




Conseil ontarien  
de la qualité de  
l'enseignement supérieur

*Un organisme du gouvernement de l'Ontario*



## Enseignement clinique de compétences en évaluation interprofessionnelle du développement de l'enfant auprès de groupes nombreux

Teresa Carter, Eileen Hanna et  
Marilyn Swinton, Université McMaster

Publié par le

## Conseil ontarien de la qualité de l'enseignement supérieur

1, rue Yonge, bureau 2402  
Toronto (Ontario) CANADA M5E 1E5

Téléphone : 416-212-3893  
Télécopieur : 416-212-3899  
Site Web : [www.heqco.ca](http://www.heqco.ca)  
Courriel : [info@heqco.ca](mailto:info@heqco.ca)

### Citer ce document comme suit :

Carter, T., Hanna, E., Swinton, M. (2014). *Enseignement clinique de compétences en évaluation interprofessionnelle du développement de l'enfant auprès de groupes nombreux*. Toronto : Conseil ontarien de la qualité de l'enseignement supérieur.

## Table des matières

Sommaire .....	4
Contexte.....	4
Questions et hypothèses de recherche .....	4
Méthodes employées.....	5
Analyse .....	5
Constatations .....	6
Conclusion .....	6
Introduction.....	8
Analyse documentaire.....	8
Collaboration interprofessionnelle .....	8
Formation interprofessionnelle (FI).....	9
Défis associés à la FI auprès de groupes nombreux .....	9
FI fondée sur l'apprentissage par la résolution de problèmes (ARP).....	10
Étude pilote .....	11
Ateliers .....	11
Méthodologie.....	12
Recrutement et échantillon .....	12
Méthode qualitative et justification.....	12
Collecte des données .....	13
Taille de l'échantillon .....	13
Analyse des données .....	14
Rigueur .....	14
Constatations .....	14
<i>Apprentissage des étudiants concernant le travail d'une équipe interprofessionnelle</i> .....	15
Comportements favorisant le travail d'équipe efficace – Communication, collaboration et respect .....	16
Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles, les professionnels et le système de soins de santé.....	19
Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles, les professionnels et le système de soins de santé.....	22
Évaluation des ateliers .....	25
Aspects des ateliers ayant contribué à l'apprentissage.....	26
Suggestions pour améliorer l'expérience d'apprentissage .....	31
Perceptions des étudiants du transfert des connaissances dans la pratique.....	34
Discussion .....	35

Implications pour la recherche et la pratique .....	35
Forces .....	38
Limites.....	39
Conclusion.....	39
Recommandations .....	40
Bibliographie .....	41

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Ventilation de l'échantillon par programme professionnel .....	13
Tableau 2 : Données à l'appui du sous-thème : Communication .....	17
Tableau 3 : Données à l'appui du sous-thème : Collaboration .....	18
Tableau 4 : Données à l'appui du sous-thème : Respect .....	18
Tableau 5 : Données à l'appui du sous-thème : Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles.....	19
Tableau 6 : Données à l'appui du sous-thème : Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels.....	21
Tableau 7 : Données à l'appui du sous-thème : Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé .....	22
Tableau 8 : Données à l'appui du sous-thème : Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles.....	23
Tableau 9 : Données à l'appui du sous-thème : Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels.....	24
Tableau 10 : Données à l'appui du sous-thème : Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé .....	25
Tableau 11 : Données à l'appui du sous-thème : Orientation et animation – Étudiants ayant participé aux ateliers de FI animés.....	27
Tableau 12 : Données à l'appui du sous-thème : Orientation et animation – Étudiants ayant participé aux ateliers de FI non animés.....	28
Tableau 13 : Données à l'appui du sous-thème : Groupe de discussion faisant suite à l'atelier .....	28
Tableau 14 : Données à l'appui du sous-thème : Exemple positif d'une équipe interprofessionnelle, utilisation de vidéos et recours à de vraies personnes .....	29
Tableau 15 : Données à l'appui du sous-thème : Discussion en petits groupes au début de l'atelier .....	31
Tableau 16 : Données à l'appui de la recommandation : Ajouter plus de détails à l'introduction .....	32
Tableau 17 : Données à l'appui de la recommandation : Offrir plus d'occasions d'interaction aux étudiants pendant l'atelier.....	32
Tableau 18 : Données à l'appui de la recommandation : Inclure une évaluation dans un différent milieu .....	33
Tableau 19 : Données à l'appui du sous-thème : Perceptions des étudiants concernant le transfert des connaissances dans la pratique .....	34

## Liste des figures

Figure 1 : Principaux thèmes dégagés de l'analyse des données.....	15
Figure 2 : Thèmes de l'apprentissage des étudiants au sujet du travail d'une équipe interprofessionnelle ....	16
Figure 3 : Principaux thèmes de l'évaluation des ateliers.....	26

# Sommaire

## Contexte

Les percées continues dans les soins de santé et les technologies contribuent à accroître l'espérance de vie (Institute of Medicine [IOM], 2001). Pourtant, un inconvénient majeur est que les problèmes de santé chroniques constituent les principales causes de maladie, d'invalidité et de mortalité. À l'échelle mondiale, de nombreux établissements de santé reconnaissent les avantages que présente la collaboration de professionnels venant de différentes professions de la santé à la prestation de soins interprofessionnels, ce qui constitue le moyen le plus efficace et efficient de répondre aux besoins chroniques ou complexes des patients (Russell et coll., 2009). Notre projet s'est attardé aux besoins des enfants ayant des déficiences de développement, surtout le syndrome de Down et l'autisme. Ces deux états chroniques bénéficient de la collaboration d'équipes de professionnels de la santé prodiguant des soins intégrés et efficaces aux familles. Bien qu'il existe une vaste expertise clinique dans ces spécialités, on ne peut former, dans un milieu pédiatrique occupé, des groupes nombreux d'étudiants de premier cycle en sciences de la santé pour offrir des soins interprofessionnels ou s'attendre d'un enfant de deux ans qu'il simule le comportement d'un patient. Dans le présent rapport de recherche, nous examinons la faisabilité d'enseigner en milieu pédiatrique des groupes nombreux d'étudiants en sciences de la santé d'un programme interprofessionnel et d'évaluer leur compréhension du fonctionnement des équipes interprofessionnelles. Notre étude a comparé une série de vidéos animées et non animées montrant une équipe pédiatrique interprofessionnelle efficace pendant l'évaluation d'un enfant atteint du syndrome de Down et d'un enfant autiste.

## Questions et hypothèses de recherche

Il y a cinq ans, nous avons entrepris une étude pilote pour évaluer les perceptions de petits groupes d'étudiants en sciences de la santé concernant le fonctionnement d'une équipe interprofessionnelle dans une clinique réelle d'évaluation neurodéveloppementale en utilisant des vidéos des rencontres. Nous avons constaté que dans les deux groupes, les étudiants semblaient réceptifs à discuter de leurs expériences avec un animateur qui connaissait bien le fonctionnement des équipes interprofessionnelles et les interventions cliniques. Ces constatations ont servi à éclairer la présente étude, qui visait à répondre aux questions de recherche suivantes :

- a) Peut-on enseigner les composantes clés de la pratique interprofessionnelle aux étudiants en sciences de la santé dans une classe nombreuse?
- b) Dans l'apprentissage de l'évaluation d'enfants atteints du syndrome de Down et d'autisme dans un contexte de pratique interprofessionnelle, quelle est l'efficacité de l'évaluation de la formation interprofessionnelle (FI) dans une vidéo animée comparativement à l'évaluation dans une vidéo non animée?

D'après l'expérience dans l'étude pilote, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- a) Il est possible d'enseigner les composantes clés de la pratique interprofessionnelle aux étudiants en sciences de la santé dans une classe nombreuse.
- b) Dans l'apprentissage de l'évaluation d'enfants atteints du syndrome de Down et d'autisme dans un contexte de pratique interprofessionnelle, l'évaluation de la FI dans une vidéo animée est plus efficace que l'évaluation dans une vidéo non animée.

## Méthodes employées

Les étudiants participant à notre étude ont été recrutés dans cinq programmes de sciences de la santé de premier cycle de l'Université McMaster : la médecine, les sciences infirmières, les sciences de réadaptation, la formation des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Chaque programme a reçu des annonces électroniques de recrutement, et on a invité les étudiants participants à suggérer à leurs camarades de classe d'assister à la séance. L'étude a reposé sur une méthode de recherche descriptive qualitative, que Sandelowski (2000) a décrite comme « particulièrement adéquate pour obtenir des réponses claires et essentiellement ouvertes aux questions surtout pertinentes pour les praticiens et les décideurs » (p. 337). Notre équipe de recherche interprofessionnelle comptait des spécialistes de la pédiatrie neurodéveloppementale, de l'enseignement interprofessionnel et des méthodes de recherche qualitatives. Notre intention était d'interpréter et d'analyser de manière appropriée et holistique les nombreux points de vue sur les données.

Au total, 129 étudiants ont assisté aux ateliers : 55 étudiants à 3 ateliers de FI animés et 74 étudiants à 5 ateliers de FI non animés. Le matériel de recrutement ne précisait pas les deux différents genres d'ateliers et les étudiants se sont inscrits à un atelier en fonction de leur horaire. Après la signature d'un formulaire de consentement éclairé, les ateliers animés et non animés ont eu lieu; les étudiants à chaque table se sont présentés et ont indiqué le champ d'exercice de leur discipline. Dans tous les ateliers, les étudiants ont visionné de courtes vidéos d'une équipe interprofessionnelle réelle évaluant un enfant atteint du syndrome de Down et un enfant autiste. Des questions et une discussion sur les conditions cliniques ont eu lieu pendant la projection des vidéos. Seulement dans les groupes animés s'est tenue une discussion ouverte sur le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.

Après les séances officielles, des groupes de discussion ont été formés avec tous les étudiants et ont été animés par des animateurs expérimentés. Après les présentations et une explication du processus dans un groupe de discussion, les étudiants ont répondu à des questions semi-structurées pour les orienter sur les aspects à discuter et leur donner l'occasion d'explorer des questions que l'équipe de recherche n'avait peut-être pas envisagées. Sandelowski (2000) a recommandé de tenir des groupes de discussion dans le cadre d'études qualitatives descriptives, car ils permettent de recueillir une vaste gamme de renseignements sur les expériences des participants. La discussion interactive dans les groupes a donné l'occasion non seulement d'approfondir ce que les étudiants avaient appris au sujet du travail d'une équipe interprofessionnelle, mais aussi de recueillir des commentaires sur chaque atelier.

## Analyse

Les données provenant des groupes de discussion semi-structurés ont été transcrites mot à mot et analysées en utilisant une méthode classique d'analyse qualitative de contenu. La structure de codage a été élaborée en employant des méthodes consensuelles fondées sur le codage indépendant des trois transcriptions, qui a été effectué par les membres de l'équipe de recherche et l'animateur du deuxième groupe de discussion. Pour valider la rigueur des codes élaborés, 4 des 12 transcriptions ont été codées par tous les membres de l'équipe de recherche.

Une fois les transcriptions codées, l'équipe de recherche s'est réunie pour organiser les codes en fonction de thèmes significatifs et pour examiner les liens possibles entre les thèmes. L'analyse a produit un résumé structuré et complet de l'apprentissage des étudiants dans les ateliers.

Le logiciel d'analyse qualitative NVivo (QSR International, Melbourne, Australie) a été utilisé pour gérer et analyser les données.

## Constatations

Les constatations ont appuyé nos hypothèses initiales relatives aux deux questions de recherche.

Premièrement, il est possible d'enseigner les composantes clés de la collaboration d'une équipe interprofessionnelle à des groupes nombreux d'étudiants en sciences de la santé. Pendant les ateliers, les groupes nombreux d'étudiants ont visionné des vidéos présentant une équipe efficace. Dans les groupes de discussion, les étudiants ont reconnu que l'équipe manifestait de nombreuses composantes clés de la collaboration efficace et du fonctionnement interprofessionnel dans un contexte de pratique réel. Les étudiants ont relevé les comportements favorisant le travail d'équipe efficace, notamment la communication, la collaboration et le respect entre les membres. Ils ont précisé que les exemples du fonctionnement efficace d'une équipe interprofessionnelle leur offraient des modèles positifs et leur permettaient de comprendre que le travail d'équipe efficace est le meilleur moyen de répondre aux besoins des enfants et de leur famille.

Outre la collaboration efficace de l'équipe observée dans les vidéos, les étudiants ont aussi constaté les avantages et les défis associés au travail d'une équipe interprofessionnelle pour les familles, les professionnels de la santé et le système des soins de santé relativement à l'évaluation et au traitement d'enfants atteints du syndrome de Down et d'autisme. Les avantages comprennent l'efficacité pour les familles, les occasions pour les professionnels d'apprendre les uns des autres et l'élimination de la redondance dans le système de soins de santé. Les défis relevés comprennent la surdose d'information possible pour les familles, la gestion des différends entre les professionnels, et les difficultés d'ordonnancement pour le système de soins de santé.

Alors que les étudiants dans les ateliers animés et non animés ont discuté de manière éclairée les composantes clés du travail d'une équipe interprofessionnelle, la FI animée a procuré une plus grande valeur aux étudiants. Dans les ateliers non animés, les étudiants ont reconnu d'emblée qu'ils auraient bénéficié d'une discussion avec un animateur sur la pratique interprofessionnelle et que les échanges dans les groupes de discussion étaient plus valables.

En plus de répondre à nos deux questions, l'une des principales constatations de la recherche est la valeur que les étudiants accordent aux discussions interactives sur le multiprofessionnalisme durant les ateliers de FI animés et les groupes de discussion. Les étudiants dans les ateliers animés et non animés ont reconnu la nécessité d'accorder plus de temps à la discussion interactive, surtout sur le fonctionnement des équipes interprofessionnelles, y compris la gestion des différends.

Les constatations révèlent la valeur que présente l'interaction en personne des étudiants dans une culture où l'apprentissage en ligne est plus fréquent et valident l'utilité de recourir à un animateur ayant une expertise interprofessionnelle en plus de connaissances cliniques. Les étudiants ont aussi indiqué qu'à l'encontre des simulations ou des patients fictifs, les exemples dans les vidéos étaient les plus utiles pour leur apprentissage, car ils voyaient des interactions réelles entre des patients et des professionnels de la santé.

## Conclusion

Les étudiants en sciences de la santé ont pu apprendre les composantes clés de la pratique interprofessionnelle dans une classe nombreuse. Ceux qui ont assisté aux deux types d'ateliers ont reconnu la valeur de la collaboration au sein d'une équipe, de la communication efficace et d'un environnement de travail respectueux. Ils ont cerné les avantages et les défis associés aux équipes interprofessionnelles pour les familles, les professionnels individuels et l'ensemble du système de santé. Ils ont aussi trouvé particulièrement bénéfiques, dans cette expérience, le temps d'interaction et l'apprentissage mutuel.



Nous n'avons relevé aucune différence dans l'apprentissage des étudiants concernant les composantes clés de la pratique interprofessionnelle entre les ateliers de FI animés et non animés. Toutefois, les étudiants qui ont assisté aux ateliers de FI non animés ont dit, sans qu'on leur demande, qu'ils auraient aimé avoir plus de discussions animées sur la pratique interprofessionnelle.

Les étudiants ayant participé aux ateliers non animés ont mentionné que le groupe de discussion était un élément clé pour leur FI. Ce n'était pas le cas des ateliers animés, ce qui peut révéler que l'animation propre au travail interprofessionnel ajoute à l'expérience des étudiants.

Ces constatations appuient également la suggestion d'utiliser la discussion comme stratégie d'enseignement pour faire participer les étudiants. Cette approche fait appel à un animateur qui guide la discussion de groupe pour engager le dialogue, afin de parvenir à une compréhension mutuelle et de convenir d'interventions futures (Goodin et Stein, 2008).

Cette modalité peut être facilement adaptée afin de présenter une vaste gamme de différents états médicaux, milieux et structures d'équipe. Une occasion de ce genre est importante pour l'enseignement portant sur de jeunes patients pédiatriques et d'autres disciplines cliniques, où les nombreux étudiants ont un accès limité aux placements cliniques ou à d'autres formes de contact direct avec les patients.

## Introduction

Les interventions auprès des familles dont les enfants ont des déficiences de développement nécessitent le travail d'équipe et une coordination minutieuse, où interviennent souvent de nombreux organismes, afin d'optimiser les soins et d'améliorer la prestation des services (Bell, Corfield, Davies et Richardson, 2010). On peut mettre à contribution la riche expérience clinique dans le travail d'équipes qualifiées du domaine spécialisé de la pédiatrie, bien qu'il soit difficile d'intégrer les étudiants à l'environnement clinique, car un petit nombre d'entre eux seulement peuvent avoir accès en même temps aux centres d'évaluation clinique occupés. Même si les rencontres cliniques simulées sont souvent utilisées à la fois dans l'enseignement et l'évaluation de l'apprentissage par les étudiants du traitement de problèmes de santé chez les adolescents ou les adultes, elles ne sont pas appropriées ou même possibles pour de jeunes enfants. Par exemple, il est impossible de former un enfant de deux ans pour qu'il simule le comportement d'un patient atteint du syndrome de Down afin de créer un cas de formation simulé, comme on peut le faire avec un adulte.

Notre recherche décrit l'évaluation d'une intervention visant à enseigner à des groupes nombreux d'étudiants en sciences de la santé d'un programme interprofessionnel au sujet d'enfants ayant des retards de développement ainsi que du fonctionnement d'équipes interprofessionnelles. Au moyen d'une série d'ateliers animés et non animés qui comprenaient des vidéos d'une équipe d'évaluation fonctionnelle, nous cherchions à répondre aux questions de recherche suivantes :

- a) Peut-on enseigner les composantes clés de la pratique interprofessionnelle aux étudiants en sciences de la santé dans une classe nombreuse?
- b) Dans l'apprentissage de l'évaluation d'enfants atteints du syndrome de Down et d'autisme dans un contexte de pratique interprofessionnelle, quelle est l'efficacité de l'évaluation dans une vidéo animée comparativement à l'évaluation dans une vidéo non animée?

## Analyse documentaire

### Collaboration interprofessionnelle

Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) (2010) définit la collaboration interprofessionnelle comme « un partenariat entre une équipe de prestataires de soins de santé et un client dans une démarche participative, collaborative et coordonnée afin de prendre des décisions communes au sujet de questions de santé et sociales » (p. 24). Le travail d'une équipe interprofessionnelle pour soutenir les patients ayant des problèmes chroniques est reconnu comme un élément clé des soins prodigués. La majorité des gouvernements et des autorités sanitaires ont reconnu que la collaboration interprofessionnelle dans les soins primaires au Canada constitue le développement le plus important pour soutenir les patients ayant des besoins chroniques ou complexes. Russell et ses collaborateurs (2009), dans leur évaluation des modèles de soins, ont conclu que le score élevé obtenu par les centres de santé communautaires (CSC) dans la gestion des maladies chroniques était en partie attribuable à la collaboration de l'équipe prodiguant les soins.

Les percées dans les technologies et les soins de santé ont contribué à hausser l'espérance de vie. Pourtant, les états chroniques constituent les principales causes de maladie et d'invalidité chez les enfants et les adultes. Un rapport de l'Institute of Medicine (IOM) (2001) a conclu que pour soutenir efficacement les patients ayant des troubles chroniques, il y avait lieu de suivre un processus collaboratif. Le rapport décrivait l'évolution requise dans le système de soins de santé pour répondre aux besoins changeants de ces patients. Aux dernières étapes de la mise en place d'un tel système, selon l'IOM, on a besoin de leadership, de formation et de perfectionnement des compétences afin d'assurer le caractère multidisciplinaire de la pratique

clinique. Des recommandations semblables ont été formulées à la suite de l'examen des soins pédiatriques au Royaume-Uni, où on a reconnu que le bien-être des enfants et des jeunes peut seulement être assuré dans une intervention multiprofessionnelle (Kennedy, 2010, p. 97).

## Formation interprofessionnelle (FI)

Sur son site Web, le Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) définit la FI comme deux professions ou plus apprenant les unes des autres pour améliorer leur collaboration et la qualité des soins (*Defining IFP*, 2002). Le besoin de collaboration accrue et de soins interprofessionnels a suscité une demande de FI. Pour répondre à ce besoin, les établissements d'enseignement supérieur doivent concevoir des occasions de FI pour leurs étudiants de premier cycle en sciences de la santé. Les avantages de l'enseignement interprofessionnel ont été décrits dans le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulé, *Apprendre ensemble pour œuvrer ensemble au service de la santé* (1988). Le rapport a mentionné des avantages comme l'échange en collaboration de connaissances et de compétences, le développement de respect et de compréhension mutuels, la promotion de la compréhension entre les établissements et les professions, et la coopération dans les institutions. Romanow (2002) a fait état du besoin d'adopter une approche de formation intégrée pour les professionnels de la santé, déclarant : « Le Conseil de la santé du Canada devrait examiner les programmes d'études et de formation existants et faire des recommandations aux provinces et territoires de façon que les programmes d'études soient davantage intégrés pour mieux préparer les professionnels de la santé » (p. 118).

Le besoin de focaliser les compétences cliniques, l'apprentissage par la résolution de problèmes (ARP) et la responsabilité de l'équipe envers les étudiants en médecine et en sciences infirmières a été largement documenté (Ross et Southgate, 2000). D'après Finch (2000), les étudiants en sciences de la santé doivent être conscients des rôles d'autres groupes professionnels et être capables de travailler avec les autres professionnels au sein d'une équipe et d'assumer les rôles habituellement exercés par ces derniers dans les situations où il est plus efficace de le faire. En outre, il faut favoriser, au début du processus d'enseignement, les attitudes positives et les liens entre les différents groupes professionnels. Rudland et Mires (2005) ont constaté que les étudiants en médecine avaient, au début de leurs études, une opinion défavorable au sujet des infirmières, mais ont été encouragés quand ces étudiants ont manifesté leur volonté à apprendre aux côtés d'étudiantes infirmières.

## Défis associés à la FI auprès de groupes nombreux

Hammick et collaborateurs (2007), dans un examen systématique fondé sur des données probantes de l'enseignement interprofessionnel, ont conclu qu'au niveau de préqualification, il fallait élaborer une FI qui pourrait être offerte à des groupes nombreux d'étudiants, car la majorité des programmes de FI actuels sont seulement offerts à de petits groupes.

Dans le domaine de la pédiatrie, Loutzenhiser et Hadjistavropoulos (2008) ont constaté que les étudiants inscrits à un programme de FI intensive en autisme ont amélioré leurs connaissances, leur compréhension et leur respect à l'égard d'autres professionnels de la santé. Toutefois, cinq étudiants seulement ont participé à l'étude et deux ont indiqué qu'ils ne poursuivraient pas ce genre de FI. On suppose que le volume de travail en clinique, en plus d'autres engagements, a dissuadé les étudiants de poursuivre le programme. Les auteurs ont recommandé une autre méthode d'enseignement pour les groupes nombreux.

Dans son examen des profils psychologiques et d'apprentissage d'étudiants de la génération actuelle, Twenge (2009) a fait savoir que ces derniers bénéficieraient d'un apprentissage structuré, quoiqu'interactif, comprenant des vidéos pour diversifier le matériel didactique. Dans le domaine des déficiences de développement, Iacono et collaborateurs (2011) ont utilisé des DVD pour enseigner aux étudiants l'infirmité motrice cérébrale (IMC) dans le cadre d'un exposé enregistré devant un groupe nombreux, suivi d'une

discussion dirigée. L'étude a révélé un changement des hypothèses, des attitudes à l'égard de la maladie et de la compréhension du rôle des équipes et du processus décisionnel.

Boyle et collaborateurs (2013) ont montré que les modules d'enseignement Web peuvent joindre un grand nombre d'étudiants et que le travail individuel peut modifier les attitudes. Cependant, le visionnement de vidéos dans ce domaine n'offre pas aux étudiants d'occasion d'interagir ni d'apprendre les uns des autres en temps réel. La discussion asynchrone donne lieu à une certaine interaction avec d'autres apprenants et les professeurs ainsi qu'à du temps de réflexion, mais les étudiants reconnaissent qu'elle nuit à des aspects importants de la conversation directe pour le travail d'équipe, tels que l'instantanéité, le contexte émotif et la communication non verbale (Miers et coll., 2007). Cette constatation est corroborée par Curran, Sharpe, Forristall et Flynn (2008), qui ont constaté la satisfaction accrue des étudiants à l'égard de l'apprentissage par cas en petits groupes, comparativement à la discussion asynchrone en ligne.

Les expériences cliniques traditionnelles comprennent le placement avec un autre professionnel pour apprendre un rôle, ou encore le travail avec un précepteur qui est membre d'une équipe. Price et coll. (2009) ont reconnu l'avantage de l'interaction en personne dans un contexte pédagogique en milieu de soins primaires. Dans les milieux cliniques traditionnels, l'apprentissage porte généralement sur les états pathologiques énoncés et la gestion des patients dans la perspective de la profession du précepteur. Les interactions avec les autres professionnels ont lieu simultanément et il n'y a pas d'apprentissage actif portant sur la façon dont l'équipe communique ou collabore (Price, 2009). Pinto et collaborateurs (2012) ont analysé des méthodes de rechange pour améliorer les expériences cliniques, notamment l'apprentissage structuré par tutorat, qui ont permis de renforcer la compréhension des rôles et la collaboration.

### FI fondée sur l'apprentissage par la résolution de problèmes (ARP)

Tous les programmes de sciences de la santé à l'Université McMaster utilisent l'ARP pour développer la pensée analytique et faciliter l'intégration des connaissances et des compétences en contexte clinique. L'ARP repose sur la théorie de l'apprentissage collaboratif en groupes et simule les interactions de la pratique clinique (Dolmans et coll., 2005).

De Leng et collaborateurs (2007) ont évalué l'utilisation de vidéos dans un contexte d'ARP pour enseigner le contenu clinique. Selon les étudiants, il est essentiel d'utiliser une approche structurée dans la discussion d'une vidéo sur un cas; ils croient qu'un précepteur a un rôle important à jour à cet égard. L'utilisation de vidéos a permis aux étudiants de visualiser une vaste gamme de troubles, y compris l'épilepsie et les douleurs thoraciques.

Pour atténuer les difficultés associées à la préparation des étudiants à la pratique pédiatrique, dans un contexte d'ARP, on a utilisé des vidéos montrant aux étudiants de jeunes enfants atteints d'hypotonie précoce (Lee, Jacobs et Kamin, 2006). La comparaison de l'ARP sur support papier et des vidéos pour enseigner la pratique pédiatrique à des résidents a révélé que les vidéos avaient stimulé davantage leurs facultés cognitives, et il a été proposé que cette approche est utile pour l'apprentissage interprofessionnel (Balslev et coll., 2005).

Des suggestions ont récemment été faites au sujet d'approches de FI dans le contexte de la réadaptation en mettant l'accent sur l'apprentissage au moyen de cas sur support papier et de vidéos (Schreiber et Goreczny, 2013). Ces expériences pour les étudiants de programmes d'études supérieures visent à les sensibiliser et à les préparer à la pratique future et contribuent à leur socialisation professionnelle (Freeth et coll., 2002). On a soutenu que l'apprentissage interprofessionnel non structuré était aussi important, au même titre que les occasions d'interaction sociale comme les pauses santé (Tipping, Donahue et Hannah, 2001).

## Étude pilote

Nous avons achevé une étude pilote pour évaluer une expérience interprofessionnelle en clinique conçue pour aider les étudiants en sciences de la santé à comprendre le fonctionnement d'une équipe collaborative. Nous avons fait appel à une équipe clinique interprofessionnelle expérimentée, qui a montré les rôles interprofessionnels auprès d'enfants ayant des déficiences et de leur famille. Nous avons formé des groupes d'étudiants de programmes interprofessionnels en médecine, sciences infirmières, physiothérapie et ergothérapie. Certains groupes ont observé sur place deux évaluations d'enfants de moins de six ans dans un centre de traitement pédiatrique en Ontario, et les autres groupes ont visionné les vidéos de ces évaluations avec un animateur.

Les groupes de discussion ont exploré les perceptions des étudiants concernant leur apprentissage du travail en collaboration et interprofessionnel. Il a été difficile de réunir les étudiants de différents programmes des sciences de la santé pour participer au placement clinique à cause du temps de déplacement à la clinique et des conflits d'horaire entre les programmes. Les évaluations avaient lieu pendant les heures de classe et il a été impossible de modifier le calendrier. L'étude pilote a révélé qu'il était plus facile pour les étudiants de participer à l'apprentissage en visionnant des vidéos sur campus, car elles ont été projetées à des moments plus accessibles, ce qui nous a incités à envisager des groupes nombreux sur campus.

Les étudiants ont posé beaucoup de questions sur les troubles pédiatriques qu'ils ont observés et le travail d'une équipe interprofessionnelle, et ont aimé avoir eu l'occasion de discuter de leurs observations directement avec un animateur. Nous avons alors voulu examiner l'impact d'un animateur se concentrant sur le fonctionnement d'une équipe et l'enseignement clinique, afin de déterminer s'il était possible de répondre aux besoins d'étudiants de divers de programmes de santé et de faire participer des groupes nombreux.

## Ateliers

Notre étude était fondée sur les problèmes captés par vidéo plutôt que sur l'ARP traditionnel sur support papier en petits groupes afin de permettre à de nombreux groupes d'étudiants de programmes interprofessionnels d'apprendre ensemble en observant des évaluations cliniques réelles effectuées par une équipe fonctionnelle, qui comptait quatre professionnels de la santé. Nous avons prévu du temps pour les échanges durant et après l'atelier ainsi qu'avant les groupes de discussion.

L'étude comportait des séquences vidéo de deux évaluations interprofessionnelles d'enfants ayant des troubles neurodéveloppementaux communs. Les évaluations ont été examinées et plusieurs séquences d'interactions interprofessionnelles ont été sélectionnées.

Un atelier d'apprentissage a été élaboré, où les étudiants étaient répartis en groupes interprofessionnels. Les animateurs leur ont présenté les objectifs de cours et les principaux concepts de la pratique interprofessionnelle. En petits groupes interprofessionnels, on a demandé aux étudiants d'échanger au sujet de leurs rôles et d'indiquer comment ces rôles pouvaient concerner l'évaluation d'enfants ayant des troubles de neurodéveloppement. Des vidéos ont été présentées à différents moments dans l'atelier ainsi que des diapositives montrant les troubles pédiatriques observés dans les séquences vidéo des évaluations.

Les ateliers étaient dirigés par un médecin spécialiste en pédiatrie clinique et une infirmière ayant une expertise en enseignement interprofessionnel. Deux différents ateliers ont été organisés :

- a) Atelier de FI animé – Atelier comprenant une discussion avec un animateur sur les troubles pédiatriques et sur le travail d'une équipe interprofessionnelle
- b) Atelier de FI non animé – Atelier comprenant une discussion avec un animateur sur les troubles pédiatriques, mais non sur le travail d'une équipe interprofessionnelle ou la pratique. Durant les ateliers, peu d'étudiants ont posé des questions sur la pratique interprofessionnelle. On a répondu à leurs questions, mais sans tenir de discussion dirigée sur la pratique interprofessionnelle.

Les mêmes vidéos et diapositives ont été utilisées dans les deux ateliers. La principale différence entre les groupes est qu'on a encouragé les étudiants de l'atelier de FI animé de partager leurs observations sur les interactions interprofessionnelles et les processus de l'équipe, et les animateurs leur ont posé des questions pour discuter de l'intention ou du but apparent d'interactions particulières des membres de l'équipe. L'évaluation ne s'est pas attardée à ce que les étudiants ont appris au sujet des troubles médicaux observés dans les vidéos et discutés aux ateliers.

Les ateliers de FI non animés ont été conçus pour simuler l'observation typique d'une équipe en milieu clinique, où l'enseignement focalise l'état pathologique et non le fonctionnement de l'équipe. Étant donné que les ateliers de FI non animés tiennent lieu de l'observation d'une équipe dans la pratique, nous avons comparé les expériences d'apprentissage des étudiants ayant assisté à ces ateliers avec celles des étudiants ayant participé aux ateliers de FI animés, afin de déterminer l'influence, s'il en est, de la discussion avec un animateur du travail d'une équipe interprofessionnelle sur l'expérience d'apprentissage.

## Méthodologie

### Recrutement et échantillon

Nous avons recruté des étudiants de premier cycle inscrits à plusieurs programmes de sciences de la santé par l'entremise de l'actuel Programme de pratique, d'enseignement et de recherche interprofessionnels (PIPER) de l'Université McMaster. Le PIPER entre en jeu dans tous les programmes de sciences de la santé de l'Université pour faciliter et offrir des expériences interprofessionnelles aux étudiants de ces programmes. Les responsables des programmes de santé ont reçu des annonces de recrutement électroniques afin d'établir un échantillon de commodité. Le seul critère de participation à l'un des ateliers était l'inscription à un programme professionnel de sciences de la santé à l'Université. Les étudiants de toutes les années d'études pouvaient participer. On a incité les étudiants participants à suggérer les séances à leurs camarades de classe, ce qui a fait boule de neige et grossi l'échantillon par rapport au nombre de participants aux ateliers précédents (Patton, 2002). Les étudiants ne pouvaient s'inscrire qu'à un atelier.

### Méthode qualitative et justification

La recherche a été effectuée dans une approche qualitative descriptive, dont le but était de fournir un résumé descriptif de la recherche organisée, de façon à refléter fidèlement les données. Cette méthode a été décrite par Sandelowski (2000) comme « particulièrement adéquate pour obtenir des réponses claires et essentiellement ouvertes aux questions surtout pertinentes pour les praticiens et les décideurs » (p. 337).

L'équipe de recherche comptait des personnes ayant diverses spécialités interdisciplinaires, dont en méthodes qualitatives et en enseignement pédiatrique et interprofessionnel. Cette expertise mixte des membres de l'équipe de recherche a permis d'intégrer de multiples points de vue à l'analyse et d'interpréter les données de manière appropriée et holistique.



## Collecte des données

Les données ont été recueillies dans les groupes de discussion auxquels ont assisté les étudiants immédiatement après les ateliers d'apprentissage. Ce genre de groupe est habituellement recommandé pour les études qualitatives descriptives, car il permet de recueillir des renseignements variés sur les expériences (Sandelowski, 2000). La discussion interactive dans les groupes de discussion a permis d'examiner l'apprentissage par les étudiants du travail d'une équipe interprofessionnelle et d'évaluer les ateliers. Nous avons utilisé un guide semi-structuré pour groupe de discussion (voir l'annexe A) afin d'orienter la discussion sur les expériences d'apprentissage des étudiants ayant assisté aux ateliers. Un guide semi-structuré a été choisi parce qu'il fournit des précisions aux participants sur les aspects à discuter, tout en leur laissant la liberté d'explorer des enjeux que les chercheurs peuvent ne pas avoir envisagés lorsqu'ils ont formulé les questions pour les groupes de discussion (Gill, Stewart, Treasure et Chadwick, 2008). Le guide des groupes de discussion était fondé sur les constatations dégagées dans notre étude pilote.

## Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon des groupes de discussion était fonction du nombre d'étudiants ayant assisté aux huit ateliers. Au total, 129 étudiants ont participé aux ateliers, dont 55 à l'un des 3 ateliers de FI animés et 74 à l'un des 5 ateliers de FI non animés. Comme mentionné ci-haut, le matériel de recrutement ne donnait pas d'indication sur les deux différents genres d'ateliers, et les étudiants se sont inscrits à un atelier en fonction de leur disponibilité. En établissant le calendrier des ateliers, nous avons fait le suivi des présences et tâché d'équilibrer le nombre de participants pour créer des groupes nombreux pour les deux genres d'ateliers. Les ateliers de FI animés étaient plus nombreux, comptant de 13 à 24 étudiants, tandis que les ateliers de FI non animés comptaient entre 7 et 19 étudiants. Chaque atelier comprenait des étudiants inscrits à au moins deux programmes professionnels. La ventilation par programme de l'échantillon global est présentée ci-dessous au tableau 1.

**Tableau 1 : Ventilation de l'échantillon par programme professionnel**

Programme professionnel	Nombre d'étudiants
Médecine	76
Sciences infirmières	21
Ergothérapie	19
Sages-femmes	6
Physiothérapie	4
Auxiliaires médicaux	3

Les étudiants à chaque genre d'atelier ont été divisés en deux groupes de discussion, qui ont eu lieu en même temps immédiatement après les ateliers. Les étudiants dans chaque groupe de discussion avaient assisté à l'atelier animé ou à l'atelier non animé. Des animateurs expérimentés ont animé les groupes de discussion, qui ont été enregistrés sur support numérique. Les enregistrements ont été transcrits mot à mot.

En tout, 15 groupes de discussion ont eu lieu, dont la taille variait de 7 à 12 étudiants. Dans l'échantillon de 15 groupes de discussion, des thèmes ont été répétés et de nouveaux thèmes ou de nouvelles idées n'ont pas été soulevés au sujet des expériences d'apprentissage des étudiants qui ont assisté aux ateliers; ce phénomène est désigné comme une saturation dans les méthodes qualitatives (Lincoln et Guba, 1985).

## Analyse des données

Les transcriptions et les notes prises sur place dans les groupes de discussion et les entrevues ont été analysées en utilisant une méthode classique d'analyse qualitative de contenu, que recommande Sandelowski (2000) pour les études qualitatives descriptives. Dans une analyse qualitative classique des données, les codes sont produits directement à partir des données, au lieu d'utiliser des catégories préétablies (Hseih et Shannon, 2005; Coffey et Atkinson, 1996).

Dans notre étude, nous avons utilisé les notes prises dans les groupes de discussion pour déterminer les nouveaux thèmes à explorer à l'avenir dans des groupes de discussion ainsi qu'évaluer la saturation des données. À mesure que procédait la collecte, de nouvelles données et réflexions sur les données ont été intégrées à la collecte, de façon que celle-ci soit réflexive et interactive.

L'équipe de recherche, conjointement avec l'animateur du deuxième groupe de discussion, a élaboré la structure de codage des données recueillies dans les groupes de discussion. Les quatre membres de l'équipe ont lu les transcriptions des trois groupes de discussion et ont attribué des mots ou expressions préliminaires pour saisir le sens des transcriptions – processus appelé codage en recherche qualitative. Les membres se sont rencontrés pour discuter des transcriptions et du codage et pour dégager un consensus concernant la structure de codage préliminaire. L'analyste principal a utilisé cette structure pour coder les 12 transcriptions restantes. La structure a évolué au fil du processus de codage. Pour faire en sorte que la structure reflète fidèlement les données codées, les quatre membres ont codé une quatrième transcription à mi-parcours du processus de codage et tenu une deuxième réunion de consensus sur le codage.

Une fois toutes les transcriptions codées, l'équipe de recherche s'est réunie pour organiser les codes en thèmes significatifs, ce qui fait partie intégrante du processus de codage (Hseih et Shannon, 2005; Coffey et Atkinson, 1996). À ce stade, l'équipe a procédé au codage axial, processus décrit par Strauss et Corbin (1990) comme une discussion des liens possibles entre les catégories. L'analyse a produit un résumé structuré et complet de l'apprentissage des étudiants qui ont assisté aux ateliers de FI animés et non animés.

Le logiciel d'analyse qualitative NVivo 10.0 (QSR International, Melbourne, Australie) a été utilisé pour gérer et analyser les données.

## Rigueur

Pour assurer le degré de fiabilité discuté par Rodgers et Cowles (1993), nous avons documenté tous les changements à mesure qu'évoluait la liste des codes au fil de l'analyse et des décisions de codage. La rigueur a aussi été assurée par la participation de quatre personnes à l'élaboration de la structure de codage et la deuxième réunion de consensus sur le codage tenue à mi-parcours du processus. Nous avons suivi les recommandations de Koch (1994) en examinant toutes les catégories et déterminant de quelles sections des transcriptions elles provenaient pour faire en sorte que les catégories concordent avec les données. Des citations illustrant les codes ont été choisies pour démontrer l'adéquation de nos résultats et des données.

## Constatations

Les constatations sont présentées en fonction de thèmes qui ont émergé des groupes de discussion dans les ateliers de FI animés et non animés. Les données ont initialement été analysées indépendamment pour chaque genre d'atelier, mais elles sont présentées pour les deux genres en soulignant les différences entre les deux genres qui ont été relevées dans les données sous chaque thème.



Des citations sont présentées dans nos résultats et, lorsqu'il était possible de le faire, le programme de l'étudiant est indiqué après chaque citation. L'emploi de points de suspension ([...]) dans les citations dénote du texte supprimé et l'emploi de crochets ([ ]) signale que les chercheurs ont ajouté de l'information à la citation aux fins de clarification.

Deux thèmes principaux ont émergé des données : l'apprentissage des étudiants concernant le travail d'une équipe interprofessionnelle, et l'évaluation des ateliers (voir la figure 1).

**Figure 1 : Principaux thèmes dégagés de l'analyse des données**



### ***Apprentissage des étudiants concernant le travail d'une équipe interprofessionnelle***

Trois thèmes principaux ont été cernés pour l'apprentissage des étudiants concernant le travail d'une équipe interprofessionnelle :

- a) Comportements favorisant le travail d'équipe efficace
- b) Avantages perçus des équipes interprofessionnelles
- c) Défis perçus des équipes interprofessionnelles

Les sous-thèmes sous les trois thèmes principaux sont résumés à la figure 2.

**Figure 1 : Thèmes de l'apprentissage des étudiants au sujet du travail d'une équipe interprofessionnelle**



### **Comportements favorisant le travail d'équipe efficace – Communication, collaboration et respect**

Les comportements observés dans les vidéos par les participants aux groupes de discussion qui ont favorisé le travail d'équipe efficace ont été répartis dans trois sous-thèmes :

- a) Communication
- b) Collaboration
- c) Respect

Les étudiants assistant aux ateliers de FI animés et non animés ont relevé les mêmes comportements, qui ont été codés dans trois sous-thèmes. Aucune différence dans l'apprentissage des étudiants n'a été constatée pour les deux genres d'ateliers.

Dans les groupes de discussion, les étudiants ont indiqué que la communication entre les membres de l'équipe était un facteur important pour le travail d'équipe efficace. Ils ont mentionné que la majorité des communications au sein de l'équipe étaient non verbales. L'évaluation n'a pas tenu compte des pauses où

les membres de l'équipe parlaient de ce qu'ils allaient faire ou des aspects pour lesquels ils avaient besoin d'aide. Les évaluations étaient plutôt « fluides » et « homogènes », où les membres de l'équipe ont communiqué de façon non verbale en « ressentant » ce que les autres membres voulaient accomplir. Les étudiants ont conclu que ce style de communication était efficace parce que l'équipe interprofessionnelle observée avait une longue expérience du travail ensemble. Quelques étudiants ont fait remarquer qu'en l'absence de cette longue expérience, l'équipe n'aurait pu communiquer avec autant de fluidité. Les données à l'appui du sous-thème de la communication sont résumées au tableau 2.

**Tableau 2 : Données à l'appui du sous-thème : Communication**

Communication
« La communication non verbale de l'équipe était très bonne. Parfois, une personne effectuait un examen en essayant d'obtenir la collaboration de l'enfant d'une certaine manière, et une autre personne l'aidait à retenir l'attention de l'enfant ou à le distraire ou à demeurer concentré, ou peut-être proposait d'autres façons d'interagir avec l'enfant. Ce n'est pas comme si les membres demandaient de l'aide, mais intervenaient et se soutenaient mutuellement. » [étudiant en médecine]
« Je crois qu'ils connaissaient bien leur langage corporel et regardaient les expressions ou d'autres indices comportementaux [de l'enfant] pour déterminer si une personne avait besoin d'aide ou quand ne pas intervenir. Ils savaient bien communiquer. » [étudiante infirmière]
« J'allais dire qu'ils semblent avoir une longue expérience du travail ensemble. Ils pouvaient presque lire dans leurs pensées [...] Il me semblait qu'il y avait de la communication non verbale entre eux, ce qui arrive quand on a beaucoup travaillé ensemble. » [étudiant en sciences de la santé]

Les étudiants ont aussi discuté de l'efficacité de la collaboration entre les membres de l'équipe pendant les évaluations et ont indiqué que la collaboration était un facteur influençant le travail d'équipe efficace. Dans leur discussion de la collaboration au sein de l'équipe, les étudiants ont décrit des comportements particuliers comme le partage du leadership par les membres de l'équipe. Les données à l'appui du sous-thème de la collaboration sont résumées au tableau 3.

**Tableau 3 : Données à l'appui du sous-thème : Collaboration**

<b>Collaboration</b>
« Je crois que le fait que beaucoup d'entre nous n'ont pu identifier un chef du groupe, cela montre la collaboration entre des professionnels égaux. Vous savez, aucun professionnel ne marchait sur les pieds des autres ou n'essayait de s'imposer durant la séance. » [étudiant en sciences de la santé]
« Aucune communication n'était nécessaire pour décider ce qui viendrait ensuite. Tout le monde suivait le fil des événements et lorsqu'une personne voulait faire quelque chose ou modifier le comportement de l'enfant, elle le faisait [...] Tout le monde regardait pour voir ce qu'il pouvait retirer de ce qui se faisait à ce moment-là. » [étudiant en médecine]
« Une chose que j'ai remarquée, c'est lorsqu'ils essayaient de mesurer la tête de [l'enfant]. L'un des professionnels tenait la tête, pendant que l'autre essayait de distraire l'enfant, puis une autre a réussi à la mesurer. Donc, il y avait trois personnes travaillant ensemble pour accomplir une chose. Ça me semblait homogène. » [étudiante sage-femme]
« Ils connaissent leur rôle, mais ce n'est pas comme si le physiothérapeute a dit au patient qu'il allait faire de l'exercice. Il a plutôt demandé : de quoi cette famille a-t-elle besoin? Ils travaillaient avec la famille en tenant compte de ses besoins et buts. C'est pourquoi je crois que le déroulement était homogène [...] et que les rôles s'intégraient si parfaitement. » [étudiant en physiothérapie]
« Oui, je suis tout à fait d'accord [...] C'est comme s'ils ne se souciaient pas de leurs propres buts. » [étudiant en médecine]

En plus de la communication et de la collaboration, les étudiants ont mentionné le respect à titre de comportement favorable au travail d'équipe efficace. Ils ont décrit le respect qu'ils ont observé dans l'équipe, qui s'expliquait par la connaissance des rôles de chaque membre. Ils ont aussi mentionné la confiance au sein de l'équipe et la façon dont les comportements ont favorisé un but commun au lieu d'avoir des conflits de pouvoir et de la dominance. Les données à l'appui du sous-thème du respect sont résumées au tableau 4.

**Tableau 4 : Données à l'appui du sous-thème : Respect**

<b>Respect</b>
« Il n'y avait pas vraiment de lutte de pouvoir comme on peut s'y attendre ou le voir dans certains cas [...] Chaque professionnel accomplissait son rôle, pendant que les autres se tenaient à l'écart et assumaient un rôle de soutien. Ils faisaient cela à tour de rôle. » [étudiant en médecine]
« Je crois que parce qu'ils comprenaient à fond les rôles respectifs, tous les thérapeutes ont pu travailler ensemble. Donc, s'ils savaient ce que l'orthophoniste voulait accomplir, ils pouvaient l'aider, soit en distrayant l'enfant ou en enlevant les objets distrayants pour que l'enfant puisse se concentrer sur l'orthophoniste [...] Donc, à mon avis, ils savaient tous ce que les autres recherchaient ou essayaient d'évaluer, ce qui a contribué au travail d'équipe. » [étudiante infirmière]

Respect
« C'est évidemment le respect qu'ils témoignaient pour les rôles respectifs, la connaissance de leurs capacités et les [...] buts visés dans la séance. » [étudiant en médecine]
« Les membres du groupe se faisaient évidemment confiance parce que je ne crois pas que personne n'était en compétition avec une autre personne pour accomplir ses buts ou faire son évaluation en premier. Personne ne considérait sa propre tâche comme prioritaire [...] Aucun membre ne se percevait comme supérieur ou inférieur dans le groupe [...] Les rôles étaient distincts, mais ils travaillaient tous ensemble dans la même capacité pour atteindre le même but. » [étudiante infirmière]

### Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles, les professionnels et le système de soins de santé

Dans les groupes de discussion, on a demandé aux étudiants de déterminer les avantages perçus des équipes interprofessionnelles. Les étudiants dans les deux genres d'ateliers (animés et non animés) ont systématiquement cerné des avantages. Nous n'avons pas remarqué de différence notable dans l'apprentissage d'après le genre d'atelier auquel les étudiants ont assisté. Les données sur les avantages perçus des équipes interprofessionnelles ont été codées dans trois sous-thèmes :

- a) Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles
- b) Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels
- c) Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé

Dans la discussion des avantages des équipes interprofessionnelles pour les familles, les étudiants ont mentionné l'attention supplémentaire et le soutien émotionnel offerts par l'équipe aux parents; la logistique facilitée pour les parents qui assistent à une évaluation au lieu de plusieurs rendez-vous; et l'environnement confortable créé pour l'enfant. Un autre avantage était l'effet synergique produit par la pluralité des points de vue des professionnels, ce qui, de l'avis des étudiants, a donné lieu à une évaluation intégrée, efficace et complète. Les données à l'appui du sous-thème sont résumées au tableau 5.

**Tableau 5 : Données à l'appui du sous-thème : Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles**

Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles
« Je crois que les familles, surtout celles dont les enfants ont des problèmes de développement ou des déficiences physiques, sont avantagées lorsqu'elles reçoivent un grand soutien [...] pour aider l'enfant aussi, mais un soutien émotionnel, je crois, aiderait grandement [...] Je pense que c'est aussi d'un grand secours pour les parents. » [étudiant en sciences de la santé]
« Je crois que c'est le meilleur scénario pour les soins centrés sur le patient. Pour les familles, c'est probablement rassurant de savoir que chaque personne est spécialiste de son domaine [...] Les familles ont ainsi une plus grande assurance que rien ne passera inaperçu et il y a de meilleures chances que toutes ces connaissances auront un [effet] synergique. Vous savez, cet effort combiné est beaucoup mieux [...] que de compter sur une seule personne. » [étudiante infirmière]

Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles
« Dans la deuxième vidéo, la mère parlait de ses autres enfants. Donc, je crois que tout le travail à faire pour préparer tous ces enfants pour assister à toutes ces différentes évaluations, c'est très exigeant au lieu de se rendre à une seule évaluation. » [étudiant en ergothérapie]
« J'étais agréablement surpris de voir les thérapeutes à l'œuvre [...] Ils avaient enlevé leurs chaussettes, étaient assis par terre et jouaient avec l'enfant. C'était très terre-à-terre et rassurant et [...] il me semble, une approche bien efficace qui a créé un environnement confortable pour l'enfant. » [étudiant en sciences de la santé]
« Je me rends aussi compte comment ça serait très bénéfique que ces nombreux professionnels s'occupent d'enfants atteints du syndrome de Down ou d'autisme, par exemple, parce qu'ils ont besoin de beaucoup d'attention. Je crois que c'est rassurant pour les deux parents et l'enfant de savoir que toutes ces personnes essaient de les aider. » [étudiant en médecine]
« Il me semble que le plus important, c'est l'efficacité et que, euh, chaque personne fait son travail, ce pourquoi elle a été formée. Ainsi, le patient peut recevoir les soins dont il a besoin sans [...] il est à l'espérer, devoir passer par quatre chemins pour y arriver [...] c'est-à-dire recevoir directement des soins très efficaces. » [étudiant en médecine]
« Il me semble qu'on effectue une évaluation complète lors d'une seule visite, ce qui est particulièrement bon pour le patient, à mon avis. » [étudiant en médecine]

Durant la discussion sur les avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels, les étudiants ont mentionné la possibilité que ces derniers comprennent mieux les diagnostics et l'occasion d'apprendre de leurs collègues. Les étudiants ont aussi indiqué que les professionnels travaillant en équipe se sentent moins seuls ou ne subissent pas la pression de tout savoir. Au lieu, ils reçoivent l'appui des membres de l'équipe avec qui ils peuvent discuter des traitements possibles. Un étudiant a aussi fait remarquer que le travail avec d'autres professionnels rehausse la confiance lorsqu'il faut consulter d'autres spécialistes. Les données à l'appui de ce sous-thème sont résumées au tableau 6.

**Tableau 6 : Données à l'appui du sous-thème : Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels**

<b>Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels</b>
« Parce que nous sommes tous formés, il me semble, dans des domaines particuliers, un indice ou un symptôme peut signifier quelque chose de différent pour un autre professionnel, qui peut avoir un différent point de vue à ce sujet. Donc, ça peut nous aider à mieux comprendre ce qui se passe, à mieux comprendre le diagnostic parce que nous ne sommes pas spécialistes de ce domaine. » [étudiant en médecine]
« Je crois que ça les aiderait aussi à évoluer individuellement parce qu'ils apprennent tellement de différentes choses auprès de personnes qui se spécialisent dans différents domaines. Donc, généralement, on acquiert probablement plus de connaissances que quelqu'un qui ne travaille pas dans une équipe comme ça. » [étudiante infirmière]
« Quand on travaille avec d'autres professionnels de la santé, on apprend en les voyant à l'œuvre [...] C'est une façon d'en savoir plus sur d'autres professions et de pouvoir s'y reporter. » [étudiante sage-femme]
« Je crois que ça aide aussi à atténuer la pression, car on ne travaille pas avec cet enfant de façon isolée. Puis il y a toutes ces personnes qui mettent à contribution leurs compétences en même temps. Ça veut dire que nous pouvons tous travailler ensemble et s'entraider [...] On ressent moins de pression parce qu'on n'est pas obligé de tout savoir ni de voir à tous les aspects. » [étudiant en médecine]
« C'est impossible de tout voir tout le temps. C'est tellement stressant de compter seulement sur soi pour saisir tout ce qu'on nous présente. Donc, si quatre professionnels se penchent sur le même problème, il me semble qu'on a de meilleures chances d'établir le meilleur plan de traitement possible. » [étudiant en sciences de la santé]
« On n'est pas tout seul à prendre les décisions [...] C'est bien de pouvoir demander l'opinion d'une autre personne et de contre-vérifier ce qu'on pense auprès d'elle. » [étudiante infirmière]
« C'est aussi un filet de sécurité. Donc, on n'est pas vraiment inquiet de rater quelque chose parce qu'on fait confiance à l'autre personne qui le fera [...] Il y a toujours quelqu'un pour vous aider. Donc, on est assez sûr qu'on ne ratera rien d'important. » [étudiant en médecine]
« On est un peu plus à l'aise lorsqu'on consulte quelqu'un qu'on connaît. Si cette personne me voit travailler, alors je me dis qu'elle sait que je ne suis pas idiot ou si je pose une question [...] Donc, à mon avis, le niveau de confort, c'est quelque qui est vraiment utile. » [étudiante sage-femme]

Pour ce qui est des avantages perçus pour le système de soins de santé, les étudiants ont déterminé que l'intervention hâtive était bénéfique pour les enfants ayant des déficiences de développement et peut améliorer les résultats et, en fin de compte, réduire les coûts pour le système de santé. Cette constatation a

aussi été faite par un autre étudiant étayant la preuve que le travail d'une équipe interprofessionnelle améliore les résultats des patients dont l'état de santé est chronique. D'autres avantages mentionnés pour le système de soins de santé comprennent l'amélioration des soins prodigués, la réduction des frais administratifs pour le système, et la diminution des aiguillages inutiles. Les données à l'appui de ce sous-thème sont résumées au tableau 7.

**Tableau 7 : Données à l'appui du sous-thème : Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé**

Avantages perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé
« Je crois que si une évaluation approfondie a lieu tôt, cela pourrait être bénéfique pour le système en fin de compte, parce qu'une intervention hâtive est plus bénéfique pour de nombreux troubles chez les enfants. Donc, s'ils attendent et reçoivent des soins seulement plus tard, cela sera plus coûteux et leur état ne s'améliorera pas autant. » [étudiant en ergothérapie]
« Je sais que beaucoup d'études ont conclu que les groupes interprofessionnels améliorent les résultats pour les états chroniques. Cela en soi allège le fardeau sur le système de soins de santé, car il y aura plus de personnes en santé que de personnes malades. » [étudiant en médecine]
« L'équipe peut offrir de meilleurs soins au patient que ne le peut chaque spécialiste individuellement. L'information n'est pas cloisonnée par chaque professionnel. Tous les professionnels sont sur la même longueur d'onde et ils logent à la même enseigne. Ils peuvent donc interagir et se poser des questions. Il n'est pas difficile de joindre un autre spécialiste. » [étudiant en médecine]
« Il y a aussi tout ce travail à faire pour établir un calendrier et coordonner les interventions. En plus, on élimine beaucoup de redondance, car au lieu d'avoir quatre rendez-vous, il y en a seulement un. On n'a pas besoin non plus de quatre différentes pièces, une seule suffit. » [étudiant en médecine]
« Ça permet aussi de réduire les aiguillages inutiles. » [étudiant en ergothérapie]

### Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles, les professionnels et le système de soins de santé

Dans les groupes de discussion, on a demandé aux étudiants de cerner les défis liés aux équipes interprofessionnelles. Les étudiants assistant aux deux types d'ateliers (animés et non animés) ont examiné les mêmes genres de défis perçus pour les équipes interprofessionnelles. Nous n'avons pas relevé de différence notable dans l'apprentissage entre les deux types d'ateliers. À l'instar des données sur les avantages perçus des équipes interprofessionnelles, les défis liés aux équipes interprofessionnelles mentionnés par les étudiants ont été codés dans trois sous-thèmes :

- a) Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles
- b) Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels
- c) Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé



Dans l'examen des défis liés aux équipes interprofessionnelles du point de vue des familles, certains étudiants ont dit que lorsqu'ils regardaient les vidéos des évaluations, ils étaient consternés par le niveau de bruit et le nombre de personnes présentes. À leur avis, les parents ainsi que les enfants seraient aussi intimidés par le nombre de professionnels dans la pièce où avait lieu l'évaluation. Les étudiants ont ajouté que les familles pourraient considérer le volume d'information communiquée comme excessif. Enfin, ils ont mentionné que ces difficultés seraient exacerbées dans les situations où l'équipe ne fonctionnait pas bien. Les données sont résumées au tableau 8.

**Tableau 8 : Données à l'appui du sous-thème : Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles**

Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les familles
« Du point de vue des parents, il serait déroutant d'avoir toutes ces personnes dans la pièce qui vous parlent [...] généralement en même temps. » [étudiante infirmière]
« Je crois qu'il y a parfois une surdose d'information pour la famille parce que, dans l'exemple, on voit quatre différents professionnels qui disent quatre différentes choses d'après leur spécialité [...] Donc, je pense qu'il peut être utile de rentrer à la maison avec des renseignements sur un bout de papier, mais initialement, c'est déroutant pour une famille. » [étudiant en physiothérapie]
« Je me demande si c'est bon pour des enfants autistes ou atteints du syndrome de Down que quatre personnes soient présents avec eux dans une pièce. » [étudiant en médecine]

Les défis posés aux équipes interprofessionnelles qu'ont relevés les étudiants comprennent les différents buts des parents et des différents professionnels; la possibilité que chaque professionnel puisse ne pas effectuer d'évaluation complète; et le fait que tous les membres de l'équipe peuvent ne pas voir les choses du même œil concernant chaque patient. Comme l'a mentionné un étudiant, il se peut que l'équipe ait à régler des différends découlant d'opinions ou de conseils divergents. Quelques étudiants croyaient aussi qu'il peut être difficile de gérer les différentes personnalités au sein de l'équipe interprofessionnelle. Les données sont résumées au tableau 9.

**Tableau 9 : Données à l'appui du sous-thème : Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels**

Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour les professionnels
« Je crois qu'une difficulté importante est la différence dans les buts des parents et des professionnels et même entre les différents professionnels. » [étudiant en ergothérapie]
« Un autre défi est ne pas avoir la possibilité d'évaluer tous les aspects qu'on voulait parce que de nombreux professionnels doivent examiner l'enfant au cours de la même période. Donc, on peut décider de laisser tomber certains aspects. » [étudiant en ergothérapie]
« Il est très difficile de s'assurer que tout le monde est sur la même longueur d'onde concernant chaque patient. De plus, tous les professionnels ont-ils les mêmes attentes? Par exemple, le professionnel d'un domaine a certaines attentes, mais il doit tenir compte de ce qui est prioritaire pour un autre professionnel [...] Il me semble que c'est après tout une question de communication efficace entre tous les intervenants et avoir le temps de le faire. » [étudiant en médecine]
« Je crois qu'à un certain point, il faudra gérer des conflits [...] Je peux envisager une situation où deux différents professionnels donneront des conseils contradictoires. » [étudiante sage-femme]
« Je crois que lorsque les équipes sont créées, il faut prévoir une période d'ajustement et apprendre à connaître le rôle de chacun et sa façon de collaborer [...] À mon avis, un défi serait le changement fréquent des membres de l'équipe. » [étudiant en médecine]
« Je pense qu'avec n'importe quelle équipe, si on a des [...] conflits de personnalités, il pourrait être difficile de les laisser à l'extérieur de la salle d'évaluation et de ne pas les montrer à la famille [...] À mon avis, une telle situation serait très difficile. » [étudiant en sciences de la santé]

Dans les discussions des défis des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé, les étudiants se sont attardés sur les aspects logistiques de l'ordonnancement des différents professionnels et le versement de leurs honoraires. Certains étudiants se sont interrogés sur l'efficacité des ressources nécessaires (c.-à-d. le temps, le nombre de professionnels et les coûts) et se sont demandé si les équipes interprofessionnelles donneraient lieu à des listes d'attente plus longues pour recevoir les services. Quelques étudiants ont fait remarquer qu'en raison des ressources requises, il serait difficile de convaincre les organismes de santé de mettre en place des équipes interprofessionnelles. Les données sont résumées au tableau 10.

**Tableau 10 : Données à l'appui du sous-thème : Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé**

Défis perçus des équipes interprofessionnelles pour le système de soins de santé
« Je crois que ce serait un cauchemar que d'établir un calendrier pour tout le monde [...] Peut-être que tous les membres de l'équipe seraient à la clinique un jour par semaine pour faire les évaluations, mais c'est très contraignant et il faudrait attendre longtemps avant de voir cette équipe. Je crois que c'est un grave problème. » [étudiant en médecine]
« Je me demande si, concernant les listes d'attente et d'autres considérations, ces équipes n'aggravaient pas le problème? Parce qu'il faut une heure et demie pour effectuer les évaluations initiales et tout le monde se concentre en même temps sur le même enfant. » [étudiant en sciences de la santé]
« Je crois que la coordination du financement serait très compliquée. » [étudiante infirmière]
« C'est aussi une question de coûts [...] pour le système de santé que d'avoir quatre professionnels présents en même temps dans une salle. » [étudiant en médecine]
« Tout le monde est couvert par le RAMO [Régime d'assurance-maladie de l'Ontario] mais dans différents domaines. Ce serait un cauchemar logistique pour l'administrateur de l'équipe [...] et de justifier les coûts de toutes ces ressources dans une pièce. Évidemment, lorsqu'on voit que ça fonctionne et toute cette interaction, on se dit que c'est merveilleux. Mais peut-être que la justification des coûts auprès du système de soins de santé serait difficile en raison de la situation financière difficile. » [étudiant en médecine]

En résumé, quel que soit le type d'atelier auquel ils ont assisté (animé ou non animé), tous les étudiants ont dit avoir appris au sujet du travail d'une équipe interprofessionnelle et des comportements qui en assurent l'efficacité. En outre, les deux groupes ont cerné des avantages et des défis associés à ces équipes pour les familles, les professionnels de la santé et le système de soins de santé.

## Évaluation des ateliers

Trois principaux thèmes ont été dégagés de l'évaluation des ateliers :

- Les aspects des ateliers qui ont le plus contribué à l'apprentissage
- Les suggestions pour améliorer l'expérience d'apprentissage
- Ce que les étudiants peuvent retirer de l'expérience d'apprentissage et appliquer dans la pratique

Les thèmes et sous-thèmes sont résumés à la figure 3.

Figure 2 : Principaux thèmes de l'évaluation des ateliers



### Aspects des ateliers ayant contribué à l'apprentissage

Dans les groupes de discussion, les étudiants ont relevé les aspects des ateliers qui ont le plus contribué à leur apprentissage. Leurs réponses ont été regroupées dans les six sous-thèmes suivants :

- a) Orientation et animation
- b) Groupe de discussion après l'atelier
- c) Exemple positif d'une équipe interprofessionnelle
- d) Vidéos
- e) Recours à de vrais patients
- f) Discussion en petits groupes au début de l'atelier

Les étudiants qui ont assisté à la fois à l'atelier animé et à l'atelier non animé ont profité de la même discussion animée sur l'apprentissage des troubles, mais ceux de l'atelier animé ont profité d'une discussion animée supplémentaire sur le travail d'une équipe interprofessionnelle. Les deux groupes ont fait savoir que l'orientation et l'animation tout au long de l'atelier ont contribué à leur apprentissage. Les étudiants qui ont participé à l'atelier non animé ont dit, sans qu'on leur demande, qu'ils auraient aimé avoir une discussion animée sur le travail d'une équipe interprofessionnelle durant l'atelier. Les données à l'appui de ce sous-thème sont résumées aux tableaux 11 et 12.

**Tableau 11 : Données à l'appui du sous-thème : Orientation et animation – Étudiants ayant participé aux ateliers de FI animés**

Orientation et animation (ateliers de FI animés)
<p>« J'ai assisté à un différent atelier de FI hier où les objectifs étaient très similaires en ce qui concerne la compréhension du champ d'exercice et du travail en équipe, etc. Je n'ai pas trouvé cette expérience d'apprentissage très utile, mais celle d'aujourd'hui est beaucoup plus utile parce qu'il y a plus d'orientation et d'animation [...] L'orientation et l'animation par la D<sup>te</sup> [X] étaient utiles et ont permis de faire avancer les choses [...] Tout ce qu'elle nous a montré était nouveau pour moi, donc de nouveaux aspects à dépister, vous savez, ou de nouvelles choses à apprendre. C'était donc très valable. » [étudiant en sciences de la santé]</p>
<p>« Il était utile qu'un animateur soit là pour combler les lacunes ou répondre aux questions à mesure qu'on progressait [...] Il nous a donné d'autres renseignements, comme s'il faut faire un suivi auprès des parents, ce qu'il faut faire dans ce cas. Cela a permis de répondre à nos questions ou préoccupations soulevées en cours de route. » [étudiant en médecine]</p>
<p>« Je crois que la vidéo et les explications ont été utiles pour notre apprentissage mais de différentes façons. Je veux dire, le fait de voir réellement un patient et des personnes ayant certaines maladies a grandement contribué à notre apprentissage, juste le fait d'observer [...] Je ne crois pas que j'aurais appris autant si personne n'avait fourni d'explication ou remis les choses en contexte. Donc, je crois qu'il était très utile qu'une personne d'expérience explique les processus ou apporte des précisions à ce que j'ai vu. » [étudiante sage-femme]</p>
<p>« Ce n'était pas, vous savez, une vidéo de 20 minutes, puis après on ne se souvient de rien. Nous sommes passés par chaque étape et on nous a donné des explications. C'est comme si on peut presque s'imaginer jouer le rôle d'un des professionnels de la santé dans cette situation et voir le cheminement de sa pensée pendant tout le processus. Comme ça, on acquiert de plus en plus d'information au fur et à mesure. J'ai donc bien aimé avoir cette perspective d'initié. » [étudiant en médecine]</p>

**Tableau 12 : Données à l'appui du sous-thème : Orientation et animation – Étudiants ayant participé aux ateliers de FI non animés**

Orientation et animation (ateliers de FI non animés)
« Nous n'avons pas eu de séance de clavardage au sujet des scénarios, où on aurait pu nous demander ce qu'on en pensait ou si nous avons remarqué quelque chose en particulier. C'est ce qu'on fait maintenant, mais dans la [...] séance d'information comme telle, nous n'avons pas eu cette possibilité. Je crois qu'il aurait été utile d'évaluer les rôles à ce stade. » [étudiante sage-femme]
« La majorité des éléments transposés sur les diapositives entre les séquences vidéo étaient de nature médicale et comme les éléments à dépister. Mais ça aurait été plus intéressant si, entre les séquences, on nous avait posé des questions comme : Qu'avez-vous remarqué au sujet du fonctionnement de l'équipe? [...] et si on en avait discuté aussi. Cela aurait été super. » [étudiant en médecine]
« Nous avons parlé d'une certaine fluidité parce que tous les éléments se chevauchent, ce que j'ai apprécié pour les besoins de l'évaluation. Mais j'ai trouvé difficile d'essayer de déchiffrer par moi-même les buts des différents professionnels. Il aurait aussi été génial si, euh, durant les discussions, on s'était arrêté à certains aspects. Par exemple, c'est ce que l'orthophoniste faisait de manière intentionnelle. C'était très subtil, elle posait ces questions parce qu'elle cherchait des renseignements précis. Donc, faire aussi comme ça pour l'ergothérapeute et le physiothérapeute. » [étudiant en médecine]

Les étudiants à chaque atelier ont mentionné que le groupe de discussion était l'élément principal qui a contribué à leur apprentissage. Les étudiants ayant assisté aux ateliers non animés ont fait cette affirmation plus souvent. Les données sont résumées au tableau 13.

**Tableau 13 : Données à l'appui du sous-thème : Groupe de discussion faisant suite à l'atelier**

Groupe de discussion faisant suite à l'atelier
« Je crois que c'était un bon départ lorsque la séance a commencé et que nous avons reconnu ce qu'était notre rôle en tant qu'étudiant en médecine ou étudiante infirmière. Pourtant, après ça, il n'a pas été question d'interprofessionnalisme jusqu'au groupe de discussion. » [étudiant en médecine]
« À mon avis, le groupe de discussion a probablement été l'élément le plus utile. Juste le fait d'entendre les opinions d'autres personnes sur ce qu'elles ont vu. » [étudiant en médecine]
« Je ne sais pas exactement comment cette expérience peut être une expérience d'apprentissage autonome, mais le groupe de discussion était très agréable. Nous avons eu une discussion où nous avons pu comparer nos impressions et discuter de la dynamique d'une équipe interprofessionnelle. Devrait-on se limiter à cette seule séance sans le groupe de discussion? J'aimerais avoir une occasion de discuter de l'équipe interprofessionnelle [...] et d'avoir des réflexions de ce genre en groupe dans ce contexte. » [étudiant en médecine]

**Groupe de discussion faisant suite à l'atelier**

« Honnêtement, l'aspect interprofessionnel était le plus important de ce que j'ai retiré du [groupe de discussion], car nous en avons parlé au lieu de seulement regarder une vidéo [...] J'ai surtout appris au sujet de l'équipe interprofessionnelle dans la conversation que nous avons eue après. » [étudiant en médecine]

Pour les étudiants dans les deux genres d'ateliers, le fait de voir un exemple positif d'une équipe interprofessionnelle constituait un aspect important de leur expérience d'apprentissage, de même que l'utilisation de vidéos et le recours à de vrais patients. Les étudiants ont mentionné que dans d'autres situations d'apprentissage, ils avaient généralement été exposés à des exemples négatifs du fonctionnement d'une équipe et à des patients fictifs (des acteurs). Les données sont résumées au tableau 14.

**Tableau 2 : Données à l'appui du sous-thème : Exemple positif d'une équipe interprofessionnelle, utilisation de vidéos et recours à de vraies personnes**

**Exemple positif d'une équipe interprofessionnelle**

« J'aime aussi le fait que c'était un exemple très positif [...] Je crois aussi quand on apprend, les gens vous montrent ce qu'il ne faut pas faire mais, en fin de compte, ce n'est pas très utile. Donc, c'est bien de voir un exemple vraiment positif, comme vous l'avez dit, une sorte de modèle idéal à émuler ». [étudiant en sciences de la santé]

« Un aspect positif que je retiens, c'est la cohésion du groupe, la collaboration efficace entre les membres et ils étaient tous très polis, respectueux et professionnels. Donc, je crois qu'à cause de tous les exemples négatifs qu'on va probablement voir, c'est bien d'avoir un exemple positif de ce qui est possible et ce vers quoi on peut tendre. » [étudiant en sciences de la santé]

« L'autre exemple qu'on nous a montré, comme quelqu'un l'a mentionné auparavant, était beaucoup plus négatif. On nous disait : Cette personne a raté ceci, puis cette personne a raté cela, puis ça, et le patient est mort. Donc, qui avait commis la faute? [...] C'est la façon de travailler ensemble et voilà comment s'assurer que c'est bien fait, au lieu de seulement présenter de mauvais scénarios. » [étudiant en sciences de la santé]

« Le fait de savoir que ça peut vraiment bien fonctionner quand tout le monde travaille ensemble et en voir un exemple. Nous en avons beaucoup parlé, comme vous savez, tout le monde a son rôle à jouer, qui est aussi important que le rôle des autres personnes. Mais voir cela dans la réalité, c'est encourageant. » [étudiant en médecine]

<b>Utilisation de vidéos</b>
« Je crois aussi que pour retenir mon attention, c'était bien d'avoir des vidéos, il y avait du changement, de la dynamique et des éléments visuels. En ce qui me concerne, j'obtiens de meilleurs résultats lorsque j'apprends de différentes façons en même temps. » [étudiant en sciences de la santé]
« Je crois que les vidéos étaient un excellent outil d'enseignement [...] Je veux dire, c'est bien de parler de choses dans une situation idéale et de ce qui, à son avis, est une bonne équipe, mais le voir en pratique était très utile. » [étudiant en médecine]
« C'était très bénéfique pour moi de regarder les vidéos. J'ai pu mieux me concentrer sur ce que faisaient les différents professionnels de la santé et leur façon de collaborer, au lieu de me concentrer sur ce qu'ils cherchaient à dépister chez l'enfant. Donc, j'ai personnellement tiré beaucoup plus de la vidéo sur le fonctionnement d'une équipe. » [étudiant en médecine]
« J'ai assisté à des conférences interprofessionnelles auparavant et j'ai appris des choses là, mais [...] j'ai appris spécifiquement ce qu'était leur rôle, surtout en regardant la vidéo. J'ai vu ce qu'ils recherchaient, comme la motricité globale ou la motricité fine, etc. » [étudiante infirmière]
<b>Recours à de vraies personnes</b>
« Je crois que les exemples de scénarios d'équipe réels et de leur fonctionnement dans les vidéos étaient extrêmement utiles parce que, dans les autres genres d'activités auxquelles j'ai assisté, on ne fait que s'asseoir et parler et essayer de savoir quels sont vos intérêts. On essaie de savoir de façon générale : Qu'est-ce qu'un comportement professionnel? Qu'est-ce qu'un comportement non professionnel? Qu'est-ce qui nuit à la confidentialité? Qu'est-ce qui ne nuit pas à la confidentialité? [...] C'est un peu répétitif et on sort de là sans savoir vraiment ce que font d'autres personnes ou comment travailler ensemble [...] Le fait de voir une équipe à l'œuvre, en plus c'est une vraie équipe et pas une équipe simulée. Eh bien, où un membre dit : Je vais maintenant accomplir mon rôle, et le voir interagir avec l'enfant, d'autres professionnels, la mère [...] et puis après quelques minutes, on donne des explications. C'était, euh, probablement beaucoup plus utile que les autres activités auxquelles j'ai assisté. Donc [...] c'était bien fait. » [étudiant en sciences de la santé]
« J'ai bien aimé le fait que de vrais patients étaient présentés dans les vidéos. Parce que beaucoup de vidéos que j'ai regardées jusqu'à présent dans mes classes étaient des entrevues structurées de patients. » [étudiant en sciences de la santé]

Les étudiants qui ont assisté aux deux genres d'ateliers ont mentionné que la discussion en petits groupes au début de l'atelier était une composante valable pour leur apprentissage. Les données sont résumées au tableau 15.



**Tableau 15 : Données à l'appui du sous-thème : Discussion en petits groupes au début de l'atelier**

Discussion en petits groupes au début de l'atelier
« Je crois, euh, que j'ai le plus appris au cours des dix premières minutes quand on a parlé à d'autres professionnels de la santé au sujet de leur rôle. » [étudiant en sciences de la santé]
« Je pense qu'il y a aussi le fait de commencer à parler de notre rôle [...] Il était aussi utile d'apprendre un peu plus ce que font d'autres membres du groupe. De cette façon, on peut en quelque sorte faire le lien entre cette information et ce qu'on voit dans les vidéos et reconnaître, ici ou là, la matière discutée plus tôt dans l'activité. » [étudiante infirmière]
« Mais j'ai pensé qu'il était plus efficace de discuter de ce que nous pensions de notre rôle et d'entendre d'autres personnes parler de leur expérience. C'est comme, je crois, que c'est là [...] que j'ai le plus appris au sujet de l'interprofessionnalisme. » [étudiant en sciences de la santé]
« J'ai bien aimé le temps passé avant les vidéos et l'exposé où on a entendu ce que l'ergothérapeute avait à dire, puis en apprendre plus à propos de ces autres professionnels parce que je n'étais pas vraiment au courant. En bien, je crois que ça a été vraiment bénéfique pour nous, surtout ceux qui sont en première année. Donc, c'était une bonne entrée en matière. » [étudiant en médecine]

### Suggestions pour améliorer l'expérience d'apprentissage

Les suggestions des étudiants pour améliorer l'expérience d'apprentissage dans les ateliers ont été codées et résumées dans les trois recommandations suivantes :

- a) Ajouter plus de détails à l'introduction
- b) Offrir plus d'occasions d'interaction aux étudiants pendant l'atelier
- c) Inclure une évaluation dans un différent milieu

La majorité des étudiants dans les deux types d'ateliers (animés et non animés) ont mentionné qu'il fallait ajouter des renseignements généraux à l'introduction. Particulièrement, ils ont mentionné l'ajout de renseignements généraux sur les buts de l'atelier, les centres de traitement pédiatrique, les troubles médicaux évalués dans les vidéos, et le rôle des professionnels dans les vidéos. Les données sont résumées au tableau 16.

**Tableau 36 : Données à l'appui de la recommandation : Ajouter plus de détails à l'introduction**

Ajouter plus de détails à l'introduction
« Je crois qu'il aurait été préférable d'avoir un peu plus de clarté au début à propos des buts de la séance. Je ne savais pas si on devait se concentrer sur les aspects cliniques des situations présentées, les fonctions de l'équipe ou notre propre processus d'apprentissage dans ce contexte. À vrai dire, c'était vraiment ambigu, on ne savait pas ce qu'on regardait. » [étudiant en médecine]
« [...] [Le] centre de traitement pédiatrique, peut-être donner des renseignements à ce sujet, parce qu'on n'avait pas la moindre idée de ce que c'était [...] Donc, présenter une vue d'ensemble pour que nous soyons conscients des scénarios en arrière-plan. » [étudiant en médecine]
« Peut-être donner des renseignements généraux sur le syndrome de Down et l'autisme avant de montrer les vidéos. C'est bien de regarder les vidéos et de saisir différents aspects, mais quand on ne sait pas ce qu'on cherche [...] Si on n'a pas de contexte sur les deux vidéos, il est difficile de saisir des choses et [...] si on n'a jamais fréquenté un milieu pédiatrique auparavant, tout est nouveau et peut-être que plus de renseignements amélioreraient les vidéos. » [étudiant en médecine]
« Un peu plus de renseignements généraux seraient utiles ainsi que, peut-être, quelques informations sur ce que cherchaient les fournisseurs de soins de santé, pas seulement l'état pathologique en cause, mais aussi ce qu'ils voulaient accomplir. De cette façon, je pourrais voir comment ils font les choses pendant que je regarde les vidéos. On arrive à comprendre au fur et à mesure, mais il serait utile de savoir à quoi s'attendre dès le début. » [étudiante sage-femme]

Tous les étudiants ont mentionné qu'il serait utile d'offrir plus d'occasions où ils pourraient interagir dans l'atelier. Ceux qui ont assisté aux deux genres d'ateliers ont conclu que les groupes de discussion ont donné plus d'occasions d'interactions interprofessionnelles que l'atelier. Les données sont résumées au tableau 17.

**Tableau 17 : Données à l'appui de la recommandation : Offrir plus d'occasions d'interaction aux étudiants pendant l'atelier**

Offrir plus d'occasions d'interaction aux étudiants pendant l'atelier
« Après avoir regardé les vidéos, à part que la D <sup>re</sup> [X] nous a demandé si nous avons des questions ou des commentaires, si nous avons pu nous réunir encore en petits groupes comme au début pour en discuter et parler des impressions et des réactions de chacun d'entre nous après les vidéos, et s'il faut faire les choses comme ça ou différemment. Je crois qu'il aurait été utile de se réunir en petits groupes par la suite. » [étudiant en sciences de la santé]
« Je ne suis pas certain qu'il y a assez d'interprofessionnalisme entre tous ceux qui étaient présents [...] Je ne crois pas qu'on nous a demandé de collaborer à ce niveau au lieu de simplement parler des vidéos. » [étudiant en médecine A]

<p>« Je suis d'accord, je crois que c'était un bon départ [...] lorsque la séance a commencé et que nous avons reconnu ce qu'était notre rôle en tant qu'étudiant en médecine ou étudiante infirmière. Pourtant, après ça, il n'a pas été question d'interprofessionnalisme jusqu'au groupe de discussion. » [étudiant en médecine B]</p>
<p>« [...] faire quelque chose d'un peu plus interactif au lieu de simplement regarder une vidéo et que quelqu'un [...] Même si nous avons eu une discussion d'un certain genre, elle n'était pas aussi interactive que ce groupe de discussion l'aurait été; le groupe de discussion est utile en soi mais il est facultatif. Donc, je crois [...] qu'avoir des activités interactives tout au long de l'atelier aurait été plus bénéfique afin de discuter de nos idées et réflexions. » [étudiant en sciences de la santé]</p>
<p>« Même si [les étudiants à] chaque table [...] comme après chaque vidéo parlaient entre eux, puis chaque table présentait un point à échanger. En fait [...] je m'attendais à ça. Donc, j'ai été surpris, euh, après que la vidéo a pris fin que nous n'en ayons pas discuté entre nous. Au lieu, nous sommes passés à d'autres points et on nous a posé des questions à leur sujet. » [étudiant en médecine]</p>

Les étudiants des deux genres d'ateliers ont aussi indiqué que leur fréquentation de différents milieux aurait amélioré leur expérience d'apprentissage. Les données sont résumées au tableau 18.

**Tableau 48 : Données à l'appui de la recommandation : Inclure une évaluation dans un différent milieu**

Inclure une évaluation dans un différent milieu
<p>« Parce que nous voyions les mêmes personnes dans le même scénario et dans presque le même contexte, c'était un peu répétitif concernant l'interprofessionnalisme [...] mais juste pour varier les scénarios [...] Donc, juste regarder ça et essayer d'intégrer un peu plus d'éléments. Je crois aussi personnellement, parce que nous sommes dans un milieu hospitalier, c'est pour ça que je pense comme ça, tandis que dans ce cas, c'était plus comme [...] un contexte clinique. » [étudiante infirmière]</p>
<p>« Je crois qu'il serait aussi utile d'avoir des vidéos dans deux différents milieux parce que la collaboration interprofessionnelle est très, très différente évidemment dans différentes équipes, mais encore plus dans différents milieux [...] Il aurait été bien d'avoir un contraste positif, à mon avis. » [étudiant en sciences de la santé]</p>
<p>« Je crois aussi qu'en ce qui concerne non seulement les équipes [...] la dynamique au sein d'une équipe, mais aussi les fonctions des différents emplois. Donc, ce que doit faire un ergothérapeute, un physiothérapeute ou une infirmière dans un milieu de soins à la famille ou un centre de traitement ambulatoire est très, très différent de ce qu'on fait dans une unité de soins intensifs. Donc, je crois qu'avoir une compréhension élargie du champ d'exercice de chaque profession ainsi que des changements dans le groupe interprofessionnel dans différents milieux serait aussi utile. » [étudiant en sciences de la santé]</p>

## Perceptions des étudiants du transfert des connaissances dans la pratique

Le genre d'atelier n'a eu aucun effet sur les aspects de l'expérience d'apprentissage que les étudiants croient pouvoir appliquer dans la pratique. Ces aspects sont codés dans les trois sous-thèmes suivants :

- a) Fonctionnement efficace d'une équipe interprofessionnelle
- b) Renversement des stéréotypes
- c) Sensibilisation aux rôles d'autres professionnels

Dans les groupes de discussion, les étudiants ont indiqué que leur observation du fonctionnement efficace d'une équipe interprofessionnelle les avait convaincus que ce genre d'équipe peut bien fonctionner et qu'il s'agissait d'un exemple qu'ils appliqueraient dans la pratique.

Les étudiants ont aussi mentionné que leur expérience dans les ateliers – à la fois l'équipe interprofessionnelle qu'ils ont observée dans les vidéos et leurs interactions avec les étudiants d'autres programmes durant les ateliers – leur avait permis de briser des stéréotypes existants au sujet de différents professionnels de la santé. Ils ont ajouté qu'ils étaient plus sensibilisés au besoin de promouvoir leurs rôles au sein des équipes interprofessionnelles ainsi que de chercher à comprendre les rôles de leurs collègues d'autres professions.

Les données à l'appui de ces sous-thèmes sont résumées au tableau 19.

**Tableau 19 : Données à l'appui du sous-thème : Perceptions des étudiants concernant le transfert des connaissances dans la pratique**

Fonctionnement efficace d'une équipe interprofessionnelle
« Je dirais aussi savoir qu'il faut du temps avant de fonctionner aussi efficacement et absolument, l'idéal d'une équipe qui travaille bien ensemble depuis un certain temps m'inspire confiance et qu'il est possible de s'intégrer au fonctionnement d'une équipe interprofessionnelle. » [étudiant en médecine]
« Je crois que le simple fait de voir cette approche d'équipe en médecine [...] Cette idée, vous savez, de réunir un groupe de spécialistes dans la même pièce et de s'attendre à ce qu'ils effectuent toutes leurs évaluations en même temps. Il me semble que ça pourrait être un peu chaotique et pas très fonctionnel. Pourtant, dans les faits, le voir et comment ça fonctionne, évidemment, j'ai appris que c'était possible. » [étudiant en médecine]
« Je pense que la vue d'ensemble d'une équipe interprofessionnelle à l'œuvre, voilà ce que je retire de l'atelier. Ce n'est pas nécessairement que je vais adopter ce comportement ou que je communiquerais de telle façon, mais c'est une vision générale que je connais bien. C'est ce vers quoi nous tendons. Voilà ce qui fonctionne vraiment et voilà pourquoi ça fonctionne bien pour les patients. Je crois que cette assurance est très valable. » [étudiant en médecine]
« Je croyais, dans l'ensemble, qu'il y avait beaucoup d'excellents modèles de la façon dont une équipe fonctionne efficacement ensemble. C'était absolument homogène et fluide [...] C'est un objectif à viser et auquel penser. Vous savez, peut-être à l'avenir lorsqu'on aura des difficultés à travailler en équipe, on pourra se dire : Eh bien, c'est possible [...] nous pouvons améliorer les choses, et un jour ou l'autre notre

<p>équipe fonctionnera comme ça. » [étudiant en médecine]</p>
<p><b>Renversement des stéréotypes</b></p>
<p>« Je pense que cette activité était importante pour la façon dont, en tant qu'étudiantes infirmières, nous n'avons jamais eu d'interaction avec des étudiants en médecine ou en physiothérapie ou quoi que ce soit. Donc, dans ces séances, nous les avons rencontrés et brisé en quelque sorte nos propres stéréotypes. [étudiante infirmière]</p>
<p>« J'ai aussi pensé qu'il était rafraîchissant de voir la médecin s'intégrer si facilement à l'équipe, parce que souvent nous avons le stéréotype du médecin qui ne s'intéresse pas vraiment à ce qui se passe en physiothérapie ou en ergothérapie. Il y a vraiment une rupture à ce niveau, mais c'était tellement homogène, cette médecin était tout à fait impliquée et participait à toutes les activités. Donc, il n'y avait pas cette rupture et cette hiérarchie. » [étudiant en ergothérapie]</p>
<p><b>Sensibilisation aux rôles d'autres professionnels</b></p>
<p>« Je crois que quelle que soit l'unité où je serai affecté, je vais tâcher de bien comprendre les rôles des professionnels des autres spécialités, s'il s'agit de spécialité, afin, je l'espère, que je comprenne mieux comment travailler avec eux, apprendre à les connaître et vraiment travailler avec eux en équipe, car on peut se perdre dans les détails. » [étudiant en sciences de la santé]</p>
<p>« Je crois que pour le travail dans n'importe quelle équipe interprofessionnelle, ce qui est le plus important, c'est de déterminer au préalable les rôles et de s'assurer que tout le monde les comprend bien. Peut-être aussi reconnaître qu'il y a des zones nébuleuses et qu'on peut s'entraider au lieu de dire : OK, j'ai terminé et je laisse la place aux autres. Nous pouvons travailler ensemble pour essayer d'éclaircir ces zones. Donc, il n'est pas nécessaire que tout soit établi d'entrée de jeu. Il peut y avoir des zones grises, mais on s'y attarde et on s'assure que tout le monde travaille en interaction. » [étudiant en médecine]</p>
<p>« Je crois que pour les ergothérapeutes, parce que beaucoup d'autres, euh, professionnels ne connaissent pas vraiment notre champ d'exercice et notre contribution à l'équipe, c'est important pour nous de les informer de notre rôle et de notre contribution. Sinon, il n'y a aura pas de collaboration d'équipe si les autres professionnels ne savent pas quel est notre rôle au sein de l'équipe. » [étudiant en ergothérapie]</p>

## Discussion

### Implications pour la recherche et la pratique

Les données recueillies dans les groupes de discussion révèlent que les étudiants des deux types d'ateliers ont appris des composantes clés du travail d'une équipe interprofessionnelle après avoir observé le fonctionnement d'une équipe efficace.

D'après le Cadre national de compétences interprofessionnelles, la communication interprofessionnelle et les soins axés sur le patient ou la famille constituent les deux principales composantes qui appuient la pratique interprofessionnelle (CPIS, 2010, p. 10). En regardant les vidéos d'évaluations réelles, les étudiants ont vu comment les membres de l'équipe utilisaient la communication non verbale pour s'appuyer mutuellement et appuyer les parents et les enfants pendant les évaluations. La conscientisation des étudiants au rôle de la communication non verbale dans les évaluations montre la valeur que présentent les exemples optimaux du fonctionnement d'une équipe, car ils ont vu que la communication interprofessionnelle efficace soutient les patients. Il est toutefois impossible de garantir aux étudiants qu'ils verront des exemples d'équipes interprofessionnelles efficaces dans leurs placements cliniques.

Les observations des étudiants ont révélé qu'ils connaissaient le concept des soins axés sur la famille ainsi que les avantages que présentent les équipes interprofessionnelles pour les familles. Leurs observations corroborent les opinions des familles avec des enfants atteints de déficiences de développement, notamment le besoin de mettre en place une culture organisationnelle qui reflète les services axés sur la famille en limitant le nombre d'endroits où les enfants reçoivent des soins et en ciblant les soins pour répondre aux besoins particuliers des familles (Law et coll., 2003). Toutefois, les étudiants ont aussi indiqué que rencontrer plusieurs professionnels en même temps peut être intimidant pour les familles et donner lieu à une surdose d'information. Cependant, il n'y a pas de recherche qui montre que ce soit le cas. Plutôt, Brooks, Bloomfield, Offredy et Shaughnessy (2013) ont constaté que les parents s'inquiètent davantage du manque de communication entre les membres de l'équipe et des conseils contradictoires offerts, ce qui peut se produire quand les membres de l'équipe ne travaillent pas au même endroit ou lorsque les services cloisonnés ne communiquent pas ensemble et, en conséquence, ne planifient pas ou ne coordonnent pas les soins conjointement. Ces préoccupations soulevées pourraient être le point de mire pour approfondir les discussions dans les ateliers.

L'observation des étudiants, qu'il est avantageux pour le système de soins de santé d'éviter les aiguillages inutiles, corrobore le fait que les parents, dont les enfants ont des déficiences développementales, doivent répondre à de nombreuses demandes avec leurs ressources (p. ex. temps et ressources financières). La réduction du nombre de rendez-vous pour ces familles devrait être perçue comme avantageuse dans une perspective organisationnelle. Une évaluation hâtive complète est évidemment bénéfique pour les familles et procure aussi des économies à long terme au système de soins de santé. Cependant, les étudiants ont soulevé des préoccupations au sujet de l'impact de l'ordonnancement de nombreuses interventions professionnelles et de l'accroissement possible du temps d'attente découlant d'un modèle de soins de ce genre. D'après notre expérience clinique, les professionnels en exercice expriment souvent des inquiétudes semblables. Il faudrait informer les étudiants de la preuve que le travail d'équipes flexibles avantage les familles et l'organisation offrant les soins. On a montré que le temps d'attente diminue, alors que les contacts et la capacité cliniques augmentent (Bell et coll., 2010).

Les quatre autres composantes mentionnées dans le Cadre national de compétences interprofessionnelles comprennent la clarification des rôles, le fonctionnement en équipe, le leadership collaboratif, et la résolution des différends interprofessionnels. Cette dernière composante est la seule qui n'a pas été abordée dans les ateliers, car notre intention était de donner aux étudiants des exemples positifs du travail d'une équipe interprofessionnelle. Il importe de souligner que même si les étudiants ont mentionné l'utilisation d'exemples positifs dans les ateliers, ce qui a grandement influencé leur apprentissage, ils croient qu'il serait intéressant d'observer, dans les ateliers futurs, une équipe réglant un conflit.

Les étudiants reconnaissaient l'importance des rôles clairs, mais ont dit qu'il n'était pas nécessaire qu'ils soient explicites et qu'ils peuvent se chevaucher lorsque cela est dans l'intérêt de l'enfant. Il en a été question lorsque les étudiants ont examiné la façon dont la compréhension approfondie des rôles respectifs favorise le respect au sein de l'équipe, ce qui de leur avis est essentiel pour la collaboration efficace.



Les étudiants reconnaissaient la valeur du leadership collaboratif à l'œuvre dans le modèle de l'équipe observée. Ils ont commenté la confiance dont faisaient preuve les membres de l'équipe ainsi que l'absence de hiérarchie et de domination. Cela était perçu comme favorable, mais les étudiants se questionnaient sur la façon de régler les conflits en l'absence d'un chef désigné de l'équipe. Même si le but des ateliers était de présenter des modèles positifs, il y aurait lieu d'aborder la question des conflits au sein des équipes dans un programme général d'enseignement interprofessionnel (Greer, Saygi, Aldering et de Dreu, 2012).

Les étudiants ont aussi mentionné le fonctionnement efficace des équipes collaboratives, qui était manifeste dans de nombreux domaines. Cela était évident lorsque les étudiants ont décrit la façon dont les membres de l'équipe bénéficieraient d'un apprentissage mutuel et, dans une approche interprofessionnelle, aborderaient tous les aspects liés aux soins. Cette approche permettrait de réduire le stress en partageant les responsabilités, de façon à prévenir les lacunes dans les soins prodigués aux enfants. Les étudiants croyaient que ce genre de collaboration réduirait les formalités administratives et offrirait un soutien plus efficace aux familles.

Les étudiants ont cerné les défis liés aux équipes interprofessionnelles pour les professionnels, notamment les buts communs et la gestion du temps pour que les membres de l'équipe achèvent les tâches nécessaires. Ils ont souligné la nécessité d'adopter un comportement professionnel en présence des patients pour éviter que les conflits soient apparents. Mitchell et collaborateurs (2012), dans le document de travail de l'Institute of Medicine, *Core Principles and Values of Effective Team based Health Care*, font état du besoin de comprendre à fond et de respecter les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe ainsi que de collaborer afin de les exercer de manière optimale pour atteindre les objectifs communs. Ce niveau de fonctionnement requiert l'acquisition et le développement de valeurs personnelles pour préparer les professionnels au travail efficace en équipe. Le fait que les étudiants ont relevé ces défis clés peut les inciter à réfléchir à l'efficacité des équipes dans la pratique.

Les groupes de discussion ont donné l'occasion aux étudiants de se pencher sur les comportements qu'ils ont observés dans le travail d'une équipe interprofessionnelle effectuant les évaluations. Nous croyons que cette réflexion explique l'absence de différences notables entre les deux types d'interventions d'apprentissage (ateliers de FI animés et non animés) relativement aux comportements de base et au fonctionnement d'une équipe interprofessionnelle. Quoi qu'il en soit, les étudiants dans l'atelier non animé ont indiqué qu'ils auraient aimé assister à une discussion animée pour explorer le fonctionnement de l'équipe qu'ils avaient observé. Les étudiants de cet atelier ont mentionné que le groupe de discussion leur avait permis d'explorer plus souvent cet aspect de l'apprentissage comparativement à l'atelier animé. Cette observation appuie notre hypothèse que l'immersion des étudiants dans le milieu clinique sans leur offrir une orientation explicite sur les interactions et le fonctionnement interprofessionnels est moins efficace que l'utilisation de vidéos donnant des exemples d'équipes efficaces appuyée par l'animation. La possibilité de « prendre du recul » par rapport au scénario et de réfléchir était aussi très utile pour le processus d'apprentissage. Il est difficile d'offrir cette possibilité aux étudiants lorsqu'ils sont plongés dans le milieu clinique, car on s'attend d'eux qu'ils suivent le rythme des activités cliniques.

Les groupes de discussion ont favorisé l'interaction directe des étudiants. Nous n'avions pas anticipé cet avantage. Cela confirme la valeur qu'accordent les étudiants à l'apprentissage collectif et mutuel (Falk et coll., 2013). La séance d'enseignement était de durée limitée, car le groupe de discussion devait faire immédiatement suite à la séance. C'est pourquoi il y avait moins de temps disponible pour la discussion de groupe dans l'atelier. Les étudiants ont aimé avoir l'occasion au début de la séance d'apprendre les uns des autres. À l'avenir, un élément clé de l'expérience d'apprentissage sera l'offre de plus d'occasions de discussion aux étudiants. Ruiz, Ezer et Purden (2013) ont constaté que les programmes de perfectionnement du corps professoral devraient aider les animateurs à réexaminer les méthodes d'enseignement et encourager les étudiants à assumer la responsabilité de discuter d'idées et de collaborer avec d'autres dans les interventions interprofessionnelles.

En regardant des vidéos, les étudiants ont été sensibilisés à une équipe interprofessionnelle efficace qui montrait de nombreux aspects clés de la collaboration et du fonctionnement interprofessionnels efficaces. Les étudiants ont reconnu ce fait et l'ont apprécié, mais cela semblait faire contraste aux expériences d'apprentissage précédentes, dont la majorité s'attardait aux problèmes du travail en équipe. Pour susciter l'enthousiasme des étudiants à l'égard du travail au sein d'équipes cliniques, il convient de donner des exemples d'expériences à la fois favorables et défavorables afin de les préparer aux réalités de la pratique clinique. En outre, comme l'ont indiqué les étudiants qui ont participé à notre recherche, il faut aussi donner un exemple d'une équipe efficace réglant un conflit. D'après les étudiants, les exemples des équipes efficaces leur ont servi de modèles favorables et leur ont permis de comprendre l'importance du travail d'une équipe efficace pour répondre aux besoins des patients et de leur famille.

En utilisant des vidéos, les éducateurs dans ce domaine ont donné aux étudiants des exemples positifs du fonctionnement réel d'une équipe, d'une variété de scénarios cliniques et de patients véritables. Cependant, ce dernier exemple pose particulièrement problème dans la pratique pédiatrique. Les contacts entre de jeunes enfants et les groupes d'étudiants ne sont pas pratiques, c'est pourquoi on a utilisé des vidéos dans l'enseignement pédiatrique en clinique (Lee et coll., 2006). Les étudiants ont certes apprécié le recours à de vrais patients.

Les étudiants ont fait savoir qu'ils aimeraient une présentation plus étoffée des membres de l'équipe au début de la séance, afin d'être informés de leur champ d'exercice et de leur rôle au sein de l'équipe avant de les observer. Cette suggestion peut être facilement intégrée et peut prendre la forme d'une vidéo par les professionnels mêmes. Les étudiants aimeraient aussi recevoir plus d'information sur le milieu, le but de l'évaluation et des renseignements généraux sur l'état pathologique. Cette information utile peut être facilement présentée dans l'introduction.

L'une des principales constatations de notre recherche est la valeur que les étudiants attribuent aux discussions interactives. En effet, ils ont mentionné, au début des ateliers, les groupes de discussion et les discussions en petits groupes comme des éléments clés pour leur apprentissage. Cela était aussi évident dans les données sur les améliorations suggérées de l'expérience des ateliers où, selon les étudiants, il faut tenir plus de discussions interactives. Cette constatation montre clairement la valeur de l'interaction en personne pour les étudiants dans une culture où l'apprentissage en ligne est de plus en plus fréquent et confirme le besoin d'animation et de discussion dans l'enseignement interprofessionnel.

Ces constatations appuient la suggestion d'utiliser la discussion à titre de stratégie d'enseignement pour faire participer les étudiants. Cette approche suppose le rôle d'un modérateur ou animateur pour guider la discussion de groupe, dans le but d'engager un dialogue afin de dégager une compréhension mutuelle et de convenir d'interventions futures (Goodin et Stein, 2008).

Les comparaisons des interactions en ligne et en personne ont révélé que les étudiants sont plus satisfaits de ces dernières (Curran et coll., 2008). Nos étudiants étaient favorables à l'ARP en petits groupes dans un contexte interprofessionnel qui, comme l'a montré Thompson, permet d'améliorer les attitudes à l'égard des autres professions (2010). Les étudiants participant à l'apprentissage en équipes en classe ont fait savoir que la discussion a favorisé leur compréhension des problèmes et leur reconnaissance de différents points de vue (Feingold et coll., 2008).

## Forces

La recherche était fondée sur des ateliers, tout comme notre étude pilote. Nous avons aussi utilisé l'information logistique et demandé aux étudiants de nous aider à concevoir le programme. En outre, nous avons utilisé les constatations de l'étude pilote pour formuler les questions pour les groupes de discussion. L'étude et les ateliers ont été présentés par des professionnels de deux différentes disciplines, ce qui reflète la collaboration interprofessionnelle. Nous avons étudié deux différents types d'ateliers didactiques, soit avec



et sans animation à titre de comparateurs. Les échanges dans les groupes de discussion sont parvenus au point de saturation, et nous croyons avoir relevé tous les thèmes pertinents pour l'apprentissage des étudiants.

## Limites

La majorité des étudiants avaient assisté auparavant à des activités de FI, ce qui peut avoir estompé les différences entre les deux groupes. Il est difficile d'intéresser les étudiants qui n'ont jamais participé à une expérience de FI, surtout parce que nous recrutons dans l'ensemble des programmes.

La mixité des disciplines professionnelles chez les étudiants assistant aux ateliers était parfois limitée. Cet état de fait découlait des conflits d'horaire entre les programmes, du caractère facultatif de la FI dans certains programmes, et de l'absence de mécanisme pour s'assurer que les étudiants s'étant inscrits à un atelier s'y présentaient. Cette difficulté a fait en sorte que de nombreux groupes étaient plus petits que prévu et a réduit notre capacité d'évaluer l'intervention auprès de groupes nombreux. Cette forme a donné de bons résultats dans les groupes avec lesquels nous avons travaillé, et nous croyons que des groupes nombreux peuvent être organisés.

Une autre limite est que nous avons des vidéos d'une seule équipe interprofessionnelle dans un seul milieu. Nous croyons que la capacité d'inclure des vidéos d'autres équipes interprofessionnelles ajoutera à la valeur des ateliers. Selon les étudiants qui ont pris part à cette expérience d'apprentissage, il serait valable de tenir les ateliers dans plus d'un milieu.

L'étude a été réalisée dans un seul centre avec les deux mêmes animateurs. Il conviendrait de savoir si ces ateliers peuvent être animés de manière efficace par d'autres professionnels.

## Conclusion

Les étudiants en sciences de la santé ont été en mesure d'apprendre les composantes clés de la pratique interprofessionnelle dans une classe nombreuse. Ceux qui ont assisté aux deux types d'ateliers ont reconnu la valeur de la collaboration au sein de l'équipe, de la communication efficace et de l'environnement de travail respectueux. Ils ont cerné les avantages et les défis associés aux équipes interprofessionnelles pour les familles, les professionnels individuels et l'ensemble du système de santé. Ils ont aussi trouvé particulièrement bénéfiques le temps d'interaction et l'apprentissage mutuel dans cette expérience.

Dans la comparaison des ateliers animés et non animés, nous n'avons relevé aucune différence discernable dans l'apprentissage des composantes clés de la FI. Cependant, les étudiants qui n'ont pas assisté à la FI animée ont indiqué, sans qu'on leur demande, qu'ils auraient aimé des discussions avec animateur. De plus, les étudiants dans les ateliers non animés ont fait savoir que le groupe de discussion était l'élément principal ayant favorisé leur apprentissage. Cela n'était pas le cas dans les ateliers animés et dénote que les étudiants ont aimé la discussion qui a eu lieu dans les ateliers sur le travail interprofessionnel.

Cette modalité peut être facilement adaptée pour présenter une vaste gamme de différents états pathologiques, milieux et structures d'équipe. Les étudiants appréciaient particulièrement le fait qu'ils assistaient à des rencontres cliniques réelles au lieu de regarder des scénarios simulés. Cette possibilité est importante pour l'enseignement portant sur de jeunes patients pédiatriques, domaine d'intervention limitée, car il est impossible de former de jeunes enfants pour qu'ils simulent différents troubles pédiatriques.

## Recommandations

Il y aurait lieu de modifier l'atelier en tenant compte des commentaires formulés par les étudiants qui ont pris part à la recherche, notamment :

- a) Ajouter au moins un autre milieu
- b) Offrir plus d'occasions de discussion interactive aux étudiants
- c) Intégrer plus de détails à l'introduction

Un peu moins de 1 000 étudiants sont inscrits cette année aux programmes de sciences de la santé de l'Université McMaster (voir l'annexe B). Étant donné ce grand nombre, il conviendrait d'offrir des expériences de FI de grande qualité à des groupes nombreux d'étudiants.

Dans certaines professions, comme l'orthophonie, très peu de placements sont accessibles aux étudiants. C'est pourquoi les ateliers animés, comme ceux dans la présente étude, constituent des substituts acceptables de l'immersion dans une équipe ou du jumelage d'emploi pour apprendre la pratique interprofessionnelle.

Les ateliers peuvent avoir lieu avant le placement clinique, ce qui réduirait le temps que les étudiants doivent consacrer au placement et hausserait le nombre de placements accessibles aux étudiants.

Les ateliers peuvent aussi être offerts dans les programmes individuels en faisant appel à des animateurs d'autres programmes, de façon à préserver le caractère interprofessionnel de l'animation. Cette possibilité d'apprentissage contribuerait à éliminer certaines difficultés posées au recrutement d'étudiants inscrits aux nombreux programmes.

## Bibliographie

- Balslev, T., De Grave, W. S., Muijtjens, A. M. M., et Scherpbier, A. J. J. A. (2005). Comparison of text and video cases in a postgraduate problem-based learning format. *Medical Education*, 39(11), 1086-1092.
- Barr, H. (2002). *Assuring the quality of IPE for health social care: A consultation paper*. Londres : UK Centre for Advancement of IPE.
- Bell, A., Corfield, M., Davies, J., et Richardson, N. (2010). Collaborative transdisciplinary intervention in early years – putting theory into practice. *Child: Care, Health and Development*, 36(1), 142-148.
- Boyle, M., Williams, B., Brown, T., McKenna, L., Palermo, C., Molloy, L., et Webb, V. (2013). Student attitudes toward a web-based interprofessionnel education package. *Journal of Allied Health*, 42(2), e33-e36.
- Brooks, F., Bloomfield, L., Offredy, M., et Shaughnessy, P. (2013). Evaluation of services for children with complex needs: Mapping service provision in one NHS trust. *Primary Health Care Research and Development*, 14(1), 52-62.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (février 2010). *A national interprofessionnel competency framework*. Consulté à : <http://www.cihc.ca/resources/publications>
- Centre for Advancement of Interprofessional Education. (2002). *Defining IPE*. Consulté à : <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
- Coffey, A., et Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Curran, V. R., Sharpe, D., Forristall, J., et Flynn, K. (2008). Student satisfaction and perceptions of small group process in case-based interprofessionnel learning. *Medical Teacher*, 30(4), 431-433.
- De Leng, B. A., Dolmans, D. H. J. M., Van De Wiel, M. W. J., Muijtjens, A. M. M., et Van Der Vleuten, C. P. M. (2007). How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. *Medical Education*, 41(2), 181-188.
- Dolmans, D. H. J. M., De Grave, W., Wolfhagen, I. H. A. P., et Van Der Vleuten, C. P. M. (2005). Problem-based learning: Future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 39(7), 732-741.
- Donovan, T., Hutchinson, T., et Kelly, A. (2003). Using simulated patients in a multiprofessional communication skills programme: Reflections from the programme facilitators. *European Journal of Cancer Care*, 12(2), 123-128.
- Falk, A. L., Hult, H., Hammar, M., Hopwood, N., et Dahlgren, M. A. (2013). One site fits all? A student ward as a learning practice for interprofessionnel development. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 476-481.
- Feingold, C. E., Cobb, M. D., Givens, R. H., Arnold, J., Joslin, S., et Keller, J. L. (2008). Student perceptions of team learning in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 47(5), 214-222.
- Finch, J. (2000). Interprofessional education and teamworking: A view from the education providers. *BMJ British Medical Journal*, 321(7269), 1138-1140.
- Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S., et Narr, H. (2002). *A critical review of evaluations of interprofessionnel education: A review commissioned by the Learning and Teaching Support Network for health sciences and practices*. Londres : LTSN – Centre for Health Sciences and Practices.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., et Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), 291-295.
- Goodin, H. J., et Stein, D. (2008). Deliberative discussion as an innovative teaching strategy. *Journal of Nursing Education*, 47(6), 272-274.
- Greer, L. L., Saygi, O., Aaldering, H., et de Dreu, C. K. (2012). Conflict in medical teams: Opportunity or danger? *Medical Education*, 46(10), 935-942.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., et Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessionnel education: BEME guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735-751.
- Hsieh, H. F., et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

- Iacono, T., Lewis, B., Tracy, J., Hicks, S., Morgan, P., Récoché, K., et McDonald, R. (2011). DVD-based stories of people with developmental disabilities as resources for interprofessionnel education. *Disability & Rehabilitation*, 33(12), 1010-1021.
- Institute of Medicine. Committee on the Quality of Health Care in America (Ed.). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC : National Academy Press.
- Kennedy, I. (2010). *Getting it right for children and young people: Overcoming cultural barriers in the NHS so as to meet their needs*. Consulté sur le site Web du Department of Health du Royaume-Uni : <https://www.gov.uk/government/publications/getting-it-right-for-children-and-young-people-overcoming-cultural-barriers-in-the-nhs-so-as-to-meet-their-needs>
- Ker, J., Mole, L., et Bradley, P. (2003). Early introduction to interprofessionnel learning: A simulated ward environment. *Medical Education*, 37(3), 248-255.
- Koch, T. (1994). Establishing rigour in qualitative research: The decision trail. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 976-986.
- Law, M., Hanna, S., King, G., Hurley, P., King, S., Kertoy, M., et Rosenbaum, P. (2003). Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 29(5), 357-366.
- Lee, M. T., Jacobs, J. L., et Kamin, C. S. (2006). Video-enhanced problem-based learning to teach clinical skills. *Medical Education*, 40(5), 473-474.
- Lincoln, Y. S., et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA : Sage Publications.
- Lotrecchiano, G. R., McDonald, P. L., Lyons, L., Long, T., et Zajicek-Farber, M. (2013). Blended learning: Strengths, challenges, and lessons learned in an interprofessionnel training program. *Maternal and Child Health*, 17(9), 1725-1734.
- Loutzenhiser, L., et Hadjistavropoulos, H. (2008). Enhancing interprofessionnel patient-centered practice for children with autism spectrum disorders: A pilot project with pre-licensure health students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 429-431.
- Miers, M. E., Clarke, B. A., Pollard, K. C., Rickaby, C. E., Thomas, J., et Turtle, A. (2007). Online interprofessionnel learning: The student experience. *Journal of Interprofessional Care*, 21(5), 529-542.
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., Rohrbach, V., et Von Kohorn, I. (2012). *Core principles et values of effective team-based health care*. Consulté à : <http://www.iom.edu/global/perspectives/2012/teambasedcare.aspx>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. (troisième édition). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Pinto, A., Lee, S., Lombardo, S., Salama, M., Ellis, S., Kay, T., et Landry, M. D. (2012). The impact of structured interprofessionnel education on health care professional students' perceptions of collaboration in a clinical setting. *Physiotherapy Canada*, 64(2), 145-156.
- Price, D., Howard, M., Hilts, L., Dolovich, L., McCarthy, L., Walsh, A. E., et Dykeman, L. (2009). Interprofessional education in academic family medicine teaching units: A functional program and culture. *Canadian Family Physician*, 55(9), 901-901.e5.
- Rodgers, B. L., et Cowles, K. V. (1993). The qualitative research audit trail: A complex collection of documentation. *Research in Nursing et Health*, 16(3), 219-226
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Consulté sur le site des publications du gouvernement du Canada : <http://publications.gc.ca/site/eng/237274/publication.html>
- Ross, F., et Southgate, L. (2000). Learning together in medical and nursing training: Aspirations and activity. *Medical Education*, 34(9), 739-743.
- Rudland, J. R., et Mires, G. J. (2005). Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: Implications for shared teaching. *Medical Education*, 39(5), 448-455.
- Ruiz, M. G., Ezer, H., et Purden, M. (2013). Exploring the nature of facilitating interprofessionnel learning: Findings from an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 489-495.

- Russell, G. M., Dahrouge S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., et Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 309-318.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- Schreiber, J. L., et Goreczny, A. (2013). Instructional insight into interprofessionnel education (IPE). *Occupational Therapy in Health Care*, 27(2), 180-185.
- Strauss, A. L., et Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Thompson, C. (2010). Curriculum: Do interprofessionnel education and problem-based learning work together? *The Clinical Teacher*, 7(3), 197-201.
- Tipping, J., Donahue, J., et Hannah, E. (2001). Value of unstructured time (breaks) during formal continuing medical education events. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 21(2), 90-96.
- Twenge, J. M. (2009). Generational changes and their impact in the classroom: Teaching Generation Me. *Medical Education*, 43(5), 398-405.
- World Health Organization Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel: The Team Approach. (1988). *Learning together to work together for health*. Consulté à : <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37411>

