu, les théories humanistes de l'apprentissage des adultes renseignent bien le choix de l'approche par compétences (Merriam et Bierema, 2013). De la sorte, un apprenant professionnel adulte doit être en contrôle de son apprentissage (Knowles, 1973). Les savoirs partagés doivent être centrés sur son rôle professionnel et les expériences concrètes auxquelles il fait quotidiennement face (Kolb, 1984). Ceci a pour but d'engendrer un apprentissage qui lui permet de réfléchir de manière indépendante et de facilement s'adapter (Merriam, 2016). L'approche par compétences répond à ces besoins en demeurant focalisée sur les compétences qui doivent être acquises et mises en œuvre dans un contexte professionnel (Carraccio et al., 2002; Morcke et al., 2013). Le professionnel demeure en contrôle de son apprentissage puisqu'il est au centre de l'approche, sans hiérarchie avec l'éducateur (Knowles, 1975). De plus, en mettant l'accent sur les résultats de l'éducation, et non pas le processus, l'approche par compétences permet un apprentissage fluide qui n'est pas

limité à un seul contexte (Carraccio et al., 2002). Ce dynamisme est un avantage pour ce type de curriculum puisque la collaboration interprofessionnelle dans les USI n'est pas statique et les capacités de ces équipes doivent transcender l'unité pour collaborer avec divers consultants (Engeström, 2018). De la sorte, l'approche par compétences permet de rejoindre les besoins théoriques et populationnels de l'IPE des USI. Cette approche pédagogique doit être expliquée afin d'être utilisée dans le cadre de cette recherche.

2.2.2 Opérationnalisation en éducation interprofessionnelle aux soins intensifs

L'approche par compétences en IPE n'est pas une idée nouvelle (Barr, 1998). En revanche, aucun curriculum de ce type n'utilise actuellement ce modèle pédagogique. Cette partie vise à décrire son opérationnalisation en IPE dans les USI. L'approche par compétences est d'abord expliquée afin d'en établir les bases théoriques. Elle est appliquée à l'IPE, puis les besoins pour sa mise en place en contexte d'USI sont abordés.

L'approche par compétences en santé est un modèle qui organise un curriculum d'éducation autour du concept de compétence, c'est-à-dire la capacité à répondre de manière sécuritaire aux besoins des patients (Carraccio et al., 2002; Khan et Ramachandran, 2012). Cette approche vise à développer des professionnels compétents qui peuvent être décrits et résumés selon certaines caractéristiques précises, soit des compétences (Blanchet Garneau et al., 2017; Carraccio et al., 2002; Khan et Ramachandran, 2012). Une compétence est la capacité à incorporer les savoirs, les habiletés communicationnelles et les attitudes professionnelles (Carraccio et al., 2002; Frank et al., 2010; Ten Cate et al., 2015). Elle se développe et évolue constamment selon les contextes, elle est donc dynamique (Blanchet Garneau et al., 2017; Frank et al., 2010; Gruppen et al., 2012). Une compétence se déploie entre autres lors de tâches, d'actions ou de comportements, mais n'est pas spécifique à cette manifestation (Gruppen et al., 2012). Plusieurs argumentent qu'une compétence est directement mesurable puisqu'elle se décèle à travers une action (Frank et al., 2010; Gruppen et al., 2012; Ten Cate, 2005). Or, une compétence n'est pas en elle-même cette action, et ne peut être directement mesurée (Ten Cate, 2005; Ten Cate et Scheele, 2007). Au Canada, le domaine médical dut faire face à cette problématique lors de la mise en place de son curriculum national. Puisqu'il était seulement basé sur les compétences, leur évaluation concrète en contexte pratique était impossible (Ten Cate et Scheele, 2007). Ceci mena à l'identification des activités cliniques qui doivent être exécutées par tout médecin compétent dans sa profession. Ainsi, ces activités,

nommées activités professionnelles fiables (« *entrustable professional activities* »), sont des actions cliniques, essentielles pour tout médecin compétent, et qui reflètent une ou plusieurs compétences ayant préalablement été identifiées. De la sorte, les compétences des professionnels en apprentissage sont indirectement mesurées par l'évaluation de ces actions cliniques. Il est possible d'appliquer un modèle semblable à l'approche par compétences en IPE afin de prévenir la problématique d'évaluation des compétences.

Le CIHC a amorcé cette démarche en créant un référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (CIHC, 2010). Les compétences identifiées comme nécessaires pour une pratique collaborative sont : 1) la communication interpersonnelle; 2) les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté; 3) la clarification des rôles; 4) le travail d'équipe; 5) le leadership collaboratif; et 6) la résolution de conflits interprofessionnels. L'élaboration de ce référentiel permet d'entreprendre la prochaine étape dans l'intégration de l'approche par compétences en IPE (Frank et al., 2010). En s'appuyant sur les problématiques de l'approche par compétences identifiées en éducation médicale, il est proposé d'ajouter un complément à ce référentiel du CIHC (Ten Cate et Scheele, 2007). Celui-ci permettrait de lier des activités de la pratique quotidienne qui sont effectuées de manière interprofessionnelle, aux compétences préalablement identifiées (CIHC, 2010). Ce faisant, les efforts d'IPE seraient organisés autour des compétences nécessaires pour une pratique collaborative tout en permettant leur évaluation concrète.

L'identification d'« Activité Interprofessionnelle Durable » (AIPD) (« *Sustainable Interprofessional Activity* » (SIPA)) est proposée afin de former ce complément (Ten Cate et al., 2015). Le terme durable a été choisi puisque ce curriculum s'intègre dans une perspective de développement professionnel continu qui a pour objectif de maintenir les compétences après la certification des professionnels (Barr et al., 2005; Smith et al., 2016). Suivant le modèle de l'éducation médicale, les AIPD seraient définies comme des tâches et des responsabilités qui : 1) sont essentielles pour la pratique collaborative dans un contexte donné; 2) requièrent l'IPE pour l'acquisition des connaissances, aptitudes et attitudes essentielles; 3) mènent à un développement professionnel continu reconnu; 4) peuvent seulement être exécutés par deux professionnels qualifiés ou plus; 5) sont indépendantes dans leur exécution; 6) à l'intérieur d'un délai prescrit; 7) dont le processus et les résultats sont observables et mesurables, menant à une conclusion (« collaborative » ou « non collaborative »); et 8) reflètent une ou plusieurs compétences

interprofessionnelles (Schultz et al., 2015; Ten Cate, 2005; Ten Cate et al., 2015). Pour la suite du mémoire, le terme AIPD réfère à cette définition alors que l'appellation « activité interprofessionnelle » est réservé à des activités qui n'ont pas encore été identifiées comme essentielles pour la pratique collaborative. L'appellation « tâche interprofessionnelle » est par ailleurs utilisée pour désigner une tâche qui n'a pas encore été définie par des caractéristiques précises en raison de l'absence d'études antérieures les spécifiant.

Bien que les compétences du référentiel soient universelles, les AIPD qui doivent être identifiées s'insèrent dans un contexte spécifique, et différent donc selon le milieu et les professionnels impliqués. Puisque cette recherche priorise l'IPE des USI, les AIPD spécifiques à ce domaine doivent être identifiées pour chacun des groupes professionnels de ces équipes, et regroupées afin de créer un complément au référentiel national du CIHC. De la sorte, pour opérationnaliser l'approche par compétences comme modèle pédagogique de l'IPE dans les USI, un complément doit être ajouté au référentiel de compétences. Afin de former ce complément, les AIPD spécifiques au contexte des USI doivent être identifiées.

2.2.3 Étude de faisabilité

La création d'un complément au référentiel canadien en matière de compétences collaboratives permettra d'opérationnaliser l'approche par compétences en IPE. Celui-ci doit être composé d'AIPD qui sont spécifiques au contexte des USI canadiennes. L'avis d'experts à travers le pays serait donc nécessaire afin de permettre la généralisation de ce complément. Or, une étude de cette envergure doit être minutieusement planifiée, ce qui justifie une étude de faisabilité.

Une étude de faisabilité a pour objectif d'aider à la mise en place d'une étude confirmatoire (Orsmond et Cohn, 2015). Cette portion permet d'adapter une étude future de plus grande envergure et se concentre sur le processus de développement d'une étude. De plus, elle permet de valider la durée de chacune des phases et la clarté des informations transmises aux participants, de même que des énoncés des différents questionnaires (Rowe et Wright, 1999). L'évaluation et le raffinement des procédures de collecte de données et d'analyse de la méthodologie permettant d'identifier les AIPD spécifiques au contexte des USI canadiennes sont donc les premières étapes de la création de ce complément national (Orsmond et Cohn, 2015).

2.3 Sommaire et question spécifique de recherche

La conclusion qui suit est illustrée à l'aide de la Figure 2 (p. 41) qui résume ce cadre de référence. En sciences de la santé, la collaboration interprofessionnelle implique au moins deux personnes de professions différentes qui œuvrent ensemble pour répondre aux besoins d'un patient. Puisque les USI traitent les patients les plus complexes, le besoin de collaboration y est constamment présent, particulièrement en travail d'équipe où les individus se distinguent par leur interdépendance. L'IPE est l'un des processus par lequel se développe cette collaboration, et peut avoir lieu à différentes périodes dans le cheminement professionnel. Il est impératif de s'assurer que les professionnels travaillant actuellement auprès de patients sont bien outillés quant aux compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle. L'approche par compétences répond aux besoins du système de santé et des apprenants adultes. Afin d'opérationnaliser cette approche pédagogique en IPE, un complément doit être ajouté au référentiel national de compétences. Celui-ci doit être composé d'AIPD spécifiques à la collaboration en contexte d'USI.

Quelles sont les activités interprofessionnelles essentielles pour les équipes des unités de soins intensifs, et nécessitant des efforts durables de développement professionnel continu des compétences inhérentes à la pratique collaborative ?

Pour identifier ces AIPD, une étude pancanadienne est nécessaire. Pour ce faire, une étude de faisabilité est incontournable.

Quelle est l'acceptabilité de la méthode permettant d'identifier les AIPD en vue d'une étude nationale ?

La méthodologie qui fut utilisée pour répondre à cette question de recherche est présentée dans le prochain chapitre.

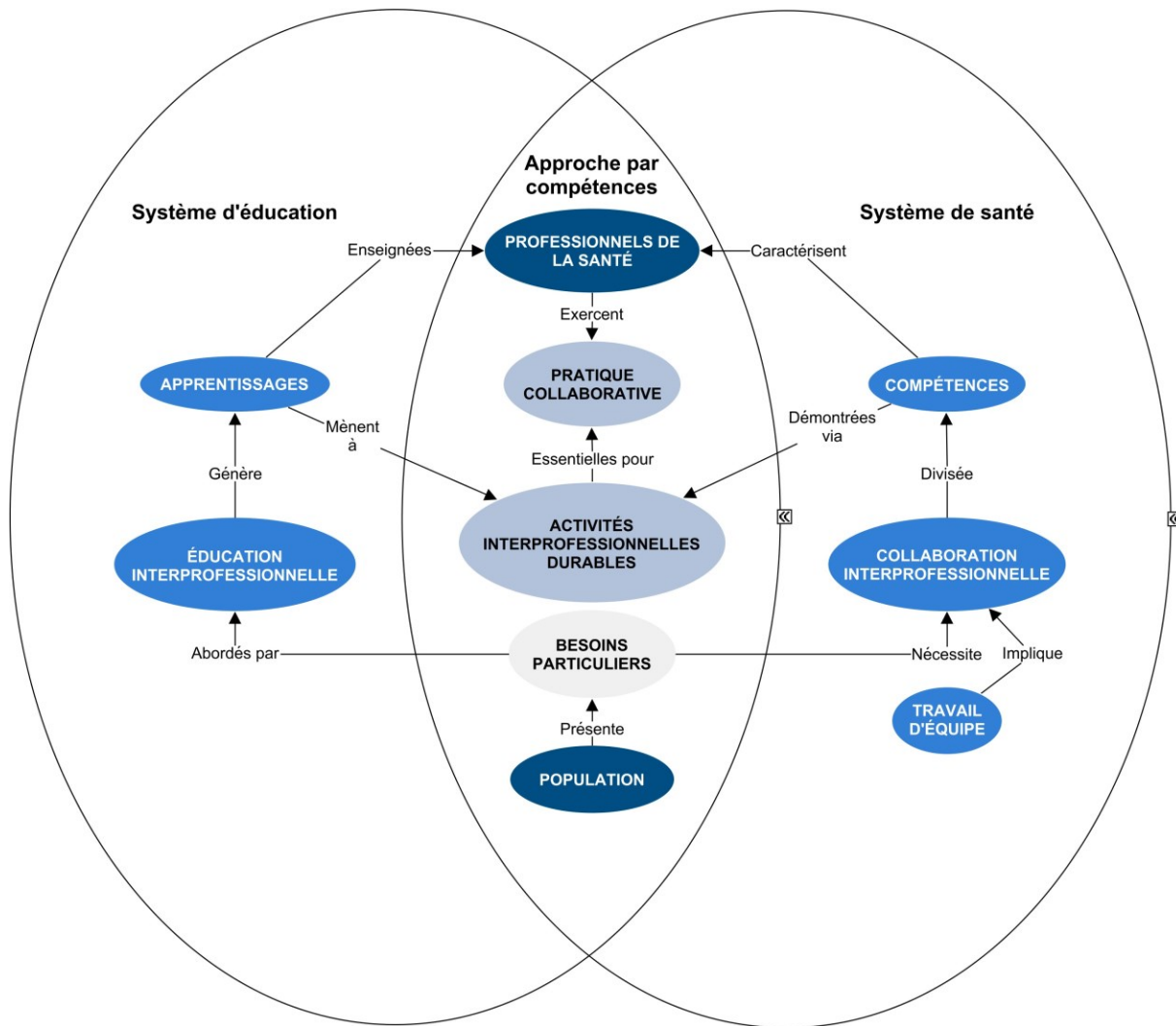


Figure 2 – Opérationnalisation de l'approche par compétences en IPE

3 Méthodologie

Un complément au référentiel national de compétences pour une pratique collaborative est nécessaire pour opérationnaliser l'approche par compétences en éducation interprofessionnelle (IPE) aux unités de soins intensifs (USI). Ce complément doit être constitué des activités interprofessionnelles qui sont essentielles à la pratique des professionnels œuvrant dans les équipes des USI, soit des activités interprofessionnelles durables (AIPD). Ces AIPD doivent être identifiées à l'aide d'une méthodologie détaillée dont il sera question dans cette section. Le devis de l'étude est d'abord abordé, suivi d'une description de chacune des portions de l'étude. La population, l'échantillon choisi et la méthode de recrutement sont ensuite expliqués. Finalement, les considérations éthiques de cette recherche sont décrites.

3.1 Devis de l'étude

Ce projet vise à établir les éléments pédagogiques d'un curriculum d'IPE dans les USI. Il s'inscrit dans une entreprise plus large de développement de programmes d'IPE. Afin de répondre à ces besoins, une recherche mixte séquentielle exploratoire fut conduite et est discutée dans cette partie. Ce type de recherche est d'abord décrit, puis la méthodologie est expliquée. L'utilisation d'une étude de faisabilité est ensuite explorée.

3.1.1 Recherche mixte séquentielle exploratoire

L'objectif de cette étude était d'identifier les activités interprofessionnelles qui sont essentielles pour une pratique collaborative dans les USI, soit AIPD. Un devis mixte séquentiel exploratoire fut utilisé pour identifier d'abord de manière qualitative les activités interprofessionnelles effectuées quotidiennement par les professionnels des USI, puis cette information fut utilisée afin de mesurer quantitativement celles qui sont essentielles (Creswell, 2018). Ce devis offre la possibilité aux chercheurs d'explorer et de valider de nouveaux concepts associés au contexte particulier des participants (Creswell, 2018). La nécessité d'intégrer les participants dans le développement des activités justifiait son utilisation dans le cadre de cette recherche. En effet, l'apprenant adulte est au centre de l'approche pédagogique qui doit être organisée autour de ses expériences et de ses besoins professionnels (Knowles, 1973, 1975; Kolb, 1984). De plus, cette recherche est la première phase visant à guider la génération de programmes d'IPE dans les USI qui s'appuient sur l'approche par compétences.

Par ailleurs, une seule approche, qualitative ou quantitative, n'était pas suffisante pour cette recherche. Une approche qualitative seule aurait permis de prendre en considération le contexte distinctif des professionnels des USI (Ervin et al., 2018; Savoie-Zajc, 2011). Or, elle n'aurait pas permis de généraliser des résultats pour guider l'ensemble des efforts d'IPE dans les USI. D'autre part, sous certaines conditions, une approche quantitative aurait permis cette généralisation, mais, seule, n'aurait pas adéquatement capturé le contexte dans lequel s'inscrit une étude (Boudreault et Cadieux, 2011; Creswell, 2018). La mixité des approches permet aux méthodes de pallier leurs faiblesses respectives (Creswell, 2018). L'approche mixte séquentielle exploratoire a satisfait les besoins qualitatifs et quantitatifs de cette recherche. Une méthode de consensus Delphi fut utilisée pour combiner ces deux types de recherche.

3.1.2 Combinaison des approches via la méthode Delphi

La méthode Delphi a pour objectif l'obtention d'un consensus anonyme d'opinions d'experts sur un sujet grâce à l'utilisation d'une série intensive de questionnaires entrecoupés de rétroactions contrôlées favorisant le consensus (Dalkey et Helmer-Hirschberg, 1962; Helmer-Hirschberg, 1964). La séquence des questionnaires de cette recherche est décrite dans la Figure 3 (p. 46). Une revue narrative de la littérature a d'abord permis d'identifier les activités interprofessionnelles effectuées aux USI. La liste d'activités identifiées par la littérature fut ensuite présentée aux experts. Par la suite, le premier questionnaire qualitatif fut envoyé aux experts afin de s'assurer que la formulation des activités interprofessionnelles soit représentative de leur pratique quotidienne aux USI. Les experts pouvaient alors apporter des modifications si nécessaire. De plus, ils ont eu pour tâche d'identifier les activités interprofessionnelles auxquelles ils participent quotidiennement, mais qui n'avaient pas été détectées par la revue de la littérature. Suivant cette portion qualitative, des rondes de questionnaires à prédominance quantitative furent administrées aux experts afin de recueillir leurs opinions quant à l'importance de chacune des activités interprofessionnelles identifiées par le premier questionnaire. Celles-ci furent entrecoupées d'une rétroaction quantitative sous forme de statistiques descriptives afin de favoriser un consensus d'opinion chez les experts quant à l'importance de chacune des activités. Le premier questionnaire quantitatif a rempli le rôle de la rétroaction contrôlée de la portion qualitative et a collecté l'auto-évaluation des experts quant à leur aisance à évaluer chaque activité interprofessionnelle (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Dalkey et al., 1969; Keeney, 2011; Rowe et Wright, 1999). Par ailleurs, lors de la troisième ronde, les experts dont les réponses se situaient à l'extérieur ou dans des quartiles supérieurs et inférieurs ont dû justifier leurs choix afin de favoriser un consensus d'opinion (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Dalkey, 1972; Helmer-Hirschberg, 1964; Rowe et Wright, 1999).

Afin d'optimiser le processus et d'éviter les biais, les experts participants devaient demeurer anonymes dans leurs réponses (Dalkey et Helmer-Hirschberg, 1962; Waggoner et al., 2016). Par exemple, les participants ne pouvaient pas mentionner qu'ils faisaient partie de l'étude et leurs réponses ne pouvaient pas contenir de facteur identificateur. La transmission par courriel des questionnaires a permis de conserver cet anonymat. De cette façon, la méthode Delphi employée de manière séquentielle mixte a permis d'identifier les activités interprofessionnelles qui sont essentielles pour une pratique collaborative dans les USI.

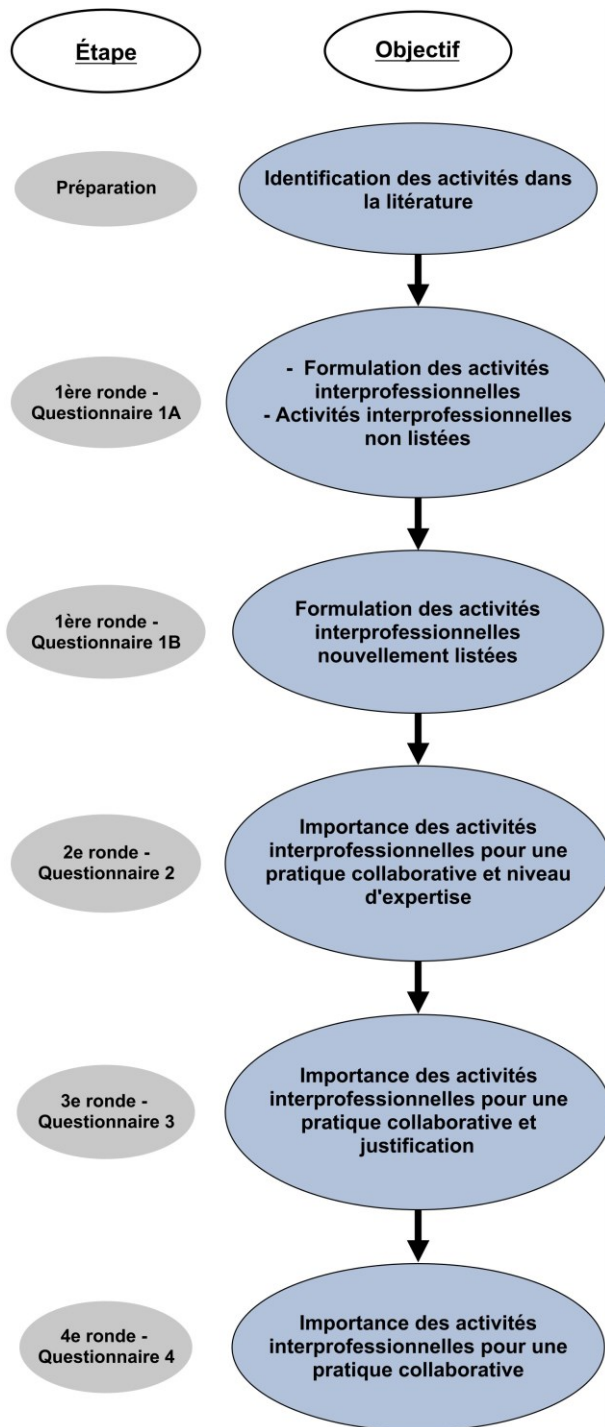


Figure 3 – Séquence des questionnaires

Cette méthode a été choisie à l'aide de la littérature sur le modèle des *entrustable professional activities* sur lequel se basait ce projet de recherche (Ten Cate et al., 2015). Trois catégories de procédures avaient été identifiées afin de générer un inventaire complet d'activités qui présentent une bonne validité soit : 1) une revue de la littérature pour assurer une représentativité des activités répertoriées; 2) la validation de la pertinence des activités répertoriées par des experts et 3) une méthode de consensus afin de pouvoir généraliser nos résultats. La méthode Delphi est l'une des méthodes de consensus les plus utilisées en sciences de la santé et permet de rassembler ces trois procédures sous une même méthodologie mixte (Keeney, 2011; Waggoner et al., 2016). De plus, une revue de la littérature a permis d'identifier deux autres méthodes de consensus qui sont particulièrement utilisées dans le domaine de la santé soit le développement de consensus par conférence (*consensus development conference/panel*) et le processus de nomination par comité (*nominal group process/expert panel method*) (Bowling, 2014; Waggoner et al., 2016). Ces deux méthodes nécessitent un contact face à face des experts pour l'ensemble du processus (développement de consensus par conférence) ou seulement pour discuter de différents choix (processus de nomination par comité) (Waggoner et al., 2016). Ce genre d'interaction était à risque d'introduire plusieurs biais, particulièrement en raison de l'influence d'individus persuasifs (Dalkey, 1967). Par exemple, une personnalité plus forte au sein du groupe aurait pu engendrer un consensus qui reflète son opinion seule puisqu'elle peut convaincre les autres experts. D'autre part, la confrontation directe aurait induit des consensus rapides, mais fondés sur des idées préconçues. Des conflits peuvent aussi survenir, provoquant la fermeture d'esprit des experts, nuisant à l'obtention d'un consensus (Dalkey et Helmer-Hirschberg, 1962). Particulièrement dans le domaine de la santé, où la responsabilité professionnelle des soins aux patients et l'identité professionnelle sont source de conflits, la confrontation directe aurait pu nuire à un consensus (Lingard et al., 2004). La méthode Delphi utilise l'anonymat afin d'éviter ces obstacles, ce qui justifiait son utilisation dans le cadre de cette recherche (Dalkey et Helmer-Hirschberg, 1962). Ainsi, l'obtention d'un consensus anonyme a permis d'identifier les activités interprofessionnelles importantes pour pratique collaborative dans les USI, soit des AIPD. Cette méthode est représentée par la Figure 4 (p. 48).

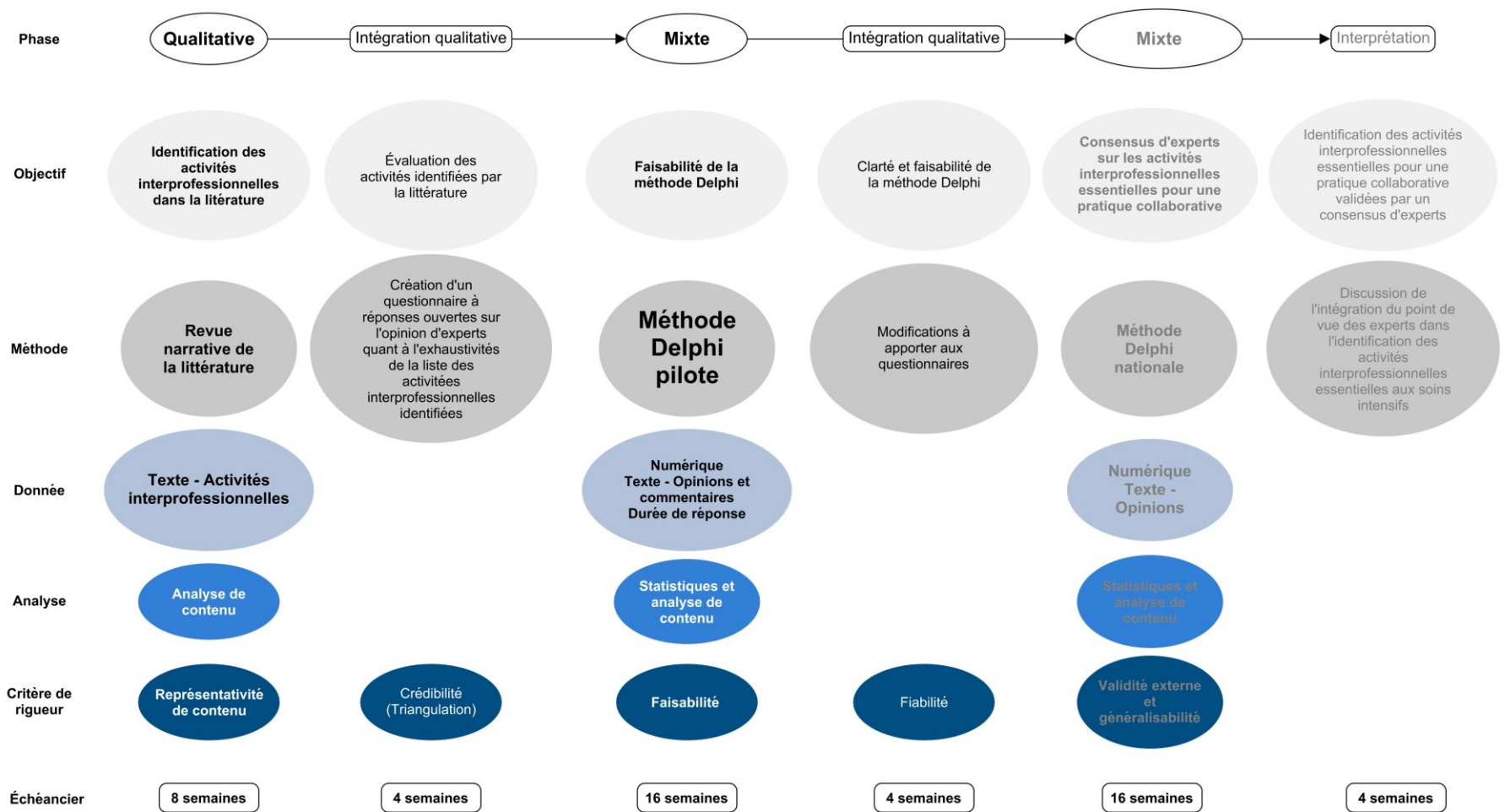


Figure 4 - Recherche mixte séquentielle exploratoire

3.1.3 Étude de faisabilité

Cette étude avait pour objectif primaire l'évaluation et le raffinement des procédures de collecte de données et d'analyse (Orsmond et Cohn, 2015). La méthodologie était identique à la méthode Delphi précédemment décrite, mais plus concise comme démontré par la Figure 5 (p. 50). Les participants recrutés furent invités à répondre à des questions sur l'acceptabilité de la méthodologie et justifier leurs réponses à travers les différentes rondes de l'étude. Ces questions de rétroaction visaient à recueillir l'efficacité de la méthodologie, la surcharge du projet, la compréhension (p. ex. langage, explications, la logique de progression) et l'engagement des participants envers le projet (Annexe C – Exemples de questionnaires, Questionnaire de rétroaction, p. 178).

Par ailleurs, ceci a permis d'évaluer si la méthode de collecte de données était faisable et adéquate, puis si l'analyse des données était possible dans un laps de temps raisonnable. Le temps requis par questionnaire fut donc aussi collecté. En réponse à cette étude, les modifications requises seront effectuées préalablement au lancement de la méthode Delphi nationale, de manière concomitante au recrutement des participants.

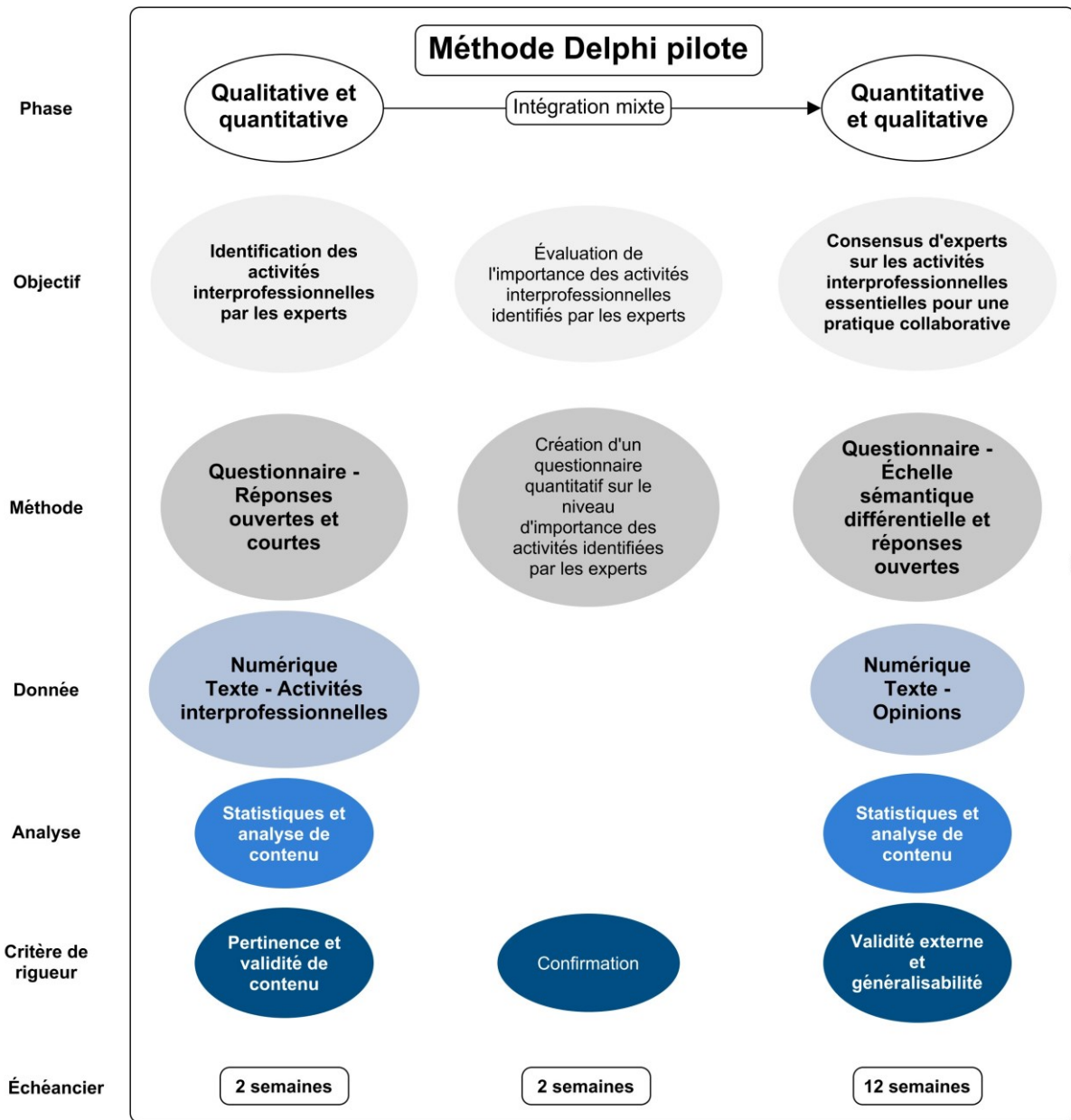


Figure 5 – Méthode Delphi pilote

3.2 Description des étapes de l'étude pilote

Plusieurs étapes étaient requises afin d'identifier les AIPD nécessaires à une pratique collaborative aux USI. Elles sont décrites dans les sections qui suivent. La revue narrative de la littérature permettant d'abord d'identifier les activités interprofessionnelles est discutée. La méthode Delphi afin d'identifier les activités qui correspondent à des AIPD est ensuite abordée.

3.2.1 Revue narrative de la littérature

Une revue narrative de la littérature fut effectuée afin de générer une liste empirique des activités interprofessionnelles dans les USI. Ces activités interprofessionnelles sont toute tâche qui nécessite une collaboration interprofessionnelle. Une justification de cette approche est d'abord effectuée, suivie d'une description méthodologique de recherche systématique, puis d'analyse de contenu.

3.2.1.1 Justification

Une revue narrative de la littérature permet d'assurer une représentativité des activités générées par cette recherche (Ten Cate et al., 2015). Elle visait aussi à réduire le nombre d'activités identifiées par les experts qui peut être considérable lors d'une méthode Delphi (Keeney, 2011; Ten Cate et al., 2015). En identifiant de cette manière plusieurs activités interprofessionnelles, le nombre de réponses générées par les questionnaires ouverts fut réduit et leur analyse plus rapide.

3.2.1.2 Méthode

Une recherche systématique fut conduite selon la méthode de Higgins et Green (2011).

3.2.1.2.1 Stratégie de recherche

Une liste de mots clés pertinents à l'égard des USI et de la collaboration interprofessionnelle fut créée et est présentée dans le Tableau 3 (p. 52). Puis, ces mots clés furent combinés à l'aide d'opérateurs booléens (Higgins et Green, 2011). La stratégie de recherche fut optimisée à l'aide d'un bibliothécaire médical. Une recherche fut conduite entre avril 2019 et mars 2020 dans six bases de données électroniques : MEDLINE (EBSCO), CINAHL (EBSCOHost), Embase (EBSCO), ERIC (ProQuest), Cochrane Library, et PsycInfo (APA PsychNet). Une recherche manuelle de la bibliographie des articles inclus, d'éditoriaux, de revues de la littérature et la

littérature grise (*Google Scholar*, organismes) fut aussi effectuée. Ces stratégies additionnelles ont été utilisées afin de détecter des articles qui n’auraient pas été identifiés à l’aide d’une recherche dans les bases de données électroniques. Les titres et les résumés des articles identifiés à l’aide de la stratégie de recherche furent d’abord révisés par l’étudiante afin d’évaluer s’ils répondaient aux critères d’inclusion. Deux chercheurs, l’étudiante (MTS) et un étudiant au PhD (CV), ont ensuite procédé indépendamment à la lecture de l’ensemble des manuscrits et l’extraction des données. Les désaccords furent résolus à travers des discussions de consensus avec le directeur de maîtrise de l’étudiante (NR). La stratégie de recherche est disponible dans l’Annexe A – Stratégie de recherche (Tableau 17, p. 165).

Tableau 3 – Mots clés

POPULATIONS/CONTEXTES		COMPÉTENCES/ACTIVITÉS	
Soins intensifs	ET	Collaboration	Conflit
Soins critiques		Travail d’équipe/Équipe	Communication
Aigu		Équipe de soins	Négociation
Réanimation		Équipe de soins du patient	Leadership
		Crise/Capacité de gestion de crise	Interprofessionnel
		Compétences non techniques	Multiprofessionnel
		Interdisciplinaire	Multidisciplinaire

3.2.1.2.2 Critères d’inclusion

Les études répondant aux critères suivants furent incluses : a) menées dans des USI adultes telles que définies par le *Canadian Institute for Health Information* (CIHI), ou dans lesquelles il est possible d’extraire des données spécifiques à celles-ci (CIHI, 2016; Gagné et Ferrari, 2018; Piette, 2012); b) visant à décrire des activités interprofessionnelles (c’est-à-dire impliquant, directement ou non, au moins deux professions différentes (Barr et al., 2005; CIHC, 2010)); c) publiées en anglais ou en français dans des journaux révisés par les pairs; et d) publiés après 1969.

Cette date fut utilisée puisqu'elle correspond à la première apparition du concept d'IPE dans la littérature (Szasz, 1969). Les études de cas, les éditoriaux, les articles de développement d'instruments de mesure et les articles abordant la télémédecine furent exclus puisqu'ils ne permettent pas une généralisation suffisante pour cette étude (CIHI, 2016).

3.2.1.2.3 *Extraction des données*

Les données suivantes furent extraites des articles inclus : 1) auteurs et année de publication; 2) pays hôte de la recherche; 3) type d'article; 4) échantillon et méthode de recrutement; 5) caractéristiques des USI incluses (nombre, type, nombre d'institutions) ; 6) tâches interprofessionnelles; 7) professionnels de la santé impliqués; 8) compétences interprofessionnelles visées telles que décrites par le *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) (2010); 9) connaissances, aptitudes et attitudes requises pour l'activité interprofessionnelle. Les activités interprofessionnelles furent classifiées par système, conformément à l'approche populaire des USI basée sur les systèmes. Puisque certaines activités faisaient référence à des soins généraux, deux catégories ont été ajoutées à l'approche par système. Ainsi, les activités centrées sur l'équipe sont spécifiques à la performance de l'équipe et les activités centrées sur le patient (sa famille ou ses proches) sont spécifiques à l'autodétermination du patient dans les USI.

3.2.1.3 **Analyse des données**

Une analyse de contenu fut effectuée sur les articles identifiés par la revue narrative de la littérature (Keeney, 2011; Miles et al., 2014; Seuring et Gold, 2012). Cette analyse fut divisée en trois étapes majeures soit : 1) condensation des données, 2) affichage des données, et 3) vérification (Miles et al., 2014). En préparation pour la condensation des données, les tâches interprofessionnelles identifiées dans la littérature furent regroupées au sein d'un seul document sous forme de tableau. Ces tâches furent ensuite organisées en fonction des systèmes auxquelles elles s'adressent. Par exemple, la tâche « ajustement de la ventilation mécanique » fut liée au système respiratoire, tout comme les tâches « sevrage de la ventilation mécanique » et « gestion des voies aériennes ». De cette manière, une liste d'activités interprofessionnelles pour chacun des systèmes fut générée. Le premier cycle de condensation des données fut ensuite effectué par deux chercheurs indépendants (MTS et CV) afin d'augmenter la fiabilité. Ainsi, les deux chercheurs ont lu à deux reprises les données brutes afin de se familiariser. Par la suite, ils ont attribué un code *in vivo* à chacune des tâches, c'est-à-dire un terme qui identifie la tâche tirée des mots employés par

les auteurs des articles inclus. En reprenant l'exemple précédent, le code « ventilation » aurait pu être attribué. Cette méthode a été choisie puisqu'elle permet de demeurer le plus près possible des mots employés par chaque auteur, et donc de mieux rendre compte du contexte théorique des auteurs (Keeney, 2011). Une rencontre entre les chercheurs eut lieu par la suite afin d'atteindre un consensus sur les codes et les définitions attribués (Miles et al., 2014). En cas de discordance, un troisième chercheur indépendant (NR) fut consulté. Par la suite, un deuxième cycle de condensation des données eut lieu afin de regrouper les tâches présentant des similarités. Une rencontre a permis afin d'atteindre un consensus sur les codes et les définitions attribués. Ce nombre est aussi décrit comme optimal pour décrire l'ensemble d'une pratique professionnelle.

À la suite de cette analyse, les tâches interprofessionnelles furent écrites en suivant des caractéristiques précises afin qu'elles soient maintenant décrites comme des activités interprofessionnelles. Les caractéristiques des activités interprofessionnelles sont les suivantes : 1) titre de l'activité composé de 10 mots ou moins et d'un verbe à l'infinitif ; 2) description de l'activité (ce qui est inclus, les limitations si elles s'appliquent et le contexte); 3) professionnels de la santé impliqués ; 4) compétences requises selon le cadre de référence du CIHC (2010); 5) connaissances, aptitudes et attitudes requises afin de pouvoir compléter les activités (Ten Cate, 2013; Ten Cate et al., 2015). La deuxième étape de cette analyse de contenu, l'affichage des données, eut lieu en accord avec la méthode Delphi (Keeney, 2011). Les activités interprofessionnelles, regroupées selon les groupes professionnels et selon le système impliqué identifiés dans la première phase, furent rassemblées sous forme de matrice (lignes et colonnes) (Miles et al., 2014). Les activités interprofessionnelles furent ainsi divisées en colonnes selon leurs caractéristiques (par exemple, professionnels impliqués, système, etc.). Les lignes de la matrice furent composées des activités interprofessionnelles individuelles. Cet affichage de données fut utilisé afin de créer les questionnaires de la méthode Delphi, qui est présentée dans la section suivante (3.2.2 Méthode Delphi, p. 55). La troisième phase de l'analyse de contenu, la vérification, eut lieu lors de la première ronde de la méthode Delphi au cours de laquelle des experts ont confirmé les résultats de l'analyse de contenu. Cette ronde est décrite dans la section suivante (3.2.2.1 Première ronde, p. 56).

Par ailleurs, les données quantitatives furent analysées par des statistiques descriptives, soit des proportions, des moyennes et des médianes afin de décrire quantitativement les activités interprofessionnelles identifiées dans la littérature. Les systèmes auxquelles les activités

interprofessionnelles, de même que les professionnels et les compétences impliquées dans les activités ont été quantifiés de cette manière.

3.2.2 Méthode Delphi

Le déroulement de la méthode Delphi est illustré à l'aide de la Figure 6 (p. 55). Les différentes rondes sont décrites, suivi d'une description de l'analyse statistique qui a été effectuée.

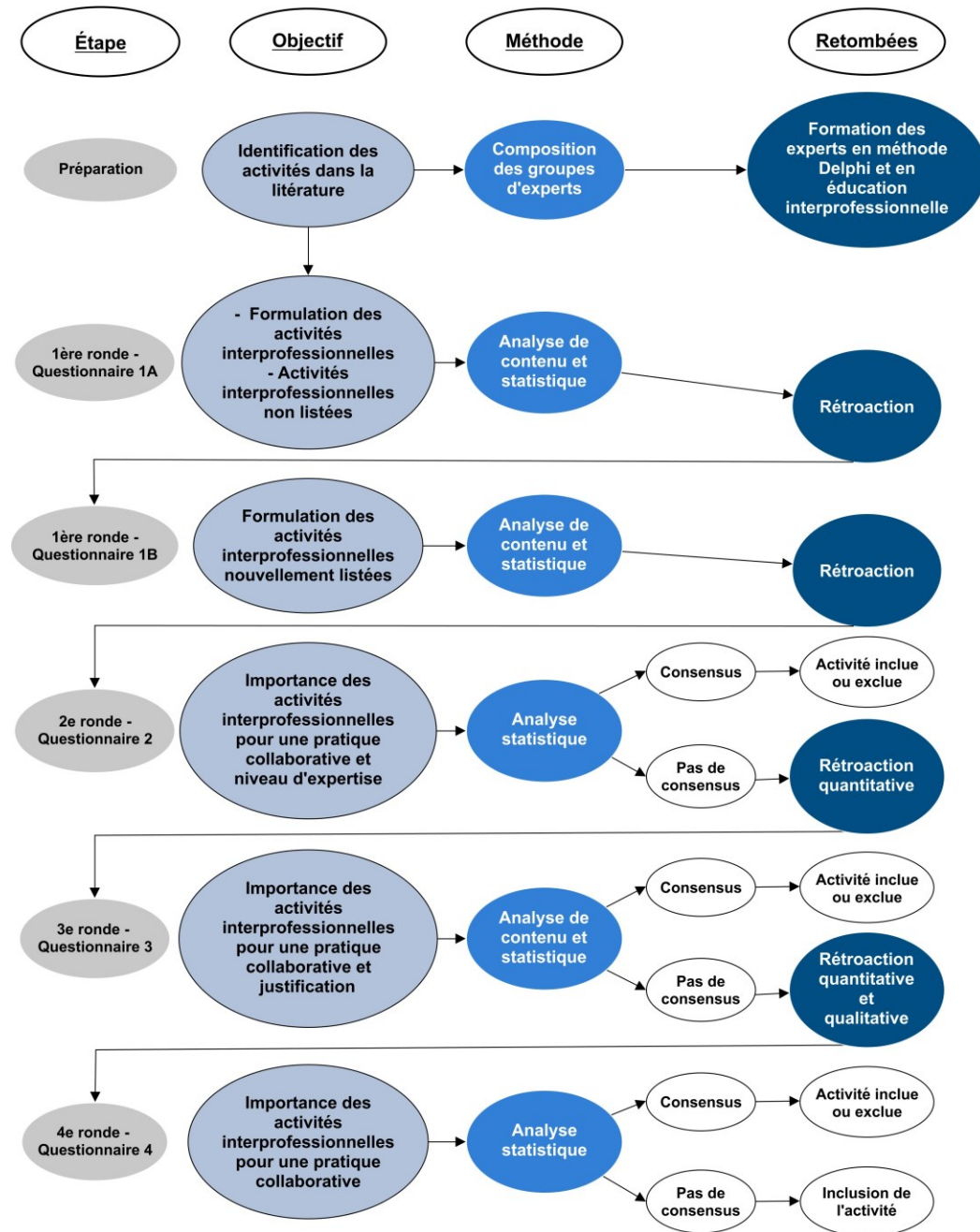


Figure 6 – Méthode Delphi

3.2.2.1 Première ronde

Préalablement au lancement de la recherche, les experts ont lu un document résumant la littérature et les concepts employés (p. ex. les caractéristiques d'une AIPD) (Annexe B – Documents explicatifs, p. 167). Ceci a permis d'obtenir des données respectant l'opinion des participants, sans confusion quant à la terminologie utilisée dans la recherche (Dalkey et Helmer-Hirschberg, 1962; Ten Cate et al., 2015). L'étudiante chercheuse était disponible pour répondre aux questions des participants, qui étaient aussi libres de consulter d'autres ouvrages au besoin. Par ailleurs, un questionnaire de rétroaction fut envoyé aux experts afin d'évaluer l'efficacité, la pertinence, l'ambiguïté et l'adéquation de ces documents (Orsmond et Cohn, 2015) (Annexe C – Exemples de questionnaires, Questionnaire de rétroaction, p. 178).

À la suite de cette mise à niveau, le premier questionnaire qualitatif électronique fut envoyé par courriel aux experts participants (Annexe C – Exemples de questionnaires, Questionnaire 1a, p. 184). Ce questionnaire à réponses ouvertes avait pour objectif d'identifier toutes les tâches interprofessionnelles qu'effectuent quotidiennement les experts. La liste des activités interprofessionnelles des USI, identifiées à partir de la revue de la littérature, de même que leur description fut présentée aux experts. À l'aide d'une question dichotomique, les experts ont identifié si leur propre profession prenait part à chacune des activités. Dans le cas où ils répondraient par l'affirmative, ils avaient la possibilité de soumettre des modifications afin que l'activité décrite reflète leur pratique quotidienne. Par ailleurs, ils identifiaient les professionnels qui doivent être impliqués dans les activités et les compétences qui étaient reflétées par ces activités. Les experts étaient ensuite invités à lister des activités qu'ils devaient effectuer de manière collaborative au sein de leur unité et qui n'avaient pas été identifiées dans la liste empirique. Les experts étaient invités à remplir le questionnaire prospectivement au cours d'une semaine de travail afin de limiter des biais de rappel. Au cours de la période de réponse, les experts pouvaient consulter la liste d'activités de la littérature et leurs propres réponses. Une période de deux semaines fut allouée aux experts afin de remplir ce questionnaire, un rappel à une semaine fut envoyé pour maximiser le taux de réponse (Keeney, 2011). À la fin de la période de réponse, le questionnaire fut automatiquement fermé et il n'était plus possible pour les experts d'ajouter des réponses. Cette procédure fut appliquée à tous les questionnaires suivants.

Une analyse de contenu, telle que décrite précédemment dans la section sur la revue de la littérature, fut effectuée sur les réponses qualitatives des experts. Une analyse quantitative du nombre d'experts qui identifiaient chacun des professionnels et des compétences liées à ces activités fut aussi effectuée. Par ailleurs, les activités nouvellement identifiées par les experts furent renvoyées sous le même format que lors du premier questionnaire afin que les experts puissent identifier les professionnels et les compétences auxquelles ces activités réfèrent. L'analyse statistique est décrite subséquemment. Au terme de cette ronde de questionnaires, une liste d'activités interprofessionnelles a conséquemment été créée. Chacune des activités était écrite sous en suivant les mêmes caractéristiques que lors de l'analyse de contenu de la revue narrative de la littérature (3.2.1.3 Analyse des données, p. 53), soit : 1) titre de l'activité ; 2) description de l'activité ; 3) professionnels de la santé impliqués ; 4) compétences requises selon le cadre de référence du CIHC (2010); 5) connaissances, aptitudes et attitudes requises afin de pouvoir compléter les activités (Ten Cate, 2013; Ten Cate et al., 2015).

3.2.2.2 Deuxième ronde

Lors de la deuxième ronde, les experts furent invités par courriel à évaluer la pertinence des activités interprofessionnelles identifiées de manière qualitative lors de la première ronde (3.2.2.1 Première ronde; p. 56) (Annexe C – Exemples de questionnaires, Questionnaire 2, p. 216). Pour ce faire, la liste des activités identifiées lors de la première ronde (3.2.2.1 Première ronde; p. 56) a été envoyée aux experts. Seules les activités traitant de la propre profession de chacun des experts furent incluses dans les questionnaires des experts des différents groupes professionnels. Si par exemple l'activité « Transporter un patient » était identifiée dans la première portion de l'étude comme impliquant au moins une infirmière, un préposé aux bénéficiaires et, à l'occasion, un inhalothérapeute. Cette activité interprofessionnelle aurait donc été incluse dans les questionnaires de ceux-ci, mais pas dans ceux des intensivistes, des pharmaciens, des nutritionnistes et des physiothérapeutes. La liste des activités interprofessionnelles fut donc variable d'un groupe d'experts à un autre. Les experts ont ensuite noté l'importance de chacune des activités pour une pratique collaborative sur une échelle sémantique différentielle de cinq points (1=aucune importance, 5=très importante) (CIHC, 2010). Cette question a été choisie puisqu'elle constitue l'un des objectifs de l'IPE (CIHC, 2010). Les participants devaient aussi noter leur degré d'expertise par rapport à chaque activité interprofessionnelle sur une échelle de Likert de cinq

points (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Dalkey et al., 1969; Helmer-Hirschberg, 1966; Rowe et Wright, 1999). L'utilisation de cette donnée sera décrite dans la section suivante.

Les données furent ensuite analysées pour déterminer s'il y avait un consensus quant à l'inclusion ou une exclusion de l'activité interprofessionnelle en tant qu'AIPD. L'analyse, décrite subséquemment, fut effectuée au cours d'une semaine. Selon cette analyse, certaines activités étaient considérées comme ayant atteint un consensus alors que d'autres non. Au terme de cette ronde de questionnaires, une liste d'activités interprofessionnelles n'ayant pas atteint un consensus a conséquemment été créée.

Les activités n'ayant pas atteint de consensus furent envoyées aux experts avec une rétroaction quantitative des réponses (Annexe D – Exemples de documents de rétroaction, Questionnaire 2, p. 264) (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Helmer-Hirschberg, 1966). Pour chaque activité envoyée dans la rétroaction, les experts ont reçu les données quantitatives concernant l'absence de consensus, soit : la moyenne, la médiane (qui représente l'opinion collective), et l'espace interquartile (qui représente la distribution des opinions). Ces nombres furent calculés par groupe de professionnels. Une semaine fut allouée aux experts afin qu'ils prennent connaissance de cette rétroaction.

3.2.2.3 Troisième ronde

Par la suite, le troisième questionnaire leur fut envoyé. Ce questionnaire était composé des activités interprofessionnelles n'ayant pas obtenu de consensus sur leur importance lors de la 3.2.2.2 Deuxième ronde; p. 57). Lors de cette troisième ronde, les experts devaient aussi évaluer l'importance des activités interprofessionnelles n'ayant pas atteint de consensus sur une échelle de Likert, puis ils devaient justifier leur choix quantitatif à l'aide d'une réponse ouverte et courte qualitative (Annexe C – Exemples de questionnaires, Questionnaire 3, p. 238). À la fin du questionnaire, les données furent analysées pour déterminer s'il y avait un consensus quant à l'inclusion ou une exclusion de l'activité interprofessionnelle en tant qu'AIPD. L'analyse, décrite subséquemment, fut effectuée au cours d'une semaine (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Helmer-Hirschberg, 1966). Selon cette analyse, certaines activités étaient considérées comme ayant atteint un consensus, alors que d'autres non. Au terme de cette ronde de questionnaires, une liste d'activités interprofessionnelles n'ayant pas atteint un consensus a conséquemment été créée.

Les activités n'ayant pas atteint de consensus furent envoyées aux experts avec une rétroaction quantitative et qualitative des réponses (Annexe D – Exemples de documents de rétroaction, Questionnaire 3, p. 268) (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Helmer-Hirschberg, 1966). Pour chaque activité envoyée dans la rétroaction, les experts ont reçu les données quantitatives concernant l'absence de consensus, soit : la moyenne, la médiane (qui représente l'opinion collective), et l'espace interquartile (qui représente la distribution des opinions). Ces nombres furent calculés par groupe de professionnels. Par ailleurs, une analyse de contenu, telle que subséquentement décrite, fut effectuée sur les justifications des experts qui estimaient l'importance d'une activité interprofessionnelle dans les quartiles extrêmes. Cette analyse fut aussi transmise aux participants afin de générer un consensus plus fort (Dalkey, 1972; Dalkey et al., 1969; Rowe et Wright, 1999).

3.2.2.4 Quatrième ronde

Une quatrième ronde et dernière ronde de questionnaire, à l'aide de la même échelle de Likert, eut lieu dans le cas où certaines activités n'auraient pas atteint de consensus (Annexe C – Exemples de questionnaires, Questionnaire 4, p. 254). Ce nombre de rondes a été décrit comme optimal par certaines études pour générer un consensus et maximiser le taux de réponse (Erffmeyer et al., 1986; Schmidt, 1997). Ce questionnaire était composé des activités interprofessionnelles n'ayant pas obtenu de consensus sur leur importance lors de la troisième ronde (3.2.2.3 Troisième ronde; p. 58). Les données furent ensuite analysées pour déterminer s'il y avait un consensus quant à l'inclusion ou une exclusion de l'activité interprofessionnelle en tant qu'AIPD. L'analyse, décrite subséquentement, fut effectuée au cours d'une semaine (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Helmer-Hirschberg, 1966). Si au terme de ces quatre rondes le consensus n'avait pas été atteint, et ce, même dans le quartile présentant la plus grande assurance, l'activité aurait été incluse d'emblée.

3.2.2.5 Analyse qualitative

Dans cette section, l'analyse qualitative qui fut effectuée à plusieurs reprises lors de la méthode Delphi est décrite. Ainsi, une analyse de contenu fut effectuée sur les modifications proposées, les activités interprofessionnelles supplémentaires et les commentaires des experts dans les questions ouvertes de la méthode Delphi (Keeney, 2011; Miles et al., 2014; Seuring et Gold, 2012). Puisque cette analyse fut la même pour l'ensemble de la méthode Delphi, elle est seulement décrite pour les activités interprofessionnelles supplémentaires identifiées par les experts. Cette

analyse fut divisée en trois étapes majeures soit : 1) condensation des données, 2) affichage des données, et 3) vérification (Miles et al., 2014). En préparation pour la condensation des données, les réponses des experts furent regroupées au sein d'un seul document sous forme de tableau. Ces réponses furent ensuite organisées en fonction des professionnels auxquelles elles s'adressent. Par exemple, si l'activité « gestion de la ventilation » était identifiée comme nécessitant une infirmière, une inhalothérapeute et un médecin, elle fut attribuée à chacun des professionnels. De cette manière, une liste d'activités interprofessionnelles s'adressant à chacune des professions aux USI fut générée. Le premier cycle de condensation des données fut ensuite effectué par deux chercheurs indépendants (MTS et CV) afin d'augmenter la fiabilité. Ainsi, les deux chercheurs ont lu à deux reprises les données brutes afin de se familiariser. Par la suite, ils ont attribué un code *in vivo* à chacune des réponses, c'est-à-dire un terme qui identifie l'activité tirée des mots employés par l'expert. En reprenant l'exemple précédent, le code « ventilation » aurait pu être attribué. Cette méthode a été choisie puisqu'elle permet de demeurer le plus près possible des mots employés par chaque expert, et donc de mieux rendre compte du contexte des professionnels, une des forces de la méthode Delphi (Keeney, 2011). Une rencontre entre les chercheurs eut lieu par la suite afin d'atteindre un consensus sur les codes et les définitions attribués (Miles et al., 2014). En cas de discordance, un troisième chercheur indépendant (NR) fut consulté. Par la suite, un deuxième cycle de condensation des données eut lieu afin de regrouper les codes présentant des similarités. Une rencontre a permis afin d'atteindre un consensus sur les codes et les définitions attribués. Ce nombre est aussi décrit comme optimal pour décrire l'ensemble d'une pratique professionnelle.

À la suite de cette analyse, les activités interprofessionnelles furent écrites en suivant les caractéristiques suivantes : 1) titre de l'activité composé de 10 mots ou moins et d'un verbe à l'infinitif ; 2) description de l'activité (ce qui est inclus, les limitations si elles s'appliquent et le contexte); 3) professionnels de la santé impliqués ; 4) compétences requises selon le cadre de référence du CIHC (2010); 5) connaissances, aptitudes et attitudes requises afin de pouvoir compléter les activités (Ten Cate, 2013; Ten Cate et al., 2015). La deuxième étape de cette analyse de contenu, l'affichage des données, eut lieu en accord avec la méthode Delphi (Keeney, 2011). Les activités interprofessionnelles, regroupées selon les groupes professionnels et selon leur similarité dans la première phase de condensation des données, furent rassemblées sous forme de matrice (lignes et colonnes) (Miles et al., 2014). Les activités interprofessionnelles furent ainsi divisées en colonnes selon leurs caractéristiques (par exemple, professionnels impliqués, action,

etc.). Les lignes de la matrice furent composées des activités individuelles. Cet affichage de données fut utilisé afin de créer la rétroaction et les questionnaires subséquents de la méthode Delphi. La troisième phase de l'analyse de contenu, la vérification, eut lieu lors de la rétroaction et l'administration des questionnaires subséquents au cours desquelles les experts ont confirmé les résultats de l'analyse de contenu.

3.2.2.6 Analyse statistique

L'objectif de la méthode Delphi de cette recherche était l'obtention d'un consensus d'experts quant à l'importance d'activités interprofessionnelles pour une pratique collaborative dans les USI (Dalkey et Helmer-Hirschberg, 1962; Helmer-Hirschberg, 1964). L'analyse des données devait donc permettre de définir si ce consensus avait été atteint ou non, ce qui permettait aussi de définir si des rondes supplémentaires doivent être conduites. La notion de consensus est d'abord définie puisqu'elle guide l'analyse des données. L'analyse des données est ensuite décrite, suivie d'une description de la rétroaction quantitative qui sera envoyée aux experts entre les rondes.

Un consensus réfère à un accord dans un groupe de personnes, mais qui ne nécessite pas l'unanimité (Keeney, 2011). D'un point de vue quantitatif, plusieurs méthodes existent pour définir un consensus, mais aucune n'est supérieure (Diamond et al., 2014; Keeney, 2011; Waggoner et al., 2016). Un pourcentage d'accord fut utilisé pour déterminer l'atteinte d'un consensus. La première ronde (questionnaires 1a et 1b) avait pour objectif de décrire les activités interprofessionnelles ayant lieu aux USI. Puisque celles-ci devaient être applicables au niveau national, le niveau de consensus était plus inclusif. Ainsi, les participants et les compétences permettant de décrire chacune des activités devaient obtenir un consensus d'au moins 80 % au sein de la profession concernée ou des autres professions. Si ce niveau de consensus n'était pas atteint, mais le consensus dans toutes les professions était de plus de 50 %, la profession ou la compétence était incluse. Par exemple, si une compétence était jugée comme impliquée dans une activité par plus de 80 % des médecins, mais pas pour les autres professions, cette compétence aurait été incluse dans la description de l'activité. Par ailleurs, si ce seuil de 80 % n'était pas atteint, mais que plus de 50 % de toutes les professions jugeaient que cette compétence était impliquée pour une activité, celle-ci aurait été incluse dans la description. L'utilisation de plusieurs niveaux de consensus a été choisie afin d'éviter une sous-représentation de participants et de compétences à risque de ce type de biais (Downing et Haladyna, 2004). En effet, lors de l'analyse des résultats de la revue narrative de la

littérature décrite subséquemment, certaines professions et compétences ont été identifiées comme susceptibles de sous-représentation (4.1 Revue narrative de la littérature, 4.1.3 Activités interprofessionnelles, p. 75).

Un pourcentage d'accord fut utilisé pour déterminer l'atteinte d'un consensus au sein d'un groupe d'experts d'une même profession. Pour la deuxième et troisième ronde, au moins 80 % des experts d'une même profession devaient avoir identifié une activité comme un quatre (importante) ou un cinq (très importante) sur l'échelle sémantique pour que le consensus soit atteint. Au contraire, si au moins 80 % des experts identifiaient une activité comme un (pas importante) ou deux (peu importante), le consensus pour son exclusion aurait été atteint. Pour la quatrième ronde, un pourcentage d'accord de 70 % fut utilisé (Diamond et al., 2014; Keeney, 2011). De plus, puisque ces activités s'adressent à plus d'un groupe d'experts, le consensus ne devait pas seulement être atteint par un seul des groupes, mais bien par tous les groupes de professionnels impliqués dans l'activité. Ainsi, si un consensus était atteint, l'activité était incluse dans le complément si elle était identifiée comme essentielle à la pratique collaborative, ou exclue si le consensus démontrait qu'elle est peu importante. L'absence de consensus sur une activité aurait engendré son ajout à la ronde suivante pour un nombre maximal de quatre rondes. Ce nombre a été décrit comme optimal pour générer un consensus et maximiser le taux de réponse (Erffmeyer et al., 1986; Schmidt, 1997).

Par ailleurs, dans le cas où la majorité des activités interprofessionnelles n'eût pas obtenu de consensus au terme de cette quatrième ronde, le consensus de sous-groupes d'experts avec la plus grande expertise aurait été utilisé. En effet, certaines études ont démontré un consensus plus étroit dans les sous-groupes présentant une expertise auto rapportée plus importante (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Dalkey et al., 1969; Helmer-Hirschberg, 1966). Ceci avait pour objectif de limiter l'inclusion d'AIPD qui n'obtiendrait pas de consensus, assurant ainsi une sélection plus critique. Une division des experts en deux sous-groupes selon leur degré auto rapporté d'expertise aurait été effectuée si cette situation s'était présentée en fonction de la médiane. Deux groupes auraient donc été formés, soit l'un avec une expertise au-dessous de la médiane et l'autre avec une expertise d'au moins la médiane. Cette analyse permet d'obtenir systématiquement une différence d'au moins 1 point sur l'échelle de Likert entre les groupes. Les sous-groupes devaient être composés d'au moins trois experts chacun.

Pour mieux illustrer ce type de consensus de sous-groupe d'experts, un exemple est décrit. Dans le cas où l'activité « palliatif » était attribuée à deux infirmières, quatre inhalothérapeutes et quatre médecins, le degré auto rapporté d'expertise de l'ensemble des experts ayant répondu aux questionnaires d'expertise aurait été analysé si celle-ci n'avait pas atteint de consensus au terme de la quatrième ronde. Selon la médiane d'expertise auto rapportée, deux sous-groupes auraient été formés. Ces sous-groupes d'expertise auto rapportée ne tenaient pas compte des professions des experts inclus dans chacun des groupes et auraient pu donc inclure un mélange d'infirmières, d'inhalothérapeutes et de médecins. Ainsi, si la médiane était de quatre, tous les experts ayant répondu quatre ou cinq à la question d'expertise auto rapportée de cette activité auraient été inclus dans l'analyse de consensus. L'analyse de consensus est la même que décrite précédemment avec un pourcentage d'accord de 70 % pour cette analyse de sous-groupe. Dans le cas où moins de trois experts composaient chacun des sous-groupes, l'analyse n'aurait pas été valide et il y aurait donc une absence de consensus.

Cette statistique descriptive a été choisie comme définition de consensus puisqu'il s'agit de la définition la plus utilisée dans la littérature (Diamond et al., 2014; Keeney, 2011). Par ailleurs, bien que le choix du pourcentage fût arbitraire, les valeurs ont été choisies afin que le consensus soit plus strict au début de la méthode. En effet, les premières rondes sont peu influencées par les autres experts puisque la rétroaction était limitée à ce moment. Ainsi, si le consensus était atteint dès les premières rondes, ceci aurait reflété une opinion collective plus intrinsèque, moins artificiellement influencée par la méthode. Un consensus plus fort fut jugé plus acceptable dans ce contexte. De plus, la médiane fut collectée comme valeur de tendance centrale pour mieux refléter le jugement collectif du groupe d'experts et l'espace interquartile fut collecté comme mesure de dispersion pour quantifier l'importance du consensus (Keeney, 2011). Ces mesures permettront d'établir des seuils adéquats afin de les ajouter comme critères de consensus pour l'étude nationale.

Puisqu'il était impossible de déterminer à l'avance le nombre d'activités qui allaient être impliquées dans chacune des rondes, deux scénarios extrêmes avaient été anticipés. Dans le cas où seule une faible quantité d'activités avait présenté un consensus au cours des trois premières rondes, l'évaluation des activités aurait été modifiée pour la quatrième ronde. Les activités auraient alors été classées par système (neurologique, cardiovasculaire, respiratoire, etc.). Les participants auraient placé ces activités en ordre d'importance pour chacun des systèmes, évitant l'élimination d'activités de professions qui seraient plus minoritaires comme la nutrition et la physiothérapie.

Une corrélation non paramétrique de type *Kendall's W* aurait permis de quantifier la force du consensus en évaluant l'espace interquartile (von der Gracht, 2012). (Schmidt, 1997). Ce test est une technique statistique non paramétrique qui permet non seulement de déterminer si un consensus est présent, mais aussi de quantifier la force du consensus en évaluant l'espace interquartile (von der Gracht, 2012). Un niveau de concordance élevé ($W \geq 0,7$) correspondrait à un consensus au sein des experts. Dans le cas où le consensus avait été atteint, seules les activités présentes dans le quartile supérieur auraient été incluses. Si le consensus n'était pas atteint, les activités devaient être incluses par défaut. Bien que l'interprétation du *Kendall's W* soit arbitraire, son utilisation a été validée dans plusieurs études (Barrett et al., 2001; DeVita et al., 2005; Diamond et al., 2014; Efstathiou et al., 2007; Hadaya et al., 2012; Keil et al., 2002; Rushton et al., 2014; Schmidt, 1997). Dans le cas où une majorité d'activités avait été incluse dès les premières rondes, cette méthode aurait aussi été employée afin de limiter le nombre d'activités à celles d'importance la plus grande.

La rétroaction qui fut transmise aux experts entre chacune des rondes fut quantitative (Brown et Helmer-Hirschberg, 1964; Helmer-Hirschberg, 1966). Pour chaque activité, les experts recevaient le pourcentage d'accord, la moyenne des scores, la médiane (qui représente l'opinion collective), et l'espace interquartile (qui représente de divergence et la distribution des opinions). Ces nombres furent calculés par groupe de professionnels et non pas pour l'ensemble des experts impliqués dans l'activité.

3.3 Population des unités de soins intensifs et critères d'inclusion

Comme mentionné précédemment, les USI se distinguent des autres secteurs du domaine de la santé. Cette partie vise à décrire le secteur et les professionnels composant les équipes auxquels s'adresse cette recherche. Les USI et leurs équipes sont d'abord explicités afin d'établir la population à l'étude. Les critères d'inclusion sont ensuite décrits et justifiés afin d'établir un premier échantillonnage pour cette recherche.

Les USI sont des unités hospitalières dédiées aux patients critiques susceptibles de défaillance organique, qui requièrent une assistance et un monitoring étroit (CIHI, 2016; Ervin et al., 2018; Gagné et Ferrari, 2018; Piette, 2012). Ils se distinguent des soins intermédiaires et des soins coronariens par, respectivement, la stabilité de leurs patients et la non-spécificité aux

problèmes cardiaques (Piette, 2012). Les USI peuvent être divisées en trois catégories : 1) généraux, qui traitent une variété de causes médicales et chirurgicales; 2) spécialisés, qui traitent de cas d'une origine commune (p. ex. neurologique, cardiaque, etc.); 3) pédiatriques, qui traitent des enfants (CIHI, 2016). Les USI sont aussi catégorisées selon l'intensité des soins qui peuvent être offerts aux patients (Gagné et Ferrari, 2018). Le nombre de niveaux et leur définition varient selon les provinces et celle du Québec a été choisie en raison de sa facilité d'application au contexte des autres milieux. Au Québec, le niveau 1 correspond à l'intensité la plus faible et le niveau 3, l'intensité la plus forte. Le nombre de lits et la vocation de l'hôpital ajoutent des subdivisions à ces niveaux. D'un point de vue organisationnel, les USI peuvent être gérées selon un modèle fermé ou ouvert (CIHI, 2016). Dans un modèle fermé, les soins des patients sont sous la supervision de l'équipe des USI. Au contraire, dans les USI ouvertes, les soins des patients sont sous la supervision de l'équipe traitante, tandis que les équipes des USI sont seulement consultants. Les membres des équipes varient selon les besoins des patients et donc le type d'USI. De prime abord, les professionnels qui sont impliqués quotidiennement dans les soins des patients dans ces unités sont les intensivistes (médecins avec une spécialisation postdoctorale aux USI [*fellowship*]), les infirmières, les préposés aux bénéficiaires, les inhalothérapeutes (professionnel des soins du système respiratoire), les pharmaciens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les nutritionnistes.

Ainsi, la population à laquelle s'adresse cette recherche est vaste. Des critères d'inclusion ont permis de la circonscrire à un échantillon plus restreint. En ce qui a trait aux USI, seuls les professionnels des USI généraux, ou spécialisées qui présentent une aisance pour une diversité de cas, furent inclus dans cette recherche (Gagné et Ferrari, 2018). En effet, les activités interprofessionnelles identifiées doivent être communes à tous les USI. Or, les USI pédiatriques traitent une population spécifique et pourraient différer quant à leurs activités. Afin de permettre une meilleure généralisation, seuls les professionnels présentant une aisance pour de multiples spécialités furent inclus. De plus, les professionnels inclus dans l'échantillon d'experts devaient travailler dans des USI de plus haut niveau, 3B. Les USI de niveau 3B traitent les patients les plus complexes dans de grands centres (plus de 450 lits) suprarégionaux à visée éducative et de recherche (Canadian Critical Care Society (CCCS), 1998; Gagné et Ferrari, 2018). Les centres hospitaliers universitaires et les instituts qui représentent les USI de niveau 3B ont ainsi un incitatif organisationnel d'éducation ce qui facilite leur intégration dans cette recherche. Par ailleurs, ce

niveau nécessite une organisation fermée qui est avantageuse pour cette recherche puisqu'elle permet aux soins des patients d'être directement sous la tutelle de l'équipe des USI.

Au Québec, les équipes des USI de niveau 3B doivent être composées en tout temps d'intensivistes, d'infirmières formées aux USI, et d'inhalothérapeutes avec une formation spécifique en ventilation mécanique, en ventilation non conventionnelle et en thérapies de secours (Gagné et Ferrari, 2018). De même, des pharmaciens et des physiothérapeutes affectés aux USI doivent y être présents plus de 75 % de leur temps pour évaluer les patients de ces unités. Des nutritionnistes doivent aussi être disponibles pour évaluer de manière quotidienne les patients en consacrant au moins 50 % de leur temps lorsqu'affectés aux USI. Les préposés aux bénéficiaires participent quotidiennement aux soins des patients et font partie intégrante des équipes des USI. Tout autre professionnel, tel que les ergothérapeutes, est impliqué ponctuellement, et ne présente donc pas de loyauté spécifique avec les membres des USI (Barr et al., 2005). Ce faisant, ils ne répondent pas à la description d'équipe et ne furent pas inclus dans cette étude. Suivant ces recommandations, l'étude a inclus les membres des équipes des USI de niveau 3B soit les : 1) intensivistes, 2) infirmières, 3) inhalothérapeutes, 4) pharmaciens, 5) physiothérapeutes, 6) nutritionnistes, et 7) préposés aux bénéficiaires. Les activités interprofessionnelles identifiées par cette recherche devraient donc toucher au minimum deux de ces corps professionnels.

3.4 Échantillon et stratégie de recrutement des experts

Les groupes professionnels qui furent représentés dans cette étude étaient les intensivistes, les infirmières, les inhalothérapeutes, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les nutritionnistes et les préposés aux bénéficiaires d'USI de niveau 3B. La méthode Delphi nécessite la participation spécifique d'experts dans le domaine dont l'échantillonnage est décrit dans cette partie. Cette notion est d'abord définie, de même que les critères d'échantillonnage. La stratégie de recrutement des experts pour les groupes professionnels est ensuite décrite.

L'une des définitions les plus employées du terme expert en méthode Delphi est « *anyone who can contribute relevant inputs* » (Pill, 1971, p. 58). Afin de concrétiser cette définition, quatre prérequis ont été identifiés pour le choix d'experts. Ceux-ci doivent présenter : 1) des connaissances et une expérience dans le domaine investigué, 2) un intérêt, et 3) la capacité à participer (Adler et Ziglio, 1996). Le quatrième pré-requis est la capacité de communication

puisque les participants devaient mentionner leurs opinions dans la portion qualitative. Ces notions peuvent être représentées par des critères d'inclusion établis en fonction de la question spécifique de recherche, soit l'identification des activités interprofessionnelles essentielles pour une pratique collaborative dans les USI. L'échantillon inclut des experts qui présentent : a) une expérience en éducation au sein de leur profession, b) une expérience actuelle dans les soins des patients, c) un intérêt pour le domaine de l'IPE, d) une disponibilité de 10 à 30 minutes par semaine pour huit (8) semaines non consécutives, e) une connaissance de base en statistique, et f) une maîtrise de l'anglais ou du français. La supervision ou l'orientation de nouvelles recrues est un exemple d'expérience en éducation et une expérience minimale d'un quart de travail au cours de l'année précédant l'étude a été jugée comme suffisante pour ce qui est du second critère. Quant au quatrième critère, la disponibilité des participants était basée sur l'estimation suivante : i) 30 minutes pour le matériel préparatoire et le questionnaire d'évaluation, ii) 30 minutes pour le premier questionnaire, iii) 10 minutes pour les nouvelles activités identifiées au sein du premier questionnaire, iv) 10 minutes pour le second questionnaire, v) 15 minutes pour le troisième questionnaire, vi) 10 minutes pour le quatrième questionnaire, vii) 15 minutes pour la rétroaction des deuxièmes et troisièmes questionnaires. Pour le cinquième critère, une connaissance de base en statistiques, soit les concepts de moyenne, médiane et espace interquartile, qui était nécessaire pour la compréhension de la rétroaction quantitative.

Afin que la méthode Delphi soit optimale, les groupes de professionnels experts doivent avoir une composition particulière. Premièrement, le nombre d'experts impliqués dans le consensus doit se situer entre six et onze (Waggoner et al., 2016). Puisque les activités interprofessionnelles identifiées doivent s'adresser à au moins deux professions, et que le consensus doit être obtenu entre ces professionnels, un minimum de trois experts par groupe de professionnels devait être recruté. De plus, un maximum de 11 experts est décrit comme optimal pour l'obtention d'un consensus. Pour que les groupes soient de composition relativement équivalente et tenter de s'approcher de ce maximum, le nombre maximum d'experts par groupe de professionnels était de six.

Or, puisqu'il s'agissait d'une étude de faisabilité, les prérequis et le nombre de participants furent utilisés non pas comme des critères d'inclusion stricts, mais comme des balises de référence afin que l'étude puisse être complétée. Conséquemment, afin de prendre en considération l'attrition dans les groupes, jusqu'à deux professionnels supplémentaires ont été recrutés par groupe. Aussi,

puisque le nombre de professionnels disponibles à participer à l'étude était limité pour certains groupes, des critères d'inclusion plus restrictifs comme l'expérience en éducation et les connaissances en statistiques n'ont pas été appliqués de manière stricte. Malgré ces modifications, certains de ces groupes professionnels n'atteignaient pas le nombre minimal requis, bien que tous les experts disponibles aient été inclus dans l'étude. Ces groupes professionnels tout de même ont été inclus dans l'étude afin de maintenir leur représentativité au sein de cette recherche. Cette portion de l'étude pouvait donc inclure entre 21 et 56 professionnels.

Le recrutement eut lieu à l'aide d'une sélection par questionnaire électronique. Ce dernier consistait en une portion expliquant de manière générale le projet, une portion sociodémographique (p. ex. âge, sexe, profession, nombre d'années d'expérience, etc.) et une portion visant à évaluer les cinq critères d'inclusion précédemment mentionnés. Ce questionnaire fut soumis aux groupes professionnels visés par l'étude par l'entremise de la direction de l'enseignement de l'institution locale, soit le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Les participants furent recrutés s'ils remplissent les critères d'inclusion. Par ailleurs, un recrutement par effet boule de neige ou un échantillonnage en chaîne fut aussi possible via les directions professionnelles des différents groupes (Biernacki et Waldorf, 1981; Goodman, 1961). Cette méthode permet de recruter des participants présentant des caractéristiques similaires (Biernacki et Waldorf, 1981). Si l'échantillon recruté était supérieur au nombre maximal de professionnels par groupe, une stratégie d'échantillonnage aléatoire systématique aurait été utilisée. De cette manière, des professionnels travaillant quotidiennement dans les équipes des USI de niveau 3B (CHUM) furent recrutés afin de composer un échantillon de trois à huit experts par groupe de profession. Cet échantillon fut le même pour la portion qualitative et quantitative de cette recherche.

3.5 Considérations éthiques

Cette étude fut conduite en accord avec l'International Conference on Harmonization Guidelines for Good Clinical Practice et les exigences réglementaires appropriées. L'étudiante a assuré un recrutement et une exécution adéquate du protocole de recherche. La collecte des données et leurs analyses furent effectuées de manière parallèle au cours d'une période de 16 semaines. La plateforme LimeSurvey® (LimeSurvey GmbH), dont les serveurs sont situés au Canada, fut utilisée pour collecter les données. Les données LimeSurvey® furent hébergées dans le serveur local du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) et

protégé par un mot de passe. Aux termes des différentes étapes, les données furent stockées dans une base de données créée spécifiquement pour cette étude, dans des documents protégés par mot de passe et conservés dans des fichiers indépendants et protégés par mot de passe, sur un serveur sécurisé du CHUM/CRCHUM. Seuls les membres autorisés de l'équipe de recherche avaient accès aux données collectées. Les participants reçurent un identifiant unique afin de préserver la confidentialité et les données furent codées. Les archives électroniques des données de recherche furent conservées sur un serveur sécurisé du CHUM/CRCHUM protégé par un mot de passe dans des bases de données nécessitant un accès par mot de passe. Ces données furent stockées séparément de la liste principale des noms des participants. Les données seront conservées pour un minimum de dix ans après la fin de l'étude. Le protocole fut approuvé par le comité d'éthique du CRCHUM (numéro de projet 20.280) et de l'Université de Montréal (certificat #CEREP-20-151-D) préalablement au commencement de l'étude (Annexe E – Approbation éthique, p. 274). Tout amendement à ce protocole fut approuvé par ce comité. Un consentement éclairé et écrit fut obtenu des participants (Annexe F – Exemple de formulaire de consentement, p. 278). Aucun conflit d'intérêts n'était à déclarer de la part de l'étudiante.

3.6 Sommaire

Cette recherche vise à appuyer les efforts d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle pour assurer des soins optimaux dans les USI. La création d'un complément au référentiel national de compétences est proposée pour opérationnaliser l'approche par compétences en IPE. Une étude pilote mixte séquentielle exploratoire fut conduite grâce à une méthode de consensus Delphi afin d'identifier les activités interprofessionnelles essentielles pour les équipes des USI, soit les AIPD, qui formeront ce complément. Les résultats de cette méthodologie sont présentés dans le prochain chapitre.

4 Résultats

Une recherche pilote mixte séquentielle exploratoire fut conduite dans une unité de soins intensifs (USI) locale afin d'évaluer la faisabilité de la méthode. Par ailleurs, elle permit d'identifier les activités interprofessionnelles essentielles pour ces équipes locales. Les résultats de cette étude sont décrits dans cette section. La revue narrative de la littérature ayant permis d'identifier les activités interprofessionnelles dans la littérature est d'abord présentée. Les caractéristiques des participants ayant agi comme experts sont ensuite décrites, puis les activités interprofessionnelles identifiées par ces experts sont détaillées. L'évaluation du segment d'étude de faisabilité est ensuite effectuée.

4.1 Revue narrative de la littérature

Une revue narrative de la littérature a été conduite afin de générer une liste empirique des activités interprofessionnelles ayant lieu dans les USI. Les résultats de cette recherche sont décrits ici. D'abord, un résumé du processus de sélection des articles inclus est présenté, puis les caractéristiques des différentes études sont décrites. Une description des activités interprofessionnelles identifiées est finalement précisée.

4.1.1 Processus de sélection

Un total de 18 896 citations a été identifié grâce à la stratégie de recherche documentaire et 25 articles additionnels ont été identifiés par la recherche manuelle d'articles. De ces citations, 69 études ont été incluses dans cette revue narrative de la littérature. Le diagramme de flux est présenté dans la Figure 7 (p. 73) (Cook et al., 1997). Les études publiées dans cette revue narrative de la littérature ont été publiées entre 1991 et 2019. De ces études, 64 étaient des études primaires et cinq étaient des revues de la littérature (études secondaires).

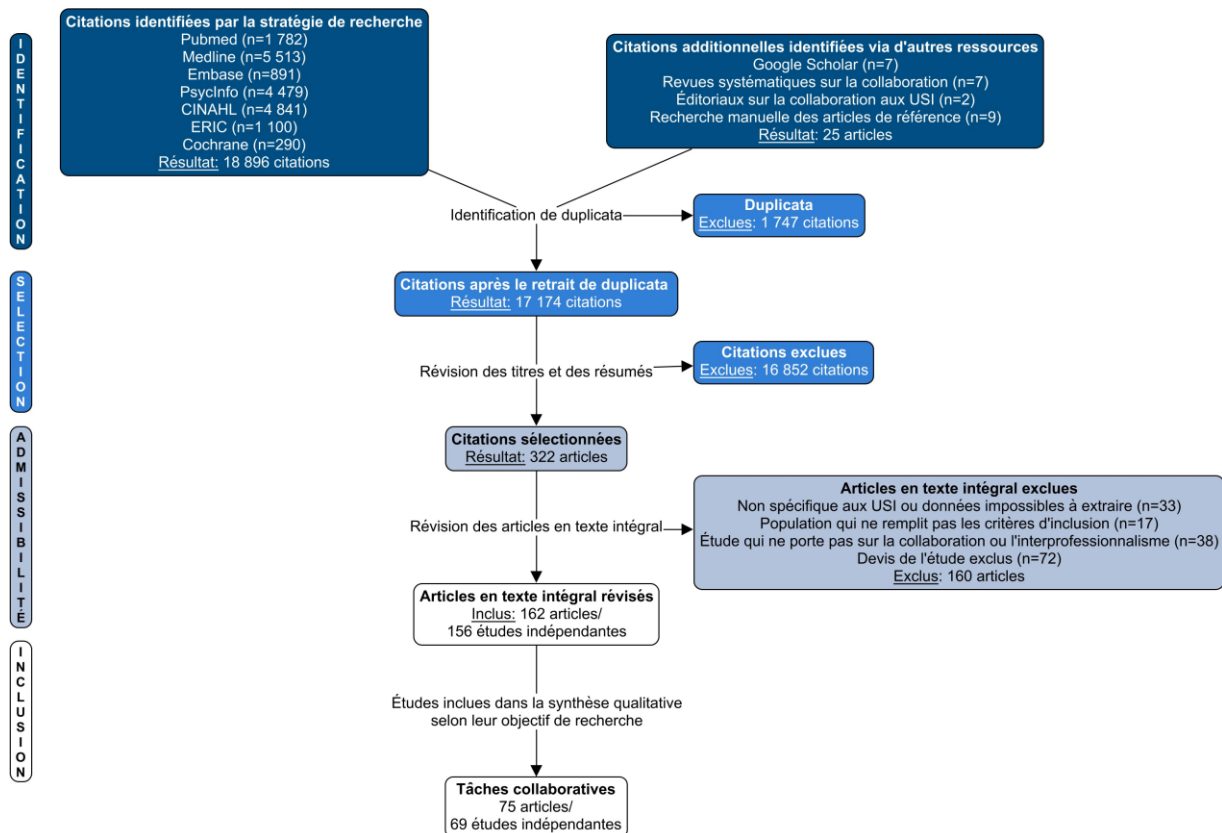


Figure 7 – Diagramme de flux des tâches collaboratives

4.1.2 Caractéristiques des études

Les études primaires et secondaires présentent des particularités qui leur sont propres au niveau méthodologique. Leurs caractéristiques sont donc indépendamment décrites.

4.1.2.1 Caractéristiques des études primaires

En ce qui a trait aux études primaires, la majorité des études provenaient de l'Amérique du Nord (68,8 %; n= 44), suivi des pays européens (15,6 %; n= 10). Une minorité d'études avaient eu lieu en Asie (7,8 %; n= 5) ou en Océanie (7,8 %; n= 5). La majorité des études utilisait un devis quantitatif (89,1 %; n= 57), la différence utilisant des méthodes descriptives qualitatives (4,7 %; n= 3) ou des méthodes mixtes (6,3 %; n= 4). Les caractéristiques complètes des études sont disponibles dans l'Annexe G – Revue narrative de la littérature (Tableau 18, p. 281).

La majorité (78,9 %; n= 45) des études quantitatives ont utilisé un devis quasi-expérimental de type pré-post. La résultante a effectué des études de cohorte (7,0 %; n= 4), des études transversales (7,0 %; n= 4), des études randomisées contrôlées (3,5 %; n= 2) ou un devis descriptif exploratoire (3,5 %; n= 2). Un échantillon de convenance était plus fréquemment utilisé comme méthode de recrutement. Les participants des études étaient le plus souvent tirés d'une seule population (78,9 %; n=45). Ces études impliquaient soit des dossiers, des professionnels de la santé, des patients ou leur famille. La taille moyenne des échantillons était respectivement de 10 571,3 dossiers (écart type [ET] 49 109,7), 330,7 travailleurs de la santé (ET 521,4) et 783,0 patients ou familles (ET 890,8). Les participants étaient recrutés dans une médiane d'une USI et d'un hôpital. La majorité des USI étaient mixtes (médical et chirurgical) dont le type de gestion (ouverte ou fermée) n'était pas mentionné.

En ce qui a trait aux études qualitatives et aux méthodes mixtes, l'échantillonnage était le plus souvent tiré d'une population impliquant des professionnels de la santé. Ces échantillons étaient recrutés dans une médiane d'une ou deux USI provenant d'une médiane d'un hôpital. La majorité des USI étaient mixtes et le type de gestion n'était généralement pas mentionné. La taille d'échantillon variait de 25 à 28 professionnels de la santé dans les études qualitatives et de 27 à 55 professionnels de la santé dans les méthodes mixtes.

4.1.2.2 Caractéristiques des études secondaires

Les études secondaires ont été publiées entre 2009 et 2019. La majorité incluait seulement des études quantitatives (n=3). Une seule étude incluait des études quantitatives et qualitatives (Dietz, 2014; Dietz et al., 2014), puis une étude incluait seulement des études qualitatives (Reader et al., 2006). Toutes les études secondaires ont analysé les articles à l'aide d'une analyse qualitative de contenu (Cook et al., 1997). Deux études ont été identifiées comme des revues systématiques (Michalsen et al., 2019; White et al., 2011), une étude était une revue intégrative (Wang et al., 2018), puis deux études n'avaient pas de méthodologie décrite (Dietz, 2014; Dietz et al., 2014; Reader et al., 2006). Le nombre d'articles inclus dans ces revues de la littérature se situait entre 11 et 85. Les caractéristiques complètes des études sont disponibles dans l'Annexe G – Revue narrative de la littérature (Tableau 19, p. 295).

4.1.3 Activités interprofessionnelles

En raison de ces différences méthodologiques, les études primaires et secondaires ont permis d'identifier différentes activités interprofessionnelles. Ces tâches et activités interprofessionnelles sont donc indépendamment décrites. Le terme tâche réfère ici à des situations interprofessionnelles identifiées dans la littérature de manière générale. Le terme activité interprofessionnelle est spécifique à la présente étude soit : 1) requièrent l'IPE pour l'acquisition des connaissances, aptitudes et attitudes essentielles à l'interprofessionnalisme; 2) mènent à un développement professionnel continu reconnu; 3) peuvent seulement être exécutés par deux professionnels qualifiés ou plus; 4) sont indépendantes dans leur exécution; 5) à l'intérieur d'un délai prescrit; 6) dont le processus et les résultats sont observables et mesurables, menant à une conclusion (« collaborative » ou « non collaborative »); et 7) reflètent une ou plusieurs compétences interprofessionnelles. La différence avec les AIPD est que ces activités interprofessionnelles n'ont pas encore été identifiées comme essentielles à la pratique collaborative.

4.1.3.1 Études primaires

Au total, 105 tâches ont été identifiées dans les études primaires. Le plus fréquemment, une seule tâche par article était décrite (70,3 %, n= 45). Lorsque classifiées par système, les tâches centrées sur l'équipe (n=27) et les tâches centrées sur le patient (n=17) étaient les plus communément identifiées dans la littérature. Les tâches qui référaient aux systèmes néphro-métabolique (n=1) et gastro-intestinal (n=4) étaient peu décrites. En général, seulement deux professions participaient aux tâches identifiées. Les infirmières étaient impliquées dans toutes les tâches. Les médecins étaient aussi régulièrement identifiés (n=102). Inversement, les préposés aux bénéficiaires étaient plus rarement identifiés comme impliqués dans les tâches (n=8). La majorité des tâches référaient à deux compétences. La communication interprofessionnelle (n=89), puis la clarification des rôles (n=46) étaient les plus communément mentionnées. Les compétences de résolution de conflits interprofessionnels (n=21) et de soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté (n=22) étaient les moins souvent reconnues.

4.1.3.2 Études secondaires

Au total, 14 tâches interprofessionnelles ont été identifiées dans les études secondaires. La majorité des tâches était centrées sur l'équipe (n=4) et centrées sur le patient (n=4). Aucune tâche liée aux systèmes neurologique, gastro-intestinal et néphro-métabolique n'a été décrite dans ces études. Le plus fréquemment, deux professions étaient impliquées dans les tâches. Les infirmières et les médecins étaient impliqués dans toutes les tâches décrites. Au contraire, les préposés aux bénéficiaires et les pharmaciens n'ont pas été identifiés comme participants dans les tâches identifiées. Entre deux et trois compétences interprofessionnelles ont été associées à chacune des tâches en général. La communication interprofessionnelle (n=13) et le leadership collaboratif (n=14) ont été associés les plus souvent à des tâches, alors que les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté n'a été identifié qu'à une seule reprise.

4.1.3.3 Synthèse des activités interprofessionnelles identifiées

Suivant la deuxième étape de condensation des données de l'analyse de contenu, les 119 tâches ont été regroupées sous forme de 16 activités interprofessionnelles indépendantes. Celles-ci sont présentées dans le Tableau 4 (p. 77). Les colonnes de ce tableau sont issues de l'analyse de contenu effectuée sur la revue narrative de la littérature (3.2.1 Revue narrative de la littérature; p. 51). Lorsque classifiées par système, les activités centrées sur l'équipe (n=7) étaient les plus communément identifiées dans la littérature. Une seule activité (n=1) référant au système néphro-métabolique a été identifiée. En général, six (31,3 %; n=5) à sept (25 %; n=4) professions étaient impliqués dans les activités. Les infirmières et les médecins étaient impliqués dans toutes les activités. Inversement, les préposés aux bénéficiaires étaient plus rarement identifiés comme impliqués dans les activités (25 %; n=8). La majorité des activités référaient à trois compétences et plus. La communication interprofessionnelle (93,8 %; n=15), était la plus communément mentionnée, suivi de la clarification des rôles (75 %; n=12), le leadership collaboratif (75 %; n=12) et le fonctionnement de l'équipe (68,8 %; n=11). Les compétences de soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté (37,5 %; n=6) et de résolution de conflits interprofessionnels (43,8 %; n=7) étaient les moins souvent reconnues.

Tableau 4 – Activités interprofessionnelles identifiées dans la littérature

Code	Titre	Description	Participants (n)	Compétences (n)	Connaissances, aptitudes et attitudes
LIT 1 ÉTUDE	Mener des réunions de gestion des lits.	Organiser le transfert des patients au sein de l'établissement selon leur condition et la disponibilité des lits.	MD (1) Inf (1) Inh (1) PT (1) Pharma (1) Nutrition (1)	Communication (1)	<u>Connaissances</u> Identifier les patients éligibles pour un transfert de soins sur une autre unité (organisation de tâche).
					<u>Aptitudes</u> Faciliter le processus de gestion des lits (coordination). Évaluer le statut hospitalier, prioriser les interventions et fixer des objectifs (coordination).
					<u>Attitudes</u> – n/a
TOURNÉES 22 ÉTUDES	Participer aux tournées.	1. Réviser les problèmes, les progrès, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient. 2. Discuter en profondeur des patients plus complexes : Réviser la situation biopsychosociale du patient, son pronostic et ses traitements futurs.	MD (22) Inf (22) Inh (13) PT (4) Pharma (12) Nutrition (9) PAB (2)	Communication (21) SCPPC (4) Rôles (4) Équipe (5) Leadership (4) Conflits (3)	<u>1. Connaissances :</u> Comprendre l'importance du plan de soins en utilisant une approche systématique (modèle précis du problème et orientation de l'équipe). Identifier les problèmes principaux, les problématiques et les complications potentielles (modèle précis du problème et orientation de l'équipe). Comprendre les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe (modèle précis du problème).
					<u>2. Connaissances :</u> Identifier les problèmes pertinents et leur plan de gestion (modèle précis du problème).
					<u>1. Aptitudes</u> Promouvoir une communication ouverte et un échange d'information au temps opportun (communication, relations interpersonnelles). Utiliser une approche systématique centrée sur le problème pour cibler les domaines pertinents et formuler des objectifs de soins (conscience situationnelle partagée). Fournir à chaque membre de l'équipe un plan de travail clair pour atteindre les objectifs de soins quotidiens (conscience situationnelle partagée). Communiquer les priorités (coordination). Atteindre les objectifs quotidiens ou documenter les raisons derrière leur manquement (rétroaction).

					<p>Identifier et corriger des erreurs potentielles par d'autres membres de l'équipe (comportement de sécurité et suivi mutuel de performance). Résoudre des désaccords de manière appropriée (relations interpersonnelles)</p> <p><u>2. Aptitudes</u> Discuter des objectifs de soins partagés et de comment les implémenter (prise de décision et coordination). S'entendre sur les critères pour juger de la réussite ou de l'échec du plan de soins (planification).</p> <p><u>1. Attitudes</u> Encourager les membres de l'équipe à poser des questions sur le plan de soins, donner leur avis et verbaliser lorsqu'un risque est identifié (cohésion d'équipe, confiance mutuelle et direction collective). Assurer la confiance et le respect de tous les membres de l'équipe (cohésion d'équipe). Encourager l'implication active des patients/familles dans les tournées quotidiennes (cohésion d'équipe et direction collective). Promouvoir une culture de guérison (vision partagée). Promouvoir le travail d'équipe (direction collective).</p> <p><u>2. Attitudes</u> Veiller à la contribution de tous les professionnels de la santé dans la prise en charge des patients (direction collective et l'importance du travail d'équipe).</p>
FAMILLE 4 ETUDES	Mener des réunions de famille.	Discuter avec le patient et sa famille de sa condition, du progrès, du pronostic et du plan de traitement pour assurer une prise de décisions partagée.	MD (4) Inf (4) Inh (3) PT (2) Pharma (2) Nutrition (2)	Communication (4) SCPPC (3)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les faits et les options de traitement (normes d'équipe). Avoir un cadre pour présenter des informations difficiles (modèles d'interaction de rôle en équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u> Conduire et participer dans les réunions de patients/familles (communication et conscience situationnelle partagée). Réviser les faits médicaux et les options de traitement avec les patients/familles (prise de décision). Maintenir une cohérence dans la communication avec les membres de la famille (communication et conscience situationnelle partagée). Amorcer des discussions précoces sur les perspectives des patients sur la mort, la perte de fonction, les risques et les inconforts (conscience situationnelle partagée). Documenter les directives de fin de vie et le niveau de soins (suivi de performance).</p>

					<p>Apporter un soutien émotionnel et spirituel pour les patients/familles (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager la présence familiale et la participation des professionnels de la santé concernés (importance du travail d'équipe et direction collective).</p>
<p>PALLIATIF 8 ÉTUDES</p>	<p>Faire la transition vers une approche palliative.</p>	<p>Aligner les soins avec les souhaits des patients tout en assurant la gestion intensive de symptômes incluant procurer seulement des soins de confort et l'arrêt de traitements actifs.</p>	<p>MD (8) Inf (8) Inh (2) PT (2) Nutrition (1)</p>	<p>Communication (5) SCPPC (7) Rôles (2) Équipe (3) Leadership (4) Conflits (5)</p>	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les principes qui sous-tendent les soins de fin de vie (mission d'équipe). Comprendre les concepts de prise de décision et de prise de décision substituée (orientation de l'équipe). Maîtriser des stratégies pour conduire des discussions difficiles (modèle des interactions des rôles des membres de l'équipe). Considérer les problématiques sociales, culturelles et religieuses qui pourraient affecter les discussions de niveau de soins (caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p>
					<p><u>Aptitudes</u> Discuter et documenter précocement des désirs du patient concernant leur fin de vie (prise de décision et communication). Évaluer la capacité de prise de décision (réallocation dynamique des fonctions). S'assurer d'un plan de soins de fin de vie formel (conscience situationnelle partagée). Fournir un soutien émotionnel et spirituel aux patients/famille (relations interpersonnelles). Évaluer les symptômes à l'aide d'outils validés tout en assurant leur prise en charge (évaluation et résolution de problèmes). Éliciter des suggestions des membres de l'équipe et utiliser leur expertise spécifique pour obtenir un consensus (prise de décision). Être conscient des préoccupations des autres membres de l'équipe concernant des conflits potentiels au sein de l'équipe ou de la famille (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager une communication ouverte entre les cliniciens et les membres de la famille pour promouvoir la prise de décision partagée (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir l'implication des professionnels de la santé pertinents pour la prise de décision (orientation collective). Promouvoir un respect mutuel au sein de l'équipe (confiance mutuelle et cohésion d'équipe).</p>

DDA 3 ÉTUDES	Prendre en charge la douleur, le délirium et l'agitation (DDA).	Prendre en charge la douleur, le délirium et l'agitation.	MD (3) Inf (3) Inh (2) PT (1) Pharma (3)	Communication (1) Rôles (3) Leadership (1)	<u>Connaissances</u> Prendre en considération la maladie du patient et les problèmes actifs pour les options de traitement et leur optimisation (organisation de tâche et association de repères stratégiques). Évaluer de manière périodique la nécessité de contentions physiques ou leur substitut (mission d'équipe). <u>Aptitudes</u> Identifier les causes pour l'agitation du patient et prendre en charge la douleur (évaluation et résolution de problèmes). Prendre en charge quotidiennement les sédations conformément aux guides de pratique actuels (évaluation et résolution de problèmes). Expliquer la nécessité des contentions physiques à la famille de patients et obtenir leur consentement (communication et prise de décision). <u>Attitudes – n/a</u>
	Offrir un suivi hors des soins intensifs.	Assurer un suivi des patients qui ont été transférés à l'étage.	MD (1) Inf (1) Inh (1)	Communication (1) SCPPC (1)	<u>Connaissances – n/a</u> <u>Aptitudes</u> Assurer le suivi de patients sur les étages et la salle d'urgence jusqu'à leur stabilisation, puis assurer leur suivi post-USI (évaluation et résolution de problèmes). <u>Attitudes – n/a</u>
	Mener le transport intrahospitalier des patients.	Assurer le transport intrahospitalier pour des examens diagnostiques ou des interventions thérapeutiques.	MD (1) Inf (1)	Rôles (1) Équipe (1) Leadership (1)	<u>Connaissances</u> Comprendre et anticiper les complications potentielles du transport (modèle partagé de tâche, modèle précis de tâche et organisation de tâche). <u>Aptitudes</u> Opter pour le transport intrahospitalier pour un examen diagnostique (prise de décision). Identifier et intervenir lors que face à l'instabilité (évaluation et résolution de problèmes). Se préparer pour une complication potentielle du transport (planification). <u>Attitudes</u> Reconnaître que le transport de patients peut mener à des complications par rapport à leur bénéfice thérapeutique ou diagnostic (vision partagée).

TRANSFERT 7 ÉTUDES	Transférer la continuité des soins.	Transférer les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente.	MD (7) Inf (7) Inh (3) PT (1) Pharma (1) Nutrition (1)	Communication (6) Rôles (1) Équipe (4) Leadership (4)	<p><u>Connaissances</u> Reconnaître les données importantes et vitales anticipées (orientation de l'équipe). Identifier un plan de soins spécifique en accord avec la spécialité professionnelle (orientation de l'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p> <p><u>Aptitudes</u> Notifier des transferts imminents (coordination). S'assurer de la préparation de l'équipe spécifique au patient (coordination et leadership de l'équipe). Amorcer un transfert verbal en personne au chevet et en présence de l'équipe receveuse (communication). Communiquer les priorités de traitement, les objectifs, les facteurs de risques et de complications (coordination et conscience situationnelle partagée). Utiliser la communication en boucle fermée (communication).</p> <p><u>Attitudes</u> Reconnaître l'importance de notifier l'équipe receveuse complète de l'arrivée d'un patient (confiance mutuelle). Promouvoir l'importance de la qualité de l'information, de l'environnement et de la réceptivité des membres de l'équipe (vision partagée). Permettre la discussion et les questions sur le plan de soins entre tous les professionnels de la santé (orientation collective).</p>
PRÉVENTION 8 ÉTUDES	Suivre les lignes directrices de prévention d'événements indésirables aux USI.	Mettre en œuvre les lignes directrices de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux USI incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, aux saignements gastro-intestinaux et aux risques thromboemboliques.	MD (8) Inf (8) Inh (8) PT (2) Pharma (5) Nutrition (4) PAB (1)	Communication (6) Rôles (3) Équipe (1)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les initiatives d'amélioration de la qualité de soins (modèle partagé de la tâche). Éduquer le personnel sur les pratiques de prévention (mission d'équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u> Maintenir une adhésion élevée aux lignes directrices de prévention des événements des USI (suivi de performance). Encourager et faciliter la communication entre les membres de l'équipe (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Maintenir une culture ouverte pour communiquer des préoccupations et des commentaires (confiance mutuelle et orientation collective). Maintenir une culture collaborative (importance du travail d'équipe).</p>

MOBILITÉ 6 ÉTUDES	Assurer la mobilité et la réadaptation précoce des patients.	Prodiguer des exercices actifs et de fonctionnement incluant des exercices ciblés de renforcement et de mobilisation.	MD (4) Inf (6) Inh (4) PT (6) Pharma (2) Nutrition (1) PAB (2)	Communication (5) SCPPC (1) Rôles (5) Équipe (2) Leadership (3) Conflits (1)	<p><u>Connaissances</u> Décrire l'état de mobilité initial, actuel et visé du patient (orientation d'équipe). Comprendre les exigences minimales requises pour une mobilisation sécuritaire (modèle précis de tâche et association de repères stratégiques). Reconnaître des stratégies de réadaptation (modèle précis de tâche). Comprendre le fardeau de la survie et l'importance de la réadaptation (modèle partagé de tâche et mission d'équipe)</p> <p><u>Aptitudes</u> Évaluer la mobilité d'un patient (évaluation de problèmes). Définir des objectifs individualisés pour la mobilisation précoce (prise de décision). Identifier des barrières à la réadaptation (évaluation de problèmes). Coordonner la mobilisation de patients (coordination). Assurer la revue quotidienne de sécurité pour la mobilisation (suivi de performance).</p> <p><u>Attitudes</u> Valoriser le rôle de chaque professionnel dans la mobilisation de patients (confiance mutuelle). Prioriser la réadaptation précoce (efficacité et pouvoir collectif). Maintenir une culture de réadaptation (vision partagée).</p>
VENTILATION 9 ÉTUDES	Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique et trachéostomisés.	Amorcer et réviser les paramètres ventilatoires et les progrès des patients incluant les ajustements quotidiens, le sevrage et l'extubation/décannulation.	MD (8) Inf (9) Inh (8) PT (4) Pharma (4) Nutrition (4) PAB (1)	Communication (7) Rôles (4) Équipe (3) Leadership (3)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les pratiques basées sur des évidences dans la prise en charge de l'extubation et la décannulation (normes d'équipe). Formaliser les attentes, les rôles et la responsabilité de chacun de professionnels de la santé (modèle précis du problème). Établir la candidature pour une évaluation de la dysphagie (associations de repères stratégiques).</p> <p><u>Aptitudes</u> Communiquer à l'équipe, le patient et les membres de la famille l'importance des données liées à l'évaluation du sevrage ventilatoire (conscience situationnelle partagée). Considérer l'opinion et l'expérience de membres de l'équipe (prise de décision). Identifier et communiquer la rationnelle et le plan de sevrage ventilatoire aux autres membres de l'équipe (conscience situationnelle partagée et prise de décision).</p>

					<p>Appliquer un protocole d'arrêt de sédation et évaluer sa tolérance lorsque possible (coordination et conscience situationnelle partagée). Amorcer une évaluation de la dysphagie (prise de décision).</p> <p><u>Attitudes</u> Reconnaître la valeur de tous les membres de la famille (confiance mutuelle). Responsabiliser chaque professionnel dans la pratique de son rôle et promouvoir leur autonomie (confiance mutuelle et efficacité collective).</p>
NUTRITION 3 ÉTUDES	Assurer le support nutritionnel.	Procurer et assurer le suivi de thérapies appropriées de support nutritionnel.	MD (3) Inf (3) Inh (1) PT (1) Pharma (3) Nutrition (3)	Communication (3) Rôles (1) Leadership (1) Conflits (1)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les stratégies de traitement nutritionnel et leurs indications (normes d'équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u> Déterminer les besoins nutritionnels (évaluation de problèmes). Implémenter un traitement nutritionnel approprié (maintien de la procédure). Gérer et assurer le suivi du traitement nutritionnel (maintien de la procédure).</p> <p><u>Attitudes</u> Reconnaître l'importance d'un support nutritionnel précoce (vision partagée). Encourager la sélection judicieuse de patients pour une nutrition parentérale (vision partagée). Accroître le sentiment de responsabilisation envers les décisions nutritionnelles (cohésion d'équipe). Mettre l'accent sur la communication pour promouvoir le travail d'équipe (importance du travail d'équipe).</p>
	Prendre part à l'évaluation des urgences cliniques dans le contexte d'une équipe d'intervention rapide.	Faciliter la détection et le traitement précoce de détériorations cliniques/ complications chez les patients hospitalisés en déployant l'expertise des soins critiques dans les	MD (2) Inf (2) Inh (2)	Communication (2) SCPPC (1) Équipe (1) Leadership (1)	<p><u>Connaissances</u> Encourager l'utilisation plus courante de breffage et débriefage (modèle partagé de tâche).</p> <p><u>Aptitudes</u> Poser des questions en utilisant un langage critique approprié (communication). S'identifier lors de « l'entrée » dans un événement (coordination). Maintenir des assignations claires (leadership d'équipe). Assurer une discussion au temps opportun des préférences du patient en ce qui a trait au niveau de soins (prise de décision et coordination).</p>

		unités de soins non critiques.			<u>Attitude</u> Maintenir une culture de communication ouverte pour communiquer ses préoccupations (confiance mutuelle). Renforcer la culture de sécurité (vision partagée et confiance mutuelle).
CRISE 11 ÉTUDES	Prendre en charge les crises médicales et le choc.	Intervenir rapidement auprès des patients qui se détériorent selon les lignes directrices incluant, mais non limité, à la gestion du choc, des voies aériennes et de l'insuffisance respiratoire, des urgences neurologiques, métaboliques et médicales.	MD (11) Inf (11) Inh (4) PT (1) Pharma (1) Nutrition (1)	Communication (9) Rôles (6) Équipe (5) Leadership (6) Conflits (4)	<u>Connaissances</u> Adhérer aux guides de pratiques thérapeutiques clairs basés sur des évidences (modèle précis de tâche). Comprendre le rôle de chaque membre de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème). Comprendre les principes de travail d'équipe (aptitudes de travail d'équipe). Encourager l'utilisation plus courante de breffage et débrefage (modèle partagé de tâche). S'assurer de l'expérience et du confort dans toutes les stratégies de réanimation disponibles dans l'institution (mission d'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).
					<u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et suivre leur performance (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Réaliser une intervention de réanimation en accord avec la pathologie de base et les guides de pratique basés sur les évidences (coordination et prise de décision). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Prendre en charge une équipe et les distractions (leadership d'équipe).
					<u>Attitudes</u> Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). S'assurer de la confiance et du respect de l'expertise de chacun (confiance mutuelle).

					<p>S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>
<p>TRAUMA 2 ÉTUDES</p>	<p>Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.</p>	<p>Assurer le traitement initial et la réanimation d'un patient polytraumatisé.</p>	<p>MD (2) Inf (2)</p>	<p>Communication (2) Rôles (2) Équipe (2) Leadership (2) Conflits (1)</p>	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les guides de pratique et les procédures (mission et normes d'équipe). Comprendre le rôle des membres de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème).</p>
					<p><u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et s'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes).</p>
					<p><u>Attitudes</u> Encourager l'opinion de tous les membres de l'équipe (orientation collective). S'assurer de la confiance entre tous les membres de l'équipe (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif).</p>

ARRÊT 8 ÉTUDES	Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.	Assurer la RCR conformément aux lignes directrices de l'ACLS.	MD (8) Inf (8)	Communication (8) Rôles (6) Équipe (3) Leadership (5) Conflits (2)	<u>Connaissances</u> Comprendre le rôle de chaque professionnel de la santé dans la délivrance de l'ACLS (modèle précis de rôle). Comprendre les principes de l'ACLS (modèle précis de tâche).
					<u>Aptitudes</u> Amorcer et délivrer de l'ACLS de haute qualité (suivi de performance). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes). S'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (comportement de sécurité). Communiquer clairement et de manière concise avec une communication en boucle fermée (communication). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Prioriser et déléguer les tâches de manière appropriée (leadership d'équipe). Résoudre immédiatement les conflits potentiels (relations interpersonnelles).
					<u>Attitudes</u> Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective).

Où : ACLS : Advanced cardiovascular life support; Communication : Communication interprofessionnelle; Conflits : Résolution de conflits interprofessionnels; DDA : Douleur, délirium et agitation; Équipe : Travail d'équipe; Inh : Inhalothérapeute; Leader : Leadership collaboratif; MD : Médecin; Pharma : Pharmacien; PT : Physiothérapeute; PAB : Préposé aux bénéficiaires; Nutrition : Nutritionniste; n/a : Non applicable; RCR : Réanimation cardiorespiratoire; Rôles : Clarification des rôles; SCPPC : Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté.

4.2 Caractéristiques des participants

Au total, 35 participants ont rempli le questionnaire comprenant les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. Les caractéristiques des participants stratifiées par le type de profession sont disponibles dans le Tableau 5 (p. 88). Or, comme aucun participant dans la catégorie nutritionniste n'a répondu aux questionnaires subséquents, ceux-ci ont été retirés de l'analyse et ne sont pas présentés dans le Tableau 5 (p. 88). Tous avaient un intérêt pour la problématique de recherche, ont signifié disposer du temps nécessaire pour participer aux rondes prévues et 97 % (n = 32) se décrivaient comme bilingues. Plus du trois quarts de l'échantillon (n = 26, 79 %) percevait avoir les connaissances en statistiques descriptives nécessaires pour interpréter la rétroaction quantitative des différentes rondes du Delphi.

Tableau 5 – Caractéristiques sociodémographiques stratifiées par profession

Caractéristiques		MD (n = 7)	Pharma (n = 6)	PAB (n = 2)	Inh (n = 7)	PT (n = 3)	Inf (n = 8)
Âge – Médiane (Écart interquartile)		41 (15)	31,5 (12,2)	51,5 (1,5)	28 (7)	45 (11)	37,5 (16,5)
Sexe – n (%)	Homme	6 (85,7)	3 (50)	2 (100)	1 (14,3)	-	3 (37,5)
	Femme	1 (14,3)	3 (50)	-	6 (85,7)	3 (100)	5 (62,5)
Expérience (années) – Médiane (Écart interquartile)		12 (8)	7,5 (12,2)	20 (3)	4 (3,5)	23 (11)	8 (12,5)
Niveau d'éducation – n (%)	DEC	-	-	1 (50)	3 (42,9)	-	1 (12,5)
	1 ^{er} cycle	-	-	1 (50)	4 (57,1)	1 (33,3)	5 (62,5)
	2 ^e cycle	-	6 (100)	-	-	2 (66,7)	3 (25,0)
	3 ^e cycle	7 (100)	-	-	-	-	-
Responsabilités pédagogiques – n (%)	Oui	7 (100)	2 (33,3)	-	4 (57,1)	-	1 (12,5)
	Non	-	4 (66,7)	2 (100)	3 (42,9)	3 (100)	7 (87,5)
Bilingue – n (%)	Oui	7 (100)	6 (100)	2 (100)	7 (100)	3 (100)	7 (87,5)
	Non	-	-	-	-	-	1 (12,5)
Compréhension de statistiques descriptives – n (%)	Oui	7 (100)	6 (100)	-	4 (57,1)	3 (100)	6 (75)
	Non	-	-	2 (100)	3 (42,9)	-	2 (25)

Inf : Infirmières; Inh : Inhalothérapeutes; MD : Médecins; Pharma : Pharmaciens; PT : Physiothérapeutes; PAB : Préposés aux bénéficiaires.

4.3 Identification des activités interprofessionnelles

La méthode Delphi utilisée dans le cadre de cette étude avait deux objectifs principaux : 1) identifier et confirmer la formulation des activités interprofessionnelles ayant lieu aux USI et 2) identifier les activités interprofessionnelles qui sont essentielles pour une pratique collaborative, soit les activités interprofessionnelles durables (AIPD). Ces deux objectifs seront donc traités individuellement.

4.3.1 Identification et confirmation des activités interprofessionnelles

L'objectif de la première ronde était d'identifier et confirmer la formulation des activités interprofessionnelles ayant lieu aux USI. Les 16 activités interprofessionnelles identifiées dans la littérature ont été soumises aux experts lors du questionnaire 1A. De celles-ci, 14 activités ont été modifiées selon l'avis des experts et deux activités (« Tournées » et « Ventilation ») ont chacune été scindées en deux activités distinctes (« Tournées », « Réunion », « Aérienne » et « Ventilation »). Ces modifications sont disponibles dans l'Annexe H – Résultats des questionnaires (Tableau 20, p. 297). Le consensus statistique détaillé est aussi disponible dans ce tableau. Les experts ont mis l'emphase sur quatre activités qui avaient été regroupées au sein de plusieurs activités différentes (« Débreffage », « Transfusion », « CALS » et « ECMO »). De plus, trois activités supplémentaires ont été identifiées par les experts (« Incident », « Médicament » et « Ventral »). Les modifications majeures et les activités supplémentaires ont été soumises aux experts lors du questionnaire. Le consensus statistique détaillé est disponible dans le Tableau 21 (p. 310). Au terme de la première ronde, 25 activités interprofessionnelles distinctes ont été identifiées comme ayant lieu aux soins intensifs en fonction du seuil de consensus établi dans la section Méthodologie. Ces 25 activités sont décrites dans le Tableau 6 ci-bas (p. 91).

Lorsque classifiées par système, les activités centrées sur l'équipe (n=9) étaient les plus communément identifiées par les experts. Une seule activité (n=1) référant au système néphro-métabolique a été identifiée. En général, plus de trois professions étaient impliquées dans chacune des activités. Les infirmières et les médecins étaient impliquées dans toutes les activités. En ordre de fréquence d'implication, les inhalothérapeutes (80 %; n=20), les pharmaciens (56 %; n=14), puis les préposés aux bénéficiaires (44 %; n=11) ont été identifiés par les experts dans les activités interprofessionnelles. Les nutritionnistes (20 %; n=5) et les physiothérapeutes (24 %; n=6) étaient les professions les moins souvent citées.

La majorité des activités référaient à cinq compétences (48 %; n=12). La communication interprofessionnelle a été reconnue dans toutes les activités par les experts. La majorité des autres compétences interprofessionnelles était aussi fréquemment citée, soit le travail d'équipe (92 %; n=23), la clarification des rôles (84 %; n=21), les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté (76 %; n=19) et le leadership collaboratif (76 %; n=19). Au contraire, la résolution des conflits interprofessionnels a été associée aux activités à une seule reprise (4 %).

Tableau 6 – Activités interprofessionnelles identifiées par les experts

Code	Titre	Description	Participants	Compétences	Connaissances, aptitudes et attitudes
LIT	Tenir des réunions de gestion des lits	Organiser les changements de milieu de soins des patients en fonction de leur condition et de la disponibilité afin de gérer le flux de patients.	Inf MD	Communication Équipe SCPPC Rôle	<u>Connaissances</u> Identifier les patients éligibles pour un transfert de soins sur une autre unité (organisation de tâche).
					<u>Aptitudes</u> Faciliter le processus de gestion des lits (coordination). Évaluer le statut hospitalier, prioriser les interventions et fixer des objectifs (coordination).
					<u>Attitudes – n/a</u>
TOURNÉES	Collaborer aux tournées interprofessionnel les quotidiennes.	Réviser les problèmes, l'évolution clinique, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient.	Inf MD Pharma Inh Nutrition	Communication Équipe SCPPC Leader Rôle	<u>Connaissances</u> Comprendre l'importance du plan de soins en utilisant une approche systématique (modèle précis du problème et orientation de l'équipe). Identifier les problèmes principaux, les problématiques et les complications potentielles (modèle précis du problème et orientation de l'équipe). Comprendre les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe (modèle précis du problème).
					<u>Aptitudes</u> Promouvoir une communication ouverte et un échange d'information au temps opportun (communication, relations interpersonnelles). Utiliser une approche systématique centrée sur le problème pour cibler les domaines pertinents et formuler des objectifs de soins (conscience situationnelle partagée). Fournir à chaque membre de l'équipe un plan de travail clair pour atteindre les objectifs de soins quotidiens (conscience situationnelle partagée). Communiquer les priorités (coordination). Atteindre les objectifs quotidiens ou documenter les raisons derrière leur manquement (rétroaction).
					Identifier et corriger des erreurs potentielles par d'autres membres de l'équipe (comportement de sécurité et suivi mutuel de performance). Résoudre des désaccords de manière appropriée (relations interpersonnelles)

					<p><u>Attitudes</u> Encourager les membres de l'équipe à poser des questions sur le plan de soins, donner leur avis et verbaliser lorsqu'un risque est identifié (cohésion d'équipe, confiance mutuelle et direction collective). Assurer la confiance et le respect de tous les membres de l'équipe (cohésion d'équipe). Encourager l'implication active des patients/familles dans les tournées quotidiennes (cohésion d'équipe et direction collective). Promouvoir une culture de guérison (vision partagée). Promouvoir le travail d'équipe (direction collective).</p>
RÉUNION	Collaborer aux réunions interprofessionnelles régulières des cas complexes.	Déterminer et faire le suivi d'un plan thérapeutique interprofessionnel centré sur les besoins biopsychosociaux et le pronostic des patients complexes, basé sur une évaluation complète et une discussion des considérations éthiques.	Inf MD Pharma PT Inh	Communication SCPPC Leader Équipe Rôle	<p><u>Connaissances</u> Identifier les problèmes pertinents et leur plan de gestion (modèle précis du problème).</p>
					<p><u>Aptitudes</u> Discuter et s'entendre sur des objectifs de soins partagés et comment les implémenter (prise de décision et coordination). S'entendre sur les critères pour juger de la réussite ou de l'échec du plan de soins (planification).</p>
					<p><u>Attitudes</u> Veiller à la contribution de tous les professionnels de la santé dans la prise en charge des patients (direction collective et l'importance du travail d'équipe).</p>
FAMILLE	Mener des réunions de famille afin d'impliquer le patient et/ou sa famille.	Partager au patient et/ou sa famille sa condition de santé actuelle, le pronostic et le plan de traitement pour assurer une prise de décisions partagée selon les objectifs de soins du patient et/ou de sa famille.	Inf MD	SCPPC Communication	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les principes qui sous-tendent les soins de fin de vie (mission d'équipe). Comprendre les concepts de prise de décision et de prise de décision substituée (orientation de l'équipe). Maîtriser des stratégies pour conduire des discussions difficiles (modèle des interactions des rôles des membres de l'équipe). Considérer les problématiques sociales, culturelles et religieuses qui pourraient affecter les discussions de niveau de soins (caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p>
					<p><u>Aptitudes</u> Discuter et documenter précocement des désirs du patient concernant leur fin de vie (prise de décision et communication). Évaluer la capacité de prise de décision (réallocation dynamique des fonctions). S'assurer d'un plan de soins de fin de vie formel (conscience situationnelle partagée).</p>

					<p>Fournir un soutien émotionnel et spirituel aux patients/famille (relations interpersonnelles). Évaluer les symptômes à l'aide d'outils validés tout en assurant leur prise en charge (évaluation et résolution de problèmes). Éliciter des suggestions des membres de l'équipe et utiliser leur expertise spécifique pour obtenir un consensus (prise de décision). Être conscient des préoccupations des autres membres de l'équipe concernant des conflits potentiels au sein de l'équipe ou de la famille (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager une communication ouverte entre les cliniciens et les membres de la famille pour promouvoir la prise de décision partagée (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir l'implication des professionnels de la santé pertinents pour la prise de décision (orientation collective). Promouvoir un respect mutuel au sein de l'équipe (confiance mutuelle et cohésion d'équipe).</p>
PALLIATIF	Collaborer à la transition vers une approche palliative.	Aligner les soins avec les souhaits des patients et/ou de sa famille et, le cas échéant, assurer la gestion de symptômes en lien avec la transition vers des soins de confort et/ou l'arrêt de traitement actif.	Inf MD Inh	SCPPC Communication Équipe	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les principes qui sous-tendent les soins de fin de vie (mission d'équipe). Comprendre les concepts de prise de décision et de prise de décision substituée (orientation de l'équipe). Maîtriser des stratégies pour conduire des discussions difficiles (modèle des interactions des rôles des membres de l'équipe). Considérer les problématiques sociales, culturelles et religieuses qui pourraient affecter les discussions de niveau de soins (caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p> <p><u>Aptitudes</u> Discuter et documenter précocement des désirs du patient concernant leur fin de vie (prise de décision et communication). Évaluer la capacité de prise de décision (réallocation dynamique des fonctions). S'assurer d'un plan de soins de fin de vie formel (conscience situationnelle partagée). Fournir un soutien émotionnel et spirituel aux patients/famille (relations interpersonnelles). Évaluer les symptômes à l'aide d'outils validés tout en assurant leur prise en charge (évaluation et résolution de problèmes). Éliciter des suggestions des membres de l'équipe et utiliser leur expertise spécifique pour obtenir un consensus (prise de décision).</p>

					<p>Être conscient des préoccupations des autres membres de l'équipe concernant des conflits potentiels au sein de l'équipe ou de la famille (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager une communication ouverte entre les cliniciens et les membres de la famille pour promouvoir la prise de décision partagée (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir l'implication des professionnels de la santé pertinents pour la prise de décision (orientation collective). Promouvoir un respect mutuel au sein de l'équipe (confiance mutuelle et cohésion d'équipe).</p>
DDA	Adresser et prévenir la douleur, le délirium et l'agitation.	Établir un plan thérapeutique pour prévenir et traiter la douleur, le délirium et l'agitation, incluant la gestion de la sédation.	Inf MD Pharma PAB	Équipe Communication SCPPC Rôle	<p><u>Connaissances</u> Prendre en considération la maladie du patient et les problèmes actifs pour les options de traitement et leur optimisation (organisation de tâche et association de repères stratégiques). Évaluer de manière périodique la nécessité de contentions physiques ou leur substitut (mission d'équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u> Identifier les causes pour l'agitation du patient et prendre en charge la douleur (évaluation et résolution de problèmes). Prendre en charge quotidiennement les sédations conformément aux guides de pratique actuels (évaluation et résolution de problèmes). Expliquer la nécessité des contentions physiques à la famille de patients et obtenir leur consentement (communication et prise de décision).</p> <p><u>Attitudes – n/a</u></p>
SUIVI	Offrir un suivi hors des soins intensifs à la suite d'un transfert dans une autre unité.	Assurer un suivi d'une durée prédéterminée de patients ciblés qui ont été transférés dans une autre unité afin d'assurer la continuité des soins et d'identifier précocement une détérioration.	Inf MD PT Pharma Inh Nutrition	Communication Équipe SCPPC Leader Rôle	<p><u>Connaissances – n/a</u></p> <p><u>Aptitudes</u> Assurer le suivi de patients sur les étages et la salle d'urgence jusqu'à leur stabilisation, puis assurer leur suivi post-USI (évaluation et résolution de problèmes).</p> <p><u>Attitudes – n/a</u></p>

TRANSPORT	Assurer le transport intrahospitalier des patients et leur prise en charge hors de l'unité.	Collaborer au transport intrahospitalier sécuritaire des patients lors d'examen diagnostiques ou d'interventions thérapeutiques, incluant la coordination des soins, la préparation en vue du déplacement et la prise en charge hors de l'unité.	Inf Inh PAB MD	Équipe Communication Leader	<p><u>Connaissances</u> Comprendre et anticiper les complications potentielles du transport (modèle partagé de tâche, modèle précis de tâche et organisation de tâche).</p> <p><u>Aptitudes</u> Opter pour le transport intrahospitalier pour un examen diagnostique (prise de décision). Identifier et intervenir lors que face à l'instabilité (évaluation et résolution de problèmes). Se préparer pour une complication potentielle du transport (planification).</p> <p><u>Attitudes</u> Reconnaître que le transport de patients peut mener à des complications par rapport à leur bénéfice thérapeutique ou diagnostic (vision partagée).</p>	
	TRANSFERT	Assurer la continuité des soins.	Transférer de manière coordonnée les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente, incluant tout élément pertinent à la continuité des soins.	MD Inh Inf PT Pharmacien Nutrition	Communication Équipe Leader SCPPC Rôle	<p><u>Connaissances</u> Reconnaître les données importantes et vitales anticipées (orientation de l'équipe). Identifier un plan de soins spécifique en accord avec la spécialité professionnelle (orientation de l'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p> <p><u>Aptitudes</u> Notifier des transferts imminents (coordination). S'assurer de la préparation de l'équipe spécifique au patient (coordination et leadership de l'équipe). Amorcer un transfert verbal en personne au chevet et en présence de l'équipe receveuse (communication). Communiquer les priorités de traitement, les objectifs, les facteurs de risques et de complications (coordination et conscience situationnelle partagée) Utiliser la communication en boucle fermée (communication).</p> <p><u>Attitudes</u> Reconnaître l'importance de notifier l'équipe receveuse complète de l'arrivée d'un patient (confiance mutuelle). Promouvoir l'importance de la qualité de l'information, de l'environnement et de la réceptivité des membres de l'équipe (vision partagée). Permettre la discussion et les questions sur le plan de soins entre tous les professionnels de la santé (orientation collective).</p>

PRÉVENTION	Appliquer les interventions de prévention d'événements indésirables aux soins intensifs.	Mettre en œuvre les interventions de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux soins intensifs incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, aux plaies de pression, aux saignements gastro-intestinaux et aux risques thromboemboliques.	Inf MD Pharma Inh PAB Nutrition	Communication SCPPC Équipe Leader Rôle	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les initiatives d'amélioration de la qualité de soins (modèle partagé de la tâche). Éduquer le personnel sur les pratiques de prévention (mission d'équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u> Maintenir une adhésion élevée aux lignes directrices de prévention des événements des USI (suivi de performance). Encourager et faciliter la communication entre les membres de l'équipe (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Maintenir une culture ouverte pour communiquer des préoccupations et des commentaires (confiance mutuelle et orientation collective). Maintenir une culture collaborative (importance du travail d'équipe).</p>
MOBILITÉ	Assurer la mobilisation, le positionnement et la réadaptation précoce des patients.	Mobiliser et positionner les patients de manière sécuritaire tout en prodiguant, lorsque possible, des exercices actifs et de fonctionnement incluant des exercices ciblés de renforcement.	Inf PT PAB Inh MD	Équipe SCPPC Communication Rôle Leader	<p><u>Connaissances</u> Décrire l'état de mobilité initial, actuel et visé du patient (orientation d'équipe). Comprendre les exigences minimales requises pour une mobilisation sécuritaire (modèle précis de tâche et association de repères stratégiques). Reconnaître des stratégies de réadaptation (modèle précis de tâche). Comprendre le fardeau de la survie et l'importance de la réadaptation (modèle partagé de tâche et mission d'équipe)</p> <p><u>Aptitudes</u> Évaluer la mobilité d'un patient (évaluation de problèmes). Définir des objectifs individualisés pour la mobilisation précoce (prise de décision). Identifier des barrières à la réadaptation (évaluation de problèmes). Coordonner la mobilisation de patients (coordination). Assurer la revue quotidienne de sécurité pour la mobilisation (suivi de performance).</p> <p><u>Attitudes</u> Valoriser le rôle de chaque professionnel dans la mobilisation de patients (confiance mutuelle). Prioriser la réadaptation précoce (efficacité et pouvoir collectif). Maintenir une culture de réadaptation (vision partagée).</p>

NUTRITION	Assurer le support nutritionnel.	Procurer et assurer un suivi de thérapies appropriées de support nutritionnel.	MD Nutrition Inf Pharmacien	Communication Équipe Rôle Leader	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les stratégies de traitement nutritionnel et leurs indications (normes d'équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u> Déterminer les besoins nutritionnels (évaluation de problèmes). Implémenter un traitement nutritionnel approprié (maintien de la procédure). Gérer et assurer le suivi du traitement nutritionnel (maintien de la procédure).</p> <p><u>Attitudes</u> Reconnaître l'importance d'un support nutritionnel précoce (vision partagée). Encourager la sélection judicieuse de patients pour une nutrition parentérale (vision partagée). Accroître le sentiment de responsabilisation envers les décisions nutritionnelles (cohésion d'équipe). Mettre l'accent sur la communication pour promouvoir le travail d'équipe (importance du travail d'équipe).</p>
	Prendre part à l'évaluation des urgences cliniques dans le contexte d'une équipe d'intervention rapide.	Faciliter la détection et le traitement précoce de détériorations cliniques/complications chez les patients hospitalisés en déployant l'expertise des soins critiques dans les unités de soins non critiques.	Inf Inh MD	Équipe Communication Leader Rôle SCPPC	<p><u>Connaissances</u> Encourager l'utilisation plus courante de breffage et débrefage (modèle partagé de tâche).</p> <p><u>Aptitudes</u> Poser des questions en utilisant un langage critique approprié (communication). S'identifier lors de « l'entrée » dans un événement (coordination). Maintenir des assignations claires (leadership d'équipe). Assurer une discussion au temps opportun des préférences du patient en ce qui a trait au niveau de soins (prise de décision et coordination).</p>
					<p><u>Attitude</u> Maintenir une culture de communication ouverte pour communiquer ses préoccupations (confiance mutuelle). Renforcer la culture de sécurité (vision partagée et confiance mutuelle).</p>
CRISES	Intervenir dans des situations de crises sur l'unité de soins intensifs.	Intervenir rapidement de manière coordonnée auprès des patients qui se détériorent selon les lignes directrices incluant, mais non limité, à la gestion du choc, de	Inf MD Inh Pharmacien	Leader Communication Équipe Rôle SCPPC	<p><u>Connaissances</u> Adhérer aux guides de pratiques thérapeutiques clairs basés sur des évidences (modèle précis de tâche). Comprendre le rôle de chaque membre de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème). Comprendre les principes de travail d'équipe (aptitudes de travail d'équipe).</p>

		l'insuffisance respiratoire, des urgences neurologiques, métaboliques et médicales.			<p>Encourager l'utilisation plus courante de breffage et débrefage (modèle partagé de tâche). S'assurer de l'expérience et du confort dans toutes les stratégies de réanimation disponibles dans l'institution (mission d'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p> <p><u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et suivre leur performance (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Réaliser une intervention de réanimation en accord avec la pathologie de base et les guides de pratique basés sur les évidences (coordination et prise de décision). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Prendre en charge une équipe et les distractions (leadership d'équipe).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). S'assurer de la confiance et du respect de l'expertise de chacun (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>
TRAUMA	Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.	Assurer le traitement initial et la réanimation d'un patient polytraumatisé.	MD Inh Inf PAB Pharmacien	Équipe Communication Leader Rôle SCPPC	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les guides de pratique et les procédures (mission et normes d'équipe). Comprendre le rôle des membres de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème).</p> <p><u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication).</p>

					<p>Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et s'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité).</p> <p>Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe).</p> <p>Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination).</p> <p>Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager l'opinion de tous les membres de l'équipe (orientation collective). S'assurer de la confiance entre tous les membres de l'équipe (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif).</p>
ARRÊT	Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.	Assurer la RCR conformément aux lignes directrices de l'ACLS.	Inf MD Inh PAB Pharmacien	Leader Communication Équipe Rôle SCPPC	<p><u>Connaissances</u> Comprendre le rôle de chaque professionnel de la santé dans la délivrance de l'ACLS (modèle précis de rôle). Comprendre les principes de l'ACLS (modèle précis de tâche).</p>
					<p><u>Aptitudes</u> Amorcer et délivrer de l'ACLS de haute qualité (suivi de performance). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes). S'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (comportement de sécurité). Communiquer clairement et de manière concise avec une communication en boucle fermée (communication). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Prioriser et déléguer les tâches de manière appropriée (leadership d'équipe). Résoudre immédiatement les conflits potentiels (relations interpersonnelles).</p>

					<u>Attitudes</u> Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective).
DÉBREFFAGE	Tenir une rencontre de débriefage à la suite d'une situation d'urgence ou de conflits.	Échanger de manière structurée et brève à la suite d'une situation d'urgence, ou toute situation conflictuelle ayant un impact sur les soins du patient et/ou du fonctionnement de l'équipe, afin d'améliorer le fonctionnement et la coordination de l'équipe, sécuriser la prise en charge des patients, soutenir la culture de sécurité et assurer un support psychologique aux membres de l'équipe.	MD Inf Inh PAB Pharma PT	Communication Team Conflits Rôle Leader SCPPC	<u>Connaissances</u> Encourager l'utilisation plus courante de breffage et débriefage (modèle partagé de tâche). <u>Aptitudes</u> Résoudre immédiatement les conflits potentiels (relations interpersonnelles). Adresser les sentiments, les pensées et les réponses face à l'événement (relations interpersonnelles). Identifier les zones potentielles d'amélioration (suivi de performance). Poser des questions en utilisant un langage approprié (communication).
					<u>Attitudes</u> Encourager l'avis de tous les membres de l'équipe (orientation collective). Reconnaître la valeur de tous les membres de l'équipe (confiance mutuelle). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir une culture de sécurité et d'ouverture (vision partagée).
INDICENT	Déclarer, identifier et traiter les conséquences d'un événement indésirable.	Devant la survenue d'un événement indésirable (incident, accident, complication, réaction indésirable, etc.), déclarer, identifier et traiter les conséquences de cet événement, tout en	MD Inf Inh Pharma PAB PT	SCPPC Communication Équipe Rôle Leader	<u>Connaissances</u> Encourager l'utilisation plus répandue de rapports d'incident/accident (modèle partagé de tâche). <u>Aptitudes</u> Identifier des zones d'amélioration potentielles et planifier pour de futurs événements (suivi de performance). Documenter l'événement en utilisant un langage approprié (communication).

		mettant en place des mesures préventives pour éviter une récurrence.			<u>Attitudes</u> Encourager l'avis de tous les membres de l'équipe (orientation collective). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir une culture de sécurité et d'ouverture (vision partagée).
MÉDICAMENT	Effectuer la réconciliation médicamenteuse.	Détecter et résoudre les divergences dans les traitements prescrits à l'admission, au transfert et au congé du patient.	MD Pharma Inh Inf	Communication SCPPC Leader	<u>Connaissances</u> Comprendre l'importance de la réconciliation médicamenteuse (modèle précis du problème et orientation d'équipe).
					<u>Aptitudes</u> Identifier des zones d'amélioration potentielles (suivi de performance). Documenter les changements de médicaments (communication).
					<u>Attitudes</u> Encourager l'avis de tous les membres de l'équipe (orientation collective). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir une culture de sécurité (vision partagée).
TRANSFUSION	Exécuter un protocole de transfusion massive.	Assurer l'exécution d'un protocole de transfusion massive de manière efficace et sécuritaire.	Inf MD PAB	Communication Rôle Équipe Leader	<u>Connaissances</u> Adhérer à des traitements basés sur des évidences et des lignes de pratiques (modèle précis de tâche). Comprendre le rôle de chaque membre de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème). Comprendre les principes du travail d'équipe (aptitudes du travail d'équipe). S'assurer du confort et de l'expérience des membres de l'équipe avec le protocole de transfusion massif (mission d'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).
					<u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et suivre leur performance (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité).

					<p>Réaliser un protocole de transfusion massive en accord avec les guides de pratique basés sur les évidences (coordination et prise de décision).</p> <p>Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination).</p> <p>Prendre en charge une équipe et les distractions (leadership d'équipe).</p> <p><u>Attitudes</u></p> <p>Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective).</p> <p>S'assurer de la confiance et du respect de l'expertise de chacun (confiance mutuelle).</p> <p>S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif).</p> <p>Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>
VENTILATION	Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique.	Prise en charge de la ventilation mécanique (endotrachéale et via une trachéotomie) en fonction de l'évolution des patients incluant, mais non limité, aux ajustements quotidiens des paramètres ventilatoires, au nettoyage des voies aériennes (bronchoscopie, aspiration), au sevrage ventilatoire et à l'extubation/décannulation.	MD Inh Inf	Équipe Communication Rôle SCPPC Leader	<p><u>Connaissances</u></p> <p>Comprendre les pratiques basées sur des évidences dans la prise en charge de l'extubation et la décannulation (normes d'équipe).</p> <p>Formaliser les attentes, les rôles et la responsabilité de chacun de professionnels de la santé (modèle précis du problème).</p> <p>Établir la candidature pour une évaluation de la dysphagie (associations de repères stratégiques).</p>
					<p><u>Aptitudes</u></p> <p>Communiquer à l'équipe, le patient et les membres de la famille l'importance des données liées à l'évaluation du sevrage ventilatoire (conscience situationnelle partagée).</p> <p>Considérer l'opinion et l'expérience de membres de l'équipe (prise de décision).</p> <p>Identifier et communiquer la rationnelle et le plan de sevrage ventilatoire aux autres membres de l'équipe (conscience situationnelle partagée et prise de décision).</p> <p>Appliquer un protocole d'arrêt de sédation et évaluer sa tolérance lorsque possible (coordination et conscience situationnelle partagée).</p> <p>Amorcer une évaluation de la dysphagie (prise de décision).</p> <p><u>Attitudes</u></p> <p>Reconnaître la valeur de tous les membres de la famille (confiance mutuelle).</p>

					Responsabiliser chaque professionnel dans la pratique de son rôle et promouvoir leur autonomie (confiance mutuelle et efficacité collective).
AÉRIENNES	Prendre en charge les voies aériennes d'un patient.	Préparation et exécution d'une sécurisation, urgente ou élective, des voies aériennes, incluant, mais non limité à, l'intubation, la cricothyroïdotomie et la trachéotomie au chevet.	MD Inh Inf	Communication Rôle Équipe	<p><u>Connaissances</u></p> <p>Comprendre les pratiques basées sur des évidences dans la gestion des voies aériennes (normes d'équipe). Comprendre le rôle décisionnel de chaque membre de l'équipe (modèle précis du problème). Comprendre les principes du travail d'équipe (aptitudes du travail d'équipe). S'assurer de l'expérience et du confort de chaque membre de l'équipe dans les stratégies de gestion des voies aériennes (mission d'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p>
					<p><u>Aptitudes</u></p> <p>Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisation une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et suivre leur performance (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Réaliser une intervention de réanimation en accord avec la pathologie de base et les guides de pratique basés sur les évidences (coordination et prise de décision). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Prendre en charge une équipe et les distractions (leadership d'équipe).</p>
					<p><u>Attitude</u></p> <p>Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). S'assurer de la confiance et du respect de l'expertise de chacun (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>

VENTRAL	Positionner en décubitus ventral les patients ventilés mécaniquement.	Procéder à l'installation du patient ventilé mécaniquement en décubitus ventral, effectuer les interventions liées au positionnement (mobilisation régulière) et procéder au retour en décubitus dorsal.	MD Inf Inh PAB	Équipe Communication Rôle Leader	<p><u>Connaissances</u> Décrire les indications pour la position ventrale (orientation d'équipe). Comprendre les exigences minimales requises pour une mobilisation sécuritaire (modèle précis de tâche et association de repères stratégiques).</p> <p><u>Aptitudes</u> Fixer des objectifs individualisés au patient pour la position ventrale (prise de décision). Identifier des barrières à la réadaptation (évaluation de problèmes). Coordonner la mobilisation de patients (coordination). Assurer la revue quotidienne de sécurité pour la position ventrale (suivi de performance).</p> <p><u>Attitude</u> Valoriser le rôle de chaque professionnel dans la position ventrale de patients (confiance mutuelle).</p>
	Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire dans le contexte postopératoire de chirurgie cardiothoracique.	Assurer la RCR conformément aux lignes directrices du CALS.	Inf MD PAB Inh Pharma	Équipe Communication Rôle Leader	<p><u>Connaissances</u> Comprendre le rôle de chaque professionnel de la santé dans la délivrance du CALS (modèle précis de rôle). Comprendre les principes du CALS (modèle précis de tâche).</p> <p><u>Aptitudes</u> Amorcer et délivrer du CALS de haute qualité (suivi de performance). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes). S'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (comportement de sécurité). Communiquer clairement et de manière concise avec une communication en boucle fermée (communication). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Prioriser et déléguer les tâches de manière appropriée (leadership d'équipe). Résoudre immédiatement les conflits potentiels (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>
CALS					

					Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective).
ECMO	Prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle.	Initier et prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle, incluant son sevrage et la gestion de la ventilation mécanique.	Inf MD Inh	Équipe Communication Rôle SCPPC	<u>Connaissances</u> Comprendre les guides de pratique et les procédures (mission et normes d'équipe). Comprendre le rôle des membres de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème).
					<u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et s'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes).
					<u>Attitudes</u> Encourager l'opinion de tous les membres de l'équipe (orientation collective). S'assurer de la confiance entre tous les membres de l'équipe (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif).

CALS : *Cardiac Surgery Advanced Life Support*; Communication : Communication interprofessionnelle; Conflits : Résolution de conflits interprofessionnels; ECMO : Oxygénation par membrane extracorporelle; Équipe : Travail d'équipe; Inf : Infirmière; Inh : Inhalothérapeute; Leader : Leadership collaboratif; MD : Médecin; Nutrition : Nutritionniste; PAB : Préposé aux bénéficiaires; Pharma : Pharmacien; PT : Physiothérapeute; Rôle : Clarification des rôles; SCPPC : Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté.

4.3.2 Identification des AIPD

Les rondes subséquentes (deux à quatre) avaient pour objectif d'identifier les activités interprofessionnelles qui sont essentielles pour une pratique collaborative, soit les activités interprofessionnelles durables (AIPD).

Au cours de la deuxième ronde, sept activités interprofessionnelles ont atteint un consensus, soit un accord de plus de 80 % au sein de tous les groupes professionnels impliqués pour leur inclusion dans un curriculum d'éducation interprofessionnelle. Le pourcentage d'accord est présenté pour les professionnels œuvrant dans chacune des activités selon l'échelle sémantique différentielle utilisée au cours de l'étude. Le Tableau 7 (p. 106) représente donc les activités interprofessionnelles ayant atteint un consensus au cours de la deuxième ronde. Pour les activités n'ayant pas atteint un consensus, l'analyse statistique générale et pour le groupe professionnel des infirmières est présentée dans Annexe D – Exemples de documents de rétroaction, Questionnaire 2 (p. 264).

Tableau 7 – Consensus des activités interprofessionnelles incluses dans la deuxième ronde

Professionnels de la santé (n)		MD (4)		Pharma (6)		PAB (2)		Inh (5)		PT (3)	Inf (5)		
Échelle sémantique différentielle*		4	5	4	5	4	5	4	5	5	3	4	5
Activité – Pourcentage d' accord	Intervention	50	50	-	-	-	-	-	100	-	20	20	60
	Aériennes	25	75	-	-	-	-	0	100	-	20	0	80
	ECMO	50	50	-	-	-	-	20	80	-	20	0	80
	Crise	100	0	0	100	-	-	0	100	-	0	0	100
	CALS	75	25	33,3	66,7	0	100	20	80	-	20	0	80
	Débreffage	100	0	66,7	33,3	0	100	20	80	100	0	20	80
	Famille	25	75	-	-	-	-	80	20	-	20	0	80

*Échelle sémantique différentielle de cinq points où 1 : Pas importante, 2 : Légèrement importante, 3 : Modérément importante, 4 : Importante, 5 : Très importante; CALS : *Cardiac Surgery Advanced Life Support*; ECMO : Oxygénation par membrane extracorporelle; Inf : Infirmière; Inh : Inhalothérapeute; MD : Médecin; PAB : Préposé aux bénéficiaires; PT : Physiothérapeute; Pharma : Pharmacien

Au cours de la troisième ronde, six activités interprofessionnelles ont atteint un consensus, soit un accord de plus de 80 % au sein de tous les groupes professionnels impliqués pour leur inclusion dans un curriculum d'éducation interprofessionnelle. En revanche, dans certains groupes professionnels (médecins et pharmaciens) ce pourcentage ne pouvait pas être atteint puisque seuls quatre professionnels étaient présents lors de cette ronde. Un pourcentage de 75 % a donc été employé pour ces groupes. Le pourcentage d'accord est présenté pour les professionnels œuvrant dans chacune des activités selon l'échelle sémantique différentielle utilisée au cours de l'étude. Le Tableau 8 (p. 107) représente donc les activités interprofessionnelles ayant atteint un consensus au cours de la troisième ronde. Pour les activités n'ayant pas atteint un consensus, l'analyse statistique générale et pour le groupe professionnel des infirmières, de même que l'analyse des réponses qualitative est présentée dans l'Annexe D – Exemples de documents de rétroaction (p. 268).

Tableau 8 – Consensus des activités interprofessionnelles incluses dans la troisième ronde

Professionnels de la santé (n)		MD (4)			Pharma (4)			PAB (2)		Inh (5)				Inf (3)	
Échelle différentielle*	sémantique	3	4	5	3	4	5	4	5	2	3	4	5	4	5
		Activité – Pourcentage d' accord	Trauma	25	50	25	0	25	75	50	50	0	0	0	100
DDA	25		50	25	25	0	75	50	50	-	-	-	-	33,3	66,7
Ventilation	0		75	25	-	-	-	-	-	20	0	0	80	33,3	66,7
Transport	25		50	25	-	-	-	50	50	0	0	20	80	0	100
Transfusion	0		25	75	-	-	-	50	50	-	-	-	-	33,3	66,7
Arrest	0		25	75	0	0	100	0	100	20	0	0	80	0	100

*Échelle sémantique différentielle de cinq points où 1 : Pas importante, 2 : Légèrement importante, 3 : Modérément importante, 4 : Importante, 5 : Très importante; DDA : Douleur, délirium et agitation; Inf : Infirmière; Inh : Inhalothérapeute; MD : Médecin; PAB : Préposé aux bénéficiaires; PT : Physiothérapeute; Pharma : Pharmacien

De manière générale, l'argument le plus fréquent contre l'inclusion des activités interprofessionnelles n'ayant pas atteint un consensus était que la collaboration interprofessionnelle n'était pas nécessaire pour ces activités. Or, l'argument le plus fréquent pour l'inclusion de ces mêmes activités était que l'interprofessionnalisme démontré par celles-ci permettait d'améliorer les soins aux patients.

Au cours de la quatrième ronde, deux activités interprofessionnelles ont atteint un consensus, soit un accord de plus de 70 % au sein de tous les groupes professionnels impliqués pour leur inclusion dans un curriculum d'éducation interprofessionnelle. Au terme de cette ronde, dix activités interprofessionnelles n'ont pas atteint le consensus d'inclusion ou d'exclusion lorsque l'analyse fut effectuée chez tous les experts impliqués dans ces activités. Le pourcentage d'accord est présenté pour les professionnels œuvrant dans chacune des activités selon l'échelle sémantique différentielle utilisée au cours de l'étude. Le Tableau 9 (p. 109) représente donc le pourcentage d'accord de toutes les activités interprofessionnelles de cette ronde.

Tableau 9 – Consensus des activités interprofessionnelles incluses dans la quatrième ronde

Professionnels de la santé (n)		MD (5)					Pharm (3)				PAB (2)		Inh (5)				PT (3)			Inf (2)			
Échelle sémantique différentielle*		1	2	3	4	5	2	3	4	5	4	5	2	3	4	5	3	4	5	2	3	4	5
Activité – Pourcentage d' accord	Lit	20	40	20	0	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0	0	0
	Tournées	20	0	40	40	0	0	0	33,3	66,7	-	-	0	0	40	60	-	-	-	0	0	50	50
	Mobilité**	0	0	0	60	40	-	-	-	-	0	100	0	0	60	40	0	0	100	0	0	100	0
	Ventral**	0	0	20	40	40	-	-	-	-	0	100	0	0	0	100	-	-	-	0	0	100	0
	Nutrition	20	20	40	20	0	33,3	33,3	33,3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	50	0	0
	Prévention	0	40	0	0	60	0	0	66,7	33,3	50	50	0	60	20	20	-	-	-	0	0	100	0
	Incident	0	20	20	40	20	0	0	66,7	33,3	50	50	0	50	20	20	33,3	66,7	0	0	100	0	0
	Réunion	20	20	0	20	40	0	0	66,7	33,3	-	-	0	20	20	60	0	33,3	66,7	0	0	100	0
	Palliatif	0	0	0	80	20	-	-	-	-	-	-	0	60	20	20	-	-	-	0	0	100	0
	Transfert	0	0	40	40	20	33,3	33,3	0	33,3	-	-	0	20	60	20	33,3	66,7	0	0	100	0	0
	Médicament	20	0	20	40	20	33,3	0	0	66,7	-	-	20	20	40	20	-	-	-	0	100	0	0
	Suivi	0	20	20	60	0	33,3	33,3	0	33,3	-	-	0	20	60	20	33,3	66,7	0	0	100	0	0

*Échelle sémantique différentielle de cinq points où 1 : Pas importante, 2 : Légèrement importante, 3 : Modérément importante, 4 : Importante, 5 : Très importante;

** : Activités ayant atteint un consensus; Inf : Infirmière; Inh : Inhalothérapeute; MD : Médecin; PAB : Préposé aux bénéficiaires; PT : Physiothérapeute; Pharma : Pharmacien

Une analyse de sous-groupe d'experts avec la plus grande expertise auto rapportée a été effectuée sur les activités interprofessionnelles n'ayant pas atteint un consensus au terme de cette quatrième ronde. Cette analyse est présentée dans le Tableau 10 (p. 110) et a permis d'établir quatre activités supplémentaires avec un consensus d'inclusion. Les activités « Lit », « Incident » et « Médicament » impliquaient moins de trois experts dans chacun des groupes. L'analyse de consensus n'a donc pas pu être effectuée et ces activités n'ont pas été présentées dans le Tableau 10 (p. 110). L'analyse de sous-groupe n'a donc pas été effectuée pour ces activités et elles ne sont pas présentées dans le tableau.

Tableau 10 – Consensus des activités interprofessionnelles par sous-groupe d'experts avec la plus grande expertise auto rapportée

Activité	Nombre d'experts				
	Pas importante	Légèrement importante	Modérément importante	Importante	Très importante
Tournées**				2	6
Nutrition	1		3	2	
Prévention**		2	1	3	4
Réunion**	1			4	6
Palliatif**				4	1
Transfert			5	6	2
Suivi		2	2	6	

** : Activités ayant atteint un consensus d'inclusion

Ainsi, au terme des quatre rondes de questionnaires, 15 activités interprofessionnelles ont atteint un consensus, soit sept au cours de la deuxième ronde, six au cours de la troisième ronde et deux au cours de la quatrième ronde. Celles-ci ont donc été identifiées par les experts de cette étude comme essentielles à une pratique collaborative au sein d'USI. L'analyse des sous-groupes d'experts ayant la plus grande expertise auto rapportée dans les activités n'ayant pas atteint un consensus a permis d'identifier quatre activités supplémentaires. La résultante de six activités interprofessionnelles n'a pas atteint de consensus au terme des quatre rondes prévues.

4.4 Étude de faisabilité

La présente recherche était une étude pilote visant à établir la faisabilité de la méthodologie. Les taux de participation et d'attrition, le temps de complétion et l'acceptabilité de la méthodologie sont présentés dans cette section.

4.4.1 Participation et attrition

Le recrutement eut lieu par l'entremise d'un questionnaire électronique composé de trois sections: une expliquant le projet, une autre dédiée à la récolte des données sociodémographiques et une dernière visant à évaluer les cinq critères d'inclusion. Des membres du personnel, 84 participants potentiels furent identifiés par les directions de l'enseignement des différentes professions. Le questionnaire de recrutement fut donc envoyé à ces membres du personnel. De ces participants potentiels, 35 ont accepté de participer à cette étude, soit 41,7 % des participants potentiels. Des experts recrutés, un seul intensiviste s'est désisté au cours de l'étude à la suite du questionnaire de rétroaction. La participation à l'étude est présentée dans le Tableau 11 (p. 112).

De manière générale, le taux de participation diminuait avec les rondes de questionnaires. Les experts du groupe de physiothérapeutes et de préposés aux bénéficiaires ont répondu à tous les questionnaires. En revanche, aucun professionnel de la santé appartenant au groupe de nutritionnistes n'a participé à la méthode Delphi. Une attrition moyenne de 31,8 % eut lieu au cours des rondes de la méthode Delphi. L'attrition la plus importante eut lieu dans le groupe des infirmières. Le taux de participation à chacun des questionnaires en fonction des participants est illustré dans la Figure 8 (p. 113).

Tableau 11 – Recrutement en fonction des professions

Profession	Participants potentiels - n	Experts recrutés - n (% des participants potentiels)
Intensiviste	21	7 (33,3)*
Infirmière	25	8 (32,0)
Inhalothérapeute	11	7 (63,6)
Pharmacien	14	6 (42,9)
Physiothérapeute	3	3 (100)
Nutritionniste	2	2 (100)
Préposé aux bénéficiaires	8	2 (25,0)
Total	84	35 (41,7)

*1 intensiviste s'est désisté à la suite du questionnaire de rétroaction

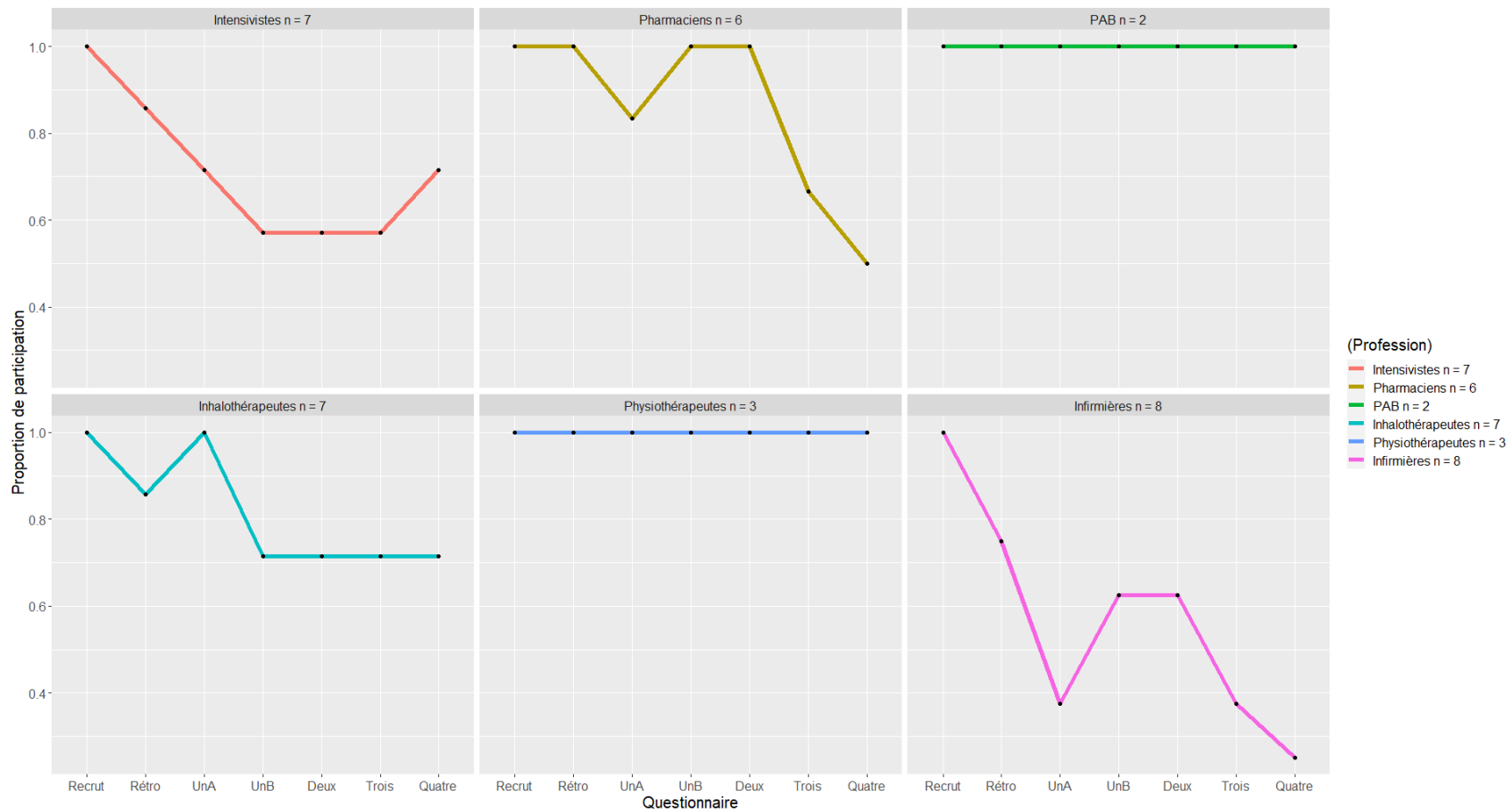


Figure 8 – Taux de participation en fonction des rondes de questionnaires par profession

4.4.2 Temps de participation

Un temps de réponse de 10 à 30 minutes avait été estimé lors de la conception de l'étude. Le temps médian de chacune des rondes se situait dans cet intervalle de temps. Le temps médian requis pour remplir le questionnaire de rétroaction était de 3,77 minutes (espace interquartile = 2,33). Le temps de complétion médian pour chacune des rondes variait entre 5 et 27 minutes tandis que la durée totale médiane de participation était de 114 minutes (Tableau 12, p. 114).

Tableau 12 – Temps médian requis pour la participation à chacune des rondes

	Ronde 1a (n = 27)	Ronde 1b (n = 25)	Ronde 2 (n = 25)	Ronde 3 (n=21)	Ronde 4 (n =20)	Participation totale (n=20)
Temps médian en minutes (Q1-Q3)	28 (14-57)	12 (9-19)	8 (6-12)	27 (16-48)	5 (3-8)	114 (92-161)

Q1-Q3 : Premier et troisième quartiles

4.4.3 Acceptabilité

Afin de raffiner la méthodologie, une rétroaction a été recueillie à chacune des étapes afin d'établir son acceptabilité. L'analyse des données qualitatives est d'abord décrite, suivie de l'analyse des données quantitatives.

4.4.3.1 Analyse qualitative d'acceptabilité

Une analyse qualitative a été effectuée à partir des réponses qualitatives des questions de rétroaction. Au cours de cette étude, 78 commentaires narratifs ont été recueillis à travers les différentes étapes. La majorité des commentaires portaient sur les documents préparatoires (41 commentaires), puis sur le questionnaire 1a (11 commentaires) et le questionnaire 4 (8 commentaires). Les questionnaires 1b, 2 et 3 ont généré le moins de commentaires (6 commentaires). Une analyse de contenu descriptive a été effectuée sur ces commentaires selon la méthode de Miles et al. (2014). Le questionnaire de rétroaction sur les documents préparatoires abordait des domaines différents d'acceptabilité. Son analyse est d'abord présentée, suivie de celle des questionnaires de consensus de la méthode Delphi.

Le questionnaire de rétroaction des documents préparatoires abordait l'efficacité, le niveau d'explication des concepts, la pertinence pour le niveau d'expertise, et le langage. Ces domaines furent analysés de manière indépendante pour le document de préparation, le document de définitions et le tableau de compétences. Cette analyse est représentée par le Tableau 13 (p. 116). Le tableau de compétences a été analysé indépendamment puisqu'il se rapporte directement au référentiel national de compétences.

En ce qui a trait à l'efficacité des explications, une meilleure utilisation de l'espace en limitant la quantité d'information transmise aux experts a été fréquemment suggérée pour l'ensemble des documents. Pour le document préparatoire, l'utilisation de représentations schématiques a été proposée pour réaliser cela. Pour le document de définitions, l'utilisation d'un lexique en annexe du document préparatoire a été proposée afin d'augmenter l'efficacité des explications. Le contenu de celui-ci est aussi remis en question en ce qui a trait aux statistiques, certains ne voyaient pas l'utilité de ces informations alors que d'autres auraient préféré plus d'informations sous forme d'exemples.

L'utilisation d'exemples a été proposée pour les document préparatoire et document de définitions afin de clarifier les explications des concepts. Quant au tableau des compétences interprofessionnelles, un expert a suggéré d'identifier des activités permettant de lier les compétences. Les commentaires sur la pertinence pour le niveau d'expertise étaient positifs pour le document préparatoire. La méthode Delphi semblait bien présentée, mais une version plus résumée aurait été préférée par certains experts. Un expert aurait souhaité avoir une explication plus précise du concept d'AIPD. Aucun commentaire n'a été porté sur le niveau de langage.

Tableau 13 – Analyse qualitative d’acceptabilité des documents préparatoires

Domaine	Documents préparatoires		
	Document préparatoire	Document de définitions	Tableau des compétences interprofessionnelles
Efficacité des explications	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de texte et plus de représentations visuelles schématiques - Une description courte et précise du rôle du participant pour résumer le document. - Document moins dense et moins chargé d’information, plus facile à lire et intégrer. - Suggérer des informations pertinentes sans répétition. 	<ul style="list-style-type: none"> - Donner des exemples pour mieux comprendre les concepts liés à la statistique - Je n’aurais pas mis les statistiques. - La définition exacte pourrait être présentée de façon plus concise. - Réduire le document de définitions aux éléments essentiels - Un lexique en annexe avec les termes important à distinguer au lieu d’un deuxième document. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficile à lire et fourmillant de détails très abstraits - Description des compétences sont trop longues, simplifier les phrases - Informations facilement compréhensible, mais difficile à lire du fait que beaucoup d’information y est énumérée dans un petit espace
Explication des concepts	Résumer des concepts importants avec un exemple	Illustrer le propos en intégrant plus d’exemples concrets	Lier les compétences avec des activités
Pertinence pour le niveau d’expertise	<ul style="list-style-type: none"> - Document clair et court. - Explications [...] très [complètes] - Le concept important [la méthode Delphi] me semble bien présenté. - Explication plus sommaire et générale pour expliquer le concept [du processus Delphi] 	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense qu’il faudrait au terme de la lecture du document avoir une compréhension plus exacte du concept [d’activité interprofessionnelle durable]. Je pense qu’il serait bien de mettre la définition précise plus en évidence 	n/a
Langage	-	-	n/a

n/a : Non applicable

La section rétroaction des questionnaires de la méthode Delphi portait sur les domaines d’efficacité, de logique, de facilité et de langage qui furent analysés de manière indépendante pour chacun des questionnaires. Cette analyse est présentée dans le Tableau 14 (p. 117). En ce qui a trait à l’efficacité des questionnaires, plusieurs experts auraient souhaité avoir une section commentaire. De plus, la redondance des questions a été mentionnée à travers les différentes rondes. Afin d’améliorer la logique du questionnaire 1, certains experts proposaient de présenter préalablement les activités et de les présenter selon un ordre différent, tel que la chronologie d’un séjour aux USI. La difficulté à identifier l’objectif de chacune des rondes a aussi été abordée. Pour la facilité des questionnaires, certains ont eu de la difficulté à décrire des activités qui correspondaient à la majorité des patients des USI lors du questionnaire 1a. Un seul commentaire a été porté à l’égard du niveau grammatical et identifiait certaines tournures anglophones dans les énoncés.

Tableau 14 – Analyse qualitative d’acceptabilité des questionnaires de la méthode Delphi

Domaine	Questionnaire Delphi				
	1a	1b	2	3	4
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire à cocher avec tous les thèmes. - Pouvoir clarifier certaines réponses. - Trop de suggestions similaires pour les différentes questions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Case commentaire à la fin de chaque sous-question pour pouvoir expliquer nos réponses. - Regrouper les activités qui sont incluses dans d’autres ou qui se recourent. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidement redondant - Avoir une case commentaire aux questions pour justifier notre choix de réponse 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire en 2 parties afin de l’alléger - Grandement répétitif. [...] difficulté à détecter de grandes divergences significatives dans les réponses 	<ul style="list-style-type: none"> - Les arguments pour ou contre [...] auraient été pertinents aux derniers questionnaires - Participation [à des discussions] avant de faire le questionnaire définitif.
Logique	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une idée globale dès le départ des thématiques abordées - Organiser [le questionnaire] dans la même chronologie que la trajectoire de soins usuels des patients - Les différentes compétences doivent toutes être mobilisées lors des activités interprofessionnelles - Fournir des exemples de situations où les compétences ont été utilisées 	Ordre hiérarchique ou logique pour la présentation des activités interprofessionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les compétences me semblaient très pertinentes - Spécifier s’il faut trancher en fonction des besoins du CHUM ou en général 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à un résumé des avis des autres personnes (pas juste des moyennes et médianes) - Demander des pistes de suggestions afin d’améliorer notre établissement (CHUM) 	<ul style="list-style-type: none"> - Table ronde avec échanges d’idées aurait peut-être servis à plus d’échanges - Questionnaire est trop simplifié, [...] manque de précisions - Ne permet pas toujours d’identifier la problématique ou les enjeux liés aux activités interprofessionnelles
Facilité	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser davantage les descriptions des tâches - Difficile de répondre à certaines questions qui suggéraient une approche pour tous les patients. [...] ça dépend des besoins du patient 	Ajouter un onglet qui montre la progression à travers le sondage pour pouvoir nous aider à mieux gérer notre temps.	-	-	Demande un maximum de concentration
Langage	Parfois l’impression que le texte était traduit de l’anglais	-	-	-	-

4.4.3.2 Analyse quantitative d'acceptabilité

Une analyse quantitative a été effectuée sur les réponses quantitatives des questions de rétroaction. Le questionnaire de rétroaction sur le document préparatoire abordait des domaines différents d'acceptabilité. Son analyse est d'abord présentée, suivie de celle des questionnaires de consensus de la méthode Delphi.

Le questionnaire de rétroaction des documents préparatoires abordait la motivation d'utilisation, l'efficacité, le niveau d'explication des concepts, la pertinence pour le niveau d'expertise, le langage et l'organisation. Ces domaines furent analysés pour le document de préparation et le document de définitions. Cette analyse est présentée dans le Tableau 15 (p. 118). À l'exception de deux questions, la médiane des réponses était de 5, soit « Tout à fait en accord » avec l'énoncé. Les experts étaient « D'accord » avec niveau d'explication des concepts et l'efficacité. Respectivement, une médiane de 4,5 et 4 a été attribuée à ces domaines d'acceptabilité.

Tableau 15 – Acceptabilité perçue par domaine d'acceptabilité en fonction du questionnaire des documents de rétroaction

	Domaines évalués – Médiane (EI)					
Rétroaction	Motivation d'utilisation	Efficacité	Explication des concepts	Pertinence pour le niveau d'expertise	Langage	Organisation
Document préparatoire	5 (1)	4,5 (1)	4 (1)	5 (1)	5 (0)	5 (0)
Document de définitions	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)

EI : Écart interquartile

En ce qui a trait aux questionnaires de la méthode Delphi, cinq domaines d'acceptabilités ont été évalués, soit la motivation de réponse, l'efficacité et la logique du questionnaire, la facilité de réponse, le langage utilisé. La médiane est présentée dans le Tableau 16 (p. 119) pour chacun des domaines en fonction des questionnaires répondus. La médiane se situait à 5, soit « Tout à fait d'accord » avec chacun des énoncés pour tous les domaines et chacun des questionnaires.

Tableau 16 – Acceptabilité perçue par domaine d’acceptabilité en fonction du questionnaire de la méthode Delphi

Domaine	Questionnaire				
	1a	1b	2	3	4
Motivation – Médiane (EI)	5 (0)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)
Efficacité – Médiane (EI)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)
Logique – Médiane (EI)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)	5 (1)
Facilité – Médiane (EI)	5 (1)	5 (0)	5 (0)	5 (0)	5 (1)
Langage – Médiane (EI)	5 (0)	5 (0)	5 (0)	5 (0)	5 (0)
Score total (EI)	24 (3)	25 (3)	24 (3)	24 (3)	24,5 (3,25)

EI : Écart interquartile

Le score médian total d’acceptabilité regroupant l’évaluation de tous les domaines est présenté pour chaque groupe professionnel dans la Figure 9 (p. 120). L’acceptabilité des questionnaires est demeurée somme toute stable pour les pharmaciens, les préposés aux bénéficiaires, les inhalothérapeutes et les physiothérapeutes. En revanche, ce score d’acceptabilité a graduellement diminué au fil des rondes pour les intensivistes et les infirmières.

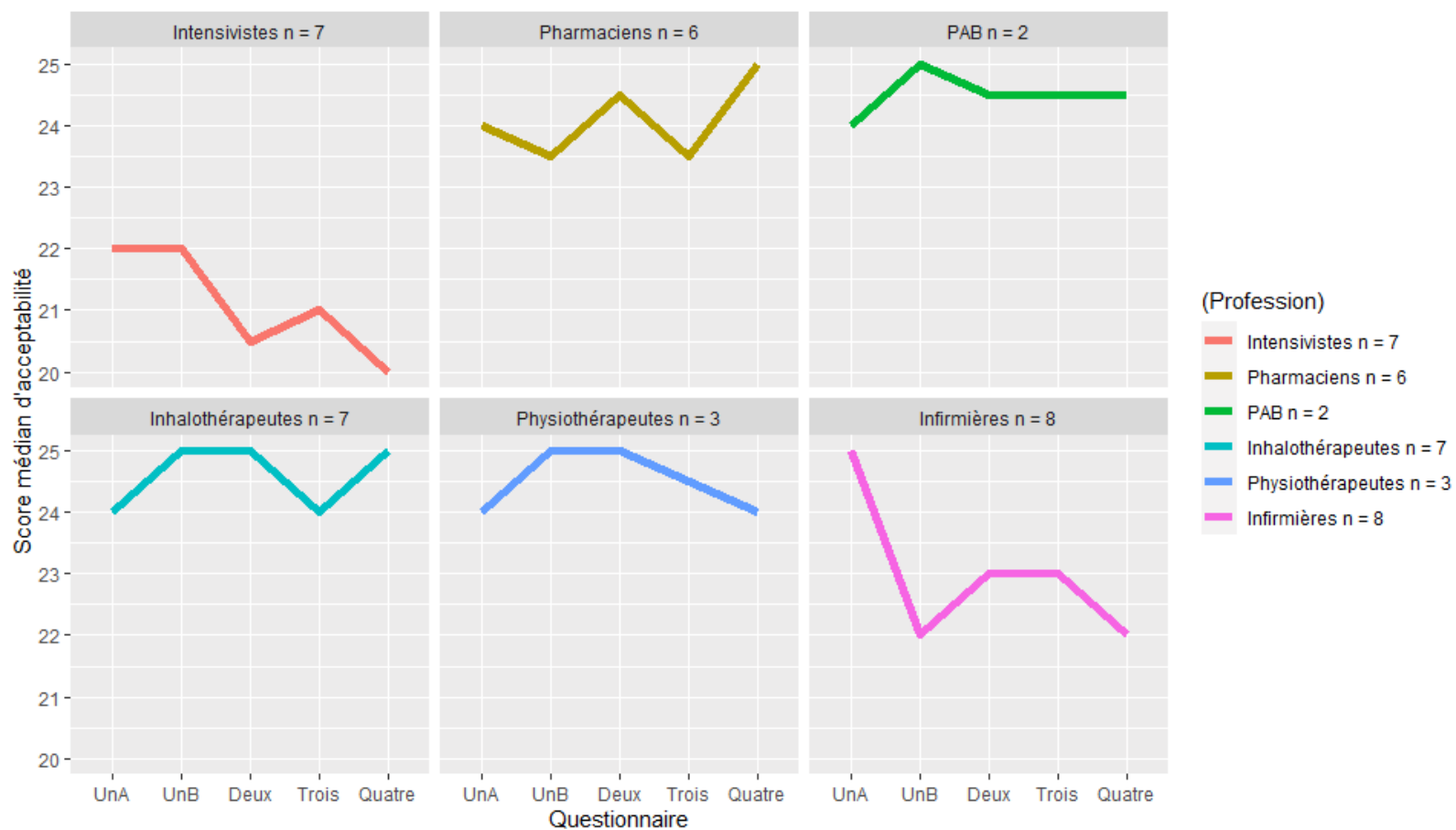


Figure 9 – Score médian d’acceptabilité par temps de mesure en fonction du groupe professionnel

PAB : Préposé aux bénéficiaires

4.5 Sommaire

Une recherche pilote mixte séquentielle exploratoire fut conduite. Une revue narrative de la littérature a tout d'abord permis d'identifier 16 activités interprofessionnelles indépendantes dans les USI. Par la suite, une étude pilote de faisabilité d'une méthode Delphi fut conduite auprès d'experts d'une seule institution locale. La première ronde de cette méthodologie a permis de confirmer 14 activités interprofessionnelles et de scinder en deux activités distinctes deux activités provenant de la littérature. Les experts ont aussi identifié sept activités supplémentaires pour un total de 25 activités interprofessionnelles. Au terme des quatre rondes de questionnaires, 19 activités interprofessionnelles ont été identifiées comme essentielles pour une pratique collaborative au sein des USI, soit comme des AIPD. Pour l'acceptabilité de la méthodologie, l'analyse qualitative a permis d'identifier plusieurs pistes de solution afin d'améliorer le devis. Par ailleurs, l'acceptabilité des différents domaines étudiés semblait adéquate pour la grande majorité des participants. Les résultats de cette recherche sont discutés dans le prochain chapitre.

5 Discussion

Cette recherche a permis d'identifier les activités interprofessionnelles essentielles pour une unité de soins intensifs (USI) et d'évaluer l'acceptabilité de la méthodologie. Les résultats de cette étude sont discutés dans ce chapitre. Ce dernier ne reflète pas l'ordre de la collecte des données et des résultats afin de permettre une combinaison des résultats qualitatifs et quantitatifs attendue par la méthodologie mixte de cette étude. Une critique de l'identification des activités interprofessionnelles est d'abord présentée. La sélection des activités interprofessionnelles durables (AIPD) est ensuite discutée. L'évaluation de l'acceptabilité de la méthodologie est ensuite débattue. Les forces et les limites de cette étude sont finalement discutées.

5.1 Identification des activités interprofessionnelles

Les activités interprofessionnelles ayant lieu au sein des USI ont été identifiées grâce à une revue narrative de la littérature et la première ronde de la méthode Delphi de cette étude. Ces activités interprofessionnelles présentent plusieurs caractéristiques qui leur sont propres. De celles-ci, trois étaient des points centraux à cette recherche. Ces caractéristiques seront donc discutées indépendamment dans cette section. La sélection des tâches interprofessionnelles est d'abord discutée. Le choix des différents professionnels de la santé impliqués, puis celui des compétences interprofessionnelles auxquelles ces activités réfèrent seront ensuite examinés.

5.1.1 Sélection des tâches interprofessionnelles

La sélection des tâches interprofessionnelles a débuté par une revue narrative de la littérature qui avait pour objectif d'identifier et de regrouper les tâches interprofessionnelles ayant lieu aux USI. Cette revue narrative n'est pas la première tentative de synthèse du corpus de preuves grandissant lié aux comportements d'équipe, comme le travail d'équipe et la collaboration aux USI. Dans une revue, Dietz et al. (2014) a identifié 85 articles dans une seule base de données électronique et a pu discuter de différentes conceptualisations, applications, circonstances et résultantes du travail d'équipe dans les USI (Dietz, 2014; Dietz et al., 2014). Ils ont rapporté une hétérogénéité importante dans la conceptualisation et les définitions du travail d'équipe. Dans la littérature analysée par ces auteurs, le contexte dans lequel le travail d'équipe était étudié était aussi très disparate (Dietz, 2014; Dietz et al., 2014). Cette diversité reflète la fragmentation de la recherche en collaboration qui prévient la progression dans ce domaine de recherche.

Pour éviter les erreurs conceptuelles et opérationnelles, il était nécessaire de procéder à une revue extensive des tâches interprofessionnelles se produisant dans les USI. La revue narrative de la littérature de cette étude a permis d'identifier 119 tâches interprofessionnelles ayant été synthétisées en 16 activités interprofessionnelles distinctes. Bien que non spécifique aux tâches interprofessionnelles, la revue de la littérature de Dietz et al. (2014) a seulement permis d'identifier cinq tâches interprofessionnelles. Or, une seule banque de données avait été utilisée par les auteurs ce qui explique le faible nombre de tâches identifiées (Dietz, 2014; Dietz et al., 2014). Les autres revues de la littérature identifiées lors de nos recherches étaient centrées sur les résultats du travail

d'équipe et non pas les différentes tâches exécutées par ces équipes (Michalsen et al., 2019; Reader et al., 2006; Wang et al., 2018; White et al., 2011).

La revue narrative de la littérature de cette étude n'a donc pas de précédent quant à l'identification d'activités interprofessionnelles. Malgré son ampleur, huit activités ont nécessité des modifications majeures et trois activités supplémentaires ont pu être identifiées lors de la première ronde Delphi. Quant aux activités ayant nécessité des modifications majeures, celles-ci étaient déjà présentes au sein de la littérature. Or, les similitudes dans l'interprofessionnalisme démontré par ces activités dans la littérature ont induit leur regroupement initial lors de l'analyse qualitative. Ceci démontre bien les problématiques conceptuelles des études de collaboration aux USI qui sont discutées plus en détail dans la section Sélection des compétences interprofessionnelles.

L'absence des activités « Incident », « Médicament » et « Ventral » dans la littérature peut s'expliquer de différentes manières. L'activité « Incident » était souvent rapportée indirectement comme une attitude essentielle à une activité interprofessionnelle, mais n'apparaissait pas de manière indépendante dans la littérature (Al-Qahtani et al., 2013; Dietz, 2014; Dietz et al., 2014; Mah et al., 2013). Par ailleurs, l'on a pu observer lors de la troisième ronde Delphi que certains experts considéraient l'activité « Médicament » comme une activité professionnelle (Annexe D – Exemples de documents de rétroaction, Questionnaire 3, p. 268). Or, plusieurs études démontrent l'importance de l'interprofessionnalisme dans ce type d'activité (Kane-Gill et al., 2017). Celles-ci n'ont pas été conduites dans les USI adultes ce qui explique pourquoi elles n'ont pas été identifiées par la stratégie de recherche de la revue de la littérature. L'absence de l'activité « Ventral » dans la littérature interprofessionnelle peut s'expliquer par la rareté de l'activité en dehors du contexte de la pandémie. En effet, cette technique décrite pour la première fois dans les années 1970 était relativement peu fréquente avant la pandémie de la COVID-19 (Ashbaugh et al., 1967; Bryan, 1974; Hepokoski et al., 2018). Par exemple, l'étude PROSEVA conduite en 2013 fut la première étude ayant démontré un bénéfice de mortalité par cette technique. Or, une période de recrutement de trois ans fut requise au sein de 26 USI pour recruter 466 patients, soit environ six patients par USI par année (Guérin et al., 2013). En comparaison, une étude randomisée contrôlée pilote effectuée dans trois USI a recruté 52 patients en trois mois, ce qui correspond à une vitesse de recrutement de 69 patients par USI par année. Puisque la stratégie de recherche fut conduite au

début de la pandémie, la littérature sur les compétences collaboratives de cette technique n'était pas développée.

Bien que certaines tâches aient pu être manquées par cette méthode, l'absence d'implication au quotidien des professionnels de la santé rend improbable qu'elles soient essentielles à une pratique collaborative au sein des USI. Ainsi, la combinaison de la revue narrative de la littérature et de l'utilisation de la méthode Delphi a permis d'assurer l'identification d'un nombre saillant d'activités interprofessionnelles. Cette combinaison a aussi assuré la représentativité de ces activités dans la littérature et dans le quotidien des professionnels de la santé œuvrant aux USI, tout en limitant leur redondance (Knowles, 1973, 1975; Kolb, 1984). Les caractéristiques de ces activités ont apporté différents défis. L'identification des professionnels devant être impliqués dans ces activités est discutée dans la prochaine section.

5.1.2 Sélection des professionnels de la santé impliqués

La sélection des professionnels devant être impliqués dans chacune des activités a été effectuée de manière prédominante via la première ronde de la méthode Delphi. Bien qu'une grande variété de systèmes et de professionnels ait été associée aux 119 tâches initialement identifiées dans la littérature, des prépondérances et des schémas répétitifs ont été observés. Des tâches effectuées par des infirmières et des médecins, centrées sur l'équipe et le patient étaient le plus souvent rapportées. À l'inverse, le travail des autres professionnels de la santé était rarement reconnu. Ceci ne reflète pas le travail interprofessionnel qui a réellement lieu dans les USI. En effet, la contribution des préposés aux bénéficiaires était rarement représentée dans la littérature, bien qu'ils soient des coéquipiers essentiels dans les équipes des USI. Ces problématiques pourraient être attribuées à des biais de publication, à l'absence de consultation des équipes des USI lors d'études portant sur des tâches interprofessionnelles, ou parce que les tâches accomplies par ces travailleurs de la santé (p. ex. l'hygiène, la mobilisation) sont considérées comme moins prestigieuses lorsque comparées à d'autres telle que la réanimation.

Pour permettre un portrait plus complet des activités interprofessionnelles aux USI, ces 119 tâches interprofessionnelles ont été regroupées en 16 activités interprofessionnelles. Malgré cette démarche, la synthèse présentée dans le Tableau 4 (p. 77) apparaît comme une opérationnalisation partielle des compétences interprofessionnelles. Un exemple est l'activité « Arrêt » qui est dérivée de la combinaison de huit études. Bien que l'on puisse croire que cette activité interprofessionnelle

qui peut potentiellement sauver des vies aurait impliqué une variété de participants, seuls les médecins et les infirmières furent identifiés comme impliqués dans ce type d'activité dans la littérature. Ce type de représentation implique à tort que le travail des préposés aux bénéficiaires qui pratiquent les compressions thoraciques et des inhalothérapeutes dans la gestion des voies aériennes n'est que secondaire. La même discordance a été identifiée dans les activités interprofessionnelles « Transport », « Intervention » et « Trauma » dont des participants essentiels ont été omis.

Au contraire, certaines activités ont inclus un échantillon étonnement large de participants comme « Mobilité » et « Ventilation », dans lesquels les sept professionnels de la santé agiraient comme participants essentiels. Ce type de discordance pourrait être expliqué par la présence de groupes (aussi appelés *bundles* en anglais) dans la littérature où plusieurs tâches sont regroupées ensemble (Arroliga et al., 2012; Johnson et al., 2009; Lipitz-Snyderman et al., 2011; Louzon et al., 2017; Mendez et al., 2013; Pronovost et al., 2006; Pronovost et al., 2008; Pronovost et al., 2010; Sexton et al., 2011). Lors de l'analyse qualitative des articles, une variété de professionnels a donc pu être incluse sans que la distinction ait pu être faite entre les professionnels ayant une contribution fondamentale dans ces tâches spécifiques. Ces ambiguïtés dans la littérature biaisent la représentation et la compréhension des pratiques collaboratives interprofessionnelles. Pour prévenir cela, les chercheurs doivent reconnaître la contribution essentielle du personnel paramédical. C'est seulement en construisant ces savoirs dans lesquels le travail de tous les professionnels de la santé est démontré que des preuves transdisciplinaires valides pourront émerger dans la littérature.

Un premier pas dans cette direction fut effectué par cette étude grâce à la participation d'une variété de professionnels de la santé. Ces derniers ont permis une représentation plus précise des différentes professions à travers les différentes activités. Si l'on reprend les exemples précédents, l'activité « Arrêt » implique selon les experts des infirmières et des médecins comme dans la littérature, mais aussi des inhalothérapeutes, des préposés aux bénéficiaires et des pharmaciens. En outre, selon les experts l'activité « Ventilation » impliquerait des médecins, des infirmières et des inhalothérapeutes. Les professionnels de la santé ayant été identifiés par les experts pour chacune des activités semblent pour la plupart similaires à la pratique dans les USI. Néanmoins, quelques discordances ont été identifiées comme l'absence des nutritionnistes dans les activités « Débreffage » et « Incident ». Ceci peut s'expliquer par la non-participation de ce groupe de

professionnels dans la présente étude malgré l'invitation. Puisqu'il s'agissait d'une étude de faisabilité locale, un recrutement plus large n'a pas pu être fait afin de prévenir ce type de problématique comme démontré dans le Tableau 11 (p. 112). Ceci ne semble pas avoir été un obstacle quant aux autres groupes professionnels. En revanche, en raison de différences majeures avec la littérature, une confirmation des résultats identifiés par les experts de cette institution locale devrait être effectuée dans un deuxième temps.

Nonobstant, certains experts ont rapporté des difficultés quant à l'identification des professionnels impliqués (Tableau 14, p. 117). Plus précisément, les besoins de chacun des patients étant différents en fonction de leurs pathologies, certains experts eurent de la difficulté à généraliser les groupes professionnels les plus impliqués dans certaines activités précises. Toutefois, les groupes professionnels ont été liés à chacune des activités afin d'agir comme un guide pour l'éducation interprofessionnelle (IPE). Il s'agit donc des professionnels qui seraient dans un monde idéal impliqués auprès des patients pour ce type d'activité. Puisque la réalité est différente pour chaque USI à travers le Canada, il est inconcevable d'espérer que les activités soient textuellement appliquées.

Les groupes professionnels ayant été liés à chacune des activités agissent comme un canevas pour bâtir une pratique collaborative durable. En raison de discordances avec la réalité clinique, seule la première ronde de la méthode Delphi a été utilisée pour cette portion. La représentativité des différents groupes professionnels devra être subséquemment confirmée. Des considérations similaires sont discutées dans la prochaine section quant à l'association des compétences interprofessionnelles aux activités.

5.1.3 Sélection des compétences interprofessionnelles

La synthèse des activités interprofessionnelles présentée dans le Tableau 4 (p. 77) avait pour objectif d'aligner la majorité des compétences interprofessionnelles pertinentes aux activités interprofessionnelles auxquelles elles devraient référer. Cette méthode a permis d'associer la compétence des soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté à des activités pertinentes comme « Tournées », « Familles » et « Palliatif ». Malgré cela, cette compétence est demeurée peu représentée dans la littérature. Ceci est discordant par rapport à l'avis des experts lors de la première ronde de la méthode Delphi où cette compétence était représentée la majorité du temps. Or, d'autres discordances ont été identifiées en comparant la littérature et l'avis des

experts. La résolution des conflits interprofessionnels a été identifiée à une seule reprise par les experts (activité « Débriefage ») alors qu'elle était présente dans la littérature lors des sept activités (Tableau 4, p. 77). Ce type de disparité n'a pas été observé pour toutes les compétences interprofessionnelles. En effet, les activités identifiées dans la littérature impliquaient le plus souvent des compétences de communication interprofessionnelle. Congrument, les experts ont lié toutes les activités à cette compétence.

En ce qui a trait à la revue de la littérature, les discordances peuvent être expliqués par l'absence d'assises théoriques dans les études sur la collaboration (Barr et al., 2005; Cooper et al., 2001; Hean et al., 2012). En effet, la plupart des articles à partir desquels les tâches furent identifiées étaient en fait des évaluations des tâches dans les USI à l'aide de diverses méthodes comme des listes de vérification. Bien qu'utiles sur le terrain, l'interprétation des scores engendrés par l'administration de ce type d'instruments doit être validée. Par conséquent, une accumulation d'évidences de validité aurait dû être présentée dans les études qui présentaient ce genre d'instrument afin de démontrer qu'ils peuvent être utilisés pour mesurer la tâche étudiée (Bannigan et Watson, 2009; Cook et al., 1997; Kelly et al., 2005; Kimberlin et Winterstein, 2008). Or, la définition explicite des tâches mesurées était rarement fournie et les fondements théoriques de l'instrument de mesure étaient encore plus rarement ancrés dans un cadre conceptuel (Cook et al., 1997; Kelly et al., 2005). La pertinence des instruments pour saisir la vraie nature de tâches interprofessionnelles aux USI doit être remise en question puisque les auteurs omettaient souvent ce type d'évidence de la validité de leurs instruments. Ceci pourrait expliquer les difficultés rencontrées lors de l'association des compétences avec des tâches dont le fondement théorique était pour la majorité du temps complètement absent.

Pour surmonter cette problématique, les descriptions fournies par le cadre de référence du *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) (2009) ont été utilisées afin que les tâches décrites soient associées avec les compétences interprofessionnelles appropriées. Cette méthode a révélé une lacune supplémentaire dans la littérature puisque la compétence des soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté était rarement présente dans la littérature. Cette découverte est surprenante étant donné l'implication des familles dans les USI, l'importance du respect de l'autonomie et de l'autodétermination des patients, puis le rôle des professionnels de la santé dans la promotion de cette autonomie (Bell, 2014; Davidson et al., 2017; Institute of Medicine (IOM), 2001; The Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN), 2018).

L'association de compétences interprofessionnelles aux activités a donc été effectuée de manière prédominante via la première ronde de la méthode Delphi. Or, des lacunes peuvent aussi être observées dans cette procédure comme mentionné précédemment et peuvent être expliquées par la complexité du concept de compétences. Comme mentionné dans le chapitre 2 Cadre de référence (p. 34), une compétence se déploie entre autres lors de tâches, d'actions ou de comportements, mais n'est pas spécifique à cette manifestation (Gruppen et al., 2012). Or, plusieurs experts ont mentionné lors des questionnaires de rétroaction des documents préparatoires (Tableau 13, p. 116) et de la première ronde de la méthode Delphi (Tableau 14, p. 117) qu'ils auraient souhaité avoir des exemples de situations où les compétences ont été utilisées. Ces imbroglios peuvent être expliqués par la composition des groupes d'experts puisque la majorité n'exerçait pas de responsabilités d'enseignement contrairement à ce qui avait été initialement planifié (Tableau 5, p. 88). Cette limitation combinée à l'absence d'explications sur l'approche par compétences dans les documents préparatoires par souci de synthèse empêche la généralisation de cette portion de l'étude, ce qui justifie d'autant plus la présente étude de faisabilité. En outre, l'utilisation d'experts avec une expérience en éducation et en collaboration interprofessionnelle permettrait de surmonter les obstacles engendrés par la composition actuelle des groupes d'experts.

Nonobstant, les difficultés rencontrées par les experts démontrent bien l'importance de la présente recherche pour standardiser et simplifier l'éducation interprofessionnelle (IPE). Bien que cliniciens en premier lieu, les experts ayant participé à cette étude appartiennent à des groupes professionnels qui devraient être formés pour avoir une pratique plus collaborative. Ils doivent donc être en mesure de comprendre leurs objectifs d'apprentissage afin d'être impliqués dans leur formation professionnelle (Carraccio et al., 2002). La prochaine section aborde donc la sélection des AIPD, soit les activités interprofessionnelles qui apparaissent comme essentielles pour une pratique collaborative par ces mêmes cliniciens.

5.2 Sélection des activités interprofessionnelles durables (AIPD)

Au terme de la première ronde de la méthode Delphi, les activités interprofessionnelles avaient été identifiées et caractérisées par les experts. Les rondes suivantes avaient pour objectifs d'identifier celles qui apparaissaient comme essentielles à une pratique collaborative aux USI. Les succès et les inconvénients de cette sélection des AIPD sont respectivement discutés dans cette section.

Plus de la moitié des activités interprofessionnelles identifiées par la littérature ont obtenu un consensus d'inclusion dès les deuxième et troisième rondes de la méthode Delphi. Il s'agit donc d'activités particulièrement importantes pour les experts puisqu'il s'agissait de rondes nécessitant un consensus de 80 % et plus au sein de chacun des groupes de professionnels impliqués. La variété de ces activités est particulièrement intéressante puisque plusieurs étaient peu présentes dans la littérature comme l'activité « Transport », où une seule étude discutait de cette activité, et « DDA », où seules trois études réfèrent à cette activité. Différents systèmes ont aussi été inclus de cette manière comme « Famille » qui réfère à une activité centrée sur le patient, « Débriefage » qui réfère à une activité centrée sur l'équipe et « Intervention » qui est multisystémique. Des activités rares, mais qui nécessitent des notions avancées ont aussi été incluses, comme « Trauma », « ECMO » et « CALS ». La participation d'experts cliniciens dans cette étude semble par conséquent avoir permis de contourner les biais de publications et de désirabilité sociale qui pourraient avoir influencé la littérature, tout en identifiant les activités essentielles à une pratique collaborative.

Néanmoins, les commentaires sur les activités interprofessionnelles au cours de la troisième ronde ont permis de mettre l'accent sur des problématiques quant à certaines activités interprofessionnelles. Une discordance quant à la définition d'interprofessionnalisme a pu être observée dans ces remarques. Les compétences interprofessionnelles nécessaires pour pratiquer certaines activités ont été remises en question par des experts alors qu'il s'agissait d'un prérequis pour leur inclusion dans cette étude. De ces activités ayant été reconsidérées, la plus surprenante est probablement l'activité « Tournées » puisqu'elle est l'une de celle ayant le plus d'études dans la littérature. Cette incongruence peut s'expliquer par la compréhension limitée de ce concept comme un expert l'avait mentionné dans la rétroaction des documents préparatoires « Je pense qu'il faudrait au terme de la lecture du document avoir une compréhension plus exacte du concept [d'activité interprofessionnelle durable]. » L'inclusion d'experts avec une formation spécifique sur la collaboration interprofessionnelle serait probablement bénéfique dans une étude future.

L'inclusion de cliniciens est importante pour identifier les activités interprofessionnelles qui sont essentielles pour une pratique collaborative afin qu'elles puissent être centrées sur leur rôle professionnel et les expériences concrètes auxquelles ils font quotidiennement face (Kolb, 1984). Elle permet aussi de limiter les biais que peut introduire la littérature. En revanche, l'interprofessionnalisme de ces activités doit être mis davantage de l'avant par des experts sur le sujet. La prochaine section aborde donc l'optimisation de la méthodologie quant à sa faisabilité.

5.3 Étude de faisabilité

En tant qu'étude pilote, cette recherche avait pour objectif l'évaluation et le raffinement des procédures de collecte de données et d'analyse (Orsmond et Cohn, 2015). Cette section traite donc de la faisabilité de la méthodologie. La participation et l'attrition sont d'abord discutées, suivies du temps de participation. L'acceptabilité est ensuite examinée suivie d'une proposition des modifications à la méthodologie.

Afin que la méthode Delphi soit optimale, les groupes de professionnels experts devaient avoir une composition particulière (Waggoner et al., 2016). Quant au nombre d'experts, le minimum de trois experts par groupe de professionnels a été atteint dans la majorité des professions sauf par les nutritionnistes et les préposés aux bénéficiaires. Pour les nutritionnistes, seuls deux professionnels pratiquent aux USI et pouvaient être recrutés ce qui explique ce nombre. Par ailleurs, aucun participant du groupe professionnel des nutritionnistes n'a participé à la méthode Delphi malgré les rappels ce qui limite les conclusions que l'on peut tirer des activités de ce groupe professionnel. Le taux de recrutement était le plus bas pour les préposés aux bénéficiaires et peut s'expliquer par le fait que certains critères d'inclusion étaient plus restrictifs comme l'expérience en éducation et les connaissances en statistiques. Ces critères n'ont pas été appliqués de manière stricte dans la méthodologie en raison du risque d'attrition à travers l'étude et du nombre de professionnels disponibles à participer à l'étude.

Cette décision a porté fruit puisqu'une attrition moyenne de 30 % était présente au cours de la méthode Delphi. Certains groupes professionnels semblaient avoir une tendance vers une attrition plus importante, soit les pharmaciens et les infirmières selon la Figure 8 (p. 113). Cette attrition peut s'expliquer par l'acceptabilité de la méthodologie. En effet, les courbes d'attrition des groupes professionnels semblent avoir une forme comparable à celles du score total médian d'acceptabilité (Figure 9, p. 120). Ainsi, à travers les différentes rondes, l'acceptabilité semblait diminuer pour les participants, et ceci se traduisait par la réduction de leur participation à l'étude. En raison du petit échantillon, une modélisation statistique de cette hypothèse n'a pas été effectuée. Les échelles de mesure utilisées pour ces deux analyses étaient différentes, cette association n'a donc pas pu être confirmée et doit être prise en considération avec prudence. Les raisons sous-tendant cette possible association sont discutées plus loin dans cette section. Quant au temps de participation à cette étude, il semble avoir été bien estimé à priori puisque le temps médian de

complétion s'est avéré être exact à 5 minutes près pour la majorité des rondes. Seule la troisième ronde a été sous-estimée à 15 minutes alors que le temps médian de complétion était de 27 minutes. Ceci n'a donc probablement pas affecté l'attrition au cours de l'étude.

En ce qui a trait à l'acceptabilité de la méthodologie, la médiane des scores d'acceptabilité était de quatre à cinq pour tous les domaines évalués lors des questionnaires de rétroaction à chacune des étapes de la méthode Delphi. Ceci est discordant lorsque l'on sépare les experts par profession où le score médian d'acceptabilité a graduellement diminué au fil des rondes particulièrement pour les intensivistes et les infirmières. Pour ces deux groupes, le taux de participation a aussi graduellement diminué au fil des rondes à l'exception de la quatrième ronde des intensivistes. La redondance des rondes et la difficulté des experts à saisir les objectifs des rondes subséquentes étaient probablement en cause puisqu'il s'agit d'un des commentaires les plus récurrents dans le domaine de l'acceptabilité des questionnaires de rétroaction.

À la lumière des problématiques identifiées et des commentaires d'acceptabilité de la méthodologie, des modifications majeures sont suggérées. En ce qui a trait à la confirmation des caractéristiques des activités interprofessionnelles, l'utilisation d'une méthode de type nomination par comité est suggérée (Bowling, 2014; Waggoner et al., 2016). Un groupe d'experts en approche par compétences dans chacun des groupes professionnels serait idéal pour composer ce comité. Cette méthode de consensus avait initialement été rejetée puisqu'elle nécessite un contact face à face des experts pour discuter des différents choix qui risquent de faire transparaître l'opinion d'individus persuasifs (Dalkey, 1967). Comme il s'agit seulement d'une étude confirmatoire des caractéristiques des activités interprofessionnelles survenant aux USI identifiées dans cette recherche, l'impact de ce type d'influence est minimisé.

Quant à l'identification d'AIPD, soit les activités qui sont essentielles pour une pratique interprofessionnelle durable, l'utilisation d'une méthode Delphi en temps réel (*real time Delphi*) est suggérée (Gordon et Pease, 2006). Un groupe d'experts en éducation œuvrant aux USI serait idéal pour composer ce groupe d'experts. Cette méthode de consensus consiste en l'utilisation d'une plateforme électronique où les experts répondent aux questions quantitatives initiales. Par la suite, ils reçoivent immédiatement la rétroaction quantitative (médiane ou moyenne) du groupe et le nombre de réponses impliquées dans l'analyse. Ils peuvent aussi ouvrir une fenêtre qui permet d'obtenir une rétroaction qualitative, soit les justifications des autres participants. Dans le cas où

la réponse d'un participant dévie de la moyenne ou la médiane d'un intervalle prédéterminé, ce dernier reçoit une notification qui lui demande de justifier sa réponse. Cette justification est par la suite disponible pour les autres participants. Puisque les moyennes et médianes sont dynamiques en fonction de la réponse de chacun des participants, à chaque connexion il est possible que la réponse initiale d'un participant soit à l'extérieur de l'intervalle prédéterminé et qu'ils doivent alors justifier ou modifier sa réponse selon la nouvelle rétroaction. Comme il n'y a pas de rondes proprement dites, ce processus peut être asynchrone. La durée de la méthode est déterminée préalablement au projet où le chercheur peut spécifier une date de fin.

Ce type de méthode Delphi maintient les caractéristiques importantes pour le consensus, soit l'anonymat et la rétroaction. En revanche, il permet d'éviter les caractéristiques ayant été remises en question par les experts, dont la redondance des questions, la longueur du processus et la rétroaction qualitative insuffisante. Par ailleurs, le dynamisme de la méthode et l'asynchronisme pourraient permettre de limiter l'attrition (Sunderji et Waddell, 2015; Varndell et al., 2021). Cette méthode a déjà été utilisée afin de développer un consensus quant aux compétences nécessaires pour les résidents en psychiatrie dans le cadre du développement de l'approche par compétences en éducation médicale postdoctorale (Sunderji et Waddell, 2015). L'utilisation concrète de la plateforme électronique par les experts (p. ex. revue de la rétroaction quantitative et qualitative) était la limitation principale citée par cette étude. En effet, il est impossible de confirmer si les experts ont effectivement utilisé cette rétroaction pour modifier leur réponse. Néanmoins, cette limitation est la même lors d'une méthode Delphi modifiée. Par ailleurs, la plateforme permet d'évaluer le nombre de fois que chaque expert l'a consulté et a modifié sa réponse, ce qui n'est pas possible lors d'une méthode Delphi modifiée et permet d'assurer indirectement l'utilisation de la rétroaction.

Afin d'évaluer la comparabilité des méthodes, Geist (2010) a mis en parallèle une méthode Delphi conventionnelle, soit par l'envoi de questionnaires par la poste, et une méthode Delphi en temps réel. Bien que les conclusions tirées de chacune des méthodes étaient similaires, une faible proportion d'experts dans la méthode Delphi en temps réel ont modifié leur réponse, ce qui diverge de l'étude publiée par Sunderji et Waddell (2015). Ceci peut s'expliquer par le fait que Geist (2010) n'avait pas envoyé de rappels lors de la méthode Delphi en temps réel. Une étude comparative indépendante devrait donc être effectuée préalablement à l'utilisation de cette méthodologie afin

d'assurer la validité des résultats produits par ce type de méthode. Cette méthode de consensus pourrait cependant s'avérer une avenue intéressante dans le contexte de notre étude.

5.4 Forces et limites

Tout d'abord, bien qu'une recherche exhaustive de la littérature ait été conduite, il demeure possible que des études et/ou des tâches n'aient pas été identifiées. Néanmoins, les 25 activités indépendantes identifiées sont dérivées d'un large corpus de preuves interdisciplinaires, d'un processus rigoureux de condensation des données et d'une confirmation par un large groupe de cliniciens aux USI ce qui permet d'assurer leur représentativité (Ten Cate et al., 2015). Il apparaît donc invraisemblable que des activités interprofessionnelles essentielles aient été omises. Ensuite, comme notre objectif était de rassembler des activités interprofessionnelles, la qualité des études n'a pas été examinée. Or, l'absence d'assises théoriques dans la littérature limite l'interprétation des compétences liées à ces tâches. Cette problématique n'a pu qu'être partiellement palliée par les experts dans cette étude puisque le recrutement était sous-optimal. Certains experts ont ainsi été recrutés dans l'étude malgré une compréhension limitée de statistiques de bases, ce qui aurait pu nuire à l'interprétation de la rétroaction quantitative. Par ailleurs, certains experts n'exerçaient pas de responsabilités pédagogiques au sein de leur profession et, puisqu'il ne s'agissait pas d'experts en collaboration interprofessionnelle, la compréhension de concepts centraux comme l'interprofessionnalisme semblait limitée lors de l'analyse de contenu des commentaires des experts. Pour diminuer la portée de ces limites, des définitions étaient disponibles dans les documents préparatoires envoyés aux experts avant le début de la méthode Delphi. Comme prévu, une étude supplémentaire sera nécessaire afin de confirmer les caractéristiques des activités interprofessionnelles et celles qui répondent à la définition d'AIPD. Néanmoins, une méthodologie simplifiée pourra être utilisée grâce aux résultats de cette étude.

5.5 Perspectives pour la recherche

La recherche présentée dans ce mémoire est une étude pilote mixte séquentielle de développement qui avait pour objectif de raffiner la méthodologie en vue d'une étude nationale. Les modifications proposées dans la section 5.3 Étude de faisabilité (p. 132) devront être effectuées préalablement au lancement de cette étude. Subséquemment, ces AIPD devront être évaluées afin de pouvoir être utilisées dans le cadre d'un curriculum d'IPE. De multiples instruments de mesure

d'IPE ont été identifiés dans la littérature (CIHC, 2012; Oates et Davidson, 2015). Or, ceux-ci seraient difficilement applicables au contexte de l'approche par compétences puisqu'ils ne sont pas créés pour évaluer une activité spécifique. Par ailleurs, les propriétés psychométriques limitées et le peu d'assises théoriques sur lesquelles sont basés ces instruments de mesure les rendent inadéquats quant à leur utilisation dans un curriculum d'IPE (Oates et Davidson, 2015). Une échelle de mesure spécifique à l'IPE devra être créée afin que les AIPD puissent être évaluées. Cette échelle de mesure nécessite des caractéristiques spécifiques qui ont été identifiées en éducation médicale (Peters et al., 2017). En effet, lors de la création des activités professionnelles fiables du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, une échelle basée sur la confiance qu'ont les superviseurs envers leurs apprenants fut créée (ten Cate et al., 2020). Elle ne peut pas s'appliquer directement en IPE, mais ses caractéristiques pourraient être utilisées pour la création d'une échelle de mesure pour les AIPD. De futures recherches sont nécessaires pour formellement définir une échelle de mesure pour les AIPD.

Également, pour suivre la progression d'un apprenant, certaines étapes pourraient être délimitées par l'intégration de jalons, comme ce fut le cas en éducation médicale (Ten Cate et al., 2015). Ces jalons sont décrits comme des descriptions de comportements qui indiquent la trajectoire développementale d'un apprenant. En IPE, Luecht et al. (1990) ont développé un instrument de mesure de la collaboration interprofessionnelle. Bien que la complexité de ce dernier limite son utilisation dans le cadre de l'approche par compétence, les propriétés psychométriques et les sous-échelles discernées dans l'analyse effectuée par McFadyen et al. (2007) pourraient être utilisées afin de créer cette trajectoire. Par exemple, une échelle à trois paliers pourrait être utilisée soit : 1 - « Perception d'un besoin de collaboration », 2 - « Appréciation de franche collaboration » et 3 - « Autonomie et aisance collaborative ». Ceux-ci devront être confirmés à l'aide d'experts en éducation interprofessionnelle et en approche par compétences. À la suite de ces étapes, la validité de ces AIPD comme mesure indirecte des compétences interprofessionnelles devra être confirmée.

5.6 Sommaire

Une recherche pilote mixte séquentielle exploratoire fut conduite et elle a permis d'identifier 25 activités interprofessionnelles indépendantes. En revanche, une confirmation des caractéristiques devra être effectuée dans une étude subséquente en raison de l'absence d'assises théoriques dans la littérature et de l'échantillon circonscrit de cette étude pilote monocentrique. Néanmoins, une analyse de l'acceptabilité de la méthodologie a permis d'établir plusieurs pistes qui pourraient permettre de réaliser cet objectif plus efficacement. Tout d'abord, une étude par nomination d'un comité d'experts en approche par compétences permettrait de confirmer les caractéristiques des activités interprofessionnelles. Ensuite, une méthode Delphi en temps réel par des experts en éducation œuvrant aux USI permettrait de confirmer les activités interprofessionnelles essentielles pour les équipes des unités de soins intensifs, et nécessitant des efforts durables de développement professionnel continu des compétences inhérentes à la pratique collaborative. Ce type de devis permettrait d'assurer une généralisabilité des résultats aux USI canadiennes. Les conclusions de cette recherche sont discutées dans le prochain chapitre.

6 Conclusion

Dès la création de cette recherche, la collaboration interprofessionnelle apparaissait déjà comme essentielle afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité optimale, tout en assurant la pérennité des équipes en diminuant l'épuisement professionnel (IOM, Boyle et Kochinda, 2004; El Khamali et al., 2018; Hellyar et al., 2019; 2000; O'Connor et al., 2009). Néanmoins, la pandémie de la COVID-19 a mis de l'avant l'importance majeure des compétences collaboratives au sein des unités de soins intensifs (USI) entre autres en limitant considérablement les capacités de communication des travailleurs de la santé avec l'utilisation d'équipements de protection individuelle (Scott et Unsworth, 2020 869; World Health Organization, 2020).

L'éducation interprofessionnelle des professionnels de la santé œuvrant actuellement auprès des patients aux USI apparaît fondamentale dans le contexte actuel. Cette recherche avait donc pour objectif d'appuyer les efforts d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle. La création d'un complément au référentiel national de compétences fut proposée afin d'opérationnaliser l'approche par compétences en éducation interprofessionnelle (IPE). L'utilisation d'activités interprofessionnelles essentielles à une pratique collaborative et représentant ces compétences, baptisées « Activité Interprofessionnelle Durable » (AIPD), fut proposée dans cette étude. Ensuite, une recherche pilote mixte séquentielle exploratoire fut conduite et elle a permis d'identifier les activités interprofessionnelles ayant lieu dans les USI en combinant une revue narrative de la littérature à une méthode de consensus de type Delphi. Puisqu'il s'agit d'une étude pilote en vue d'une étude nationale, une analyse de faisabilité a permis d'identifier de nouvelles méthodes afin d'identifier les activités qui sont essentielles pour les équipes des USI canadiennes de niveau 3B et qui devront former ce complément.

Des étapes additionnelles sont nécessaires afin que les AIPD puissent être utilisées dans le cadre d'un curriculum d'IPE aux USI. Une échelle de mesure de ces AIPD, puis des paliers permettant de suivre la trajectoire d'apprentissage devront être créés. Par la suite, la validité de ces activités interprofessionnelles durables comme mesure indirecte des compétences interprofessionnelles devra être confirmée. Ces efforts permettront de faciliter la comparaison d'études, tout en standardisant les efforts d'IPE à travers les USI canadiennes.

Bibliographie

- Adler, M. et Ziglio, E. (1996). *Gazing into the oracle: The Delphi method and its application to social policy and public health*. Royaume-Uni: Jessica Kingsley Publishers.
- Ainsworth, C. R., Pamplin, J. C., Rn, D. A. A., Linfoot, J. A. et Chung, K. K. (2013). A bedside communication tool did not improve the alignment of a multidisciplinary team's goals for intensive care unit patients. *J Crit Care*, 28(1), 112.e117-112.e113. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.09.006>
- Al-Qahtani, S., Al-Dorzi, H. M., Tamim, H. M., Hussain, S., Fong, L., Taher, S., . . . Arabi, Y. (2013). Impact of an intensivist-led multidisciplinary extended rapid response team on hospital-wide cardiopulmonary arrests and mortality. *Crit Care Med*, 41(2), 506-517. doi: 10.1097/CCM.0b013e318271440b
- Alsop, A. (2013). Lifelong learning and continuing professional development (*Continuing professional development in health and social care : Strategies for lifelong learning* (2^e éd., p. 1-11). Royaume-Uni: Wiley-Blackwell.
- Anderson, R. J., Sparbel, K., Barr, R. N., Doerschug, K. et Corbridge, S. (2018). Electronic health record tool to promote team communication and early patient mobility in the intensive care unit. *Crit Care Nurse*, 38(6), 23-34. doi: 10.4037/ccn2018813
- Arora, N., Patel, K., Engell, C. A. et LaRosa, J. A. (2014). The effect of interdisciplinary team rounds on urinary catheter and central venous catheter days and rates of infection. *Am J Med Qual*, 29(4), 329-334. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1062860613500519>
- Arroliga, A. C., Pollard, C. L., Wilde, C. D., Pellizzari, S. J., Chebbo, A., Song, J., . . . Meyer, T. (2012). Reduction in the incidence of ventilator-associated pneumonia: A multidisciplinary approach. *Respir Care*, 57(5), 688-696. doi: 10.4187/respcare.01392
- Ashbaugh, D., Boyd Bigelow, D., Petty, T. et Levine, B. (1967). ACUTE RESPIRATORY DISTRESS IN ADULTS. *The Lancet*, 290(7511), 319-323. doi: 10.1016/S0140-6736(67)90168-7

- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Eldredge, D. H., Oakes, D. et Hutson, A. D. (1997). Nurse-physician collaboration and satisfaction with the decision-making process in three critical care units. *Am J Crit Care*, 6(5), 393-399.
- Baik, D., Blakeney, E. A.-R., Willgerodt, M., Woodard, N., Vogel, M. et Zierler, B. (2018). Examining interprofessional team interventions designed to improve nursing and team outcomes in practice: A descriptive and methodological review. *J Interprof Care*, 32(6), 719-727. doi: 10.1080/13561820.2018.1505714
- Ballangrud, R., Persenius, M., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2014). Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, expert raters' assessments versus self-assessments: An explorative study. *BMC Nurs*, 13(1), 1-22. doi: 10.1186/s12912-014-0047-5
- Bannigan, K. et Watson, R. (2009). Reliability and validity in a nutshell. *J Clin Nurs*, 18(23), 3237-3243. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02939.x
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*, 12(2), 181-187. doi: 10.3109/13561829809014104
- Barr, H. (2009). Interprofessional education as an emerging concept. Dans P. Bluteau & A. Jackson (dir.), *Interprofessional education : making it happen* (p. 3-23). NY: Palgrave Macmillan.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. et Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence*. Royaume-Uni: Blackwell Publishing [in association with] CAIPE.
- Barrett, S., Kristjanson, L. J., Sinclair, T. et Hyde, S. (2001). Priorities for adult cancer nursing research: A West Australian replication. *Cancer Nursing*, 24(2), 88-98.
- Bell, L. (2014). Patient-centered care. *Am J Crit Care*, 23(4), 325. doi: 10.4037/ajcc2014383

- Bellomo, R., Goldsmith, D., Uchino, S., Buckmaster, J., Hart, G., Opdam, H., . . . Gutteridge, G. (2004). Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med*, 32(4), 916-921.
- Biernacki, P. et Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163. doi: 10.1177/004912418101000205
- Binnekade, J. M., Arbous, M. S., Dijkgraaf, M. G. W., Horn, J., van der Sloot, J. A. P., Balzereit, A., . . . Vroom, M. B. (2018). Incorporation of daily goals in daily care planning does not shorten length of stay in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*, 41(2), 178-185. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000197
- Black, C. J., Kuper, M., Bellingan, G. J., Batson, S., Matejowsky, C. et Howell, D. C. J. (2012). A multidisciplinary team approach to weaning from prolonged mechanical ventilation. *Br J Hosp Med (Lond)*, 73(8), 462-466.
- Blanchet Garneau, A., Lavoie, P. et Grondin, M. (2017). Dichotomy and dialogue in conceptualizations of competency in health professionals' education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(6), 18-26. doi: 10.5430/jnep.v7n6p18
- Boudreault, P. et Cadieux, A. (2011). La recherche quantitative (*La recherche en éducation : étapes et approches* (3^e éd., p. 149-181). Québec: ERPI.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health : Investigating health and health services*. (4^e éd.). Royaume-Uni: Open University Press.
- Boyle, K. D. et Kochinda, K. C. (2004). Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units. *J Nurs Admin*, 34(2), 60-70. doi: 10.1097/00005110-200402000-00003
- Bracco, F., De Tonetti, G., Masini, M., Passarelli, M., Geretto, F. et Celleno, D. (2018). Crisis resource management in the delivery room: Development of behavioral markers for team performance in emergency simulation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 1-10. doi: 10.3390/ijerph15030439

- Bradley, P., Cooper, S. et Duncan, F. (2009). A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. *Med Educ*, 43(9), 912-922. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03432.x
- Brewster, D. J., Barrett, J. A., Gherardin, E., O'Neill, J. A., Sage, D. et Hanlon, G. (2017). Evaluating team-based inter-professional advanced life support training in intensive care-a prospective observational study. *Anaesth Intensive Care*, 45(1), 79-87. doi: 10.1177/0310057x1704500112
- Brooks, L. A., Manias, E. et Nicholson, P. (2017). Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Crit Care*, 26(4), 336-341. doi: <https://dx.doi.org/10.4037/ajcc2017774>
- Brown, B. B. et Helmer-Hirschberg, O. (1964). Improving the reliability of estimates obtained from a consensus of experts (p. 13). CA: RAND Corporation.
- Bryan, A. C. (1974). Comments of a Devil's Advocate. *American Review of Respiratory Disease*, 110(6P2), 143-144. doi: 10.1164/arrd.1974.110.6P2.143
- Burke, C. S., Salas, E., Wilson-Donnelly, K. et Priest, H. (2004). How to turn a team of experts into an expert medical team: Guidance from the aviation and military communities. *BMJ Qual Saf*, 13, i96-104. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i96
- Canadian Critical Care Society (CCCS). (1998). Guidelines for categorization of services for the critically ill patient (p. 17). Ontario: CCCS.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2016). Les unités de soins intensifs au Canada (p. 39). Ontario: CIHI.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2009). *Evaluation Report 2008–2009*. Repéré à <https://www.cihc.ca/resources/publications>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). *A national interprofessional competency framework*. Repéré à <https://www.cihc.ca/resources/publications>

- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2012). *An inventory of quantitative tools measuring interprofessional education and collaborative practice outcomes*. Repéré à http://chd2.sites.olt.ubc.ca/files/2013/05/CIHC_tools_report_Aug26-2012.pdf
- Cao, V., Tan, L. D., Horn, F., Bland, D., Giri, P., Maken, K., . . . Cho, N. (2018). Patient-centered structured interdisciplinary bedside rounds in the medical ICU. *Crit Care Med*, 46(1), 85-92. doi: 10.1097/CCM.0000000000002807
- Carraccio, C., Wolfsthal, S. D., Englander, R., Ferentz, K. et Martin, C. (2002). Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med*, 77(5), 361-367.
- Centofanti, J. E., Duan, E. H., Hoad, N. C., Swinton, M. E., Perri, D., Waugh, L. et Cook, D. J. (2014). Use of a daily goals checklist for morning ICU rounds: A mixed-methods study. *Crit Care Med*, 42(8), 1797-1803. doi: 10.1097/ccm.0000000000000331
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). (1997) *Interprofessional Education: What, How & When?* & L. Vanclay (dir.), *CAIPE Bulletin: Vol. 13* (p. 19). Royaume-Uni: CAIPE.
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). (2017). *Interprofessional education guidelines 2017*. Royaume-Uni: CAIPE United Kingdom.
- Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). (2019). About Us. Repéré le 02-10 2019 à <https://www.caipe.org/about-us>
- Chan, P. K., Fischer, S., Stewart, T. E., Hallett, D. C., Hynes-Gay, P., Lapinsky, S. E., . . . Mehta, S. (2001). Practising evidence-based medicine: The design and implementation of a multidisciplinary team-driven extubation protocol. *Crit Care*, 5(6), 349-354.
- Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., Chowdhury, M., . . . Wibulpolprasert, S. (2004). Human resources for health: Overcoming the crisis. *The Lancet*, 364(9449), 1984-1990. doi: 10.1016/s0140-6736(04)17482-5

- Cheung, W., Milliss, D., Thanakrishnan, G., Anderson, R. et Tan, J. T. (2009). Effect of implementation of a weekly multidisciplinary team meeting in a general intensive care unit. *Crit Care Resusc*, 11(1), 28-33.
- Chua, C., Wisniewski, T., Ramos, A., Schlepp, M., Fildes, J. J. et Kuhls, D. A. (2010). Multidisciplinary trauma intensive care unit checklist: Impact on infection rates. *J Trauma Nurs*, 17(3), 163-166. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181fb38a6>
- Cohen, I. L., Bari, N., Strosberg, M. A., Weinberg, P. F., Wacksman, R. M., Millstein, B. H. et Fein, I. A. (1991). Reduction of duration and cost of mechanical ventilation in an intensive care unit by use of a ventilatory management team. *Crit Care Med*, 19(10), 1278-1284.
- Cook, D. J., Mulrow, C. D. et Haynes, R. B. (1997). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med*, 126(5), 376-380. doi: 10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006
- Cooper, H., Carlisle, C., Gibbs, T. et Watkins, C. (2001). Developing an evidence base for interdisciplinary learning: A systematic review. *J Adv Nurs*, 35(2), 228-237.
- Creswell, J. W. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. (3^e éd.). CA: SAGE.
- Dagnone, J. D., Bandiera, G. et Harris, K. (2021). Re-examining the value proposition for Competency-Based Medical Education. *Can Med Educ J*. doi: 10.36834/cmej.68245
- Dalia, A. A., Ortoleva, J., Fiedler, A., Villavicencio, M., Shelton, K. et Cudemus, G. D. (2019). Extracorporeal membrane oxygenation is a team sport: Institutional survival benefits of a formalized ECMO team. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 33(4), 902-907. doi: <https://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2018.06.003>
- Dalkey, N. C. (1967). Delphi (p. 10). CA: RAND Corporation.
- Dalkey, N. C. (1972). Delphi (*An introduction to technological forecasting* (p. 25-30). Royaume-Uni: Routledge.

- Dalkey, N. C., Brown, B. B. et Cochran, S. W. (1969). The Delphi method, III: Use of self-ratings to improve group estimates (p. 21). CA: RAND Corporation.
- Dalkey, N. C. et Helmer-Hirschberg, O. (1962). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. CA: RAND Corporation.
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., . . . Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*, 45(1).
- DeVita, M. A., Schaefer, J., Lutz, J., Wang, H. et Dongilli, T. (2005). Improving medical emergency team (MET) performance using a novel curriculum and a computerized human patient simulator. *Qual Saf Health Care*, 14(5), 326-331. doi: 10.1136/qshc.2004.011148
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M. et Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401-409. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.002
- Dietz, A. S. (2014). *The development and testing of a measurement system to assess intensive care unit performance*. (Doctorate Thesis, University of Central Florida). Repéré à http://etd.fcla.edu/CF/CFE0005482/Dissertation_Dietz_Aaron_Behavioral_Markers_final.pdf
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A. et Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *J Crit Care*, 29(6), 908-914. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.025>
- Dilokpattanamongkol, P., Tangsujaritvijit, V., Suansanae, T. et Suthisisang, C. (2017). Impact of pharmaceutical care on pain and agitation in a medical intensive care unit in Thailand. *Int J Clin Pharm*, 39(3), 573-581. doi: 10.1007/s11096-017-0456-0

- Dodek, P. M. et Raboud, J. (2003). Explicit approach to rounds in an ICU improves communication and satisfaction of providers. *Intensive Care Med*, 29(9), 1584-1588. doi: 10.1007/s00134-003-1815-y
- Downing, S. M. et Haladyna, T. M. (2004). Validity threats: overcoming interference with proposed interpretations of assessment data. *Medical Education*, 38(3), 327-333. doi: 10.1046/j.1365-2923.2004.01777.x
- Efstathiou, N., Ameen, J. et Coll, A.-M. (2007). Healthcare providers' priorities for cancer care: A Delphi study in Greece. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 141-150. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.06.005>
- El Khamali, R., Mouaci, A., Valera, S., Cano-Chervel, M., Pinglis, C., Sanz, C., . . . Vankiersbilck, C. (2018). Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: A randomized clinical trial. *JAMA*, 320(19), 1988-1997. doi: 10.1001/jama.2018.14284
- Engeström, Y. (2018). The emergence of knotworking in medicine. Dans Y. Engeström (dir.), *Expertise in Transition: Expansive Learning in Medical Work* (p. 85-110). Cambridge: Cambridge University Press.
- Erffmeyer, R. C., Erffmeyer, E. S. et Lane, I. M. (1986). The Delphi technique: An empirical evaluation of the optimal number of rounds. *Group & Organization Studies*, 11(1-2), 120-128. doi: 10.1177/105960118601100110
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R. et Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol*, 73(4), 468-477. doi: 10.1037/amp0000247
- Fanning, R. M., Goldhaber-Fiebert, S. N., Udani, A. D. et Gaba, D. M. (2013). Crisis Resource Management Dans S. DeMaria, A. D. Schwartz, A. J. Sim & SpringerLink (dir.), *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. NY: Springer New York : Imprint: Springer.
- Fernandez Castelao, E., Boos, M., Ringer, C., Eich, C. et Russo, S. G. (2015). Effect of CRM team leader training on team performance and leadership behavior in simulated cardiac arrest

- scenarios: A prospective, randomized, controlled study. *BMC Med Educ*, 15, 116-116. doi: 10.1186/s12909-015-0389-z
- Frank, J. R. (2005) The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. & J. R. Frank (dir.). Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., . . . Harris, K. A. (2010). Competency-based medical education: Theory to practice. *Med Teach*, 32(8), 638-645. doi: 10.3109/0142159X.2010.501190
- Fransworth, T., Seikel, T., Hudock, D. et Holst, J. (2015). History and development of interprofessional education. *Journal of Phonetics & Audiology*, 1(1). doi: 10.4172/2471-9455.1000101
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, I. et Barr, H. (2005). *Effective interprofessional education: Development, delivery and evaluation*. Royaume-Uni: Blackwell Publishing [in association with] CAIPE.
- Frengley, R. W., Weller, J. M., Torrie, J., Dzendrowskyj, P., Yee, B., Paul, A. M., . . . Henderson, K. M. (2011). The effect of a simulation-based training intervention on the performance of established critical care unit teams. *Crit Care Med*, 39(12), 2605-2611. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182282a98
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958. doi: 10.1016/s0140-6736(10)61854-5
- Gagné, V. et Ferrari, N. (2018). *État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Geist, M. R. (2010). Using the Delphi method to engage stakeholders: a comparison of two studies. *Eval Program Plann*, 33(2), 147-154. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.06.006

- George, K. L. (2018). Interprofessional simulations promote knowledge retention and enhance perceptions of teamwork skills in a surgical-trauma-burn intensive care unit setting. *Dimens Crit Care Nurs*, 37(3), 144-155. doi: 10.1097/DCC.0000000000000301
- Gilbert, J. H. (2010). The status of interprofessional education in Canada. *J Allied Health*, 39 Suppl 1, 216-223.
- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148-170.
- Gordon, T. et Pease, A. (2006). RT Delphi: An efficient, “round-less” almost real time Delphi method. *Technological Forecasting and Social Change*, 73(4), 321-333. doi: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2005.09.005>
- Graham, R., Lepage, C., Boitor, M., Petizian, S., Fillion, L. et G  linas, C. (2018). Acceptability and feasibility of an interprofessional end-of-life/palliative care educational intervention in the intensive care unit: A mixed-methods study. *Intensive Crit Care Nurs*, 48, 75-84. doi: 10.1016/j.iccn.2018.04.011
- Gruppen, L. D., Mangrulkar, R. S. et Kolars, J. C. (2012). The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Hum Resour Health*, 10, 43. doi: 10.1186/1478-4491-10-43
- Guérin, C., Reignier, J., Richard, J.-C., Beuret, P., Gacouin, A., Boulain, T., . . . Ayzac, L. (2013). Prone Positioning in Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. 368(23), 2159-2168. doi: 10.1056/NEJMoal214103
- Guraya, S. Y. et Barr, H. (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci*, 34(3), 160-165. doi: 10.1016/j.kjms.2017.12.009
- Hadaya, P., Cassivi, L. et Chalabi, C. (2012). IT project management resources and capabilities: A Delphi study. *International Journal of Managing Projects in Business*, 5(2), 216-229.

- Haerkens, M. H. T. M., Kox, M., Lemson, J., Houterman, S., van der Hoeven, J. G. et Pickkers, P. (2015). Crew Resource Management in the Intensive Care Unit: A prospective 3-year cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand*, 59(10), 1319-1329. doi: 10.1111/aas.12573
- Hall, M., Robertson, J., Merkel, M., Aziz, M. et Hutchens, M. (2017). A structured transfer of care process reduces perioperative complications in cardiac surgery patients. *Anesth Analg*, 125(2), 477-482. doi: 10.1213/ane.0000000000002020
- Hamman, W. R. (2004). The complexity of team training: What we have learned from aviation and its applications to medicine. *BMJ Qual Saf*, 13 Suppl 1, i72-79. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i72
- Harris, K. et Frank, J. (2014). *Competence by design: Reshaping Canadian medical education*
- Hean, S., Craddock, D., Hammick, M. et Hammick, M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No. 62. *Med Teach*, 34(2), e78-101. doi: 10.3109/0142159X.2012.650740
- Hellyar, M., Madani, C., Yeaman, S., O'Connor, K., Kerr, K. M. et Davidson, J. E. (2019). Case study investigation decreases burnout while improving interprofessional teamwork, nurse satisfaction, and patient safety. *Crit Care Nurs Q*, 42(1), 96-105. doi: 10.1097/cnq.0000000000000243
- Helmer-Hirschberg, O. (1964). Convergence of expert consensus through feedback (p. 1-14). CA: RAND Corporation.
- Helmer-Hirschberg, O. (1966). The use of the Delphi technique in problems of educational innovations (p. 22). CA: RAND Corporation.
- Helmreich, R. L., Merritt, A. C. et Wilhelm, J. A. (1999). The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *The international journal of aviation psychology*, 9(1), 19-32.

- Henneman, E., Dracup, K., Ganz, T., Molayeme, O. et Cooper, C. (2001). Effect of a collaborative weaning plan on patient outcome in the critical care setting. *Crit Care Med*, 29(2), 297-303. doi: 10.1097/00003246-200102000-00013
- Hepokoski, M. L., Odish, M. et Malhotra, A. (2018). Prone positioning in acute respiratory distress syndrome: why aren't we using it more? *Journal of thoracic disease*, 10(Suppl 9), S1020-S1024. doi: 10.21037/jtd.2018.04.60
- Higgins, J. et Green, S. (dir.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (5.1.0^e éd.): The Cochrane Collaboration.
- Hoffman, R. L., Saucier, J., Dasani, S., Collins, T., Holena, D. N., Fitzpatrick, M., . . . Martin, N. D. (2017). Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. *Int J Qual Health Care*, 29(3), 412-419. doi: 10.1093/intqhc/mzx032
- Hyland, T. (1997). Reconsidering competence. *Journal of Philosophy of Education*, 31(3), 491-503. doi: 10.1111/1467-9752.00070
- Institute of Medicine (IOM) (2000). *To err is human : Building a safer health system*. DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the quality chasm : A new health system for the 21st century*. DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine (IOM) (2003a). *The Future of the Public's Health in the 21st Century*. DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (IOM) (2003b). *Health professions education : A bridge to quality*. DC: National Academies Press.
- Jain, M., Miller, L., Belt, D., King, D. et Berwick, D. M. (2006). Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. *Qual Saf Health Care*, 15(4), 235-239. doi: 10.1136/qshc.2005.016576

- Jensen, H. I., Ammentorp, J. et Ording, H. (2013). Guidelines for withholding and withdrawing therapy in the ICU: Impact on decision-making process and interdisciplinary collaboration. *Heart Lung Vessel*, 5(3), 158-167.
- Jo, H. J., Shin, D. B., Koo, B. K., Ko, E. S., Yeo, H. J. et Cho, W. H. (2017). The impact of multidisciplinary nutritional team involvement on nutritional care and outcomes in a medical intensive care unit. *Eur J Clin Nutr*, 71(11), 1360-1362. doi: <https://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2017.108>
- Johnson, V., Mangram, A., Mitchell, C., Lorenzo, M., Howard, D. et Dunn, E. (2009). Is there a benefit to multidisciplinary rounds in an open trauma intensive care unit regarding ventilator-associated pneumonia? *Am Surg*, 75(12), 1171-1174.
- Kane-Gill, S. L., Dasta, J. F., Buckley, M. S., Devabhakthuni, S., Liu, M., Cohen, H., . . . Smith, B. S. (2017). Clinical Practice Guideline: Safe Medication Use in the ICU. *Crit Care Med*, 45(9).
- Keeney, S. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Royaume-Uni: Wiley-Blackwell.
- Keil, M., Tiwana, A. et Bush, A. (2002). Reconciling user and project manager perceptions of IT project risk: A Delphi study. *Information Systems Journal*, 12(2), 103-119. doi: 10.1046/j.1365-2575.2002.00121.x
- Kelly, P. A., O'Malley, K. J., Kallen, M. A. et Ford, M. E. (2005). Integrating validity theory with use of measurement instruments in clinical settings. *Health Serv Res*, 40(5 Pt 2), 1605-1619. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00445.x
- Khan, K. et Ramachandran, S. (2012). Conceptual framework for performance assessment: Competency, competence and performance in the context of assessments in healthcare-deciphering the terminology. *Med Teach*, 34(11), 920-928. doi: 10.3109/0142159X.2012.722707
- Kimberlin, C. L. et Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm*, 65(23), 2276-2284. doi: 10.2146/ajhp070364

- Knowles, M. S. (1973). *The adult learner : A neglected species*. TX: Gulf Pub. Co.
- Knowles, M. S. (1975). *Self-directed learning : A guide for learners and teachers*. NY: Association Press.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning : Experience as the source of learning and development*. NJ: Prentice-Hall.
- Leape, L. L., Cullen, D. J., Clapp, M. D., Burdick, E., Demonaco, H. J., Erickson, J. I. et Bates, D. W. (1999). Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*, 282(3), 267-270. doi: 10.1001/jama.282.3.267
- Lee, J. S., Kang, J. E., Park, S. H., Jin, H. K., Jang, S. M., Kim, S. A. et Rhie, S. J. (2018). Nutrition and clinical outcomes of nutrition support in multidisciplinary team for critically ill patients. *Nutr Clin Pract*, 33(5), 633-639. doi: 10.1002/ncp.10093
- Lele, A., Cheever, C., Healey, L., Hurley, K., Kim, L. J. et Creutzfeldt, C. J. (2019). Operationalization of the transition to comfort measures only in the neurocritical care unit: A quality improvement project. *Am J Hosp Palliat Care*, 36(1), 38-44. doi: 10.1177/1049909118790069
- Lilly, C. M., De Meo, D. L., Sonna, L. A., Haley, K. J., Massaro, A. F., Wallace, R. F. et Cody, S. (2000). An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med*, 109(6), 469-475.
- Lilly, C. M., Sonna, L. A., Haley, K. J. et Massaro, A. F. (2003). Intensive communication: Four-year follow-up from a clinical practice study. *Crit Care Med*, 31(5 Suppl), S394-399. doi: 10.1097/01.Ccm.0000065279.77449.B4
- Lin, Y.-L., Liao, C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L. et Ho, L.-H. (2018). A multidisciplinary program reduces over 24 Hours of physical restraint in neurological intensive care unit. *J Nurs Res*, 26(4), 288-296. doi: 10.1097/jnr.0000000000000251

- Lingard, L., Espin, S., Evans, C. et Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: Interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Crit Care*, 8(6), R403-408. doi: 10.1186/cc2958
- Lipitz-Snyderman, A., Steinwachs, D., Needham, D. M., Colantuoni, E., Morlock, L. L. et Pronovost, P. J. (2011). Impact of a statewide intensive care unit quality improvement initiative on hospital mortality and length of stay: Retrospective comparative analysis. *BMJ*, 342, d219. doi: 10.1136/bmj.d219
- Louzon, P., Jennings, H., Ali, M. et Kraisinger, M. (2017). Impact of pharmacist management of pain, agitation, and delirium in the intensive care unit through participation in multidisciplinary bundle rounds. *Am J Health Syst Pharm*, 74(4), 253-262. doi: 10.2146/ajhp150942
- Luecht, R. M., Madsen, M. K., Taugher, M. P. et Petterson, B. J. (1990). Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *J Allied Health*, 19(2), 181-191.
- Machare Delgado, E., Callahan, A., Paganelli, G., Reville, B., Parks, S. M. et Marik, P. E. (2009). Multidisciplinary family meetings in the ICU facilitate end-of-life decision making. *Am J Hosp Palliat Care*, 26(4), 295-302. doi: 10.1177/1049909109333934
- Mah, J. W., Staff, I., Fichandler, D. et Butler, K. L. (2013). Resource-efficient mobilization programs in the intensive care unit: Who stands to win? *Am J Surg*, 206(4), 488-493. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.001>
- Manthous, C. A. et Hollingshead, A. B. (2011). Team science and critical care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184(1), 17-25. doi: 10.1164/rccm.201101-0185CI
- Marsch, S. C., Muller, C., Marquardt, K., Conrad, G., Tschan, F. et Hunziker, P. R. (2004). Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. *Resuscitation*, 60(1), 51-56. doi: 10.1016/j.resuscitation.2003.08.004

- Mayer, C. M., Cluff, L., Lin, W. T., Willis, T. S., Stafford, R. E., Williams, C., . . . Amoozegar, J. B. (2011). Evaluating efforts to optimize TeamSTEPPS implementation in surgical and pediatric intensive care units. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 37(8), 365-374.
- McFadyen, A. K., Maclaren, W. M. et Webster, V. S. (2007). The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): An alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. *Journal of Interprofessional Care*, 21(4), 433-443. doi: 10.1080/13561820701352531
- Mendez, M. P., Lazar, M. H., DiGiovine, B., Schuldt, S., Behrendt, R., Peters, M. et Jennings, J. H. (2013). Dedicated multidisciplinary ventilator bundle team and compliance with sedation vacation. *Am J Crit Care*, 22(1), 54-60. doi: 10.4037/ajcc2013873
- Merriam, S. B. (2016). The role of cognitive development in Mezirow's transformational learning theory. *Adult Education Quarterly*, 55(1), 60-68. doi: 10.1177/0741713604268891
- Merriam, S. B. et Bierema, L. L. (2013). *Adult learning: Linking theory and practice*. CA: John Wiley & Sons.
- Michalsen, A., Long, A. C., DeKeyser Ganz, F., White, D. B., Jensen, H. I., Metaxa, V., . . . Curtis, J. R. (2019). Interprofessional shared decision-making in the ICU: A systematic review and recommendations from an expert panel. *Crit Care Med*, 47(9), 1258-1266.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook*. (3^e éd.). LA: SAGE.
- Morcke, A. M., Dornan, T. et Eika, B. (2013). Outcome (competency) based education: an exploration of its origins, theoretical basis, and empirical evidence. *Advances in Health Sciences Education*, 18(4), 851-863. doi: 10.1007/s10459-012-9405-9
- Murphy, M., Curtis, K. et McCloughen, A. (2016). What is the impact of multidisciplinary team simulation training on team performance and efficiency of patient care? An integrative review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(1), 44-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.10.001>

- Narasimhan, M., Eisen, L. A., Mahoney, C. D., Acerra, F. L. et Rosen, M. J. (2006). Improving nurse-physician communication and satisfaction in the intensive care unit with a daily goals worksheet. *Am J Crit Care*, 15(2), 217-222.
- Newkirk, M., Pamplin, J. C., Kuwamoto, R., Allen, D. A. et Chung, K. K. (2012). Checklists change communication about key elements of patient care. *J Trauma Acute Care Surg*, 73(2 Suppl 1), S75-82. doi: 10.1097/TA.0b013e3182606239
- O'Connor, C., Friedrich, J. O., Scales, D. C. et Adhikari, N. K. (2009). The use of wireless e-mail to improve healthcare team communication. *J Am Med Inform Assoc*, 16(5), 705-713. doi: 10.1197/jamia.M2299
- Oandasan, I. et Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 21-38. doi: 10.1080/13561820500083550
- Oates, M. et Davidson, M. (2015). A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. *Medical Education*, 49(4), 386-398. doi: 10.1111/medu.12681
- Orsmond, G. I. et Cohn, E. S. (2015). The distinctive features of a feasibility study: Objectives and guiding questions. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 35(3), 169-177. doi: 10.1177/1539449215578649
- Parent, B., Shelton, M., Nordlund, M., Aarabi, S., O'Keefe, G. et O'Keefe, G. (2016). Parenteral nutrition utilization after implementation of multidisciplinary nutrition support team oversight: A prospective cohort study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 40(8), 1151-1157. doi: 10.1177/0148607115585354
- Parry, S. M., Remedios, L., Denehy, L., Knight, L. D., Beach, L., Rollinson, T. C., . . . Granger, C. L. (2017). What factors affect implementation of early rehabilitation into intensive care unit practice? A qualitative study with clinicians. *J Crit Care*, 38, 137-143. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.11.005
- Pascual, J. L., Holena, D. N., Vella, M. A., Palmieri, J., Sicoutris, C., Selvan, B., . . . Schwab, C. W. (2011). Short simulation training improves objective skills in established advanced

- practitioners managing emergencies on the ward and surgical intensive care unit. *J Trauma*, 71(2), 330-337; discussion 337-338. doi: 10.1097/TA.0b013e31821f4721
- Peters, H., Holzhausen, Y., Boscardin, C., Ten Cate, O. et Chen, H. C. (2017). Twelve tips for the implementation of EPAs for assessment and entrustment decisions. *Med Teach*, 39(8), 802-807. doi: 10.1080/0142159x.2017.1331031
- Piette, L.-A. (2012). *Répertoire des guides de planification immobilière - Centres hospitaliers de soins de courte durée - Unité de soins critiques (USC) (n° 12-610-07W)*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Pill, J. (1971). The Delphi method: Substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio-Economic Planning Sciences*, 5(1), 57-71. doi: [https://doi.org/10.1016/0038-0121\(71\)90041-3](https://doi.org/10.1016/0038-0121(71)90041-3)
- Piquette, D., Reeves, S. et Leblanc, V. R. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study. *J Interprof Care*, 23(3), 273-285. doi: 10.1080/13561820802697818
- Pronovost, P., Berenholtz, S., Dorman, T., Lipsett, P. A., Simmonds, T. et Haraden, C. (2003). Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*, 18(2), 71-75. doi: 10.1053/jcrc.2003.50008
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., . . . Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*, 355(26), 2725-2732. doi: 10.1056/NEJMoa061115
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C., Thom, I., Watson, S. R., Holzmueller, C. G., . . . Sexton, J. B. (2008). Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *J Crit Care*, 23(2), 207-221. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.09.002>
- Pronovost, P. J., Goeschel, C. A., Colantuoni, E., Watson, S., Lubomski, L. H., Berenholtz, S. M., . . . Needham, D. (2010). Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: Observational study. *BMJ*, 340, c309. doi: 10.1136/bmj.c309

- Ramos, P., Childers, D., Maynard, G., Box, K., Namba, J., Stadalman, K. et Renvall, M. (2010). Maintaining glycemic control when transitioning from infusion insulin: A protocol-driven, multidisciplinary approach. *J Hosp Med*, 5(8), 446-451. doi: 10.1002/jhm.810
- Ratcliffe, J. et Williams, B. (2019). Impact of a mobility team on intensive care unit patient outcomes. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 31(2), 141-151. doi: 10.1016/j.cnc.2019.02.002
- Reader, T., Flin, R., Lauche, K. et Cuthbertson, B. H. (2006). Non-technical skills in the intensive care unit. *Br J Anaesth*, 96(5), 551-559. doi: 10.1093/bja/ael067
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., . . . Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*, 38(7), 656-668. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663
- Reeves, S., Palaganas, J. et Zierler, B. (2017). An updated synthesis of review evidence of interprofessional education. *J Allied Health*, 46(1), 56-61.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. et Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 6(6), CD000072-CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. et Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *J Interprof Care*, 24(3), 230-241. doi: 10.3109/13561820903163405
- Rowe, G. et Wright, G. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: Issues and analysis. *International journal of forecasting*, 15(4), 353-375.
- Rushton, A. B., Fawkes, C. A., Carnes, D. et Moore, A. P. (2014). A modified Delphi consensus study to identify UK osteopathic profession research priorities. *Man Ther*, 19(5), 445-452. doi: 10.1016/j.math.2014.04.013
- Salas, E., Burke, C. S. et Stagl, K. C. (2004). Developing teams and team leaders: Strategies and principles. Dans Lawrence Erlbaum Associates (dir.), *Leader development for transforming organizations: Growing leaders for tomorrow* (p. 325-355). NJ: Taylor & Francis.

- Salas, E., DiazGranados, D., Klein, C., Burke, C. S., Stagl, K. C., Goodwin, G. F. et Halpin, S. M. (2008). Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Human Factors*, 50(6), 903-933. doi: 10.1518/001872008X375009
- Salas, E. et Swezey, R. W. (1992). Toward an understanding of team performance and training (*Teams: Their training and performance* (p. 3-29). NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Saokaew, S., Maphanta, S. et Thangsomboon, P. (2009). Impact of pharmacist's interventions on cost of drug therapy in intensive care unit. *Pharm Pract (Granada)*, 7(2), 81-87.
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation (*La recherche en éducation : étapes et approches* (3^e éd., p. 123-147). QC: ERPI.
- Schilling, J. F. et Koetting, J. R. (2010). Underpinnings of competency-based education. *Athletic Training Education Journal*, 5(4), 165-169. doi: 10.4085/1947-380x-5.4.165
- Schmidt, R. C. (1997). Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *decision Sciences*, 28(3), 763-774.
- Schramm, G. E., Kashyap, R., Mullon, J. J., Gajic, O. et Afessa, B. (2011). Septic shock: A multidisciplinary response team and weekly feedback to clinicians improve the process of care and mortality. *Crit Care Med*, 39(2), 252-258. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181ffde08
- Schultz, K., Griffiths, J. et Lacasse, M. (2015). The Application of Entrustable Professional Activities to Inform Competency Decisions in a Family Medicine Residency Program. *Academic Medicine*, 90(7), 888-897. doi: 10.1097/acm.0000000000000671
- Scott, M. et Unsworth, J. (2020). Lessons From Other Disciplines About Communication, Human Performance and Situational Awareness While Wearing Personal Protective Equipment. *SAGE Open Nurs*, 6, 2377960820963766. doi: 10.1177/2377960820963766
- Seuring, S. et Gold, S. (2012). *Conducting content-analysis based literature reviews in supply chain management*.

- Sexton, J. B., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Watson, S. R., Holzmueller, C. G., Thompson, D. A., . . . Pronovost, P. J. (2011). Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Crit Care Med*, 39(5), 934-939. doi: 10.1097/CCM.0b013e318206d26c
- Shaw, D. J., Davidson, J. E., Smilde, R. I., Sondoozi, T. et Agan, D. (2014). Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Crit Care Med*, 42(2), 265-271. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a26ea5
- Smith, K., Stockley, D., Flynn, L. et McDiarmid, L. (2016). Sustainable professional activities. *Med Teach*, 38(8), 859. doi: 10.1080/0142159X.2016.1204431
- Stollings, J. L., Foss, J. J., Ely, E. W., Ambrose, A. M., Rice, T. W., Girard, T. D. et Wheeler, A. P. (2015). Pharmacist leadership in ICU quality improvement: Coordinating spontaneous awakening and breathing trials. *Ann Pharmacother*, 49(8), 883-891. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1060028015582050>
- Stone, M. E., Jr., Snetman, D., O' Neill, A., Cucuzzo, J., Lindner, J., Ahmad, S. et Teperman, S. (2011). Daily multidisciplinary rounds to implement the ventilator bundle decreases ventilator-associated pneumonia in trauma patients: But does it affect outcome? *Surg Infect (Larchmt)*, 12(5), 373-378. doi: <https://dx.doi.org/10.1089/sur.2010.067>
- Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. et Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: How many lives can we save? *Lancet*, 366(9496), 1578-1582. doi: 10.1016/s0140-6736(05)67341-2
- Sunderji, N. et Waddell, A. (2015). Using real-time Delphi to develop a consensus on competencies. *Med Educ*, 49(11), 1151-1152. doi: 10.1111/medu.12851
- Szasz, G. (1969). Interprofessional education in the health sciences: A project conducted at the University of British Columbia. *Milbank Mem Fund Q*, 47(4), 449-475. doi: 10.2307/3349106
- Ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ*, 39(12), 1176-1177. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x

- Ten Cate, O. (2013). Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ*, 5(1), 157-158. doi: 10.4300/JGME-D-12-00380.1
- Ten Cate, O., Chen, H. C., Hoff, R. G., Peters, H., Bok, H. et Van der Schaaf, M. (2015). Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*, 37(11), 983-1002. doi: 10.3109/0142159x.2015.1060308
- Ten Cate, O. et Scheele, F. (2007). Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Acad Med*, 82(6), 542-547. doi: 10.1097/ACM.0b013e31805559c7
- ten Cate, O., Schwartz, A. et Chen, H. C. (2020). Assessing Trainees and Making Entrustment Decisions: On the Nature and Use of Entrustment-Supervision Scales. *Academic Medicine*, 95(11).
- Ten Have, E. C., Nap, R. E. et Tulleken, J. E. (2013). Quality improvement of interdisciplinary rounds by leadership training based on essential quality indicators of the Interdisciplinary Rounds Assessment Scale. *Intensive Care Med*, 39(10), 1800-1807. doi: 10.1007/s00134-013-3002-0
- The Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN). (2018). Position Statement - Patient-Family-Centered Care. Repéré 2020 à <https://caccn.ca/publications/practice-guidelines-position-statements/>
- Tschan, F., Semmer, N. K., Gautschi, D., Hunziker, P., Spychiger, M. et Marsch, S. U. (2006). Leading to recovery: Group performance and coordinative activities in medical emergency driven groups. *Human Performance*, 19(3), 277-304.
- Turkelson, C., Aegersold, M., Redman, R. et Tschannen, D. (2017). Improving nursing communication skills in an intensive care unit using simulation and nursing crew resource management strategies: An implementation project. *J Nurs Care Qual*, 32(4), 331-339. doi: 10.1097/ncq.0000000000000241

- Van den Bulcke, B., Vyt, A., Vanheule, S., Hoste, E., Decruyenaere, J. et Benoit, D. (2016). The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study. *J Interprof Care*, 30(3), 301-308. doi: 10.3109/13561820.2016.1146876
- Varndell, W., Fry, M. et Elliott, D. (2021). Applying real-time Delphi methods: development of a pain management survey in emergency nursing. *BMC Nursing*, 20(1), 149. doi: 10.1186/s12912-021-00661-9
- von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies: Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), 1525-1536. doi: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
- Waggoner, J., Carline, J. D. et Durning, S. J. (2016). Is there a consensus on consensus methodology? Descriptions and recommendations for future consensus research. *Academic Medicine*, 91(5), 663-668. doi: 10.1097/ACM.0000000000001092
- Wang, Y.-Y., Wan, Q.-Q., Lin, F., Zhou, W.-J. et Shang, S.-M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 81-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.09.007>
- Weiss, M. et Hoegl, M. (2015). The history of teamwork's societal diffusion: A multi-method review. *Small Group Research*, 46(6), 589-622. doi: 10.1177/1046496415602778
- Welton, C., Morrison, M., Catalig, M., Chris, J. et Pataki, J. (2016). Can an interprofessional tracheostomy team improve weaning to decannulation times? A quality improvement evaluation. *Can J Respir Ther*, 52(1), 7-11.
- Wessman, B. T., Sona, C. et Schallom, M. (2017). A novel ICU hand-over tool: The glass door of the patient room. *J Intensive Care Med*, 32(8), 514-519. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/0885066616653947>
- White, V., Currey, J. et Botti, M. (2011). Multidisciplinary team developed and implemented protocols to assist mechanical ventilation weaning: A systematic review of literature. *Worldviews Evid Based Nurs*, 8(1), 51-59. doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00198.x

- Won Gun, K., Miae, Y., Dong Seon, L., Hyunju, M., Yun Young, C., Sung Yoon, L., . . . Lee, Y. J. (2018). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team: A cohort study. *Medicine (Baltimore)*, 97(48), 1-6. doi: 10.1097/MD.00000000000013490
- World Health Organization. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Repéré 2021 à <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>)
- World Health Organization (WHO). (1973). Continuing education for physicians: Report of a WHO Expert Committee *World Health Organ Tech Rep Ser* (1973/01/01^e éd., Vol. 534, p. 1-32). Suisse: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1988). Learning together to work together for health. Report of a WHO study group on multiprofessional education of health personnel: The team approach *World Health Organ Tech Rep Ser* (1988/01/01^e éd., Vol. 769, p. 1-72). Suisse: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Suisse: World Health Organization.
- Yang, J. G. et Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *J Clin Nurs*, 25(7-8), 1062-1072. doi: 10.1111/jocn.13115
- Young, M. P., Gooder, V. J., Oltermann, M. H., Bohman, C. B., French, T. K. et James, B. C. (1998). The impact of a multidisciplinary approach on caring for ventilator-dependent patients. *Int J Qual Health Care*, 10(1), 15-26.
- Zwarenstein, M., Reeves, S. et Perrier, L. (2005). Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 148-165. doi: 10.1080/13561820500082800

Annexe A – Stratégie de recherche

Tableau 17 – Exemple de stratégie de recherche

Base de données	Stratégie de recherche
Medline (dans Ovid)	<ol style="list-style-type: none"> 1. critical care/ or exp early goal-directed therapy/ 2. intensive care units/ or burn units/ or coronary care units/ or respiratory care units/ 3. (ICU or ((intensive or critical) adj7 (care or unit*))).mp. 4. 1 or 2 or 3 5. exp Interprofessional Relations/ and (collaborat* or team*).tw 6. exp Patient Care Team/ and (collaborat* or team*).tw. 7. ((interprofession* or inter-profession*) adj (collaborat* or team*)).tw. 8. ((interdisciplin* or inter-disciplin*) adj (collaborat* or team*)).tw. 9. ((interoccupation* or inter-occupation*) adj (collaborat* or team*)).tw. 10. ((multiprofession* or multi-profession*) adj (collaborat* or team*)).tw. 12. ((multioccupation* or multi-occupation*) adj (collaborat* or team*)).tw. 13. ((transdisciplin* or trans-disciplin*) adj (collaborat* or team*)).tw. 14. (team* adj collaborat*).tw. 15. communication barriers/ or negotiating/ 16. Leadership.mp. or Leadership/ 17. 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 18. 4 and 17 19. limit 18 to (yr="1969 -Current" and (english or french))
Embase (dans Ovid)	<ol style="list-style-type: none"> 1. intensive care unit/ or medical intensive care unit/ or neurological intensive care unit/ or surgical intensive care unit/ 2. intensive care/ or resuscitation/ 3. (((intensive or care) adj3 unit*) or ((critical* or acut*) adj (patient* or ill*))).ti,ab. or ICU.mp. or resuscitation.ti,ab. 4. (ICU or ((intensive or critical) adj3 (care or unit*))).mp. 5. 1 or 2 or 3 or 4 6. multidisciplinary team/ or collaborative care team/ 7. exp Interprofessional Relations/ and (collaborat* or team*).tw 8. exp Patient Care Team/ and (collaborat* or team*).tw. 9. ((interprofession* or inter-profession*) adj (collaborat* or team*)).tw. 10. ((interdisciplin* or inter-disciplin*) adj (collaborat* or team*)).tw. 11. ((interoccupation* or inter-occupation*) adj (collaborat* or team*)).tw. 12. ((multiprofession* or multi-profession*) adj (collaborat* or team*)).tw. 13. ((multioccupation* or multi-occupation*) adj (collaborat* or team*)).tw.

	<p>14. ((transdisciplin* or trans-disciplin*) adj (collaborat* or team*)).tw. 15. (team* adj collaborat*).tw. 16. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 17. 5 and 16 18. limit 17 to (exclude medline journals and (english or french) and yr="1969 -Current")</p>
CIHNAL	<p>1. (MH "Interprofessional Relations+") AND TX ((collaborat* or team*)) 2. (MH "Multidisciplinary Care Team+") AND TX ((collaborat* or team*)) 3. TX ((interprofession* or inter-profession*) N7 (collaborat* or team*)) 4. TX (interdisciplin* or interdisciplin*) N7 (collaborat* or team*)) 5. TX ((multiprofession* or multi-profession*) N7 (collaborat* or team*)) 6. TX ((multidisciplin* or multi-disciplin*) N7 (collaborat* or team*)) 7. TX ((transdisciplin* or trans-disciplin*) N7 (collaborat* or team*)) 8. TX team* N7 collaborat* 9. (MH "Critical Care+") 10. (MH "Intensive Care Units+") 11. (intensive or critical) N3 (care or unit*) 12. S9 OR S10 OR S11 13. (S9 OR S10 OR S11) AND (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8) 14. S13 All child, All infant 15. S13 NOT S14</p>

Annexe B – Documents explicatifs

Voici un exemple des documents explicatifs ayant été fournis aux participants. Ceci incluait un document préparatoire qui expliquait le déroulement du projet et les tâches qui allaient devoir être accomplies. De même, un document incluant les définitions des différents termes employés dans cette étude était envoyé aux participants afin qu'ils puissent s'y référer au besoin. Une version anglophone était aussi disponible.

Document préparatoire - Version française

Document préparatoire

Projet : Identification d'activités interprofessionnelles dans les unités de soins intensifs

Objectif

L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier les activités interprofessionnelles dans les unités de soins intensifs (USI) qui nécessitent des habiletés avancées de collaboration. Cette étude va aider à développer un curriculum de formation qui permettra d'améliorer le travail d'équipe par l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle.

Vous participerez à une étude pilote qui s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise en éducation. Cette étude nous aidera à préparer la suite, c'est-à-dire un projet d'envergure nationale.

Les buts de cette étude pilote sont :

- 1) Évaluer si les documents sont faciles à comprendre et utiliser pour les experts ;
- 2) Évaluer si les questionnaires électroniques sont faciles à compléter ;
- 3) Obtenir de l'information pertinente sur les différentes activités interprofessionnelles en vue du développement d'un curriculum de formation ;
- 4) Identifier et corriger des erreurs avant de mener l'étude d'envergure nationale.

Comment accomplir cet objectif ?

Pour rencontrer ces buts et objectifs, nous allons recruter un groupe d'experts de différentes professions (groupe de travail interprofessionnel). Ces experts seront recrutés aux USI du CHUM.

Vous ferez partie de ce groupe. En revanche, vous n'interagirez jamais directement avec vos collègues. Ceci nous permettra d'obtenir VOTRE opinion. Nous souhaitons obtenir l'opinion non biaisée de tous les experts sur le sujet, qui nous permettra d'évaluer si un consensus a été atteint par rapport à la question. Cette procédure anonyme est intitulée « Méthode Delphi ».

Il y aura 6 étapes à ce projet de recherche. En tout et partout, 3 heures de votre temps seront nécessaires sur une période de 13 semaines (10-30 minutes par semaine). À chaque étape, nous allons vous envoyer des courriels avec des liens pour accéder à la plateforme électronique LimeSurvey®.

Lorsque vous recevrez un courriel avec un lien, nous vous demandons de compléter le questionnaire en **moins de 14 jours**.

Voici les étapes :

1. ÉTAPE 1 – Lire le matériel préparatoire et répondre au questionnaire électronique – 1 semaine pour lire et répondre
2. ÉTAPE 2 – Répondre au questionnaire 1A – 2 semaines pour répondre
3. ÉTAPE 3 – Répondre au questionnaire 1B – 2 semaines pour répondre
4. ÉTAPE 4 – Répondre au questionnaire 2 – 2 semaines pour répondre
5. ÉTAPE 5 – Lire la rétroaction du questionnaire 2 - 1 semaine pour lire
6. ÉTAPE 6 – Répondre au questionnaire 3 – 2 semaines pour répondre
7. ÉTAPE 7 – Lire la rétroaction du questionnaire 3 - 1 semaine pour lire
8. ÉTAPE 8 – Répondre au questionnaire 4 – 2 semaines pour répondre

À quoi correspond chacun des questionnaires ?

ÉTAPE 1 – Préparation

- Nous vous demanderons de lire le matériel préparatoire et de répondre à un questionnaire qui recueille votre rétroaction sur ce matériel.

ÉTAPE 2 - Questionnaire 1A

- Ce questionnaire permettra d'identifier toutes les activités interprofessionnelles dans les USI qui nécessitent des habiletés de collaboration avancées et donc, une forme d'apprentissage d'équipe.

- Nous avons déjà identifié certaines activités par une revue de la littérature. Cependant, nous avons besoin de votre aide pour déterminer si elles sont adéquates et si nous devons inclure d'autres activités qui n'ont pas été identifiées.
- Nous vous demanderons deux choses :
 - #1 : Analyser les activités interprofessionnelles que nous avons identifiées. Vous allez vérifier si les titres et les descriptions des activités sont adéquats. Si elles ne le sont pas, vous pourrez suggérer des modifications.
 - #2 : Réfléchir sur votre pratique professionnelle et ajouter des activités interprofessionnelles qui ne sont pas présentes et qui vous apparaissent pertinentes. Nous vous suggérons de les identifier au cours d'une semaine de travail.
- Nous vous demanderons également une rétroaction sur le questionnaire.

ÉTAPE 3 - Questionnaire 1B

- Ce questionnaire permettra de raffiner les nouvelles activités proposées par vos collègues experts après l'étape 2.
 - Nous vous demanderons également une rétroaction sur le questionnaire.
- Nous allons soumettre les nouvelles activités aux professionnels impliqués dans celles-ci. Ceci permettra d'ajuster les descriptions et les titres de ces activités.
- Vous vérifierez si les titres et descriptions sont adéquats et proposer des changements au besoin.

ÉTAPE 4 - Questionnaire 2

- Dans ce questionnaire, vous accorderez un score à chaque activité interprofessionnelle afin d'évaluer son importance selon une question spécifique.
 - Vous devrez rapporter votre niveau d'expertise par rapport à cette activité.
 - Vous pourrez fournir une rétroaction sur le questionnaire.
- Seules les activités qui concernent votre profession seront présentes dans votre questionnaire.

ÉTAPE 5 – Rétroaction du Questionnaire 2

- Avant l'étape 6, nous allons analyser les réponses de l'Étape 4 et identifier les activités qui atteignent un fort consensus en vue de les inclure ou de les exclure.
- Pendant cette étape, vous pourrez consulter les analyses statistiques des scores accordés lors du Questionnaire 2 qui vous aideront à prendre vos décisions lors du prochain questionnaire.

ÉTAPE 6 - Questionnaire 3

- Ce questionnaire adressera les mêmes questions que l'Étape 4, soit l'importance de chaque activité qui n'a pas atteint de consensus. À ce moment, nous vous inviterons à justifier vos choix en quelques lignes.
 - Vous serez invité à fournir une rétroaction sur le questionnaire.

ÉTAPE 7 – Rétroaction du Questionnaire 3

- Avant l'ÉTAPE 8, nous allons analyser les réponses de l'ÉTAPE 6 et identifier les activités qui atteignent un fort consensus en vue de les inclure ou de les exclure.
- Pendant cette étape, vous pourrez consulter les analyses statistiques des scores accordés lors du Questionnaire 3 qui vous aideront à prendre vos décisions lors du prochain questionnaire.

Étape 8 - Questionnaire 4

- Dans ce questionnaire, vous devrez accorder un score à chaque activité interprofessionnelle en fonction de leur importance. Il y aura également des questions permettant de recueillir votre rétroaction.

Comment déterminer si le consensus est atteint ?

Un score exprimé en pourcentage permettra à notre équipe de recherche de déterminer si le consensus est atteint au sein d'un groupe d'experts d'une même profession pour une activité après les ÉTAPES 4, 6 et 8.

- Le consensus devra être atteint par tous les groupes de professionnels impliqués dans l'activité.
- **Si le consensus est atteint**, l'activité sera incluse si elle est identifiée comme essentielle à la pratique collaborative ou exclue si le consensus indique qu'elle n'est pas importante.
- Lorsque **le consensus n'est pas atteint** pour une activité, une étape supplémentaire sera ajoutée, pour un maximum de trois étapes.

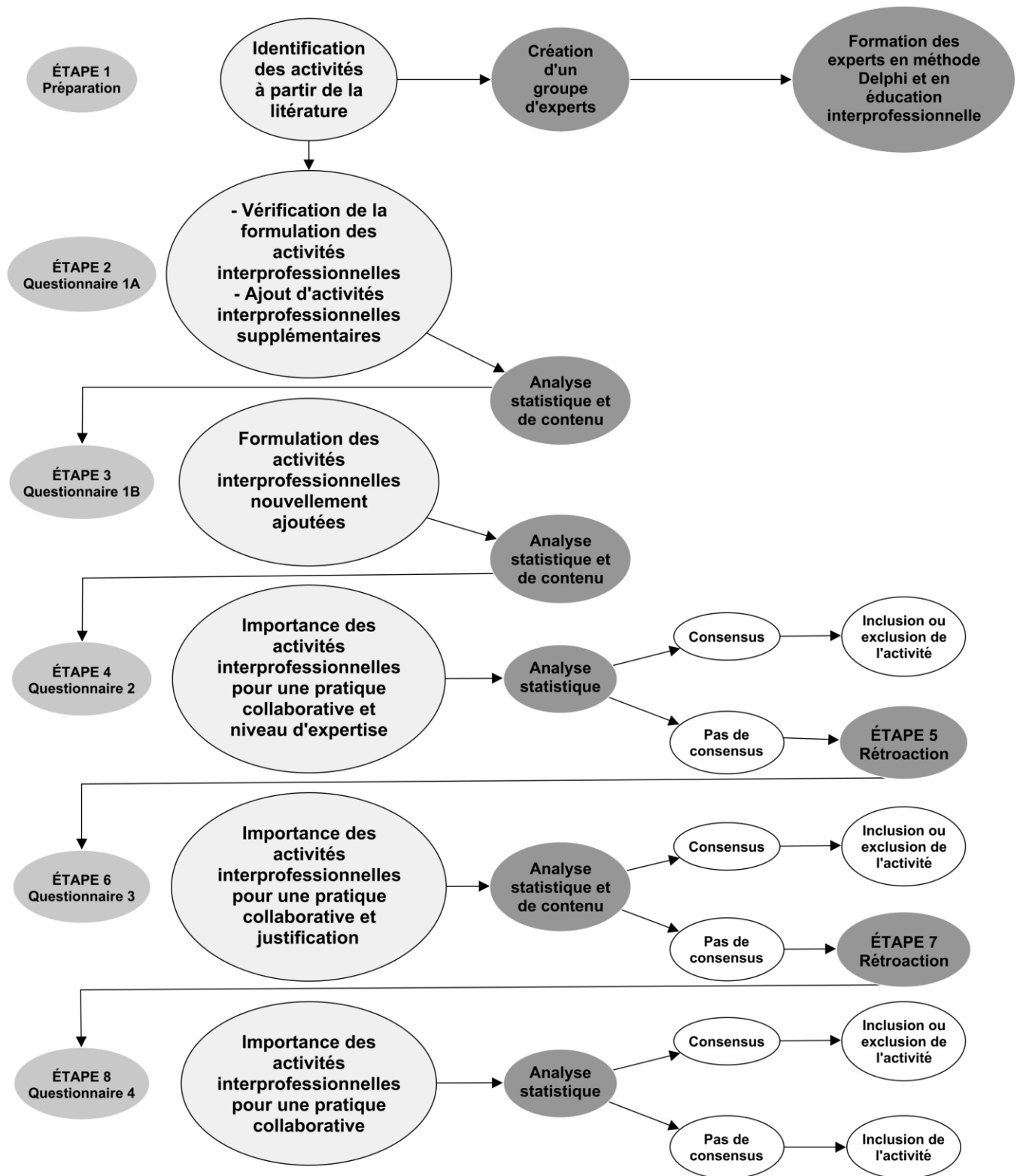


Figure 1 –Méthode Delphi

Définitions – Version française

Définitions pertinentes

Projet : Identification d'activités interprofessionnelles dans les unités de soins intensifs

1. Définitions générales

Collaboration : Partenariat entre au moins 2 personnes, qui ont différentes expertises et un but commun.

Collaboration interprofessionnelle : Personnes de différentes professions qui soignent ensemble un patient.

Équipe : Lorsque chaque personne répond et dépend d'un ou de plusieurs autres individus pour une tâche commune. C'est une forme de collaboration, qui requiert une relation de proximité et d'une certaine façon de l'interdépendance.

- Seul le travail d'équipe de professionnels de la santé dans les unités de soins intensifs (USI) est ciblé par cette recherche.

Éducation interprofessionnelle : Curriculum de formation qui vise à développer, améliorer ou maintenir la collaboration interprofessionnelle.

- Seuls les professionnels impliqués dans les soins des patients sont ciblés par cette recherche.

2. Activité interprofessionnelle

Puisque l'objectif de cette recherche est d'identifier des activités interprofessionnelles qui requièrent des habiletés avancées de collaboration aux USI, nous avons créé un nouveau terme : « Activités Interprofessionnelles Durables (AIPD) ». Les AIPD ne sont pas une liste exhaustive de toutes les activités interprofessionnelles possibles, mais plutôt celles qui sont essentielles pour une collaboration interprofessionnelle optimale.

Une « Activité Interprofessionnelle Durable » (AIPD) doit être **une activité interprofessionnelle** qui :

- 1) Est essentielle à la pratique interprofessionnelle aux USI;
- 2) Requiert de la formation pour le développement et le maintien des connaissances, habiletés et attitudes liées à l'activité;
- 3) Peut seulement être accompli par au moins 2 personnes de différentes professions;
- 4) N'est pas lié à une autre activité identifiée;
- 5) Est menée dans un délai temporel limité;
- 6) Peut être observée et mesurée;
- 7) Reflète au moins une compétence interprofessionnelle.

Voici quelques indications qui vous permettront d'écrire une AIPD au cours du projet.

La **description** d'une Activité Interprofessionnelle Durable (AIPD) doit:

- 1) Clairement décrire ce qui est inclus dans l'activité;
- 2) Et clairement décrire ce qui est exclus de la tâche, si cela s'applique.

Le **titre** de l'Activité Interprofessionnelle Durable (AIPD) doit:

- 1) Être court (moins de 10 mots);
- 2) Être informatif, c'est-à-dire refléter seulement l'activité et non les objectifs, les habiletés, connaissances ou attitudes;
- 3) Utiliser un temps de verbe neutre, à l'infinifit présent.

Professionnels impliqués

Comme discuté plus tôt, une Activité Interprofessionnelle Durable (AIPD) doit inclure **au moins 2 professionnels** de la santé. Dans le contexte du projet, ils sont limités à :

- Médecins spécialisés en soins intensifs
- Infirmières
- Inhalothérapeutes
- Pharmaciens
- Physiothérapeutes
- Nutritionnistes
- Préposés aux bénéficiaires

3. Analyses statistiques

Pourcentage d'accord : Utilisé pour déterminer si un consensus a été atteint parmi les experts d'une même profession.

Moyenne : Valeur moyenne des scores accordés par les experts d'une même profession.

Médiane : La valeur au centre de la distribution des valeurs qui sont ordonnées de la plus faible à la plus élevée. Représente l'opinion collective.

Écart interquartile : Différence qui sépare le premier et le troisième quartile. Représente à quel point les scores sont dispersés. Plus la valeur est élevée, plus il y a de variabilité dans les scores accordés par les experts.

4. Compétences interprofessionnelles

1. Clarification des rôles ;
2. Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté ;
3. Fonctionnement de l'équipe ;
4. Leadership collaboratif ;
5. Communication interprofessionnelle ;
6. Résolution de conflits interprofessionnels.

Voici une liste plus exhaustive des compétences interprofessionnelles que vous pouvez utiliser pendant la création des Activités Interprofessionnelles Durables (AID).

Les **compétences** liées aux Activités Interprofessionnelles Durables (AIPDs) doivent être **les plus pertinentes pour chaque activité.**

TITRE	ÉNONCÉ DE COMPÉTENCE	DESCRIPTION
CLARIFICATION DES RÔLES	Les apprenants et les professionnels comprennent leur propre rôle et celui des autres professionnels et mettent ce savoir à profit de manière à établir et à atteindre les objectifs de la personne, de ses proches et de la communauté.	Pour contribuer à une pratique en collaboration, les apprenants et les professionnels participent à la clarification des rôles : <ul style="list-style-type: none"> • en décrivant leur propre rôle et celui des autres; • en reconnaissant et en respectant la diversité des autres rôles, des responsabilités et des compétences en matière de santé et de services sociaux; • en assumant leur propre rôle tout en respectant la culture d'autrui; • en communiquant dans un langage approprié leur rôle, leur savoir, leurs habiletés et leurs attitudes; • en recourant de manière appropriée et par l'entremise de la consultation aux habiletés et au savoir des autres; • en tenant compte du rôle des autres pour définir leur propre rôle professionnel et interprofessionnel; • en intégrant les rôles et compétences de manière continue et cohérente dans les modèles de prestation de soins et de services.
SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE, SES PROCHES ET LA COMMUNAUTÉ	Lorsqu'ils planifient et dispensent des soins et des services, les apprenants et les professionnels cherchent, intègrent et valorisent la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté.	Pour contribuer à une pratique en collaboration centrée sur la personne, ses proches et la communauté, les apprenants et les professionnels doivent : <ul style="list-style-type: none"> • soutenir la participation des personnes, de leurs proches et de la communauté en tant que partenaires à part entière du personnel qui œuvre à la planification, à la mise en œuvre ainsi qu'à l'évaluation des soins ou des services; • partager l'information avec les personnes (ou les proches et la communauté) de façon respectueuse et de manière à ce qu'elle soit compréhensible, qu'elle encourage la discussion et qu'elle favorise la participation à la prise de décision; • s'assurer que la personne, les proches et les autres personnes participant aux soins ou aux services prodigués reçoivent de l'information et un soutien approprié de la part des apprenants et des professionnels; • écouter avec respect les besoins exprimés par toutes les parties concernées tout au long de la planification et de la prestation des soins ou des services.
TRAVAIL D'ÉQUIPE	Pour une collaboration interprofessionnelle efficace, les apprenants et les professionnels comprennent les principes de la dynamique du travail en équipe et les processus de groupe.	Pour contribuer à la collaboration interprofessionnelle, les apprenants et les professionnels sont en mesure : <ul style="list-style-type: none"> • de comprendre les processus de développement des équipes; • d'établir un ensemble de principes régissant le travail en collaboration de manière à respecter les valeurs éthiques des membres de l'équipe; • d'améliorer l'efficacité des discussions et des interactions entre les membres d'une même équipe; • de participer à la prise de décisions en collaboration et de respecter la participation de tous les membres de l'équipe; • de réfléchir régulièrement à la manière dont ils interagissent avec les apprenants et les professionnels de l'équipe ainsi qu'avec les personnes et leurs proches; • d'établir et d'entretenir des relations de travail saines et efficaces avec les apprenants et les professionnels de l'équipe ainsi qu'avec la personne et les proches, qu'une équipe formelle existe ou non; • de respecter l'éthique du groupe, y compris les questions de confidentialité, d'allocation des ressources et de professionnalisme.

LEADERSHIP COLLABORATIVE	<p>Les apprenants et les professionnels comprennent et sont en mesure d'appliquer les principes du leadership dans un contexte de collaboration.</p>	<p>Ce domaine de compétence facilite la prise de décisions partagées et le leadership, mais suppose une responsabilité constante de chacun envers ses propres actions, et de son rôle, tels que définis dans le champ de sa profession ou de sa discipline. Afin de soutenir une pratique en collaboration interprofessionnelle, les apprenants et les professionnels se concertent pour identifier l'individu qui assumera la direction du groupe dans telle ou telle situation en favorisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une collaboration visant à produire des résultats optimaux pour la personne; • la promotion de relations de travail fondées sur l'interdépendance entre tous les participants; • l'adoption de méthodes efficaces de travail en équipe; • l'adoption de mesures qui facilitent une prise de décisions efficace; • le développement d'un climat de travail permettant la collaboration entre tous les participants; • la co-création d'un environnement de travail propice au leadership concerté et à la pratique en collaboration; • la mise en oeuvre de principes de concertation pour la prise de décisions; • l'intégration de principes d'amélioration continue de la qualité aux procédures de travail et aux résultats.
COMMUNICATION INTERPROFESSIONNELLE	<p>Les apprenants et les professionnels de professions différentes communiquent entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture.</p>	<p>Afin de soutenir une pratique en collaboration interprofessionnelle, les apprenants et les professionnels sont en mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de mettre en place des principes de communication adaptés au travail en équipe; d'écouter activement les autres membres de l'équipe, y compris les personnes et leurs proches; • de communiquer de manière à ce que tous aient une même compréhension des décisions relatives aux soins et services; • de développer des relations de confiance avec les personnes, leur proches ainsi qu'avec les autres membres de leur équipe; • d'utiliser les technologies de l'information et des communications de manière efficace afin d'améliorer les soins et services interprofessionnels centrés sur la personne et la communauté et, ce faisant, d'aider les membres de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> ○ à identifier des objectifs partagés; ○ à élaborer de manière concertée les plans de soins partagés; ○ à soutenir la prise de décisions partagée; ○ à partager les responsabilités de soins entre les membres de l'équipe; ○ à démontrer du respect envers tous les membres de l'équipe, y compris la personne et ses proches.
RÉSOLUTION DE CONFLITS INTERPROFESSIONNELS	<p>Les apprenants et les professionnels ont une attitude proactive qui favorise, tant leur part que de celle des personnes et des proches, une participation positive et constructive à la gestion des différends susceptibles de survenir.</p>	<p>Afin de soutenir une pratique en collaboration interprofessionnelle, les membres de l'équipe adoptent systématiquement une approche constructive de résolution des conflits :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en appréciant la nature potentiellement positive des conflits; • en reconnaissant les risques de conflit et en prenant des mesures constructives pour y faire face; • en identifiant les situations courantes susceptibles de mener à des différends ou à des conflits, notamment l'ambiguïté concernant les différents rôles, les contraintes hiérarchiques et des objectifs divergents; • en connaissant et en maîtrisant des stratégies de gestion de conflits; • en établissant des procédures pour résoudre les différends; • en travaillant concrètement à la gestion et à la résolution des différends, notamment en analysant leurs causes et en s'employant à y trouver une solution acceptable; • en créant un environnement propice à l'expression d'opinions différentes; • en atteignant un niveau de consensus entre les tenants d'opinions diverses et en permettant à tous les membres de l'équipe de sentir que leur opinion a été entendue, quel que soit le dénouement.

Annexe C – Exemples de questionnaires

Voici un exemple des questionnaires ayant été envoyés aux experts. Un premier questionnaire de rétroaction leur avait été envoyé afin de recueillir des données sur l'acceptabilité des documents explicatifs. Par la suite, une première ronde de questionnaire (Questionnaire 1a) a été envoyée aux experts afin d'identifier toutes les activités interprofessionnelles qu'effectuent quotidiennement les experts. Il incluait aussi un segment visant à récolter l'acceptabilité de ce questionnaire qui était répété pour chacune des rondes de questionnaires. Une deuxième version de ce questionnaire (Questionnaire 1b) a été envoyée aux experts et portait sur les nouvelles activités interprofessionnelles identifiées dans le questionnaire précédent. Celui-ci n'est pas présenté puisque les questions étaient identiques au premier. Une deuxième ronde de questionnaire (Questionnaire 2) a par la suite été envoyée aux experts afin d'évaluer l'importance de chacune des activités pour une pratique collaborative et leur niveau d'expertise avec chacune de ces activités. Une troisième ronde de questionnaire (Questionnaire 3) a par la suite été envoyée aux experts afin d'évaluer l'importance des activités interprofessionnelles et de justifier leur choix à l'aide d'une réponse ouverte et courte. Une quatrième ronde de questionnaire (Questionnaire 4) a été envoyée aux experts afin d'évaluer l'importance de chacune des activités pour une pratique collaborative. Les exemples présentés dans cette annexe sont tirés des questionnaires ayant été envoyés aux experts intensivistes puisque les questionnaires 2 à 4 étaient différents pour chacun des professions de cette étude. Une version anglophone était aussi disponible.

Questionnaire de rétroaction

Rétroaction - Documents de préparation et de définitions

Charger un questionnaire non terminé

Langue : Français - Français ▾

Langue : Français - Français ▾

Changer de langue

Rétroaction - Documents de préparation et de définitions

Ce questionnaire vise à recueillir vos commentaires sur les documents préparatoire et de définitions qui vous ont été présentés avant la première ronde de questionnaire.

Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de notre questionnaire.

[Afficher la politique](#)



Politique de confidentialité des données du questionnaire

CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME

Vos réponses à ce questionnaire seront confidentielles. Aucune information d'identification ne sera enregistrée, sauf s'il y a une indication contraire dans la question.

Les données relatives aux numéros d'identification utilisées pour accéder à ce questionnaire seront stockées dans une base de données séparée. L'accès sera restreint seulement pour confirmer que le questionnaire a été rempli. Il n'y a aucun moyen de lier les numéros d'identification avec les réponses au questionnaire.

Accepter

Fermer

Suivant

Rétroaction - Documents de préparation et de définitions

Finir plus tard

Langue : Français - Français ▾

Identification

*Numéro d'identification

Précédent

Suivant

Document préparatoire - Commentaires

Les questions suivantes recueillent vos **commentaires** sur le **document préparatoire** que vous avez reçu avant la première ronde de questionnaire.

Document préparatoire

Projet: Identification d'activités interprofessionnelles dans les unités de soins intensifs

Objectif

L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier les activités interprofessionnelles dans les unités de soins intensifs (USI) qui nécessitent des habiletés avancées de collaboration. Cette étude va aider à développer un curriculum de formation qui permettra d'améliorer le travail d'équipe par l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle.

Vous participerez à une étude pilote. Cette étude nous aidera à préparer la suite, c'est-à-dire un projet d'envergure nationale.

★ J'étais prêt à **utiliser** le document préparatoire.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

★ Le document préparatoire expliquait de manière **efficace** les **concepts** importants.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire une explication plus **efficace** des concepts importants?

★ Le document préparatoire m'a aidé à combler les **lacunes** que j'avais dans mes connaissances sur les concepts en lien avec ma participation dans cette étude.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un document plus **pertinent**?

★ Le document préparatoire était **adéquat** pour mon **niveau d'expertise** en éducation.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour que le document soit plus **adapté** à votre niveau d'expertise en éducation?

★ Le niveau grammatical du **français** était **approprié** à travers le document et offrait un portrait clair sans ambiguïté.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un document moins **ambigu**?

Précédent

Suivant

Document de définitions - Commentaires

Les questions suivantes recueillent vos commentaires sur le document de définitions que vous avez reçu avant la première ronde de questionnaire.

Définitions pertinentes

Projet: Identification d'activités interprofessionnelles dans les unités de soins intensifs

1 Définitions générales

Collaboration: Partenariat entre au moins 2 personnes, qui ont différentes expertises et un but commun.

Collaboration interprofessionnelle: Personnes de différentes professions qui soignent ensemble un patient.

★ J'étais prêt à **utiliser** le document des définitions.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

★ Le document de définitions expliquait de manière **efficace** les **concepts** importants.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire une explication plus **efficace** des concepts importants?

★ Le document des définitions m'a aidé à combler les **lacunes** que j'avais dans mes connaissances sur les concepts en lien avec ma participation dans cette étude.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un document plus **pertinent**?

★ Le document de définitions était **adéquat** pour mon **niveau d'expertise** en éducation.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour que le document soit plus **adapté** à votre niveau d'expertise en éducation?

★ Le niveau grammatical du **français** était **approprié** à travers le document et offrait un portrait clair sans ambiguïté.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un document moins **ambigu**?

★ Le tableau des **compétences interprofessionnelles** à la fin du document était facile à comprendre et m'a permis d'avoir une **meilleure compréhension** de ces compétences.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un tableau plus **compréhensible**?

★ Le **tableau des compétences interprofessionnelles** était **adéquat** pour mon **niveau d'expertise** en éducation.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour que le tableau des compétences interprofessionnelles soit plus **adapté** à votre **niveau d'expertise** en éducation?

Précédent

Envoyer

Questionnaire 1a

Identification des AIPD - Questionnaire 1a

Charger un questionnaire non terminé

Langue : Français - Français ▾

Langue : Français - Français ▾

Changer de langue

Identification des AIPD - Questionnaire 1a

L'objectif de ce questionnaire est d'identifier les activités interprofessionnelles essentielles (Activités Interprofessionnelles Durables ou AIPD).

Ces activités doivent impliquer au moins 2 personnes de différentes professions (par exemple préposés aux bénéficiaires et infirmiers/infirmières) et nécessiter une formation pour assurer le développement et le maintien par ces professionnels des connaissances, habiletés et attitudes liées à ces activités.

Ces activités doivent refléter au moins 1 compétence interprofessionnelle (voir les documents préparatoires qui vous ont été envoyés par courriel). Ces activités doivent pouvoir être observées et mesurées. Chaque activité ne devrait pas être liée à une autre activité identifiée.

Finalement, ces activités doivent être essentiels à la pratique interprofessionnelle dans les unités de soins intensifs (USI). Ainsi, elles doivent refléter des activités importantes aux USI qui nécessitent d'autres groupes de professionnels pour être accomplies.

Nous vous invitons à partager votre opinion pour que cela reflète votre pratique.

Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de notre questionnaire.

[Afficher la politique](#)

Politique de confidentialité des données du questionnaire

CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME

Vos réponses à ce questionnaire seront confidentielles. Aucune information d'identification ne sera enregistrée, sauf s'il y a une indication contraire dans la question.

Les données relatives aux numéros d'identification utilisés pour accéder à ce questionnaire seront stockées dans une base de données séparée. L'accès sera restreint seulement pour confirmer que le questionnaire a été rempli. Il n'y a aucun moyen de lier les numéros d'identification avec les réponses au questionnaire.

Accepter

Fermer

Suivant

Identification des AIPD - Questionnaire 1a

Finir plus tard

Langue : Français - Français ▾

Identification

* Numéro d'identification tel que noté dans votre courriel initial (pas votre code P)

Nous vous invitons à prendre 5 minutes pour écrire toutes les activités interprofessionnelles auxquelles vous pouvez penser.

Avez-vous complété la tâche de réflexion?

Cochez la ou les réponses

📌 Cochez la ou les réponses

Oui

Précédent

Suivant

Identification des AIPD - Questionnaire 1a

Finir plus tard

Langue: Français - Français ▾

Activité interprofessionnelle: Lit

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requis** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Mener des réunions de gestion des lits.

Description: Organiser le transfert des patients au sein de l'établissement selon leur condition et la disponibilité des lits.

✳️ Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?

✓
Oui

⊘
Non

✳️ Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Mener des réunions de gestion des lits.

✓
Oui

⊘
Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

*Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Organiser le transfert des patients au sein de l'établissement selon leur condition et la disponibilité des lits.



Oui



Non

*À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

*À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

i Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[? Aide](#)

*À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

i Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[? Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Tournées

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Participer aux tournées.

Description:

1. Réviser les problèmes, les progrès, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient.
2. Discuter en profondeur des patients plus complexes: Réviser la situation biopsychosociale du patient, son pronostic et ses traitements futurs.

✳️ Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?

<input checked="" type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
--------------------------------------	---------------------------

✳️ Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Participer aux tournées.

<input checked="" type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
--------------------------------------	---------------------------

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

✳️ Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description:

1. Réviser les problèmes, les progrès, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient.
2. Discuter en profondeur des patients plus complexes: Réviser la situation biopsychosociale du patient, son pronostic et ses traitements futurs.

<input checked="" type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
--------------------------------------	---------------------------

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[? Aide](#)

✳️ À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

📌 Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[? Aide](#)

✳️ À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

📌 Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[? Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Famille

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Mener des réunions de famille.

Description: Discuter avec le patient et sa famille de sa condition, du progrès et du plan de traitement pour assurer une prise de décision partagée.

★Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

★Êtes-vous d'accord avec le titre de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Mener des réunions de famille.



Oui



Non

★À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le titre de cette activité.

[Aide](#)

★Êtes-vous d'accord avec la description de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Discuter avec le patient et sa famille de sa condition, du progrès, du pronostic et du plan de traitement pour assurer une prise de décisions partagée.



Oui



Non

★À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la description de cette activité.

[Aide](#)

★À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

i Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences sont requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Palliatif

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Faire la transition vers une approche palliative.

Description: Aligner les soins avec les souhaits du patient tout en assurant la gestion intensive de symptômes incluant procurer seulement des soins de confort et l'arrêt de traitements actifs.

Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Faire la transition vers une approche palliative.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Aligner les soins avec les souhaits des patients tout en assurant la gestion intensive de symptômes incluant procurer seulement des soins de confort et l'arrêt de traitements actifs.

✓ Oui	⊘ Non
----------	----------

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont requises pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[? Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: DDA

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requis** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Prendre en charge la douleur, le délirium et l'agitation.

Description: Prendre en charge la douleur, le délirium et l'agitation.

☛ Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?

✓
Oui

⊘
Non

☛ Êtes-vous d'accord avec le titre de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Prendre en charge la douleur, le délirium et l'agitation.

✓
Oui

⊘
Non

☛ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[? Aide](#)

☛ Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Prendre en charge la douleur, le délirium et l'agitation.

✓
Oui

⊘
Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Suivi

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Offrir un suivi hors des soins intensifs.

Description: Assurer un suivi des patients qui ont été transférés à l'étage.

✳️ Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

✳️ Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Offrir un suivi hors des soins intensifs.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

✳️ Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Assurer un suivi des patients qui ont été transférés à l'étage.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

✳️ À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences sont requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transport

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Mener le transport intra-hospitalier des patients.

Description: Assurer le transport intra-hospitalier pour des examens diagnostic ou des interventions thérapeutiques.

Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?

✓
Oui

⊘
Non

Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Mener le transport intra-hospitalier des patients.

✓
Oui

⊘
Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Assurer le transport intra-hospitalier pour des examens diagnostic ou des interventions thérapeutiques.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont requises pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[? Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transfert

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Transférer la continuité des soins.

Description: Transférer les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente.

*Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

*Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Transférer la continuité des soins.



Oui



Non

*À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[? Aide](#)

*Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Transférer les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Prévention

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Suivre les lignes directrices de prévention d'événements indésirables aux USI.

Description: Mettre en oeuvre les lignes directrices de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux USI incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, aux saignements gastrointestinaux et aux risques thromboemboliques.

✳️ Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

✳️ Êtes-vous d'accord avec le titre de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Suivre les lignes directrices de prévention d'événements indésirables aux USI.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

✳️ Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Mettre en oeuvre les lignes directrices de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux USI incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, aux saignements gastrointestinaux et aux risques thromboemboliques.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

✳️ À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences sont requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Mobilité

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Assurer la mobilité et la réadaptation précoce des patients.

Description: Prodiguier des exercices actifs et fonctionnels incluant des exercices de renforcement et de mobilisation ciblés.

Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Assurer la mobilité et la réadaptation précoce des patients.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Prodiguer des exercices actifs et fonctionnels incluant des exercices de renforcement et de mobilisation ciblés.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont requises pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[? Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Ventilation

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique et trachéostomisés.

Description: Initier et réviser les paramètres ventilatoires et les progrès des patients incluant les ajustements quotidiens, le sevrage et l'extubation/décannulation.

*Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

*Êtes-vous d'accord avec le titre de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique et trachéostomisés.



Oui



Non

*À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le titre de cette activité.

[? Aide](#)

*Êtes-vous d'accord avec la description de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Initier et réviser les paramètres ventilatoires et les progrès des patients incluant les ajustements quotidiens, le sevrage et l'extubation/décannulation.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Nutrition

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Assurer le support nutritionnel.

Description: Procurer et monitorer les thérapies appropriées de support nutritionnel.

✳️ Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

✳️ Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Assurer le support nutritionnel.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

✳️ Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Procurer et monitorer les thérapies appropriées de support nutritionnel.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

✳️ À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

📌 Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences sont requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Intervention

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Prendre part à l'évaluation des urgences cliniques dans le contexte d'une équipe d'intervention rapide.

Description: Faciliter la détection et le traitement précoce de détériorations cliniques/complications chez les patients hospitalisés en déployant l'expertise des soins critiques dans les unités de soins non critiques.

Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

Êtes-vous d'accord avec le titre de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Prendre part à l'évaluation des urgences cliniques dans le contexte d'une équipe d'intervention rapide.



Oui



Non

✳ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

✳ Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Faciliter la détection et le traitement précoce de détériorations cliniques/complications chez les patients hospitalisés en déployant l'expertise des soins critiques dans les unités de soins non-critiques.



Oui



Non

✳ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

✳ À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

🗖 Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

✳ À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

🗖 Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[? Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Crises

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requis** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Prendre en charge les crises médicales et le choc.

Description: Intervenir rapidement auprès des patients qui se détériorent selon les lignes directrices incluant, mais non limité, à la gestion du choc, des voies aériennes et de l'insuffisance respiratoire, des urgences neurologiques, métaboliques et médicales.

*Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

*Êtes-vous d'accord avec le titre de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Prendre en charge les crises médicales et le choc.



Oui



Non

*À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[? Aide](#)

*Êtes-vous d'accord avec la description de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Intervenir rapidement auprès des patients qui se détériorent selon les lignes directrices incluant, mais non limité, à la gestion du choc, des voies aériennes et de l'insuffisance respiratoire, des urgences neurologiques, métaboliques et médicales.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Trauma

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requis** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.

Description: Assurer le traitement initial et la réanimation d'un patient polytraumatisé.

✳️ Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

✳️ Êtes-vous d'accord avec le **titre** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[? Aide](#)

✳️ Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Assurer le traitement initial et la réanimation d'un patient polytraumatisé.



Oui



Non

✳️ À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[? Aide](#)

✳️ À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences sont requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[Aide](#)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Arrêt

Pour l'activité interprofessionnelle suivante, identifiez les **modifications** qui sont **requises** pour que cela représente une **activité quotidienne idéale**, conformément aux **pratiques de collaboration interprofessionnelle**.

Titre: Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.

Description: Assurer la RCR conformément aux lignes directrices de l'ACLS.

Croyez-vous que votre profession devrait être impliquée dans cette activité?



Oui



Non

Êtes-vous d'accord avec le titre de l'activité interprofessionnelle suivante?

Titre: Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour le **titre** de cette activité.

[Aide](#)

Êtes-vous d'accord avec la **description** de l'activité interprofessionnelle suivante?

Description: Assurer la RCR conformément aux lignes directrices de l'ACLS.



Oui



Non

À l'aide de votre expertise, fournissez une **formulation adéquate** pour la **description** de cette activité.

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quels **professionnels de la santé** devraient aussi être impliqués dans cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/Infirmière
- Préposé/Préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute
- Nutritionniste
- Pharmacien/Pharmacienne
- Inhalothérapeute

[Aide](#)

À l'aide de votre expertise, identifiez quelles **compétences** sont **requises** pour cette activité.

Cochez la ou les réponses

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Résolution des conflits interprofessionnels

[? Aide](#)

Précédent

Suivant

Autres activités interprofessionnelles

Veillez noter toute **autre** activité interprofessionnelle qui **n'a pas** été précédemment listée.

[Aide](#)

***Pouvez-vous identifier d'autres activités interprofessionnelles ayant lieu aux soins intensifs et qui n'ont pas été listés dans ce questionnaire?**



Oui



Non

Autre activité interprofessionnelle #1

Titre

[Aide](#)

Description

[Aide](#)

Professionnels de la santé impliqués

[Aide](#)

Compétences requises

[Aide](#)

Autre activité interprofessionnelle #2

Titre

[Aide](#)

Description

[Aide](#)

Professionels de la santé impliqués

[Aide](#)

Compétences requises

[Aide](#)

Autre activité interprofessionnelle #3

Titre

[Aide](#)

Description

[Aide](#)

Professionels de la santé impliqués

[Aide](#)

Compétences requises

[Aide](#)

Autre activité interprofessionnelle #4

Titre

[Aide](#)

Description

[Aide](#)

Professionels de la santé impliqués

[Aide](#)

Compétences requises

[Aide](#)

Autre activité interprofessionnelle #5

Titre

[Aide](#)

Description

[Aide](#)

Professionnels de la santé impliqués

[Aide](#)

Compétences requises

[Aide](#)

Rétroaction

Les questions suivantes recueillent vos commentaires sur le présent questionnaire.

★ Je voulais répondre à ce questionnaire.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

★ Ce questionnaire identifiait de manière efficace toutes les activités interprofessionnelles aux USI.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un questionnaire plus efficace?

*Ce questionnaire semblait **logique** pour identifier toutes les activités interprofessionnelles aux USI.
(1= Pas du tout d'accord, 5 = Tous à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **logique**?

*Ce questionnaire était **facile** à utiliser.
(1= Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **facile à utiliser**?

*Le niveau grammatical du **français** était **approprié** tout au long du questionnaire.
(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **approprié**?

Précédent

Envoyer

Questionnaire 2

Importance des AIPD - Questionnaire 2 (Médecins)

Charger un questionnaire non terminé

Langue : Français - Français ▾

Langue : Français - Français ▾

Changer de langue

Importance des AIPD - Questionnaire 2 (Médecins)

L'objectif de ce questionnaire est de **noter l'importance** des activités interprofessionnelles identifiées dans les questionnaires précédents (Questionnaires 1a et 1b) qui dépendent de **votre** profession.

Pour cette raison, il vous est demandé de **noter** dans quelle mesure chaque activité interprofessionnelle **requiert des compétences avancées de collaboration** et, par conséquent, une éducation interprofessionnelle continue.

Vous devrez aussi rapporter votre **niveau d'expertise** avec cette activité.

Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de notre questionnaire.

[Afficher la politique](#)

Politique de confidentialité des données du questionnaire

CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME

Vos réponses à ce questionnaire seront confidentielles. Aucune information d'identification ne sera enregistrée, sauf s'il y a une indication contraire dans la question.

Les données relatives aux numéros d'identification utilisées pour accéder à ce questionnaire seront stockées dans une base de données séparée. L'accès sera restreint seulement pour confirmer que le questionnaire a été rempli. Il n'y a aucun moyen de lier les numéros d'identification avec les réponses au questionnaire.

Accepter

Fermer

Suivant

Identification

► Numéro d'identification tel que noté dans votre courriel initial (pas votre code P)

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Intervention

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre part à l'évaluation des urgences cliniques dans le contexte d'une équipe d'intervention rapide.

Description: Faciliter la détection et le traitement précoce de détériorations cliniques/complications chez les patients hospitalisés en déployant l'expertise des soins critiques dans les unités de soins non critiques.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Leadership collaboratif

- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Trauma

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.

Description: Assurer le traitement initial et la réanimation d'un patient polytraumatisé.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Lit

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Tenir des réunions de gestion des lits.

Description: Organiser les changements de milieux de soins des patients en fonction de leur condition et de la disponibilité des lits afin de gérer le flux de patients.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Tournées

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer aux tournées interprofessionnelles quotidiennes.

Description: Réviser les problèmes, l'évolution clinique, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles

Identifiez l'**importance** de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un **curriculum d'éducation interprofessionnelle** pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre **niveau d'expertise** avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: DDA

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Adresser et prévenir la douleur, le délirium et l'agitation.

Description: Établir un plan thérapeutique pour prévenir et traiter la douleur, le délirium et l'agitation, incluant la gestion de la sédation.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Préposé/préposée aux bénéficiaires

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Mobilité

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la mobilisation, le positionnement et la réadaptation précoce des patients.

Description: Mobiliser et positionner les patients de manière sécuritaire tout en prodiguant, lorsque possible, des exercices actifs et de fonctionnement incluant des exercices ciblés de renforcement.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Physiothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Inhalothérapeute
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Ventral

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Positionner en décubitus ventral les patients ventilés mécaniquement.

Description: Procéder à l'installation du patient ventilé mécaniquement en décubitus ventral, effectuer les interventions liées au positionnement (mobilisation régulière) et procéder au retour en décubitus dorsal.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Ventilation

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique.

Description: Prise en charge de la ventilation mécanique (endotrachéale et via une trachéotomie) en fonction de l'évolution des patients incluant, mais non limité, aux ajustements quotidiens des paramètres ventilatoires, au nettoyage des voies aériennes (bronchoscopie, aspiration), au sevrage ventilatoire et à l'extubation/décannulation.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Aériennes

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre en charge les voies aériennes d'un patient.

Description: Préparation et exécution d'une sécurisation, urgente ou élective, des voies aériennes incluant, mais non limité à, l'intubation, la cricothyroïdectomie et la trachéotomie au chevet.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Nutrition

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer le support nutritionnel.

Description: Procurer et monitorer les thérapies appropriées de support nutritionnel.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Nutritionniste
- Infirmier/infirmière
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Prévention

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Appliquer les interventions de prévention d'événements indésirables aux soins intensifs.

Description: Mettre en oeuvre les interventions de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux soins intensifs incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, aux plaies de pression, aux saignements gastrointestinaux et aux risques thromboemboliques.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transport

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer le transport intra-hospitalier des patients et leur prise en charge hors de l'unité.

Description: Collaborer au transport intra-hospitalier sécuritaire des patients lors d'exams diagnostic ou d'interventions thérapeutiques, incluant la coordination des soins, la préparation en vue du déplacement et la prise en charge hors de l'unité.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: ECMO

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle.

Description: Initier et prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle, incluant son sevrage et la gestion de la ventilation mécanique.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transfusion

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Exécuter un protocole de transfusion massive.

Description: Assurer l'exécution d'un protocole de transfusion massive de manière efficace et sécuritaire.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Préposé/préposée aux bénéficiaires

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Crise

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Intervenir dans des situations de crises sur l'unité de soins intensifs.

Description: Intervenir rapidement de manière coordonnée auprès des patients qui se détériorent selon les lignes directrices incluant, mais non limité, à la gestion du choc, de l'insuffisance respiratoire, des urgences neurologiques, métaboliques et médicales.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Leadership collaboratif
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Arrêt

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.

Description: Assurer la RCR conformément aux lignes directrices de l'ACLS.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Leadership collaboratif
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: CALS

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire dans le contexte post-opératoire de chirurgie cardiothoracique.

Description: Assurer la RCR conformément aux lignes directrices du Cardiac Surgery Advanced Life Support (CALS).

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Inhalothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Incident

Vous devez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Déclarer, identifier et traiter les conséquences d'un événement indésirable.

Description: Devant la survenue d'un événement indésirable (incident, accident, complication, réaction indésirable, etc.), déclarer, identifier et traiter les conséquences de cet événement, tout en mettant en place des mesures préventives pour éviter une récurrence.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute

Compétences requises:

- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Débriefage

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Tenir une rencontre de débriefage à la suite d'une situation d'urgence ou de conflits.

Description: Échanger de manière structurée et brève à la suite d'une situation d'urgence, ou tout situation conflictuelle ayant un impact sur les soins du patient et/ou du fonctionnement de l'équipe, afin d'améliorer le fonctionnement et la coordination de l'équipe, sécuriser la prise en charge des patients, soutenir la culture de sécurité et assurer un support psychologique aux membres de l'équipe.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Pharmacien/pharmacienne
- Physiothérapeute

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Résolution des conflits interprofessionnels
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Réunion

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer aux réunions interprofessionnelles régulières des cas complexes.

Description: Déterminer et faire le suivi d'un plan thérapeutique interprofessionnel centré sur les besoins biopsychosociaux et le pronostic des patients complexes, basé sur une évaluation complète et une discussion des considérations éthiques.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Physiothérapeute
- Inhalothérapeute

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Famille

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Mener des réunions de famille afin d'impliquer le patient et/ou sa famille.

Description: Partager au patient et/ou sa famille sa condition de santé actuelle, le pronostic et le plan de traitement pour assurer une prise de décision partagée selon les objectifs de soins du patient et/ou de sa famille.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Palliatif

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer à la transition vers une approche palliative.

Description: Aligner les soins avec les souhaits des patients et/ou de sa famille et, le cas échéant, assurer la gestion intensive de symptômes en lien avec la transition vers des soins de confort et/ou l'arrêt de traitements actifs.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialité en soins intensifs
- Inhalothérapeute

Compétences requises:

- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transfert

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la continuité des soins.

Description: Transférer de manière coordonnée les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente, incluant tout élément pertinent à la continuité des soins.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière
- Physiothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Médication

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Effectuer la réconciliation médicamenteuse.

Description: Détecter et résoudre les divergences dans les traitements prescrits à l'admission, au transfert et au congé du patient.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Suivi

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Offrir un suivi hors des soins intensifs à la suite d'un transfert dans une autre unité.

Description: Assurer un suivi d'une durée prédéterminée de patients ciblés qui ont été transférés dans une autre unité afin d'assurer la continuité des soins et d'identifier précocement une détérioration.

Professionnels de la santé impliqués:

- Inhalothérapeute
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Physiothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Infirmier/infirmière
- Nutritionniste

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative.

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Identifiez votre niveau d'expertise avec l'activités interprofessionnelle précédemment mentionnée.

(1 = Novice, 2 = Intermédiaire, 3 = Compétent, 4 = Performant, 5 = Expert)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Rétroaction

Les questions suivantes recueillent vos commentaires sur le présent questionnaire.

*Je **voulais** répondre à ce questionnaire.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

*Ce questionnaire évaluait de manière **efficace** l'importance des activités interprofessionnelles.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **efficace**?

*Ce questionnaire semblait **logique** pour évaluer l'importance des activités interprofessionnelles.

(1= Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **logique**?

★ Ce questionnaire était **facile** à utiliser.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **facile** à utiliser?

★ Le niveau grammatical du **français** était **approprié** tout au long du questionnaire.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **approprié**?

Précédent

Envoyer

Questionnaire 3

Importance des AIPD - Questionnaire 3 (Médecins)

Charger un questionnaire non terminé

Langue : Français - Français ▾

Langue : Français - Français ▾

Changer de langue

Importance des AIPD - Questionnaire 3 (Médecins)

L'objectif de ce questionnaire est de **noter l'importance** des activités interprofessionnelles que vous aviez précédemment évalué, mais qui **n'ont pas encore atteint de consensus**. Veuillez noter leur importance pour un curriculum d'éducation interprofessionnel général, non seulement au sein de votre institution.

Veuillez **prendre en considération** la **rétroaction du Questionnaire 2** que vous avez reçu.

Vous devrez aussi justifier votre choix en utilisant quelques phrases pour favoriser l'obtention du consensus.

Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de notre questionnaire.

[Afficher la politique](#)

Politique de confidentialité des données du questionnaire

CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME

Vos réponses à ce questionnaire seront confidentielles. Aucune information d'identification ne sera enregistrée, sauf s'il y a une indication contraire dans la question.

Les données relatives aux numéros d'identification utilisées pour accéder à ce questionnaire seront stockées dans une base de données séparée. L'accès sera restreint seulement pour confirmer que le questionnaire a été rempli. Il n'y a aucun moyen de lier les numéros d'identification avec les réponses au questionnaire.

Accepter

Fermer

Suivant

Identification

• Numéro d'identification tel que noté dans votre courriel initial (pas votre code P)

• Nous vous invitons à lire la rétroaction jointe au courriel d'invitation.

Avez-vous complété la tâche de rétroaction?

🗖️ Cochez la ou les réponses

Oui

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Trauma

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.

Description: Assurer le traitement initial et la réanimation d'un patient polytraumatisé.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Lit

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Tenir des réunions de gestion des lits.

Description: Organiser les changements de milieux de soins des patients en fonction de leur condition et de la disponibilité des lits afin de gérer le flux de patients.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Tournées

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer aux tournées interprofessionnelles quotidiennes.

Description: Réviser les problèmes, l'évolution clinique, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: DDA

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Adresser et prévenir la douleur, le délirium et l'agitation.

Description: Établir un plan thérapeutique pour prévenir et traiter la douleur, le délirium et l'agitation, incluant la gestion de la sédation.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Préposé/préposée aux bénéficiaires

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Mobilité

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la mobilisation, le positionnement et la réadaptation précoce des patients.

Description: Mobiliser et positionner les patients de manière sécuritaire tout en prodiguant, lorsque possible, des exercices actifs et de fonctionnement incluant des exercices ciblés de renforcement.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Physiothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Inhalothérapeute
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Ventral

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Positionner en décubitus ventral les patients ventilés mécaniquement.

Description: Procéder à l'installation du patient ventilé mécaniquement en décubitus ventral, effectuer les interventions liées au positionnement (mobilisation régulière) et procéder au retour en décubitus dorsal.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Ventilation

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique.

Description: Prise en charge de la ventilation mécanique (endotrachéale et via une trachéotomie) en fonction de l'évolution des patients incluant, mais non limité, aux ajustements quotidiens des paramètres ventilatoires, au nettoyage des voies aériennes (bronchoscopie, aspiration), au sevrage ventilatoire et à l'extubation/décannulation.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Nutrition

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer le support nutritionnel.

Description: Procurer et monitorer les thérapies appropriées de support nutritionnel.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Nutritionniste
- Infirmier/infirmière
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veuillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Prévention

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Appliquer les interventions de prévention d'événements indésirables aux soins intensifs.

Description: Mettre en oeuvre les interventions de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux soins intensifs incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, aux plaies de pression, aux saignements gastrointestinaux et aux risques thromboemboliques.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Nutritionniste

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transport

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer le transport intra-hospitalier des patients et leur prise en charge hors de l'unité.

Description: Collaborer au transport intra-hospitalier sécuritaire des patients lors d'exams diagnostic ou d'interventions thérapeutiques, incluant la coordination des soins, la préparation en vue du déplacement et la prise en charge hors de l'unité.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transfusion

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Exécuter un protocole de transfusion massive.

Description: Assurer l'exécution d'un protocole de transfusion massive de manière efficace et sécuritaire.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Préposé/préposée aux bénéficiaires

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

- 1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Arrêt

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.

Description: Assurer la RCR conformément aux lignes directrices de l'ACLS.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Leadership collaboratif
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Incident

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Déclarer, identifier et traiter les conséquences d'un événement indésirable.

Description: Devant la survenue d'un événement indésirable (incident, accident, complication, réaction indésirable, etc.), déclarer, identifier et traiter les conséquences de cet événement, tout en mettant en place des mesures préventives pour éviter une récurrence.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute

Compétences requises:

- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Réunion

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer aux réunions interprofessionnelles régulières des cas complexes.

Description: Déterminer et faire le suivi d'un plan thérapeutique interprofessionnel centré sur les besoins biopsychosociaux et le pronostic des patients complexes, basé sur une évaluation complète et une discussion des considérations éthiques.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Physiothérapeute
- Inhalothérapeute

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Palliatif

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer à la transition vers une approche palliative.

Description: Aligner les soins avec les souhaits des patients et/ou de sa famille et, le cas échéant, assurer la gestion intensive de symptômes en lien avec la transition vers des soins de confort et/ou l'arrêt de traitements actifs.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialité en soins intensifs
- Inhalothérapeute

Compétences requises:

- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transfert

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la continuité des soins.

Description: Transférer de manière coordonnée les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente, incluant tout élément pertinent à la continuité des soins.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière
- Physiothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Médication

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Effectuer la réconciliation médicamenteuse.

Description: Détecter et résoudre les divergences dans les traitements prescrits à l'admission, au transfert et au congé du patient.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Suivi

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Offrir un suivi hors des soins intensifs à la suite d'un transfert dans une autre unité.

Description: Assurer un suivi d'une durée prédéterminée de patients ciblés qui ont été transférés dans une autre unité afin d'assurer la continuité des soins et d'identifier précocement une détérioration.

Professionnels de la santé impliqués:

- Inhalothérapeute
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Physiothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Infirmier/infirmière
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Veillez justifier votre réponse.

Précédent

Suivant

Rétroaction

Les questions suivantes recueillent vos commentaires sur le présent questionnaire.

Je voulais répondre à ce questionnaire.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Ce questionnaire évalua de manière efficace l'importance des activités interprofessionnelles.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un questionnaire plus efficace?

★ Ce questionnaire semblait **logique** pour évaluer l'importance des activités interprofessionnelles.
(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **logique**?

★ Ce questionnaire était **facile** à utiliser.
(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **facile à utiliser**?

★ Le niveau grammatical du **français** était **approprié** tout au long du questionnaire.
(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **approprié**?

Précédent

Envoyer

Questionnaire 4

Importance des AIPD - Questionnaire 4 (Médecins)

Charger un questionnaire non terminé

Langue : Français - Français ▾

Langue : Français - Français ▾

Changer de langue

Importance des AIPD - Questionnaire 4 (Médecins)

L'objectif de ce **DERNIER** questionnaire est de **noter l'importance** des activités interprofessionnelles que vous aviez précédemment évalué, mais qui **n'ont pas encore atteint de consensus**. Veuillez noter leur importance pour un curriculum d'éducation interprofessionnel général, non seulement au sein de votre institution.

Veuillez **prendre en considération la rétroaction du Questionnaire 3** que vous avez reçu.

Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de notre questionnaire.

[Afficher la politique](#)

Politique de confidentialité des données du questionnaire

CE QUESTIONNAIRE EST ANONYME

Vos réponses à ce questionnaire seront confidentielles. Aucune information d'identification ne sera enregistrée, sauf s'il y a une indication contraire dans la question.

Les données relatives aux numéros d'identification utilisées pour accéder à ce questionnaire seront stockées dans une base de données séparée. L'accès sera restreint seulement pour confirmer que le questionnaire a été rempli. Il n'y a aucun moyen de lier les numéros d'identification avec les réponses au questionnaire.

Accepter

Fermer

Suivant

Identification

✦ Numéro d'identification tel que noté dans votre courriel initial (pas votre code P)

✦ Nous vous invitons à lire la rétroaction jointe au courriel d'invitation.

Avez-vous complété la tâche de rétroaction?

📌 Cochez la ou les réponses

Oui

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Lit

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Tenir des réunions de gestion des lits.

Description: Organiser les changements de milieux de soins des patients en fonction de leur condition et de la disponibilité des lits afin de gérer le flux de patients.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

✳️ Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Tournées

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer aux tournées interprofessionnelles quotidiennes.

Description: Réviser les problèmes, l'évolution clinique, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Mobilité

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la mobilisation, le positionnement et la réadaptation précoce des patients.

Description: Mobiliser et positionner les patients de manière sécuritaire tout en prodiguant, lorsque possible, des exercices actifs et de fonctionnement incluant des exercices ciblés de renforcement.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Physiothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Inhalothérapeute
- Médecin spécialisé en soins intensifs

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Ventral

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Positionner en décubitus ventral les patients ventilés mécaniquement.

Description: Procéder à l'installation du patient ventilé mécaniquement en décubitus ventral, effectuer les interventions liées au positionnement (mobilisation régulière) et procéder au retour en décubitus dorsal.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires

Compétences requises:

- Travail d'équipe
- Communication interprofessionnelle
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

☛ Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Nutrition

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer le support nutritionnel.

Description: Procurer et monitorer les thérapies appropriées de support nutritionnel.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Nutritionniste
- Infirmier/infirmière
- Pharmacien/pharmacienne

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

✳️ Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Prévention

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Appliquer les interventions de prévention d'événements indésirables aux soins intensifs.

Description: Mettre en oeuvre les interventions de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux soins intensifs incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, aux plaies de pression, aux saignements gastrointestinaux et aux risques thromboemboliques.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Nutritionniste

✳️ Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Incident

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Déclarer, identifier et traiter les conséquences d'un événement indésirable.

Description: Devant la survenue d'un événement indésirable (incident, accident, complication, réaction indésirable, etc.), déclarer, identifier et traiter les conséquences de cet événement, tout en mettant en place des mesures préventives pour éviter une récurrence.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Infirmier/infirmière
- Inhalothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Préposé/préposée aux bénéficiaires
- Physiothérapeute

Compétences requises:

- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles
- Leadership collaboratif

✳️ Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Réunion

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer aux réunions interprofessionnelles régulières des cas complexes.

Description: Déterminer et faire le suivi d'un plan thérapeutique interprofessionnel centré sur les besoins biopsychosociaux et le pronostic des patients complexes, basé sur une évaluation complète et une discussion des considérations éthiques.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Physiothérapeute
- Inhalothérapeute

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Travail d'équipe
- Clarification des rôles

✳️ Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Palliatif

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Collaborer à la transition vers une approche palliative.

Description: Aligner les soins avec les souhaits des patients et/ou de sa famille et, le cas échéant, assurer la gestion intensive de symptômes en lien avec la transition vers des soins de confort et/ou l'arrêt de traitements actifs.

Professionnels de la santé impliqués:

- Infirmier/infirmière
- Médecin spécialité en soins intensifs
- Inhalothérapeute

Compétences requises:

- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe

★ Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Transfert

Veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Assurer la continuité des soins.

Description: Transférer de manière coordonnée les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente, incluant tout élément pertinent à la continuité des soins.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière
- Physiothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Leadership collaboratif
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Médication

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Effectuer la réconciliation médicamenteuse.

Description: Détecter et résoudre les divergences dans les traitements prescrits à l'admission, au transfert et au congé du patient.

Professionnels de la santé impliqués:

- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Pharmacien/pharmacienne
- Inhalothérapeute
- Infirmier/infirmière

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1= Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Activité interprofessionnelle: Suivi

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de l'activité interprofessionnelle ci-dessous:

Titre: Offrir un suivi hors des soins intensifs à la suite d'un transfert dans une autre unité.

Description: Assurer un suivi d'une durée prédéterminée de patients ciblés qui ont été transférés dans une autre unité afin d'assurer la continuité des soins et d'identifier précocement une détérioration.

Professionnels de la santé impliqués:

- Inhalothérapeute
- Médecin spécialisé en soins intensifs
- Physiothérapeute
- Pharmacien/pharmacienne
- Infirmier/infirmière
- Nutritionniste

Compétences requises:

- Communication interprofessionnelle
- Travail d'équipe
- Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
- Leadership collaboratif
- Clarification des rôles

Identifiez l'importance de l'activité interprofessionnelle précédemment mentionnée pour le développement et le maintien d'un curriculum d'éducation interprofessionnelle pour une pratique collaborative (en général, pas seulement dans votre institution).

(1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante)

1 2 3 4 5

Précédent

Suivant

Rétroaction

Les questions suivantes recueillent vos commentaires sur le présent questionnaire.

Je voulais répondre à ce questionnaire.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Ce questionnaire évaluaît de manière efficace l'importance des activités interprofessionnelles.

(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles améliorations suggérez-vous pour produire un questionnaire plus efficace?

★ Ce questionnaire semblait **logique** pour évaluer l'importance des activités interprofessionnelles.
(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **logique**?

★ Ce questionnaire était **facile** à utiliser.
(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **facile à utiliser**?

★ Le niveau grammatical du **français** était **approprié** tout au long du questionnaire.
(1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord)

1 2 3 4 5

Quelles **améliorations** suggérez-vous pour produire un questionnaire plus **approprié**?

Précédent

Envoyer

Annexe D – Exemples de documents de rétroaction

Questionnaire 2

Document de rétroaction – Infirmiers/Infirmières

Description

Ce document contient les analyses statistiques du Questionnaire 2, il s'agit de l'Étape 5 décrite dans le document préparatoire. Ces analyses ont pour objectif de vous aider à prendre vos décisions lors du prochain questionnaire (Questionnaire 3). Voici quelques rappels :

- **Moyenne** : Valeur moyenne des scores.
- **Médiane** : La valeur au centre de la distribution des valeurs, lorsqu'ordonnées de la plus faible à la plus élevée. Représente l'opinion collective.
- **Écart interquartile** : Différence qui sépare le premier et le troisième quartile. Représente à quel point les scores sont dispersés. Plus la valeur est élevée, plus il y a de variabilité dans les scores accordés par les experts.
- **Échelle employée** : 1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante

Activités n'ayant pas atteint de consensus

Les activités présentées ici n'ont pas obtenu de consensus au dernier questionnaire, soit un accord de plus de 80 % au sein de votre groupe de professionnels et dans tous les groupes de professionnels impliqués.

Trauma – Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.60 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.55 (Importante)	5 (Très importante)	1

Lits – Tenir des réunions de gestion des lits.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	3.80 (Modérément importante)	4 (Importante)	3
Tous les professionnels	3.56 (Modérément importante)	3 (Modérément importante)	2

Tournées – Collaborer aux tournées interprofessionnelles quotidiennes.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	5.00 (Très importante)	5 (Très importante)	0
Tous les professionnels	4.70 (Importante)	5 (Très importante)	1

DDA – Adresser et prévenir la douleur, le délirium et l'agitation.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.80 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.41 (Importante)	5 (Très importante)	1

Mobilité – Assurer la mobilisation, le positionnement et la réadaptation précoce des patients.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.60 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.26 (Importante)	5 (Très importante)	2

Ventral – Positionner en décubitus ventral les patients ventilés mécaniquement.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.60 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.56 (Importante)	5 (Très importante)	2

Ventilation – Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	5.00 (Très importante)	5 (Très importante)	0
Tous les professionnels	4.57 (Importante)	5 (Très importante)	1

Nutrition – Assurer le support nutritionnel.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	3.80 (Modérément importante)	4 (Importante)	2
Tous les professionnels	3.73 (Modérément importante)	4 (Importante)	1

Prévention – Appliquer les interventions de prévention d'événements indésirables aux soins intensifs.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.60 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.41 (Importante)	4.5 (Importante)	1

Transport – Assurer le transport intrahospitalier des patients et leur prise en charge hors de l'unité.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.80 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.56 (Importante)	5 (Très importante)	1

Transfusion – Exécuter un protocole de transfusion massive.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.60 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.45 (Importante)	5 (Très importante)	2

Arrêt – Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.80 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.86 (Importante)	5 (Très importante)	2

Incident – Déclarer, identifier et traiter les conséquences d'un événement indésirable.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.60 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.28 (Importante)	5 (Très importante)	2

Réunion – Collaborer aux réunions interprofessionnelles régulières des cas complexes.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.80 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.57 (Importante)	5 (Très importante)	2

Palliatif – Collaborer à la transition vers une approche palliative.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.60 (Importante)	5 (Très importante)	1
Tous les professionnels	4.29 (Importante)	4.5 (Importante)	2

Transfert – Assurer la continuité des soins.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	5.00 (Très importante)	5 (Très importante)	0
Tous les professionnels	4.61 (Importante)	5 (Très importante)	2

Médicament – Effectuer la réconciliation médicamenteuse.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.00 (Importante)	4 (Importante)	1
Tous les professionnels	4.30 (Importante)	4 (Importante)	1

Suivi – Offrir un suivi hors des soins intensifs à la suite d'un transfert dans une autre unité.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	3.40 (Modérément importante)	3 (Modérément importante)	2
Tous les professionnels	3.96 (Modérément importante)	4 (Importante)	1

Activités ayant atteint un consensus (inclues)

Les activités suivantes ont atteint au consensus, leur importance justifie donc leur inclusion dans un curriculum d'éducation interprofessionnelle.

- Intervention – Prendre part à l'évaluation des urgences cliniques dans le contexte d'une équipe d'intervention rapide.
- Aériennes – Prendre en charge les voies aériennes d'un patient.
- ECMO – Prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle.
- Crise – Intervenir dans des situations de crises sur l'unité de soins intensifs.
- CALS – Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire dans le contexte postopératoire de chirurgie cardiothoracique.
- Débriefage – Tenir une rencontre de débriefage à la suite d'une situation d'urgence ou de conflits.
- Famille – Mener des réunions de famille afin d'impliquer le patient et/ou sa famille.

Questionnaire 3

Document de rétroaction – Infirmiers/Infirmières

Description

Ce document contient les analyses du Questionnaire 3, il s'agit de l'Étape 7 décrite dans le document préparatoire. Ces analyses ont pour objectif de vous aider à prendre vos décisions lors du prochain et **dernier** questionnaire (Questionnaire 4). Voici quelques rappels :

- **Moyenne** : Valeur moyenne des scores.
- **Médiane** : La valeur au centre de la distribution des valeurs, lorsqu'ordonnées de la plus faible à la plus élevée. Représente l'opinion collective.
- **Écart interquartile** : Différence qui sépare le premier et le troisième quartile. Représente à quel point les scores sont dispersés. Plus la valeur est élevée, plus il y a de variabilité dans les scores accordés par les experts.
- **Échelle employée** : 1 = Pas importante, 2 = Légèrement importante, 3 = Modérément importante, 4 = Importante, 5 = Très importante

Activités n'ayant pas atteint de consensus

Les activités présentées ici n'ont pas obtenu de consensus au dernier questionnaire, soit un accord de plus de 80 % au sein de votre groupe de professionnels et dans tous les groupes de professionnels impliqués.

Lits – Tenir des réunions de gestion des lits.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	2.00 (Légèrement importante)	2 (Légèrement importante)	n/a
Tous les professionnels	2.17 (Légèrement importante)	2 (Légèrement importante)	1

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - La formation pour le développement des compétences requises serait difficile à créer. Aussi, cette activité touche certains acteurs particuliers et non pas des professions en soi.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - Activité essentielle pour la pratique organisationnelle des soins intensifs.

Tournées – Collaborer aux tournées interprofessionnelles quotidiennes.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	5.00 (Très importante)	5 (Très importante)	0
Tous les professionnels	4.17 (Importante)	4.5 (Importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o La formation pour le développement des compétences requises serait difficile à créer. Aussi, cette activité adresse des besoins logistiques, non pas des besoins interprofessionnels.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Cette activité permet aux professionnels d'optimiser plus rapidement la prise en charge des patients en fonction du plan thérapeutique en permettant des échanges constructifs entre les professionnels sur les options de traitement.

Mobilité – Assurer la mobilisation, le positionnement et la réadaptation précoce des patients.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.67 (Importante)	4.5 (Importante)	n/a
Tous les professionnels	4.00 (Importante)	4 (Importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité importante, mais qui n'apparaît pas comme essentielle à la pratique interprofessionnelle.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Cette activité nécessite la collaboration de tous, tant pour le geste de mobilisation que pour le développement d'une culture de mobilisation qui permet d'assurer la prise en charge et les bénéfices de la mobilisation précoce.

Ventral – Positionner en décubitus ventral les patients ventilés mécaniquement.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.33 (Importante)	5 (Très importante)	n/a
Tous les professionnels	4.17 (Importante)	4.5 (Importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Nécessite un travail d'équipe hors pair, mais il s'agit d'une situation qui ne survient pas au quotidien.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Il s'agit d'une activité rare hors du contexte de la pandémie, mais qui nécessite d'assurer un maintien des compétences collaboratives en raison des risques et de la collaboration particulière associés à la manœuvre.

Nutrition – Assurer le support nutritionnel.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	3.00 (Modérément importante)	3 (Modérément importante)	n/a
Tous les professionnels	3.17 (Modérément importante)	3 (Modérément importante)	1

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui peut être accomplie par un seul professionnel et qui ne requiert pas de compétence interprofessionnelle.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité importante pour les soins aux patients.

Prévention – Appliquer les interventions de prévention d'événements indésirables aux soins intensifs.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.33 (Importante)	4 (Importante)	n/a
Tous les professionnels	4.00 (Importante)	4 (Importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Les interventions incluses dans cette activité sont liées à d'autres activités identifiées. Aussi, cette activité est difficilement observable de manière interprofessionnelle.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui pourrait être observée sous forme de « *checklist* » et qui concerne toutes les professions.

Incident – Déclarer, identifier et traiter les conséquences d'un événement indésirable.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.33 (Importante)	5 (Très importante)	n/a
Tous les professionnels	3.67 (Modérément importante)	3.5 (Modérément importante)	1

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Seuls les événements qui impliquent une approche interprofessionnelle sont inclus dans cette activité et il ne s'agit pas d'une activité essentielle au quotidien pour l'interprofessionnalisme aux soins intensifs.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Cette activité nécessite de la collaboration lors de l'identification de solutions et la mise en place de mesures correctives.

Réunion – Collaborer aux réunions interprofessionnelles régulières des cas complexes.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.00 (Importante)	4 (Importante)	n/a
Tous les professionnels	3.67 (Modérément importante)	4 (Importante)	3

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o D'autres activités apparaissent plus essentielles à la pratique interprofessionnelle. Aussi, une formation de développement et de maintien pour cette activité apparaît improbable.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui permettrait une prise en charge interprofessionnelle plus optimale des patients complexes en générant un plan de traitement qui synchroniserait les efforts des professionnels impliqués vers une même orientation de traitement. Cette activité permettrait aussi de faire un suivi longitudinal et global des patients dans toutes les sphères professionnelles.

Palliatif – Collaborer à la transition vers une approche palliative.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.33 (Importante)	5 (Très importante)	n/a
Tous les professionnels	3.83 (Modérément importante)	3.5 (Modérément importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui ne se présente pas au quotidien et dont l'enseignement interprofessionnel n'est pas essentiel.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui nécessite une communication claire entre les professionnels impliqués afin d'ajuster le plan de traitement.

Transfert – Assurer la continuité des soins.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	4.67 (Importante)	5 (Très importante)	n/a
Tous les professionnels	3.33 (Modérément importante)	3.5 (Modérément importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui est souvent accomplie par une même profession et qui nécessite un savoir plus individuel.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui nécessite de la communication entre les groupes de professionnels des différentes unités afin d'apporter des précisions qui ne peuvent être rapportées que par d'autres groupes professionnels.

Médicament – Effectuer la réconciliation médicamenteuse.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	3.33 (Modérément importante)	3 (Modérément importante)	n/a
Tous les professionnels	3.67 (Modérément importante)	3.5 (Modérément importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui peut être accomplie par une seule profession de manière générale.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui devrait être faite par les différentes professions impliquées.

Suivi – Offrir un suivi hors des soins intensifs à la suite d'un transfert dans une autre unité.

	Moyenne	Médiane	Espace interquartile
Infirmiers/Infirmières	3.00 (Modérément importante)	3 (Modérément importante)	0
Tous les professionnels	3.17 (Modérément importante)	3 (Modérément importante)	2

- Argument **contre** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui n'apparaît pas essentielle à la pratique collaborative courante et qui peut être faite de manière intraprofessionnelle.
- Argument **pour** l'inclusion dans le curriculum :
 - o Activité qui nécessite de bonnes habiletés de communication et qui permet d'assurer la continuité des soins.

Activités ayant atteint un consensus (inclues)

Les activités suivantes ont atteint au consensus, leur importance justifie donc leur inclusion dans un curriculum d'éducation interprofessionnelle.

- **Trauma – Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé.**
- **DDA – Adresser et prévenir la douleur, le délirium et l'agitation.**
- **Ventilation – Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique.**
- **Transport – Assurer le transport intrahospitalier des patients et leur prise en charge hors de l'unité.**
- **Transfusion – Exécuter un protocole de transfusion massive.**
- **Arrêt – Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire.**
- Intervention – Prendre part à l'évaluation des urgences cliniques dans le contexte d'une équipe d'intervention rapide.
- Aériennes – Prendre en charge les voies aériennes d'un patient.
- ECMO – Prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle.
- Crise – Intervenir dans des situations de crises sur l'unité de soins intensifs.
- CALS – Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire dans le contexte postopératoire de chirurgie cardiothoracique.
- Débriefage – Tenir une rencontre de débriefage à la suite d'une situation d'urgence ou de conflits.
- Famille – Mener des réunions de famille afin d'impliquer le patient et/ou sa famille.

Annexe E – Approbation éthique

Université de Montréal



Certificat no CEREP-20-151-D

Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie

3 février 2021

Objet: Approbation éthique – Identification d'activités interprofessionnelles pour l'opérationnalisation de l'approche par compétences en éducation interprofessionnelle dans les unités de soins intensifs, une méthode mixte

Mme Maureen Thivierge-Southidara,

Le Comité d'éthique de la recherche en éducation et psychologie (CEREP) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

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

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

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

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

Anne-Marie Émond, présidente
Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie
Université de Montréal

c. c. Nicholas Robillard, professeur agrégé, Faculté de médecine - Département de médecine
Marie-Paule Morin, professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine -
Département de pédiatrie

p. j. Certificat #CEREP-20-151-D

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

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-10
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 1896
cerrep@umontreal.ca
www.cerep.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

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

Projet	
Titre du projet	Identification d'activités interprofessionnelles pour l'opérationnalisation de l'approche par compétences en éducation interprofessionnelle dans les unités de soins intensifs, une méthode mixte
Étudiante requérante	Maureen Thivierge-Southidara, candidate à la maîtrise, FSE- Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé

Sous la direction de: Nicholas Robillard, professeur agrégé, Faculté de médecine - Département de médecine, Université de Montréal & Marie-Paule Morin, professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine - Département de pédiatrie, Université de Montréal.

Financement	
Organisme	Non financé

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

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 Comité.

Anne-Marie Émond, présidente
Comité d'éthique de la recherche en éducation
et en psychologie
Université de Montréal

3 février 2021
Date de délivrance

1er mars 2022
Date du prochain suivi

1er mars 2022
Date de fin de validité

CHUM



Le 23 décembre 2020

Docteur Nicolas Robillard
Axe de recherche: Carrefour de l'innovation
CHUM – Pavillon D
1000, rue St-Denis
Montréal (Québec) H2X 0C1

Courriel: n.robillard@umontreal.ca

Objet:	Autorisation de réaliser la recherche suivante:
	Titre du projet : Identification d'activités interprofessionnelles pour l'opérationnalisation de l'approche par compétences en éducation interprofessionnelle dans les unités de soins intensifs, une méthode mixte Numéro CÉR CHUM : 20.280

Cher Docteur Robillard,

Il me fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre au CHUM et/ou sous ses auspices.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du Comité d'éthique de la recherche (« CÉR ») du CHUM portant la date du 16 novembre 2020, qui agit à titre de CÉR évaluateur, qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif et qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Si le CÉR évaluateur vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement et/ou sous ses auspices est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

Votre projet de recherche a aussi reçu une évaluation positive de tous les autres éléments de la convenance au sein de notre établissement.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez à :

1. utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance;
2. vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche ainsi que pour lui rendre compte du déroulement du projet et des actes de votre équipe de recherche ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;

Direction de la recherche
CHUM - Pavillon R
900, rue St-Denis, R05-406
Montréal (Québec) H2X 0A9

3. conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur après la fin du projet, selon les règles de conservation de l'établissement, afin de permettre leur éventuelle vérification;
4. respecter le cadre règlementaire de l'établissement, notamment, s'il y a lieu, les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche dans notre établissement, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CÉR évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par le CHUM en cas de non-respect des conditions établies lors de notre examen de la convenance. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que le CHUM communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Toute communication avec le soussigné concernant la présente autorisation à réaliser la recherche doit être acheminée ainsi :

- par courriel : convenance.recherche.chum@ssss.gouv.qc.ca
- par téléphone : (514) 890-8000, poste 30672.

Pour toutes questions, conseils ou soutien relativement aux aspects éthiques de votre projet de recherche, vous pouvez aussi solliciter l'appui du CÉR de notre établissement en vous adressant aux coordonnées suivantes :

- par courriel : ethique.recherche.chum@ssss.gouv.qc.ca
- par téléphone : 514 890-8000, poste 14485.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de ce projet de recherche le numéro attribué à votre demande par le CHUM, soit 20.280.

En vous remerciant de votre contribution à la mission de recherche de notre établissement, je vous prie d'agréer, Cher Docteur Robillard, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Vincent Poitout, D.V.M., Ph.D, FCAHS
Personne mandatée par le CHUM
pour autoriser la réalisation des recherches

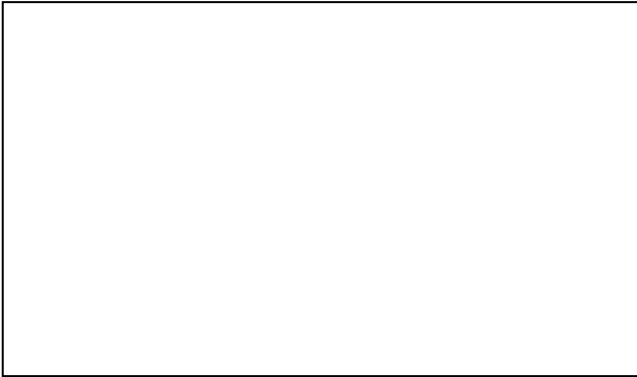
c.c. :

- Me Marie-Josée Bernardi, Présidente du CÉR du CHUM

Annexe F – Exemple de formulaire de consentement



APPROUVÉ – CÉR CHUM
DATE : 16 novembre 2020
INITIALES : YP



1 DÉCLARATION VIRTUELLE DE CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION AU COMITÉ D'EXPERTS INTERDISCIPLINAIRES

2 **Titre du projet :** Identification d'activités interprofessionnelles
3 pour l'opérationnalisation de l'approche par
4 compétences en éducation interprofessionnelle
dans les unités de soins intensifs, une méthode mixte.

5 **Chercheur responsable au CHUM :** **Nicholas Robillard, M.D. FRCPC**
6 Département de soins intensifs, Centre hospitalier de
l'Université de Montréal
7 Centre de recherche du centre hospitalier de
l'Université de Montréal

8 **Collaborateur au CHUM :** **Maureen Thivierge-Southidara, M.D.**
Faculté de médecine et Faculté des sciences de
l'éducation,
Université de Montréal.

11 **No de projet au CHUM :** 20 280

17 Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche pour identifier les activités
interprofessionnelles les
18 plus importantes pour la formation interprofessionnelle au sein des unités de soins intensifs. Votre
rôle sera de
19 contribuer à l'identification des activités interprofessionnelles à titre d'expert de votre profession.

20 Ce projet est un pilote qui vise à assurer la faisabilité de la méthodologie et à identifier toutes
les activités
21 interprofessionnelles ayant lieu au sein des unités de soins intensifs. Votre participation nécessitera
la complétion
22 de questionnaires électroniques au cours de votre temps libre. Tout d'abord un premier
questionnaire (cinq
23 minutes) permettra d'assurer votre éligibilité au projet de recherche. Par la suite, votre
participation requerra la
24 lecture de deux (2) documents préparatoires de quatre (4) pages chacun et la complétion de quatre
(4)
25 questionnaires d'une durée de 10-30 minutes chacun. Votre participation sera répartie sur huit (8)
semaines et
26 demandera approximativement 30 minutes de votre temps par semaine.

27 Votre participation à ce projet est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Pour
vos dossiers,
28 vous pourrez imprimer et télécharger une copie du présent formulaire. Aucune compensation
financière ne sera
29 versée pour la complétion des questionnaires.

30 Les données recueillies sont **anonymes et strictement confidentielles** dans les limites prévues
par la loi. Elles
31 seront utilisées pour développer un curriculum d'éducation interprofessionnelle afin d'améliorer la
collaboration
32 dans les soins intensifs du Canada. Ces données seront conservées dans des documents protégés par
mot de passe
33 sur le serveur sécurité du CHUM.

34 Si vous avez des questions concernant votre participation SVP vous référer à Dre Maureen
Thivierge-Southidara,
35 à l'adresse suivante : Maureen.Thivierge-Southidara@umontreal.ca

36 Le Comité d'éthique du CHUM et de l'Université de Montréal a approuvé le projet et en assurera
le suivi.

37 Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si
vous avez des
38 plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local
aux plaintes et à
39 la qualité des services du CHUM, au 514-890-8484. Vous pouvez aussi communiquer avec le

40 Comité d'éthique à
la recherche en éducation et en psychologie (CEREP) au cerrep@umontreal.ca et avec le bureau de
l'ombudsman de l'Université de Montréal au ombudsman@umontreal.ca ou au (514) 343-2100.

41 **Consentement**

42 En cliquant sur le bouton « J'accepte », j'atteste :

- 43 • Avoir pris connaissance du formulaire
- 44 • Consentir volontairement et librement à participer à ce
projet de recherche. 46

[BOUTON J'ACCEPTÉ]

49 **Engagement du chercheur responsable au CHUM et à l'Université de Montréal**

50 Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) le présent formulaire d'information et de consentement, que
l'on
51 a répondu aux questions que la personne avait.

52 Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et
53 de consentement et à en remettre une copie **par courriel** au/à la participante.

Annexe G – Revue narrative de la littérature

Tableau 18 – Caractéristiques des études primaires

Auteur de (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Anderson et al. (2018)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (375) Personnel : - Médecin (7 pré-implémentation, 6 post-implémentation) - Mentorat clinique (3 pré-implémentation) - Résident (1 pré-implémentation, 1 post-implémentation) - Infirmière (38 pré-implémentation, 33 post-implémentation) - Physiothérapeute (1 pré-implémentation, 1 post-implémentation) - Inhalothérapeute (4 pré-implémentation) - Assistant médecin (3 pré-implémentation, 2 post-implémentation) Patients : - Pré-implémentation (139) - Post-implémentation (137)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Graham et al. (2018)	Canada	Quasi expérimental	a) Convenance/Ciblée b) Personnel (27) : - Médecin (2) - Infirmière (16) - Inhalothérapeute (8) - Physiothérapeute (1)	a) Combination (1) b) Inconnu c) 1	Mixte
Hall et al. (2017)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (1127) : - Pré-implémentation (550) - Post-implémentation (577)	a) Combination (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Hall et al. (2017)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (523) Personnel : - Résident (2) - Infirmière (4) - Inhalothérapeute (10) - Inconnu (1) Patients : - Pré-implémentation (335) - Post-implémentation (171)	a) Chirurgicale (1) b) Ouverte c) 1	Quantitative
Dilokpattanam ongkol et al. (2017)	Thaïlande	Quasi expérimental	a) Aléatoire b) Patients (156) : - Pré-implémentation (90) - Post-implémentation (66)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Brewster et al. (2017)	Australie	Quasi expérimental	a) Convenance b) Personnel (99) : - Médecin (19) - Infirmière (80)	a) Inconnu (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Turkelson et al. (2017)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Personnel (infirmières seulement, 69) : - Pré-implémentation (34) - Post-implémentation (35)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Parry et al. (2017)	Australie	Descriptif/ Exploratoire	a) Convenance b) Personnel (26) : - Médecin (6) - Infirmière (4) - Physiothérapeute (16)	a) Inconnu (2) b) Inconnu c) 2	Qualitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Ramos et al. (2010)	États-Unis	Transversal	a) Convenance b) Personnel (infirmières seulement, 1173) : - Pré-implémentation (34) - Post-implémentation (35)	a) Inconnu (n/a) b) Inconnu c) 15	Quantitative
Centofanti et al. (2014)	Canada	Descriptif/ Exploratoire	a) Convenance/Ciblée b) Personnel (55) : - Médecin (6) - Résident (14) - Moniteur clinique (5) - Infirmière (20) - Inhalothérapeute (5) - Physiothérapeute (2) - Pharmacien (2) - Nutritionniste (1)	a) Combinaison (4) b) Fermée c) 1	Mixte
Arroliga et al. (2012)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (2781) : - Pré-implémentation (1357) - Post-implémentation (1424)	a) Combinaison (1) b) Fermée c) 1	Quantitative
Mayer et al. (2011)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance/Ciblée b) Échantillon (Inconnu) Personnel : - Médecin (7) - Infirmière (77) - Inhalothérapeute (Inconnu) Patients (Inconnu)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Mixte
Schramm et al. (2011)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (984) : - Pré-implémentation (268) - Post-implémentation (716)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Cheung et al. (2009)	Australie	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (853) Personnel (infirmières seulement) : - Pré-implémentation (25) - Post-implémentation (20) Patients : - Pré-implémentation (376) - Post-implémentation (432)	a) Générale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Machare Delgado et al. (2009)	États-Unis	Descriptif/ Exploratoire	a) Convenance b) Patients (24)	a) Inconnu (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Henneman et al. (2001)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (201) : - Pré-implémentation (77) - Post-implémentation (124)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Lilly et al. (2000); Lilly et al. (2003)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (2891) : - Pré-implémentation (134) - Post-implémentation (396) - Période de 4 ans (2361)	a) Générale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Young et al. (1998)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (469) : - Pré-implémentation (95) - Post-implémentation (374)	a) Combinaison (1) b) Ouverte c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Baggs et al. (1997)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (1643 transferts) : Personnel - Médecin (82) - Résident (23) - Infirmière (106)	a) Combinaison (4) b) Inconnu c) 4	Quantitative
Fregley et al. (2011)	Nouvelle Zélande	Randomisé contrôlé	a) Aléatoire b) Échantillon (160) Personnel (pré-intervention, post-intervention) - Médecin (11) - Résident (29) - Infirmière (120) Personnel (suivi à 3 mois) : - Médecins (médecins et résidents) (33) - Infirmière (86)	a) Combinaison (9) b) Inconnu c) 8	Quantitative
Jain et al. (2006)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (180) : - Pré-implémentation (60) - Post-implémentation (120)	a) Combinaison (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Van den Bulcke et al. (2016)	Belgium	Quasi expérimental	a) Convenance b) Personnel (50) - Médecin et assistant-médecin (7) - Infirmière (36) - Physiothérapeute (1) - Travailleur social (1) - Psychologue (1) - Infirmière-chef et infirmière-chef adjointe (4)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur de (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillon a) Méthode b) Échantillon (n)	Unit a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Lele et al. (2019)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Personnel (251) : - Médecin (20 pré-implémentation, 32 post-implémentation) - Résident (52 pré-implémentation, 32 post-implémentation) - Infirmière (59 pré-implémentation, 56 post-implémentation)	a) Combinaison (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Won Gun et al. (2018)	Corée du Sud	Cohorte	a) Convenance b) Patients (60) : - Intervention (30) - Contrôle (30)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
El Khamali et al. (2018)	France	Randomisé contrôlé	a) Aléatoire b) Personnel (198) : - Intervention (101) - Contrôle (97)	a) Combinaison (8) b) Inconnu c) 4	Quantitative
Lee et al. (2018)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (148) : - Pré-implémentation (73) - Post-implémentation (75)	a) Inconnu (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Lin et al. (2018)	Taiwan	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (1291)	a) Médicale (3) b) Inconnu c) 1	Quantitative
George (2018)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Personnel (22) : - Résident (6) - Infirmière (16)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillon a) Méthode b) Échantillon (n)	Unit a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Binnekade et al. (2018)	Pays-Bas	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (6100) Objectifs du patient (groupe d'intervention) : - Pré-implémentation (1008) - Post-implémentation (1246) Devenir des patients : - USI intervention : Pré-implémentation (1410), post-implémentation (1539) - USI contrôle : Pré-implémentation (1380), post-implémentation (1771)	a) Combinaison (4) b) Fermée c) 4	Quantitative
Cao et al. (2018)	États-Unis	Cohorte	a) Convenance b) Échantillon (1372) Personnel : Intervention (338), Contrôle (301) Patient/Famille : Intervention (38), Contrôle (30) Tournée : Intervention (367), Contrôle (298)	a) Médicale (2) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Louzon et al. (2017)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Convenance b) Patients (1005) : Phase I : - Pré-implémentation (35) - Post-implémentation (35) Phase II : - Pré-implémentation (499) - Post-implémentation (436)	a) Combinaison (4) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Parent et al. (2016)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Convenance b) Patients (total 455) - Pré-implémentation (Inconnu) - Post-implémentation (Inconnu)	a) Inconnu (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Yang et Zhang (2016)	Chine	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (168) Personnel : - Médecin (10) - Neurochirurgien (34) - Anesthésiste (13) - Résident (20) - Infirmière (77) - Inhalothérapeute (2) Transfert : - Pré-implémentation (56) - Post-implémentation (56) - Post-implémentation 3 mois (56)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Welton et al. (2016)	Canada	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (66) Personnel : - A utilisé l'équipe (10) - Équipe (12) Patients : - Pré-implémentation (20) - Post-implémentation (24)	a) Combination (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Ballangrud et al. (2014)	Norvège	Descriptif/ Exploratoire	a) Convenance b) Personnel : Infirmière (53)	a) Combination (7) b) Fermée c) 4	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Shaw et al. (2014)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Convenance b) Échantillon (193) Personnel (46 jumelés) : - Médecin (5) - Résident (39) - Infirmière (30) - Inhalothérapeute (6) - Pharmacien (4) - Travailleur social (5) - Aumônier (7) - Chargé de dossier (2) Famille des patients - Pre-intervention (67) - Post-intervention (80)	a) Combinaison (3) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Ten Have et al. (2013)	Pays-Bas	Cohorte	a) Convenance b) Personnel (19) : - Médecin : Contrôle (10) - Moniteur clinique : Intervention (9)	a) Combinaison (4) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Al-Qahtani et al. (2013)	Arabie Saoudite	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (256 195) : - Pré-implémentation (98 391) - Post-implémentation (157 804)	a) Combinaison (1) b) Fermée c) 1	Quantitative
Johnson et al. (2009)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Convenance b) Patients (total 805) - Pré-implémentation (2414 jours de ventilation) - Post-implémentation (2094 jours de ventilation)	a) Chirurgicale (1) b) Ouverte c) 1	Quantitative
Mendez et al. (2013)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (781) : - Pré-implémentation (580) - Post-implémentation (201)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Narasimhan et al. (2006)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (Inconnu) : Personnel : - Médecin et résidents (12 pré-implémentation, 9 post-implémentation 6 semaines, 13 post-implémentation 9 semaines) - Infirmière (15 pré-implémentation, 13 post-implémentation 6 semaines, 14 post-implémentation 9 semaines) Patients : - Pré-implémentation (Inconnu) - Post-implémentation (Inconnu)	a) Médicale (1) b) Fermée c) 1	Quantitative
Pronovost et al. (2008) ; Pronovost et al. (2006); Pronovost et al. (2010); Lipitz-Snyderman et al. (2011); Sexton et al. (2011)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (Inconnu) Personnel : - Baseline (5440) - Pré-implémentation (4474) - Post-implémentation 1 an (3876) - Post-implémentation 2 ans (3533) Patients (infections liées aux cathéters) : - Données de référence (41 506 jours de cathéter) - Implémentation (57 033 jours de cathéter) - Post-implémentation 18 mois (300 175 jours de cathéter) - Post-implémentation 3 ans (300 310 jours de cathéter) Patients (mortalité et durée d'hospitalisation) : - USI d'intervention (238 937) - USI de contrôle (1 091 547)	a) Combinaison (103) b) Inconnu c) 73	Quantitative
Dalia et al. (2019)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (279) : - Pré-implémentation (130) - Post-implémentation (149)	a) Combinaison (2) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Brooks et al. (2017)	Australie	Descriptif/ Exploratoire	a) Convenance b) Personnel (28) : - Médecin (11) - Infirmière (17)	a) Combinaison (1) b) Inconnu c) 1	Qualitative
Wessman et al. (2017)	États-Unis	Quasi- expérimental	a) Convenance b) Échantillon (3798) Cartes du système d'événements de sécurité - Pré-implémentation (1897) - Post-implémentation (1901)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Jensen et al. (2013)	Danemark	Quasi expérimental	a) Convenance b) Échantillon (2714) Personnel : - Intensiviste (24) - Médecin de première ligne (51) - Infirmière (77) Patients : - Pré-implémentation (1665) - Post-implémentation (897)	a) Inconnu (2) b) Inconnu c) 2	Quantitative
Stollings et al. (2015)	États-Unis	Quasi- expérimental	a) Convenance b) Échantillon (1296) Patients (jours de ventilation) : - Pré-implémentation (500) - Per-implémentation (580) - Post-implémentation 1 an (216)	a) Médicale (1) b) Fermée c) 1	Quantitative
Arora et al. (2014)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (3302) : - Pré-implémentation (1443) - Post-implémentation (1859)	a) Combinaison (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative

Auteur de (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Mah et al. (2013)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (59) : - Pré-implémentation (31) - Post-implémentation (28)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Ainsworth et al. (2013)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Aléatoire b) Jours évalués pour l'alignement des objectifs quotidiens (10) : - Pré-implémentation (5) - Post-implémentation (5)	a) Chirurgicale (1) b) Ouverte c) 1	Quantitative
Black et al. (2012)	Royaume-Uni	Quasi-expérimental	a) Convenance b) Patients (146) : - Pré-implémentation 1 an (39) - Introduction 1 year (37) - During implementation 1 an (33) - Post-implémentation 1 an (37)	a) Général (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Stone et al. (2011)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (174) : - Pré-implémentation (85) - Post-implémentation (89)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Piquette et al. (2009)	Canada	Descriptif/ Exploratoire	a) Convenance b) Personnel (25) : - Médecin (6) - Infirmière 14) - Inhalothérapeute (5)	a) Combinaison (4) b) Closed c) 1	Qualitative
Cohen et al. (1991)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Patients (363) : - Pré-implémentation (198) - Post-implémentation (165)	a) Combinaison (1) b) Opened c) 1	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Ratcliffe et Williams (2019)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Convenance b) Échantillon (Inconnu) Personnel : Infirmière (Inconnu) Patients (6435) - Pré-implémentation (Inconnu) - Post-implémentation (Inconnu)	a) Combinaison (2) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Chan et al. (2001)	Canada	Cohorte	a) Convenance b) Patients (230) : - Intervention (47) - Contrôle historique d'autres institutions (183)	a) Combinaison (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Leape et al. (1999)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Aléatoire b) Patients (150) : - Pre-intervention (75) - Post-intervention (75)	a) Médicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Bradley et al. (2009)	Royaume-Uni	Quasi-expérimental	a) Aléatoire b) Échantillon (52) Étudiants en médecine : - Interprofessionnel (16) - Uniprofessionnel (9) Étudiantes en soins infirmiers : - Interprofessionnel (14) - Uniprofessionnel (13)	a) n/a b) n/a c) 1	Mixte
Tschan et al. (2006)	Suisse	Transversal	a) Convenance b) Personnel (109) : - Médecin (22) - Résident (22) - Infirmière (65)	a) n/a b) n/a c) n/a	Quantitative

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Devis	Échantillonnage a) Méthode b) Échantillon (n)	Unité a) Type (n) b) Gestion c) Unités échantillonnées	Mesure
Marsch et al. (2004)	Suisse	Transversal	a) Convenance b) Personnel (48) : - Médecin (2) - Résident (14) - Infirmière (32)	a) n/a b) n/a c) n/a	Quantitative
Newkirk et al. (2012)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Tournées interdisciplinaires (1361) : - Pré-implémentation (600) - Post-implémentation (761)	a) Chirurgicale (2) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Dodek et Raboud (2003)	Canada	Quasi expérimental	a) Convenance b) Tournées (345) - Pre-intervention (136) - Post-intervention (209)	a) Combination (1) b) Fermée c) 1	Quantitative
Pronovost et al. (2003)	États-Unis	Quasi-expérimental	a) Aléatoire b) Échantillon (Inconnu) Personnel : - résident (Inconnu) - Infirmière (Inconnu) Patients : - Pré-implémentation (Inconnu) - Post-implémentation (Inconnu)	a) Chirurgicale (1) b) Inconnu c) 1	Quantitative
Pascual et al. (2011)	États-Unis	Quasi expérimental	a) Convenance b) Personnel : Infirmière praticienne spécialisée aux USI (12)	a) Chirurgicale (2) b) Inconnu c) 2	Quantitative

Tableau 19 – Caractéristiques des études secondaires

Auteur de (année de publication)	Pays de publication	Méthodologie	Échantillon a) Nombre d'articles b) Données mesurées c) Limites	Analyses	Bases de données	Concepts recherchés
Reader et al. (2006)	Royaume-Uni	Revue de la littérature	a) 35 articles b) Qualitative c) Articles en anglais et publiés après 1990. Recherche incluant la population néonatale, pédiatrique et adulte	Qualitative	PubMed, Science Direct, et Web of Knowledge	Relation entre le travail d'équipe aux USI et les effets
White et al. (2011)	Australie	Revue systématique de la littérature	a) 3 articles b) Quantitative c) Études randomisées contrôlées et non randomisées (deux études de cohorte) publiées entre 1999 et 2009	Mixte	MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Registry et Cochrane Database of Systematic Reviews	Protocoles de sevrage ventilatoires développés et implémentés par des équipes multidisciplinaires
Dietz et al. (2014) ; Dietz (2014)	États-Unis	Revue de la littérature	a) 85 articles b) Quantitative et qualitative c) Aucune mentionnée	Mixte	PubMed	Travail d'équipe, tâches d'équipes, ou interventions d'équipe
Wang et al. (2018)	Australie	Revue de la littérature intégrative	a) 11 articles b) Quantitative c) Publiées entre septembre 2014 et juin 2016	Mixte	Medline, CINAHL, Science Direct	Interventions qui améliorent la communication entre les infirmières et les médecins

Auteur (année de publication)	Pays de publication	Méthodologie	Échantillon a) Nombre d'articles b) Données mesurées c) Limites	Analyses	Bases de données	Concepts recherchés
Michalsen et al. (2019)	États-Unis	Revue systématique de la littérature	a) 4 articles b) Quantitative c) Critères d'exclusion : 1) aucun accent particulier sur la prise de décision interprofessionnelle partagée dans l'USI ; 2) centrée sur les patients de moins de 18 ans ; 3) non-anglophone ; et 4) utilisation de méthodes qualitatives exclusivement. Articles de 1975 à octobre 2017.	Mixte	MEDLINE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), et base de données Cochrane	Décision partagée interprofessionnelle

Annexe H – Résultats des questionnaires

Tableau 20 – Consensus des activités interprofessionnelles du questionnaire 1a

Code participants inclus ; n)	Titre (% participants inclus ; % participants totaux)	Description (% participants inclus ; % participants totaux)	Participants* (% propre profession ; % autre profession ; % total)	Compétences* (% participants inclus ; % participants totaux)	Connaissances, aptitudes et attitudes
LIT (48 ; 12)	<u>Tenir</u> des réunions de gestion des lits (66,7 ; 75)	Organiser les changements de milieux de soins des patients en fonction de leur condition et de la disponibilité <u>afin de gérer le flux de patients.</u> (100 ; 100)	Inf (66,7 ; 100 ; 100) MD (80 ; 62,5 ; 75)	Communication (83,3 ; 91,7) Équipe (83,3 ; 91,7) SCPPC (100 ; 75) Rôle (66,7 ; 58,3 ; Inf 100)	<u>Connaissances</u> Identifier les patients éligibles pour un transfert de soins sur une autre unité (organisation de tâche). <u>Aptitudes</u> Faciliter le processus de gestion des lits (coordination). Évaluer le statut hospitalier, prioriser les interventions et fixer des objectifs (coordination). <u>Attitudes</u> - n/a
<u>TOURNEES (90 ; 24)</u>	<u>Collaborer aux tournées interprofessionnelles quotidiennes (83,3)</u>	<u>Réviser les problèmes, l'évolution clinique, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient.</u> (83,3)	<u>MD (100 ; 100)</u> <u>Pharma (100 ; 947)</u> <u>PAB (100 ; 27,3)</u> <u>Inh (100 ; 88,2)</u> <u>PT (66,7 ; 81,8)</u> <u>Inf (100 ; 100)</u>	<u>Communication (100)</u> <u>SCPPC (87,5)</u> <u>Équipe (91,7)</u> <u>Leader (95,8)</u>	<u>Connaissances</u> <u>Comprendre l'importance du plan de soins en utilisant une approche systématique (modèle précis du problème et orientation de l'équipe).</u> <u>Identifier les problèmes principaux, les problématiques et les complications potentielles (modèle précis du problème et orientation de l'équipe).</u> <u>Comprendre les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe (modèle précis du problème).</u> <u>Aptitudes</u> <u>Promouvoir une communication ouverte et un échange d'information au temps opportun (communication, relations interpersonnelles).</u> <u>Utiliser une approche systématique centrée sur le problème pour cibler les domaines pertinents et formuler des objectifs de soins (conscience situationnelle partagée).</u>

					<p><u>Fournir à chaque membre de l'équipe un plan de travail clair pour atteindre les objectifs de soins quotidiens (conscience situationnelle partagée).</u></p> <p><u>Communiquer les priorités (coordination).</u></p> <p><u>Rencontrer les objectifs quotidiens ou documenter les raisons derrière leur manquement (rétroaction).</u></p> <p><u>Informar les patients et leur famille sur les objectifs de soins actuels (conscience situationnelle partagée).</u></p> <p><u>Identifier et corriger des erreurs potentielles par d'autres membres de l'équipe (comportement de sécurité et suivi mutuel de performance).</u></p> <p><u>Résoudre des désaccords de manière appropriée (relations interpersonnelles)</u></p> <p><u>Attitudes</u></p> <p><u>Encourager les membres de l'équipe à poser des questions sur le plan de soins, donner leur avis et verbaliser lorsqu'un risque est identifié (cohésion d'équipe, confiance mutuelle et direction collective).</u></p> <p><u>S'assurer la confiance et le respect de tous les membres de l'équipe (cohésion d'équipe).</u></p> <p><u>Encourager l'implication active des patients/familles dans les tournées quotidiennes (cohésion d'équipe et direction collective).</u></p> <p><u>Promouvoir une culture de guérison (vision partagée).</u></p> <p><u>Promouvoir le travail d'équipe (direction collective).</u></p>
<u>REUNION</u>	<u>Collaborer aux réunions interprofessionnelles ponctuelles</u>	<u>Assurer une évaluation complète, un suivi et discuter des considérations éthiques des patients complexes pour déterminer un plan thérapeutique</u>			<p><u>Connaissances</u></p> <p><u>Identifier les problèmes pertinents et leur plan de gestion (modèle précis du problème).</u></p> <p><u>Aptitudes</u></p> <p><u>Discuter et s'entendre sur des objectifs de soins partagés et comment les implémenter (prise de décision et coordination).</u></p> <p><u>S'entendre sur les critères pour juger de la réussite ou de l'échec du plan de soins (planification).</u></p>

		<u>interprofessionnel centré sur les besoins biopsychosociaux, concordants avec le pronostic et qui guideront les traitements futurs.</u>			<u>Attitudes</u> <u>Veiller à la contribution de tous les professionnels de la santé dans la prise en charge des patients (direction collective et l'importance du travail d'équipe).</u>
FAMILLE (60 ; 15)	Mener des réunions de famille <u>afin d'impliquer le patient et/ou sa famille.</u> (87,5 ; 83,3)	<u>Partager au patient et/ou sa famille sa condition de santé actuelle, le pronostic et le plan de traitement pour assurer une prise de décisions partagée selon les objectifs de soins du patient et/ou de sa famille.</u> (87,5 ; 93,3)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100)	SCPPC (100 ; 93,3) Communication (62,5 ; 73,3 ; MD 60, Inf 66.7)	<u>Connaissances</u> Comprendre les principes qui sous-tendent les soins de fin de vie (mission d'équipe). Comprendre les concepts de prise de décision et de prise de décision substituée (orientation de l'équipe). Maîtriser des stratégies pour conduire des discussions difficiles (modèle des interactions des rôles des membres de l'équipe). Considérer les problématiques sociales, culturelles et religieuses qui pourraient affecter les discussions de niveau de soins (caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers). <u>Aptitudes</u> Discuter et documenter précocement des désirs du patient concernant leur fin de vie (prise de décision et communication). Évaluer la capacité de prise de décision (réallocation dynamique des fonctions). S'assurer d'un plan de soins de fin de vie formel (conscience situationnelle partagée). Fournir un soutien émotionnel et spirituel aux patients/famille (relations interpersonnelles). Évaluer les symptômes à l'aide d'outils validés tout en assurant leur prise en charge (évaluation et résolution de problèmes). Éliciter des suggestions des membres de l'équipe et utiliser leur expertise spécifique pour obtenir un consensus (prise de décision). Être conscient des préoccupations des autres membres de l'équipe concernant des conflits potentiels au sein de l'équipe ou de la famille (relations interpersonnelles).

					<p><u>Attitudes</u> Encourager une communication ouverte entre les cliniciens et les membres de la famille pour promouvoir la prise de décision partagée (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir l'implication des professionnels de la santé pertinents pour la prise de décision (orientation collective). Promouvoir un respect mutuel au sein de l'équipe (confiance mutuelle et cohésion d'équipe).</p>
PALLIATIF (72 ; 18)	<p><u>Collaborer</u> à la transition vers une approche palliative. (93,3 ; 94,4)</p>	<p>Aligner les soins avec les souhaits des patients <u>et/ou de sa famille et, le cas échéant</u>, assurer la gestion de symptômes <u>en lien avec</u> la transition vers des soins de confort et/ou l'arrêt de traitement actif. (73,3 ; 77,8)</p>	<p>Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 54,5 ; 72,2)</p>	<p>SCPPC (93,3 ; 94,4) Communication (86,7 ; 88,9) Équipe (73,3 ; 66,7 ; Inh 85,7)</p>	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les principes qui sous-tendent les soins de fin de vie (mission d'équipe). Comprendre les concepts de prise de décision et de prise de décision substituée (orientation de l'équipe). Maîtriser des stratégies pour conduire des discussions difficiles (modèle des interactions des rôles des membres de l'équipe). Considérer les problématiques sociales, culturelles et religieuses qui pourraient affecter les discussions de niveau de soins (caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p> <p><u>Aptitudes</u> Discuter et documenter précocement des désirs du patient concernant leur fin de vie (prise de décision et communication). Évaluer la capacité de prise de décision (réallocation dynamique des fonctions). S'assurer d'un plan de soins de fin de vie formel (conscience situationnelle partagée). Fournir un soutien émotionnel et spirituel aux patients/famille (relations interpersonnelles). Évaluer les symptômes à l'aide d'outils validés tout en assurant leur prise en charge (évaluation et résolution de problèmes). Éliciter des suggestions des membres de l'équipe et utiliser leur expertise spécifique pour obtenir un consensus (prise de décision).</p>

					<p>Être conscient des préoccupations des autres membres de l'équipe concernant des conflits potentiels au sein de l'équipe ou de la famille (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager une communication ouverte entre les cliniciens et les membres de la famille pour promouvoir la prise de décision partagée (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir l'implication des professionnels de la santé pertinents pour la prise de décision (orientation collective). Promouvoir un respect mutuel au sein de l'équipe (confiance mutuelle et cohésion d'équipe).</p>
DDA (80 ; 20)	<u>Adresser et prévenir</u> la douleur, le délirium et l'agitation. (92,9 ; 90)	<u>Établir un plan thérapeutique pour prévenir et traiter</u> la douleur, le délirium et l'agitation, <u>incluant la gestion de la sédation.</u> (78,6 ; 85)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Pharma (100 ; 80 ; 85) PAB (50 ; 57,9 ; 60)	Équipe (100 ; 95) Communication (92,9 ; 95,5) SCPPC (78,6 ; 80) Rôle (57.1 ; 55 ; pharma 80)	<p><u>Connaissances</u> Prendre en considération la maladie du patient et les problèmes actifs pour les options de traitement et leur optimisation (organisation de tâche et association de repères stratégiques). Évaluer de manière périodique la nécessité de contentions physiques ou leur substitut (mission d'équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u> Identifier les causes pour l'agitation du patient et prendre en charge la douleur (évaluation et résolution de problèmes). Prendre en charge quotidiennement les sédations conformément aux guides de pratique actuels (évaluation et résolution de problèmes). Expliquer la nécessité des contentions physiques à la famille de patients et obtenir leur consentement (communication et prise de décision).</p> <p><u>Attitudes</u> - n/a</p>
SUIVI (72 ; 18)	Offrir un suivi hors des soins intensifs <u>à la suite d'un transfert</u>	Assurer un suivi <u>d'une durée prédéterminée</u> de patients <u>ciblés</u> qui ont	Inf (85,7 ; 83,3 ; 88,9) MD (80 ; 78,6 ; 83,3)	Communication (100 ; 100) Équipe (94,4 ; 94,4)	<p><u>Connaissances</u> - n/a</p> <p><u>Aptitudes</u> Assurer le suivi de patients sur les étages et la salle d'urgence jusqu'à leur stabilisation, puis assurer leur suivi post-USI (évaluation et résolution de problèmes).</p>

	<u>dans une autre unité.</u> (88,9 ; 88,9)	été transférés dans une autre unité <u>afin d'assurer la continuité des soins et d'identifier précocement une détérioration.</u> (77,7 ; 77,8)	PT (66,7 ; 81,3 ; 83,3) Pharma (80 ; 64,3 ; 72,2) Inh (66,7 ; 75 ; 77,8) Nutrition (n/a ; 66,7 ; n/a)	SCPPC (77,8 ; 77,8 ; MD, pharma et PT 100) Leader (77,8 ; 77,8 ; MD, pharma et PT 100) Rôle (44.4; 44.4; pharma 100)	<u>Attitudes</u> - n/a
TRANSPORT (64 ; 12)	<u>Assurer</u> le transport intrahospitalier des patients <u>et leur prise en charge hors de l'unité.</u> (75 ; 75)	<u>Collaborer</u> au transport intrahospitalier sécuritaire des patients lors d'exams diagnostiques ou d'interventions thérapeutiques, <u>incluant la coordination des soins, la préparation en vue du déplacement et la prise en charge hors de l'unité.</u> (87,5 ; 87,5)	Inf (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 88,9 ; 93,8) PAB (100 ; 64,3 ; 68,8) MD (80 ; 58,3 ; 68,8)	Équipe (100 ; 100) Communication (87,5 ; 87,5) Leader (50 ; 50 ; inf 100)	<u>Connaissances</u> Comprendre et anticiper les complications potentielles du transport (modèle partagé de tâche, modèle précis de tâche et organisation de tâche).
					<u>Aptitudes</u> Opter pour le transport intrahospitalier pour un examen diagnostique (prise de décision). Identifier et intervenir lors que face à l'instabilité (évaluation et résolution de problèmes). Se préparer pour une complication potentielle du transport (planification).
TRANFERT (84 ; 21)	<u>Assurer</u> la continuité des soins. (90 ; 90,5)	Transférer de manière coordonnée les responsabilités des soins d'un patient, ou d'un groupe de patients, à une autre personne ou un autre groupe de professionnels de manière temporaire ou permanente,	MD (100 ; 100 ; 100) Inh (85,7 ; 80 ; 85,7) Inf (66,7 ; 94,7 ; 95,2) PT (100 ; 66,7 ; 71,4) Pharma (80 ; 58,8 ; 66,7) Nutrition (n/a ; 66,7 ; n/a)	Communication (100 ; 100) Équipe (80 ; 81) Leader (55 ; 52,4 ; PT et inf 100) SCPPC (70 ; 57,1 ; Inf 100 %) Rôle (55 ; 52,4 ; inf 100)	<u>Connaissances</u> Reconnaître les données importantes et vitales anticipées (orientation de l'équipe). Identifier un plan de soins spécifique en accord avec la spécialité professionnelle (orientation de l'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).
					<u>Aptitudes</u> Notifier des transferts imminents (coordination). S'assurer de la préparation de l'équipe spécifique au patient (coordination et leadership de l'équipe). Amorcer un transfert verbal en personne au chevet et en présence de l'équipe receveuse (communication).

		<u>incluant tout élément pertinent à la continuité des soins.</u> (90 ; 90,5)			Communiquer les priorités de traitement, les objectifs, les facteurs de risques et de complications (coordination et conscience situationnelle partagée) Utiliser la communication en boucle fermée (communication). <u>Attitudes</u> Reconnaître l'importance de notifier l'équipe receveuse complète de l'arrivée d'un patient (confiance mutuelle). Promouvoir l'importance de la qualité de l'information, de l'environnement et de la réceptivité des membres de l'équipe (vision partagée). Permettre la discussion et les questions sur le plan de soins entre tous les professionnels de la santé (orientation collective).
PRÉVENTION (88 ; 22)	<u>Appliquer</u> les interventions de prévention d'événements indésirables aux soins intensifs. (90,4 ; 90,9)	Mettre en œuvre les interventions de prévention des événements indésirables basées sur des évidences aux soins intensifs incluant, mais non limité aux infections nosocomiales, <u>aux plaies de pression</u> , aux saignements gastro-intestinaux et aux risques thromboemboliques. (85,7 ; 86,4)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Pharma (100 ; 88,2 ; 90,9) Inh (100 ; 80 ; 86,4) PAB (50 ; 61,9 ; 63,6) Nutrition (n/a ; 63,6 ; n/a)	Communication (95,2 ; 95,5) SCPPC (71,4 ; 72,7 ; 100 PAB ; MD et pharma 80 %) Équipe (71,4 ; 77,3 ; Pharma 80) Leader (47,6 ; 50 ; PAB 100 % et pharm 80) Rôle (47,6 ; 50 ; pharma 80)	<u>Connaissances</u> Comprendre les initiatives d'amélioration de la qualité de soins (modèle partagé de la tâche). Éduquer le personnel sur les pratiques de prévention (mission d'équipe). <u>Aptitudes</u> Maintenir une adhésion élevée aux lignes directrices de prévention des événements des USI (suivi de performance). Encourager et faciliter la communication entre les membres de l'équipe (relations interpersonnelles). <u>Attitudes</u> Maintenir une culture ouverte pour communiquer des préoccupations et des commentaires (confiance mutuelle et orientation collective). Maintenir une culture collaborative (importance du travail d'équipe).
MOBILITÉ (80 ; 20)	Assurer la mobilisation, <u>le positionnement</u> et la réadaptation précoce des patients. (100 ; 100)	<u>Mobiliser et positionner les patients de manière sécuritaire tout en prodiguant, lorsque possible,</u> des exercices actifs et de	Inf (100 ; 100 ; 100) PT (100 ; 100 ; 100) PAB (50 ; 84,2 ; 85) Inh (100 ; 53,8 ; 70)	Équipe (100 ; 100) SCPPC (94,7 ; 95) Communication (84,2 ; 85)	<u>Connaissances</u> Décrire l'état de mobilité initial, actuel et visé du patient (orientation d'équipe). Comprendre les exigences minimales requises pour une mobilisation sécuritaire (modèle précis de tâche et association de repères stratégiques). Reconnaître des stratégies de réadaptation (modèle précis de tâche).

		fonctionnement incluant des exercices ciblés de renforcement. (100; 100)	MD (100 ; 46,7 ; 60)	Rôle (68,4 ; 70 ; MD, PAB et PT 100) Leader (63,2 ; 65 ; 100 PAB)	Comprendre le fardeau de la survie et l'importance de la réadaptation (modèle partagé de tâche et mission d'équipe) <u>Aptitudes</u> Évaluer la mobilité d'un patient (évaluation de problèmes). Définir des objectifs individualisés pour la mobilisation précoce (prise de décision). Identifier des barrières à la réadaptation (évaluation de problèmes). Coordonner la mobilisation de patients (coordination). Assurer la revue quotidienne de sécurité pour la mobilisation (suivi de performance). <u>Attitudes</u> Valoriser le rôle de chaque professionnel dans la mobilisation de patients (confiance mutuelle). Prioriser la réadaptation précoce (efficacité et pouvoir collectif). Maintenir une culture de réadaptation (vision partagée).
<u>VENTILATION (68 ; 17)</u>	<u>Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique. (94,1)</u>	<u>Prise en charge de la ventilation mécanique (endotrachéale et via une trachéotomie) en fonction de l'évolution des patients incluant, mais non limité, aux ajustements quotidiens des paramètres ventilatoires, au nettoyage des voies aériennes (bronchoscopie, aspiration), au sevrage ventilatoire</u>	<u>MD (100 ; 91,7)</u> <u>Inh (100 ; 100)</u> <u>Inf (100 ; 92,9)</u>	<u>Communication (82,4)</u> <u>Équipe (94,1)</u>	<u>Connaissances</u> <u>Comprendre les pratiques basées sur des évidences dans la prise en charge de l'extubation et la décannulation (normes d'équipe).</u> <u>Formaliser les attentes, les rôles et la responsabilité de chacun de professionnels de la santé (modèle précis du problème).</u> <u>Établir la candidature pour une évaluation de la dysphagie (associations de repères stratégiques).</u> <u>Aptitudes</u> <u>Communiquer à l'équipe, le patient et les membres de la famille l'importance des données liées à l'évaluation du sevrage ventilatoire (conscience situationnelle partagée).</u> <u>Considérer l'opinion et l'expérience de membres de l'équipe (prise de décision).</u> <u>Identifier et communiquer la rationnelle et le plan de sevrage ventilatoire aux autres membres de l'équipe (conscience situationnelle partagée et prise de décision).</u>

		<u>et à l'extubation/décannulation. (94,1)</u>			<p><u>Appliquer un protocole d'arrêt de sédation et évaluer sa tolérance lorsque possible (coordination et conscience situationnelle partagée).</u></p> <p><u>Amorcer une évaluation de la dysphagie (prise de décision).</u></p> <p><u>Attitudes</u></p> <p><u>Reconnaître la valeur de tous les membres de la famille (confiance mutuelle).</u></p> <p><u>Responsabiliser chaque professionnel dans la pratique de son rôle et promouvoir leur autonomie (confiance mutuelle et efficacité collective).</u></p>
NUTRITION (44 ; 11)	Assurer le support nutritionnel. (100 ; 100)	Procurer et assurer le suivi de thérapies appropriées de support nutritionnel. (100 ; 100)	MD (100 ; 100 ; 100) Nutrition (n/a ; 100 ; n/a) Inf (66,7 ; 77,8 ; 81,8) Pharma (80 ; 28,6 ; 54,5)	Communication (100 ; 100) Équipe (90,9 ; 90,9) Rôle (72,7 ; 72,7 ; Pharma et inf 100) Leader (63,6 ; 63,6 ; pharma et inf 100)	<p><u>Connaissances</u></p> <p>Comprendre les stratégies de traitement nutritionnel et leurs indications (normes d'équipe).</p> <p><u>Aptitudes</u></p> <p>Déterminer les besoins nutritionnels (évaluation de problèmes).</p> <p>Implémenter un traitement nutritionnel approprié (maintien de la procédure).</p> <p>Gérer et assurer le suivi de traitement nutritionnel (maintien de la procédure).</p> <p><u>Attitudes</u></p> <p>Reconnaître l'importance d'un support nutritionnel précoce (vision partagée).</p> <p>Encourager la sélection judicieuse de patients pour une nutrition parentérale (vision partagée).</p> <p>Accroître le sentiment de responsabilisation envers les décisions nutritionnelles (cohésion d'équipe).</p> <p>Mettre l'accent sur la communication pour promouvoir le travail d'équipe (importance du travail d'équipe).</p>
	INTERVENTION (76 ; 19)	Faciliter la détection et le traitement précoce de détériorations cliniques/complications chez les patients hospitalisés en	Inf (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 92,9 ; 94,7)	Équipe (100 ; 100) Communication (86,7 ; 89,5) Leader (86,7 ; 89,5) Rôle (80 ; 78,9)	<p><u>Connaissances</u></p> <p>Encourager l'utilisation plus courante de breffage et débrefage (modèle partagé de tâche).</p> <p><u>Aptitudes</u></p> <p>Poser des questions en utilisant un langage critique approprié (communication).</p> <p>S'identifier lors de « l'entrée » dans un événement</p>

		déployant l'expertise des soins critiques dans les unités de soins non critiques. (100 ; 100)		SCPPC (46,7 ; 52,6 ; inf 100)	(coordination). Maintenir des assignations claires (leadership d'équipe). Assurer une discussion au temps opportun des préférences du patient en ce qui a trait au niveau de soins (prise de décision et coordination).
					<u>Attitude</u> Maintenir une culture de communication ouverte pour communiquer ses préoccupations (confiance mutuelle). Renforcer la culture de sécurité (vision partagée et confiance mutuelle).
CRISES (84 ; 21)	<u>Intervenir</u> dans des situations de crises <u>sur l'unité de soins intensifs.</u> (90 ; 90,5)	Intervenir rapidement de manière coordonnée auprès des patients qui se détériorent selon les lignes directrices incluant, mais non limité, à la gestion du choc, de l'insuffisance respiratoire, des urgences neurologiques, métaboliques et médicales. (95 ; 95,2)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 92,9 ; 95,2) Pharma (100 ; 37,5 ; 52,4)	Leader (95 ; 90,5) Communication (90 ; 90,5) Équipe (85 ; 85,7) Rôle (80 ; 76,2) SCPPC (65 ; 66,7 ; inf 100 ; pharma 80)	<u>Connaissances</u> Adhérer aux guides de pratiques thérapeutiques clairs basés sur des évidences (modèle précis de tâche). Comprendre le rôle de chaque membre de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème). Comprendre les principes de travail d'équipe (aptitudes de travail d'équipe). Encourager l'utilisation plus courante de breffage et débrefage (modèle partagé de tâche). S'assurer de l'expérience et du confort dans toutes les stratégies de réanimation disponibles dans l'institution (mission d'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).
					<u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et suivre leur performance (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Réaliser une intervention de réanimation en accord avec la pathologie de base et les guides de pratique basés sur les évidences (coordination et prise de décision). Maintenir des assignations claires tout en assurant la

					<p>priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Prendre en charge une équipe et les distractions (leadership d'équipe).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). S'assurer de la confiance et du respect de l'expertise de chacun (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>
TRAUMA (88 ; 22)	Assurer la réanimation d'un patient polytraumatisé. (100 ; 100)	Assurer le traitement initial et la réanimation d'un patient polytraumatisé. (100 ; 100)	MD (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 100 ; 100) Inf (100 ; 94,7 ; 95,5) PAB (100 ; 65 ; 68,2) Pharma (100 ; 29,4 ; 45,5)	Équipe (100 ; 100) Communication (95,5 ; 95,5) Leader (95,5 ; 95,5) Rôle (68,2 ; 68,2 ; 100 PAB ; pharma 80) SCPPC (63.6 ; 63.6 ; pharma 80)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les guides de pratique et les procédures (mission et normes d'équipe). Comprendre le rôle des membres de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème).</p>
					<p><u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et s'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes).</p> <p><u>Attitudes</u></p>

					Encourager l'opinion de tous les membres de l'équipe (orientation collective). S'assurer de la confiance entre tous les membres de l'équipe (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif).
ARRÊT (88 ; 22)	Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire. (100 ; 100)	Assurer la RCR conformément aux lignes directrices de l'ACLS. (100 ; 100)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 100 ; 100) PAB (100 ; 80 ; 81,8) Pharma (100 ; 23,5 ; 40,9)	Leader (100 ; 100) Communication (95,5 ; 95,5) Équipe (95,5 ; 95,5) Rôle (86,4 ; 86,4) SCPPC (59,1 ; 59,1 ; 100 PAB ; pharma 80)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre le rôle de chaque professionnel de la santé dans la délivrance de l'ACLS (modèle précis de rôle). Comprendre les principes de l'ACLS (modèle précis de tâche).</p> <p><u>Aptitudes</u> Amorcer et délivrer de l'ACLS de haute qualité (suivi de performance). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes). S'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (comportement de sécurité). Communiquer clairement et de manière concise avec une communication en boucle fermée (communication). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Prioriser et déléguer les tâches de manière appropriée (leadership d'équipe). Résoudre immédiatement les conflits potentiels (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective).</p>

* Les *modifications* effectuées en fonction des commentaires des experts ont été surlignées et mises en italique. Communication : Communication interprofessionnelle ; Conflits : Résolution de conflits interprofessionnels ; Équipe : Travail d'équipe ; Inf : Infirmière ; Inh : Inhalothérapeute ; Leader : Leadership collaboratif ; MD : Médecin ; Nutrition : Nutritionniste ; PAB : Préposé aux bénéficiaires ; Pharma : Pharmacien ; PT : Physiothérapeute ; Rôle : Clarification des rôles ; SCPPC : Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté.

Tableau 21 - Consensus des activités interprofessionnelles du questionnaire 1b

Code (% participants inclus ; n)	Titre participants inclus ; participants totaux) (%)	Description (% participants inclus ; % participants totaux)	Participants* (% propre profession ; % autre profession ; % total)	Compétences* (% participants inclus ; % participants totaux)	Connaissances, aptitudes et attitudes
DÉBRIEFING (100 ; 25)	Tenir une rencontre de <u>débriefage</u> à la suite d'une situation <u>d'urgence ou de conflits</u> . (88 ; 88)	Échanger de manière structurée et brève à la suite d'une situation <u>d'urgence, ou toute situation conflictuelle ayant un impact sur les soins du patient et/ou du fonctionnement de l'équipe</u> , afin d'améliorer le fonctionnement <u>et la coordination</u> de l'équipe, sécuriser la prise en charge des patients, soutenir la culture de sécurité <u>et assurer un support psychologique aux membres de l'équipe</u> . (88 ; 88)	MD (100 ; 95,2 ; 96) Inf (100 ; 95 ; 96) Inh (100 ; 95 ; 96) PAB (100 ; 87 ; 88) Pharma (100 ; 31,6 ; 48) PT (100 ; 13,6 ; 24)	Communication (100 ; 100) Team (88 ; 88) Conflits (72 ; 72 ; MD 100 ; pharma 83.3 ; inf 80) Rôle (76 ; 76 ; pharma 100 % ; inf et inh 80) Leader (64 ; 64 ; pharma 100 %) SCPPC (52 ; 52 ; pharma 83.3)	<u>Connaissances</u> Encourager l'utilisation plus courante de briefage et débriefage (modèle partagé de tâche). <u>Aptitudes</u> Résoudre immédiatement les conflits potentiels (relations interpersonnelles). Adresser les sentiments, les pensées et les réponses face à l'événement (relations interpersonnelles). Identifier les zones potentielles d'amélioration (suivi de performance). Poser des questions en utilisant un langage approprié (communication). <u>Attitudes</u> Encourager l'avis de tous les membres de l'équipe (orientation collective). Reconnaître la valeur de tous les membres de l'équipe (confiance mutuelle). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir une culture de sécurité et d'ouverture (vision partagée).
INDICENT (92 ; 23)	Déclarer, identifier et traiter les conséquences d'un événement indésirable. (100 ; 100)	Devant la survenue d'un événement indésirable (incident, accident, complication, réaction indésirable, etc.), déclarer, identifier et traiter les conséquences de cet événement, <u>tout</u>	MD (100 ; 94,7 ; 95,7) Inf (100 ; 94,4 ; 95,7) Inh (100 ; 83,3 ; 87) Pharma (100 ; 58,8 ; 69,6)	SCPPC (87 ; 87) Communication (82,6 ; 82,6) Équipe (56,5 ; 56,5 ; pharma, PAB et PT 100) Rôle (39.1 ; 39.1 ; pharma 83.3)	<u>Connaissances</u> Encourager l'utilisation plus répandue de rapports d'incident/accident (modèle partagé de tâche). <u>Aptitudes</u> Identifier des zones d'amélioration potentielles et <u>planifier pour de futurs événements</u> (suivi de performance). Documenter l'événement en utilisant un langage approprié (communication).

		<u>en mettant en place des mesures préventives pour éviter une récurrence.</u> (95,7 ; 95,7)	PAB (50 ; 80,1 ; 78,3) PT (66,7 ; 52,4 ; 56,5)	Leader (39,1 ; 39,1 ; inf 80)	<u>Attitudes</u> Encourager l'avis de tous les membres de l'équipe (orientation collective). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir une culture de sécurité et d'ouverture (vision partagée).
MÉDICAMENT (64 ; 16)	Effectuer la réconciliation médicamenteuse. (100 ; 100)	Détecter et résoudre les divergences dans les traitements prescrits à l'admission, au transfert et au congé du patient. (100 ; 100)	MD (100 ; 100 ; 100) Pharma (100 ; 100 ; 100) Inh (80 ; 25 ; 43,8) Inf (40 ; 78,6 ; 81,3)	Communication (75 ; 75 ; inf et inh 100) SCPPC (68,8 ; 68,8 ; RN 100 ; pharma 83.3) Leader (37,5 ; 37,5 ; inf 100)	<u>Connaissances</u> Comprendre l'importance de la réconciliation médicamenteuse (modèle précis du problème et orientation d'équipe).
					<u>Aptitudes</u> Identifier des zones d'amélioration potentielles (suivi de performance). Documenter les changements de médicaments (communication).
					<u>Attitudes</u> Encourager l'avis de tous les membres de l'équipe (orientation collective). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). Promouvoir une culture de sécurité (vision partagée).
TRANSFUSION (48 ; 12)	Exécuter un protocole de transfusion massive. (100 ; 100)	Assurer l'exécution d'un protocole de transfusion massive de manière efficace et sécuritaire. (100 ; 100)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) PAB (50 ; 63,6 ; 66,7)	Communication (90 ; 91,7) Rôle (80 ; 83,3) Équipe (80 ; 83 ; 3) Leader (70 ; 75 ; 100 PAB ; inf 80)	<u>Connaissances</u> Adhérer à des traitements basés sur des évidences et des lignes de pratiques (modèle précis de tâche). Comprendre le rôle de chaque membre de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème). Comprendre les principes du travail d'équipe (aptitudes du travail d'équipe). S'assurer du confort et de l'expérience des membres de l'équipe avec le protocole de transfusion massif (mission d'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).

					<p><u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et suivre leur performance (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Réaliser un protocole de transfusion massive en accord avec les guides de pratique basés sur les évidences (coordination et prise de décision). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Prendre en charge une équipe et les distractions (leadership d'équipe).</p> <p><u>Attitudes</u> Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). S'assurer de la confiance et du respect de l'expertise de chacun (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>
VENTILATION (68 ; 17)	Prendre en charge les patients sous ventilation mécanique. (100 ; 100)	Prise en charge de la ventilation mécanique (endotrachéale et via une trachéotomie) en fonction de l'évolution des patients incluant, mais non limité, aux ajustements quotidiens des paramètres	MD (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 100 ; 100) Inf (100 ; 91,7 ; 94,1)	Équipe (92,2 ; 94,1) Communication (85,7 ; 88,2) Rôle (64,3 ; 64,7 ; inf 100) SCPPC (71,4 ; 76,5 ; inh 80)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les pratiques basées sur des évidences dans la prise en charge de l'extubation et la décannulation (normes d'équipe). Formaliser les attentes, les rôles et la responsabilité de chacun de professionnels de la santé (modèle précis du problème). Établir la candidature pour une évaluation de la dysphagie (associations de repères stratégiques).</p>

		ventilatoires, au nettoyage des voies aériennes (bronchoscopie, aspiration), au sevrage ventilatoire et à l'extubation/décannulation. (85,7 ; 82,4)		Leader (42,9 ; 52,9 ; inf 80)	<p><u>Aptitudes</u> Communiquer à l'équipe, le patient et les membres de la famille l'importance des données liées à l'évaluation du sevrage ventilatoire (conscience situationnelle partagée). Considérer l'opinion et l'expérience de membres de l'équipe (prise de décision). Identifier et communiquer la rationnelle et le plan de sevrage ventilatoire aux autres membres de l'équipe (conscience situationnelle partagée et prise de décision). Appliquer un protocole d'arrêt de sédation et évaluer sa tolérance lorsque possible (coordination et conscience situationnelle partagée). Amorcer une évaluation de la dysphagie (prise de décision).</p> <p><u>Attitudes</u> Reconnaître la valeur de tous les membres de la famille (confiance mutuelle). Responsabiliser chaque professionnel dans la pratique de son rôle et promouvoir leur autonomie (confiance mutuelle et efficacité collective).</p>
AÉRIENNES (56 ; 14)	Prendre en charge les voies aériennes d'un patient. (100 ; 100)	Préparation et exécution d'une sécurisation, urgente ou élective, des voies aériennes, incluant, mais non limité à, l'intubation, la cricothyroïdotomie, la <u>bronchoscopie</u> et la trachéotomie au chevet. (92,9 ; 92,9)	MD (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 100 ; 100) Inf (100 ; 77,8 ; 85,7)	Communication (85,7 ; 85,7) Rôle (85,7 ; 85,7) Équipe (85,7 ; 85,7)	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les pratiques basées sur des évidences dans la gestion des voies aériennes (normes d'équipe). Comprendre le rôle décisionnel de chaque membre de l'équipe (modèle précis du problème). Comprendre les principes du travail d'équipe (aptitudes du travail d'équipe). S'assurer de l'expérience et du confort de chaque membre de l'équipe dans les stratégies de gestion des voies aériennes (mission d'équipe et caractéristiques spécifiques à la tâche des coéquipiers).</p> <p><u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication).</p>

					<p>Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et suivre leur performance (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Réaliser une intervention de réanimation en accord avec la pathologie de base et les guides de pratique basés sur les évidences (coordination et prise de décision).</p> <p>Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Prendre en charge une équipe et les distractions (leadership d'équipe).</p> <p><u>Attitude</u></p> <p>Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer, surtout en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective). S'assurer de la confiance et du respect de l'expertise de chacun (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif). Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle).</p>
VENTRAL (64 ; 16)	Positionner en décubitus ventral les patients ventilés mécaniquement. (100 ; 100)	Procéder à l'installation du patient ventilé mécaniquement en décubitus ventral, effectuer les interventions liées au positionnement (mobilisation régulière) et procéder au retour en décubitus dorsal. (100 ; 100)	MD (100 ; 100 ; 100) Inf (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 100 ; 100) PAB (100 ; 100 ; 100)	Équipe (100 ; 100) Communication (93,8 ; 93,8) Rôle (81,3 ; 81,3) Leader (56,3 ; 56,3 ; inf 80)	<p><u>Connaissances</u></p> <p>Décrire les indications pour la position ventrale (orientation d'équipe). Comprendre les exigences minimales requises pour une mobilisation sécuritaire (modèle précis de tâche et association de repères stratégiques).</p> <p><u>Aptitudes</u></p> <p>Fixer des objectifs individualisés au patient pour la position ventrale (prise de décision). Identifier des barrières à la réadaptation (évaluation de problèmes). Coordonner la mobilisation de patients (coordination). Assurer la revue quotidienne de sécurité pour la position ventrale (suivi de performance).</p>

					<u>Attitude</u> Valoriser le rôle de chaque professionnel dans la position ventrale de patients (confiance mutuelle).
TOURNÉES (84 ; 21)	Collaborer aux tournées interprofessionnelles quotidiennes. (100 ; 100)	Réviser les problèmes, l'évolution clinique, le plan thérapeutique et les objectifs quotidiens de chaque patient. (100 ; 100)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Pharma (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 87,5 ; 90,5) Nutrition (n/a ; 81 ; n/a)	Communication (95 ; 95,2) Équipe (90 ; 90,5) SCPPC (80 ; 76,2) Leader (75 ; 71,4 ; pharma et inf 100) Rôle (70 ; 66,7 ; pharma et inf 100)	<u>Connaissances</u> Comprendre l'importance du plan de soins en utilisant une approche systématique (modèle précis du problème et orientation de l'équipe). Identifier les problèmes principaux, les problématiques et les complications potentielles (modèle précis du problème et orientation de l'équipe). Comprendre les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe (modèle précis du problème).
					<u>Aptitudes</u> Promouvoir une communication ouverte et un échange d'information au temps opportun (communication, relations interpersonnelles). Utiliser une approche systématique centrée sur le problème pour cibler les domaines pertinents et formuler des objectifs de soins (conscience situationnelle partagée). Fournir à chaque membre de l'équipe un plan de travail clair pour atteindre les objectifs de soins quotidiens (conscience situationnelle partagée). Communiquer les priorités (coordination). Rencontrer les objectifs quotidiens ou documenter les raisons derrière leur manquement (rétroaction). Identifier et corriger des erreurs potentielles par d'autres membres de l'équipe (comportement de sécurité et suivi mutuel de performance). Résoudre des désaccords de manière appropriée (relations interpersonnelles)
					<u>Attitudes</u> Encourager les membres de l'équipe à poser des questions sur le plan de soins, donner leur avis et verbaliser lorsqu'un risque est identifié (cohésion d'équipe, confiance mutuelle et direction collective). Assurer la confiance et le respect de tous les membres de l'équipe (cohésion d'équipe).

					Encourager l'implication active des patients/familles dans les tournées quotidiennes (cohésion d'équipe et direction collective). Promouvoir une culture de guérison (vision partagée). Promouvoir le travail d'équipe (direction collective).
RÉUNION (84; 21)	Collaborer aux réunions interprofessionnelles <u>régulières des cas complexes</u> . (90 ; 90,5)	Déterminer <u>et faire le suivi</u> d'un plan thérapeutique interprofessionnel centré sur les besoins biopsychosociaux et le pronostic <u>des patients complexes, basé sur une évaluation complète et une discussion des considérations éthiques</u> . (95 ; 95,2)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Pharma (83,3 ; 75 ; 81) PT (100 ; 55,6 ; 61,9) Inh (60 ; 61,1 ; 66,7)	Communication (100 ; 100) SCPPC (90 ; 85,7) Leader (90 ; 85,7) Équipe (75 ; 76,2 ; pharma, inh et PT 100) Rôle (45 ; 47.6 ; pharma 80)	<u>Connaissances</u> Identifier les problèmes pertinents et leur plan de gestion (modèle précis du problème). <u>Aptitudes</u> Discuter et s'entendre sur des objectifs de soins partagés et comment les implémenter (prise de décision et coordination). S'entendre sur les critères pour juger de la réussite ou de l'échec du plan de soins (planification). <u>Attitudes</u> Veiller à la contribution de tous les professionnels de la santé dans la prise en charge des patients (direction collective et l'importance du travail d'équipe).
CALS (84; 21)	Prendre en charge un arrêt cardiorespiratoire dans le contexte postopératoire de chirurgie cardiothoracique. (100 ; 100)	Assurer la RCR conformément aux lignes directrices du Cardiac Surgery Advanced Life Support (CALS). (100 ; 100)	Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) PAB (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 93,8 ; 95,2) Pharma (83,3 ; 6,3 ; 28,6)	Équipe (100 ; 100) Communication (90,5 ; 90,5) Rôle (90,5 ; 90,5) Leader (91 ; 81)	<u>Connaissances</u> Comprendre le rôle de chaque professionnel de la santé dans la délivrance du CALS (modèle précis de rôle). Comprendre les principes du CALS (modèle précis de tâche). <u>Aptitudes</u> Amorcer et délivrer du CALS de haute qualité (suivi de performance). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes). S'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (comportement de sécurité). Communiquer clairement et de manière concise avec une communication en boucle fermée (communication). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe).

					<p>Prioriser et déléguer les tâches de manière appropriée (leadership d'équipe). Résoudre immédiatement les conflits potentiels (relations interpersonnelles).</p> <p><u>Attitudes</u> Faire face à des situations stressantes, complexes et demandant (confiance mutuelle). Encourager les membres de l'équipe à s'exprimer en cas d'identification de danger potentiel (confiance mutuelle et orientation collective).</p>
ECMO (72 ; 18)	Prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle. (100 ; 100)	Initier et prendre en charge un patient sous oxygénation par membrane extracorporelle, incluant son sevrage et la gestion de la ventilation mécanique. (100 ; 100)	<p>Inf (100 ; 100 ; 100) MD (100 ; 100 ; 100) Inh (100 ; 100 ; 100)</p>	<p>Équipe (100 ; 100) Communication (92,9 ; 94,4) Rôle (64,3 ; 66,7 ; inf 100 ; inh 80 %) SCPPC (64,3 ; 61,1 ; inf 80)</p>	<p><u>Connaissances</u> Comprendre les guides de pratique et les procédures (mission et normes d'équipe). Comprendre le rôle des membres de l'équipe dans la prise de décision (modèle précis du problème).</p>
					<p><u>Aptitudes</u> Transmettre en temps opportun de manière claire, pertinente et précise l'information importante aux autres membres de l'équipe en utilisant une communication verbale et non verbale en boucle fermée (communication). Rester conscient des activités des autres membres de l'équipe et s'inciter mutuellement à prendre en charge certains indicateurs cliniques (conscience partagée de la situation et comportement de sécurité). Adapter ses aptitudes de leadership en fonction de la situation et de la composition de l'équipe (leadership d'équipe). Maintenir des assignations claires tout en assurant la priorisation, la rapidité et la disponibilité des ressources (leadership d'équipe et coordination). Considérer des alternatives lors d'une crise tout en réévaluant continuellement la situation et en anticipant des événements probables (évaluation et résolution de problèmes).</p>

					<u>Attitudes</u> Encourager l'opinion de tous les membres de l'équipe (orientation collective). S'assurer de la confiance entre tous les membres de l'équipe (confiance mutuelle). S'assurer du confort des membres de l'équipe avec leurs tâches attribuées (efficacité et pouvoir collectif).
--	--	--	--	--	--

* Les *modifications* effectuées en fonction des commentaires des experts ont été surlignées et mises en italique. Communication : Communication interprofessionnelle ; Conflits : Résolution de conflits interprofessionnels ; Équipe : Travail d'équipe ; Inf : Infirmière ; Inh : Inhalothérapeute ; Leader : Leadership collaboratif ; MD : Médecin ; Nutrition : Nutritionniste ; PAB : Préposé aux bénéficiaires ; Pharma : Pharmacie ; PT : Physiothérapeute ; Rôle : Clarification des rôles ; SCPPC : Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté.

