

Démarche de design pédagogique pour outiller l'évaluation, l'enseignement et l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle en situation authentique

Isabelle Savard, Ph. D.¹, Amélie Richard, orthophoniste, M. Sc.⁵, Emmanuelle Careau, ergothérapeute, Ph. D.³,

Kadija Perreault, physiothérapeute, Ph. D.⁴, Anne Marie Pinard², M. D., M. Ed.

- 1- Professeure régulière, Département Éducation, Université TÉLUQ
- 2- Professeure agrégée, Département d'anesthésiologie et de soins intensifs, Faculté de médecine, Université Laval; anesthésiologiste au CHUL du CHU de Québec
- 3- Professeure agrégée, Vice-doyenne à la responsabilité sociale, Faculté de médecine, Université Laval; chercheuse, Centre de recherche en réadaptation et intégration sociale et Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval
- 4- Professeure, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval; chercheuse, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale
- 5- Doctorante, Faculté de médecine, Université Laval; professionnelle de recherche, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

Résumé

La collaboration interprofessionnelle (CIP) amène des professionnels de diverses disciplines à adopter des modalités de pratique répondant aux besoins des patients de façon cohérente, coordonnée et intégrée. La formation interprofessionnelle (FIP) est reconnue comme étant essentielle à la formation de futurs professionnels prêts à collaborer. À ce sujet, l'intégration du milieu académique aux exigences du milieu clinique est indispensable. Or, la CIP est généralement enseignée en situations académiques et très peu en situations authentiques.

Pour bonifier l'offre de stages comprenant un réel apprentissage interprofessionnel, un groupe de chercheuses ayant des formations d'ergothérapeute, de physiothérapeute, de médecin et de spécialiste en technologie éducative a réalisé un projet ayant pour but de définir les enjeux, facteurs facilitants, obstacles et lignes directrices à l'implantation de tels stages cliniques afin de proposer des pistes de solution et des ressources concrètes. Une situation authentique particulière a servi de point de départ : le suivi des patients en clinique de douleur. Maintenant considérée comme une maladie en soi, la douleur chronique est une condition complexe et multidimensionnelle requérant l'implication de professionnels de différents domaines. Grâce à une démarche de *Design Based Research (DBR)*, une recension des écrits a tout d'abord permis de mieux circonscrire l'état actuel des connaissances du design pédagogique de stages interprofessionnels. Un profil des compétences du collaborateur interprofessionnel a ensuite été défini, selon les connaissances actuelles en collaboration interprofessionnelle et en consultant des acteurs représentant six professions : anesthésiologiste, ergothérapeute, pharmacien, physiothérapeute, psychologue, professionnel en soins infirmiers). Sur la base de ce profil, un outil d'évaluation facilitant le suivi du développement de ces compétences dans le contexte des stages cliniques a été élaboré.

Au cours de cette même démarche *DBR*, les professionnels de la clinique de douleur, les responsables des stages et les étudiants de chacun des programmes impliqués furent consultés afin de préciser le contenu et les orientations d'un éventuel stage en contexte de pratique interprofessionnelle. Les données issues de ces consultations permettent d'émettre certaines recommandations pouvant guider l'évaluation, l'enseignement et l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle.

Mots clés

Collaboration interprofessionnelle, formation interprofessionnelle, évaluation des compétences interprofessionnelles, situations authentiques, douleur chronique

1. Contexte

La collaboration interprofessionnelle (CIP) est maintenant reconnue comme étant incontournable pour amener des professionnels de diverses disciplines à offrir des soins et des services répondant aux besoins des patients de façon cohérente, coordonnée et intégrée. La CIP ne se met cependant pas toujours en place de façon optimale. Certains enjeux peuvent réduire la capacité des professionnels à bien collaborer, ce qui menace la qualité des soins offerts (Davidson, Smith, Dodd, Smith, et O’Laughlan, 2008; Oandasan *et al.*, 2006). La formation interprofessionnelle (FIP) constitue une façon privilégiée de faire face à ces enjeux et de préparer les futurs professionnels à collaborer efficacement (Kvan, 2013; World Health Organization, 2010; Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya et Reeves, 2009; Davidson, *et al.*, 2008; Hammick, Freeth, Koppel, Reeves et Barr, 2007). La FIP est une modalité d’enseignement permettant aux membres d’au moins deux disciplines en santé et services sociaux d’apprendre, ensemble, de façon interactive, dans le but explicite d’améliorer la CIP ou la santé et le bien-être des patients (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman, et Zwarenstein, 2017). La coordination des organisations académiques et de santé constitue un facteur clé dans le développement de FIP significatives, permettant aux futurs professionnels de devenir prêts à collaborer en milieu clinique réel (Thistlethwaite, 2012; World Health Organization, 2010).

Les stages cliniques constituent un environnement cohérent pour favoriser une coordination étroite entre les systèmes académiques et de santé. Ils offrent des situations d’apprentissage authentiques aux futurs professionnels; ceux-ci étant le plus souvent formés de façon uniprofessionnelle ou en « silo » disciplinaire (Brewer et Barr, 2016). En effet, on retrouve encore peu de stages interprofessionnels permettant aux étudiants de différents programmes de développer leurs compétences de collaborateurs à l’intérieur de contextes authentiques. Un stage interprofessionnel est défini comme étant des « occasions planifiées et organisées dans le but explicite de permettre à des étudiants d’au moins deux disciplines en santé et services sociaux d’apprendre ensemble dans un même milieu clinique et de poser les gestes typiques de leur profession en tant que membres d’une équipe interprofessionnelle dans une approche centrée sur la personne » (traduction libre de Brewer et Barr, 2016). Bien que de tels stages constituent une visée optimale en matière de FIP, de nombreux obstacles se posent encore pour arriver à les mettre en place (Jackson et Bluteau, 2007). De plus, des efforts doivent encore être effectués pour déterminer les meilleures pratiques à mettre

en place afin de faire de ces stages des situations d'apprentissage authentiques, permettant réellement aux futurs professionnels en santé et services sociaux de développer des compétences collaboratives, transférables dans leur futur travail.

La littérature est abondante en ce qui a trait aux situations d'apprentissage authentiques. Herrington, Oliver et Reeves (2003) ont présenté les dix caractéristiques suivantes pour préciser ce qu'est une activité authentique dans un contexte pédagogique. Selon ces auteurs, les activités authentiques :

- 1) sont en **lien direct avec le « vrai monde »**. C'est-à-dire qu'elles essaient de reproduire le plus fidèlement possible les tâches de la pratique professionnelle au lieu de créer des tâches pédagogiques fictives et « décontextualisées ».
- 2) sont **mal définies**; elles incitent les apprenants à définir eux-mêmes les tâches et sous-tâches à accomplir pour réaliser l'activité.
- 3) comprennent des **tâches complexes** que les étudiants doivent accomplir sur une **période de temps soutenue**.
- 4) fournissent à l'apprenant l'occasion d'examiner la tâche selon **différentes perspectives**, en utilisant une **variété de ressources**.
- 5) fournissent des occasions de **collaboration**.
- 6) fournissent des **occasions de réflexion**.
- 7) peuvent être intégrées et appliquées à différents domaines. C'est-à-dire qu'on encourage une **perspective interdisciplinaire** plutôt que la connaissance liée à un domaine ou un champ défini de façon très précise.
- 8) sont **intégrées de façon transparente avec l'évaluation** des apprentissages pour que l'évaluation reste liée à la nature de la tâche.
- 9) permettent de **culminer vers un produit final** plutôt que de passer par des tâches préparatoires sans liens les unes avec les autres.
- 10) permettent des **solutions variées** et une diversité de produits.

Pour bonifier l'offre de stages comprenant un réel apprentissage interprofessionnel en situations authentiques, un groupe de chercheuses ayant des formations d'ergothérapeute, de

physiothérapeute, de médecin et de spécialiste en technologie éducative a réalisé un projet, combinant à la fois un volet de recherche et un volet pédagogique. Le présent chapitre a pour but de définir les enjeux, les facteurs facilitants, les obstacles et les pistes à suivre pour l'implantation d'un tel stage clinique et en vue de proposer des pistes de solution et des ressources concrètes.

Une situation authentique particulière a servi de point de départ au travail de design pédagogique : la prise en charge interprofessionnelle des patients en clinique de la douleur. Maintenant considérée comme une maladie en soi, la douleur chronique est une condition complexe et multidimensionnelle requérant l'implication de professionnels de différents domaines. Le clivage fréquent entre aspects psychologiques et aspects somatiques (Constantin-Kuntz et Dousse, 2009) fait en sorte que la CIP présente de nombreux avantages pour les patients, en leur offrant une prise en charge qui tient compte de la globalité de leur situation. Face à cette complexité, les intervenants bénéficient également de la mise en commun de l'expertise des différents professionnels pour développer et mettre en œuvre des plans d'intervention centrés sur les patients. Pour les organisations, la CIP est généralement associée à des soins et services plus accessibles, efficaces, efficients et satisfaisants. La clinique de la douleur du CHU de Québec-Université Laval, dont l'équipe comprend plusieurs professionnels travaillant déjà dans une relation de CIP bien établie, représentait un lieu idéal pour la FIP en situation authentique. De là est née l'idée de créer un stage interprofessionnel en situation authentique, qui permettrait de rassembler des apprenants de différents programmes et de les amener à collaborer entre eux pour traiter de vrais patients, dans un milieu de pratique réel. Trois défis pédagogiques principaux, liés à ce projet et à son caractère novateur, ont alors été identifiés : 1) le désir d'établir un mode de supervision en équipe interprofessionnelle, ce qui implique que les stagiaires doivent pouvoir recevoir des rétroactions de professionnels qui n'appartiennent pas à la profession qu'ils convoitent; 2) la volonté de fournir des rétroactions sur les mêmes bases aux étudiants des différents programmes, rendant nécessaire le développement d'un outil d'évaluation commun, acceptable pour les intervenants et les apprenants des programmes concernés; 3) le souhait d'amener les étudiants des divers programmes à se côtoyer dans des situations d'apprentissage authentiques, ce qui implique de devoir coordonner l'offre de stage entre les différents programmes.

Les objectifs du projet étaient les suivants :

- 1) Coordonner l'offre de stages et harmoniser les attentes en matière de développement des compétences à la collaboration interprofessionnelle (CIP);
- 2) Proposer des opportunités d'apprentissages interprofessionnels concernant la douleur chronique;
- 3) Adopter des indicateurs communs faisant état du développement des compétences en matière de CIP.

2. Démarche

Wang et Hannafin (2005) présentent la recherche basée sur le design, *Design Based Research (DBR)*, comme étant une méthodologie systématique et flexible ayant pour but d'améliorer la pratique éducative par des analyses itératives, de la conception, du développement et de l'implantation dans un contexte authentique, en vue d'établir des principes et des propositions théoriques. Comme le but ultime de cette démarche itérative (améliorer la pratique éducative) cadrerait parfaitement avec les buts d'innovation du projet décrits précédemment, c'est en suivant une démarche de *DBR* que le projet s'est déroulé. En effet, étant donné leur caractère novateur, ces buts se sont révélés être une occasion privilégiée de développer des principes et des propositions pouvant guider le design pédagogique de futures FIP. Tel qu'illustré à la figure 1 et souligné par Reeves (2006), les grandes étapes du *DBR* sont les suivantes : analyser, développer, effectuer des tests, réfléchir aux principes et aux solutions, raffiner. Une itération se caractérise par la succession des étapes. On retrouve donc à chaque itération des activités d'analyse (1), de développement (2), de tests (3), de réflexion (4) et de raffinement (5). En début de projet, on accorde généralement plus de temps à l'analyse alors qu'en fin de projet, on en accorde davantage au raffinement.

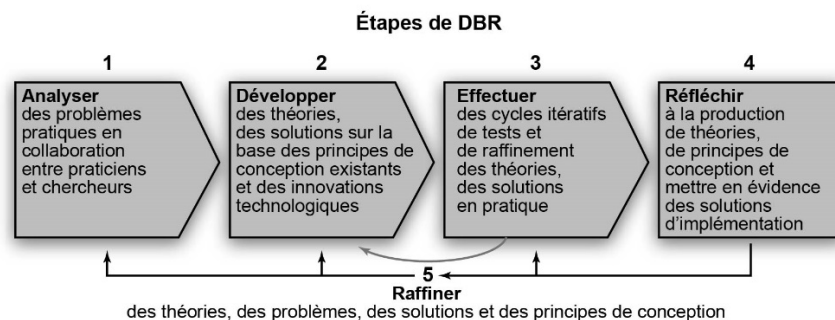


Figure 1. Une itération dans un processus de *Design Based Research (DBR)* (figure tirée de Savard 2014)

Le travail en collaboration entre chercheurs et praticiens (professionnels œuvrant sur le terrain) caractérise le *DBR*. Dans une telle démarche, il s'avère essentiel d'alterner la réflexion et le travail conceptuel, l'action et le développement d'outils, en partenariat avec des professionnels travaillant sur le terrain.

Les lignes qui suivent permettront de démontrer comment s'est vécue cette alternance dans le projet actuel, comment l'équipe de chercheuses a travaillé en partenariat avec les professionnels de la clinique de la douleur, les responsables des stages et les étudiants de chacun des programmes impliqués, notamment afin de préciser le contenu et les orientations d'un éventuel stage en contexte de pratique interprofessionnelle.

Dans cette démarche de *DBR*, deux itérations sont complétées au moment d'écrire ces lignes. Chaque itération a permis de détailler l'analyse, de développer et de raffiner des solutions pédagogiques; toujours en évolution. Une recension des écrits a facilité l'établissement d'un état des connaissances actuelles concernant le design pédagogique des stages interprofessionnels et la détermination de pistes d'action pour la planification d'un tel stage. Ensuite, un profil des compétences du collaborateur interprofessionnel a été défini, à partir des référentiels de compétences utilisés dans six programmes en sciences de la santé (anesthésiologie, ergothérapie, pharmacie, physiothérapie, psychologie, soins infirmiers) et d'outils existant en FIP. Il a été validé en consultant des représentants de ces programmes et professions. Sur la base de ce profil, un outil d'évaluation, facilitant le suivi du développement de ces compétences dans le contexte des stages cliniques, a été élaboré et proposé. Comme c'est souvent le cas dans une démarche de *DBR*, les extraits d'une itération deviennent les intrants de l'itération suivante.

3. État des connaissances sur les stages interprofessionnels

La recension effectuée s'est basée sur une méthodologie réaliste afin d'analyser, de comprendre et de repérer les meilleures pratiques reliées à des interventions complexes (Pawson et Tilley, 1997), telles que la FIP. En effet, la FIP est un phénomène complexe qui s'articule de diverses façons selon le contexte dans lequel elle s'inscrit, les buts visés, les acteurs impliqués, etc. (Drynan et Murphy, 2013; Thistlethwaite, 2012; World Health Organization, 2010; Freeth, Hammick, Koppel, Reeves et Barr, 2004). Cette recension a permis de trouver 67 études, provenant principalement des États-Unis, du Canada, du Royaume-Uni, d'Australie et de Suède, portant sur une expérience

de stage interprofessionnel, *i. e.* qui implique au moins deux types de professionnels différents (« Interprofessional clinical placements: a realist review of their characteristics and effectiveness », *Medical Education*, 2019, à soumettre).

3.1. Hétérogénéité dans les paramètres des stages interprofessionnels

La première constatation découlant de cet exercice est la grande hétérogénéité dans les paramètres de ce type de stage, tant en ce qui concerne la durée, les milieux d'accueil, le contexte de développement des stages ainsi que le mode et les activités de supervision.

La durée des stages varie de quelques heures (Anderson, Manek et Davidson, 2006) à deux semestres complets (Gum, *et al.*, 2013). On note une diversité de milieux d'accueil : majoritairement des milieux traditionnels, comme des hôpitaux (Ericson, Masiello et Bolinder, 2012) ou des centres de réadaptation (Mihalynuk, Odegard, Kang, Kedzierski et Crowley, 2007), mais également un tiers de milieux non traditionnels comme des ressources communautaires (Buff, *et al.*, 2015), des soins à domicile (En, Koh et Lim, 2011) ou des milieux ruraux (Gum, *et al.*, 2013).

Il est intéressant de constater que les raisons menant à la mise en place des stages interprofessionnels varient selon les milieux et les contextes. Si près de la moitié des initiatives rapportées ont pour but général d'améliorer les compétences de la collaboration et éventuellement, les services offerts à la population, d'autres poursuivent des buts plus spécifiques. Dans certains cas, le stage interprofessionnel est mis sur pied de façon à favoriser le développement des connaissances et des compétences nécessaires à la dispensation de services optimaux pour une clientèle précise (Dean, *et al.*, 2015). Dans d'autres cas, le stage vise plutôt à répondre à un besoin du milieu d'accueil, tel qu'une pénurie de ressources ou un manque de services pour une clientèle spécifique (Cragg, Hirsh, Jelley et Barnes, 2010). Enfin, certains stages deviennent un vecteur pour soutenir le développement de nouvelles pratiques, basées sur les données issues de la recherche (Teräs, 2016).

Le rôle du superviseur et du facilitateur est primordial dans toute initiative de FIP (Oandasan et Reeves, 2005). Dans plus du tiers des stages recensés, une supervision uniprofessionnelle s'ajoute à la supervision des activités effectuées en équipe (Cahill, O'Donnell, Warren, Taylor et Gowan,

2013). Ainsi, les étudiants peuvent bénéficier de rétroactions concernant leur discipline propre, en plus d'avoir une occasion de développer leurs compétences collaboratives. La FIP est parfois supervisée par une personne dédiée : une infirmière ou un médecin, mais elle est le plus souvent supervisée par une équipe interprofessionnelle d'au moins deux personnes et parfois, par une équipe entière. Le recours à des superviseurs d'au moins deux disciplines est reconnu comme étant un élément clé de la FIP, notamment par le biais du modèle de rôle offert aux étudiants (Barr, *et al.*, 2017). Les activités de supervision sont variées et dépendent largement des activités pédagogiques et cliniques effectuées par les étudiants. Par exemple, les stagiaires peuvent présenter les résultats de l'évaluation d'un patient au moment d'une rencontre avec une équipe de superviseurs et ceux-ci leur offriront de la rétroaction et les soutiendront dans leur réflexion (Brault, Therriault, St-Denis et Lebel, 2015).

3.2. Continuum d'intensité des expériences de stage

La grande variété d'expériences recensées peut être représentée et catégorisée selon un continuum d'intensité des expériences de FIP offertes. D'un côté du continuum, on retrouve les stages qui sont principalement centrés sur l'expérience des étudiants. Ils offrent des activités ciblées, planifiées et reproductibles, qui sont organisées selon des objectifs d'apprentissage précis (Brewer et Barr, 2016). De l'autre, se situent les stages centrés sur les patients ou sur les soins et les services offerts à ces derniers. Ils sont caractérisés, pour leur part, par des tâches imprévisibles et uniques, étroitement reliées au contexte clinique (Brewer et Barr, 2016). Le degré d'intensité des stages varie donc sur le continuum en fonction de deux dimensions principales : le degré d'exposition aux patients ainsi que la complexité des tâches demandées. Ces dimensions recourent certaines caractéristiques, présentées précédemment, concernant les situations d'apprentissage authentiques, notamment en ce qui concerne la complexité des tâches (Herrington, *et al.*, 2003).

L'utilisation du continuum proposé pour qualifier les différentes initiatives de stages interprofessionnels reflète la souplesse nécessaire pour rencontrer, voire contourner, les multiples contraintes qui surgissent face à ce genre de projet. Il est donc important qu'une réflexion approfondie sur les visées du stage soit articulée et que le type d'expérience interprofessionnelle soit choisi avec cohérence. Il faut aussi souligner que les ressources disponibles ainsi que les conditions du milieu de stage influenceront le type d'expérience mis de l'avant. Par exemple, lorsque des équipes interprofessionnelles travaillent déjà en concertation dans un milieu, la mise

en place d'un stage à l'extrémité du continuum, offrant des expériences cliniques complexes et complètes aux stagiaires peut être réalisable avec un investissement raisonnable de ressources (p. ex. (Roshier, Robinson, Boesdorfer et Lee, 2001). Dans d'autres circonstances, il pourra être préférable de planifier des activités plus académiques, centrées sur les apprentissages des étudiants et reproductibles, telles que des discussions de cas réels, mais sans contact direct avec les patients (Anderson, *et al.*, 2006). L'absence de services interprofessionnels formalisés ne devrait cependant pas être un obstacle à l'implantation de stages interprofessionnels. Rappelons qu'un seul superviseur peut accompagner une équipe de stagiaires (Clay, Cummings, Greer et Dreyfus, 2001). De plus, la mise sur pied de stages interprofessionnels peut devenir une occasion, pour un milieu, de bonifier son offre de services (MacDowell, Glasser, Weidenbacher-Hoper, et Peters, 2014) ou de créer de nouveaux partenariats et projets avec la communauté (Opina-Tan, 2013). Cette idée de continuum peut aussi encourager les personnes impliquées dans le développement de stages interprofessionnels à recenser les expériences déjà en place et à les bonifier, par exemple en permettant aux stagiaires d'observer des professionnels de différentes disciplines (Meffe, Claire Moravac, et Espin, 2012) ou en intégrant une activité interprofessionnelle dans un stage uniprofessionnel (Cahill, *et al.*, 2013).

L'analyse des besoins et des ressources du milieu d'accueil, en combinaison avec les objectifs d'apprentissage visés chez les étudiants, permet de cerner les méthodes pédagogiques réalistes et pertinentes à mettre en place selon l'intensité du stage envisagée sur le continuum. De fait, on retrouve une grande variété d'activités pédagogiques : des enseignements ciblés à propos de la clientèle rencontrée (Battistone, *et al.*, 2016), du « *shadowing* » (Meffe, *et al.*, 2012), le développement de projets communautaires (Charles, , Bainbridge, Copeman-Stewart, Art et Kassam, 2006), des discussions de cas (Mareck, Uden, Larson, Shepard et Reinert, 2004) ou encore, l'accomplissement de l'ensemble du processus clinique en collaboration interprofessionnelle (Brewer et Stewart-Wynne, 2013). À ce sujet, plusieurs articles relatent des initiatives exposant les stagiaires à une variété d'activités pédagogiques, se situant à différents endroits sur le continuum. Il est possible, par exemple, d'exposer d'abord les stagiaires à de l'enseignement ciblé sur la clientèle rencontrée, en ligne ou en présence, pour ensuite les faire travailler sur un projet précis avant de les amener à rencontrer des patients (Clay, *et al.*, 2001).

3.3. Évaluation des stages

Concernant l'évaluation des stages, l'hétérogénéité des expériences recensées ne nous permet pas de statuer sur l'efficacité d'un type de stage par rapport à un autre. Lorsque des résultats sont rapportés, ils peuvent soit porter sur le stage lui-même (son développement, son implantation, son appréciation par les différents acteurs), soit sur les étudiants, les organisations ou les patients. En ce sens, différents outils d'évaluation peuvent être utilisés et complétés par différents acteurs : les étudiants, les superviseurs de stages, les patients, etc. Parmi les outils utilisés, on retrouve le plus souvent des questionnaires (ouverts, fermés ou mixtes), des entrevues, des *focus group* et des échelles normées. La plupart du temps, plus d'une méthode est utilisée pour évaluer le stage et des mesures sont prises à différents moments : avant, après et pendant les stages.

Au sujet de l'évaluation des impacts des initiatives de stages, on trouve des retombées généralement positives, et ce, à différents niveaux selon la Jet Classification of Outcomes (Barr, Freeth, Hammick, Koppel, et Reeves, 2000). Peu de changements quant à l'organisation des services sont rapportés, mais plusieurs bénéfices reliés aux patients sont nommés, souvent par les patients eux-mêmes : ces derniers soulignent notamment qu'ils se sentent considérés et impliqués dans les décisions et les actions reliées à leur état (Hallin, Henriksson, Dalen, et Kiessling, 2011). L'appréciation des stages est généralement positive, tant de la part des étudiants que de celle des superviseurs. Les deux groupes nomment néanmoins certaines insatisfactions lorsque les modalités du stage et les attentes, envers eux, manquent de clarté.

En ce qui concerne l'évaluation des compétences des étudiants, pour que celle-ci soit porteuse pour leur développement professionnel, il est important qu'elle soit basée sur un profil de compétences précis. Or, il n'existe pas de profil de compétences en matière de collaboration interprofessionnelle qui fasse consensus actuellement et dont le libellé permette une utilisation directe pour l'évaluation de l'étudiant en stage. Le *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (Orchard *et al.*, 2010) permet cependant de classer les résultats relatés dans la recension selon six grands domaines de compétences : 1) les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté; 2) la communication interprofessionnelle; 3) la clarification des rôles; 4) le travail d'équipe; 5) le *leadership* collaboratif; 6) les résolutions de conflits interprofessionnels. L'analyse des résultats permet de déterminer des impacts positifs significatifs dans chacun des six domaines. Des résultats

positifs sont également rapportés au sujet du développement de l'autonomie professionnelle (Reeves, Freeth, McCrorie, et Perry, 2002) ainsi que de façon plus globale, en collaboration interprofessionnelle (Lachmann, Ponzer, Johansson, Benson, et Karlgren, 2013). Bien que le *Référentiel national de compétences* (Orchard, *et al.*, 2010) permette la classification de la grande majorité des résultats rapportés chez les étudiants, on constate que les domaines sont généralement assez englobants, donc peu précis. En ce sens, il paraît nécessaire d'en faire découler des critères observables et mesurables afin de créer un profil pouvant être utilisé dans un contexte de supervision directe du développement des compétences collaboratives des étudiants.

L'analyse des retombées et des résultats des initiatives de stages interprofessionnels, retenus dans notre recension, nous amène à constater (comme cela est soutenu par la littérature en FIP) que l'un des facteurs de succès majeurs des stages repose sur la planification de ces derniers. En effet, il apparaît primordial de prendre le temps de planifier les projets de stages pour maximiser les occasions d'apprentissage interprofessionnel (Barr, *et al.*, 2017; Gilbert, Yan et Hoffman, 2010). La planification elle-même gagne à être menée en CIP, en regroupant l'ensemble des partenaires impliqués (Barr, *et al.*, 2017). Les initiatives développées de cette façon semblent permettre d'améliorer la qualité du stage, tant pour les stagiaires que pour les superviseurs et les patients rencontrés. De plus, ceci permet de clarifier les rôles de chacun, ce qui favorise la qualité de l'expérience pour l'ensemble des protagonistes. Cette conclusion soutient, par le fait même, l'importance et la pertinence de la démarche de design pédagogique présentée ici.

4. Retombées et solutions pédagogiques en évolution

Le projet a permis de développer différentes solutions pédagogiques, qui sont toujours en processus d'évolution. Ces développements se sont faits en alternance avec l'analyse et se sont ainsi alimentés l'un et l'autre. Les paragraphes qui suivent décrivent ces retombées ainsi que les démarches ayant permis de les développer.

4.1. Profil de compétences du collaborateur interprofessionnel

En pédagogie des sciences de la santé, les dernières années ont été marquées par le virage vers des approches visant le développement des compétences plutôt que l'acquisition des connaissances. Les travaux actuels se basent sur une définition de compétence, largement réutilisée dans les

différents programmes impliqués, présentée par Tardif (2006) : « une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». En relation avec ce virage, il est souvent question de « référentiel de compétences » et de « profil de compétences ». Parfois, ces deux appellations sont présentées comme étant des synonymes, comme par exemple dans les travaux de Brassard (2016). Dans le cadre de ce projet, il est apparu nécessaire d'établir une distinction claire entre les deux. Le référentiel de compétences se compose de plusieurs compétences et composantes de compétences, associées à un programme de formation. Le profil de compétences, plus restreint et spécifique, se compose d'une liste de compétences et composantes de compétences, correspondant à l'exercice d'un rôle ou d'une fonction en particulier. Il est plus court que le référentiel. Par exemple, un même programme de formation, basé sur un référentiel de compétences, pourrait avoir différents profils (de compétences) de sortie, variant en fonction des choix de cours des étudiants dans le programme. Le projet actuel ciblait le développement d'un profil de compétences, spécifique au collaborateur interprofessionnel en contexte de prise en charge de patients présentant une problématique de douleur chronique. Ce profil peut se présenter comme un complément, plus spécifique, aux différents référentiels des programmes.

Des entrevues individuelles avec des représentants des programmes impliqués ont permis d'entamer les consultations avec les acteurs de terrain. Ces rencontres ont permis de bien documenter la situation actuelle dans chacun des programmes quant à l'offre de stages, d'activités d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation des apprentissages au programme, toujours en relation avec le traitement de la douleur chronique. Ces rencontres ont également été l'occasion de se procurer les dernières versions des référentiels de compétences visées par les différents programmes ainsi que les référentiels de chacune des professions. Tous ces documents ont été analysés de façon à produire un tableau des correspondances entre les énoncés guidant les différents programmes. L'analyse a également permis de mettre en relief des énoncés sans équivalent dans d'autres programmes. Ceci a été fait dans le but de pouvoir proposer une première version d'un profil de compétences du collaborateur interprofessionnel, qui soit le plus près possible de ce qui se trouve déjà dans chacun des programmes. Le *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (Orchard, *et al.*, 2010) constituait une excellente base pour ce profil de compétences à développer. En effet, tel que mentionné précédemment, ce consortium a déjà établi six grands domaines de

compétences déjà bien acceptés et diffusés à l'échelle internationale : 1) les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté; 2) la communication interprofessionnelle; 3) la clarification des rôles; 4) le travail d'équipe; 5) le *leadership* collaboratif; 6) les résolutions de conflits interprofessionnels. Tel qu'illustré dans le tableau 1, chacune de ces catégories a été utilisée pour formuler les énoncés de compétences. Des composantes de compétences ont ensuite été formulées pour chacun de ces grands énoncés, sur la base de tableaux de correspondance entre les énoncés des différents programmes et en les adaptant au contexte de la prise en charge de la douleur chronique.

Une première version de ce profil a été proposée aux responsables de stages des différents programmes au sein d'un groupe de discussion. Les échanges ont été enregistrés et un résumé des points importants a été rédigé à partir des notes prises par les chercheuses. Tel que mentionné plus tôt, l'intention était d'abord d'élaborer un profil de compétences spécifique au contexte de pratique en douleur chronique, mais les consultations ont vite permis de présumer que ce dernier était applicable à d'autres contextes de stages impliquant des situations complexes. Une version modifiée du profil de compétences a ensuite été présentée à des professionnels et administrateurs de la clinique de la douleur. Elle fut alors modifiée de nouveau en fonction des commentaires et suggestions obtenus au cours de la consultation de ces derniers, pour être ensuite discutée avec des étudiants représentant les différentes professions. À la suite de cette dernière consultation, des ajustements mineurs furent apportés pour clarifier certains énoncés et s'assurer que tous les interprètent de la même façon. À chaque étape, les participants se sont montrés ouverts et motivés par le potentiel d'utilité du profil. Le consensus fut facile à obtenir.

Le tableau 1, ci-dessous, présente la version du profil de compétences du collaborateur interprofessionnel obtenue à la suite des différentes consultations.

Tableau 1. Profil de compétences du collaborateur interprofessionnel

Profil de compétences du collaborateur interprofessionnel
Communiquer avec les pairs et les différents professionnels
Transmettre des informations à ses pairs et aux professionnels de manière respectueuse, calme et non-directive.
Choisir les informations pertinentes à transmettre à ses pairs et aux professionnels.
Faire preuve d'écoute à l'occasion des communications avec les pairs et les professionnels.
Offrir des soins centrés sur le patient, ses proches et la communauté
Vérifier les attentes, inquiétudes et besoins du patient et de ses proches.
Tenir compte des attentes, inquiétudes et besoins du patient et de ses proches dans ses interventions.
Fournir au patient et à ses proches l'information et le soutien appropriés afin qu'ils participent à la planification et à la mise en œuvre du plan d'intervention.
Clarifier les rôles et les responsabilités
Déterminer son rôle dans le traitement d'un patient, en tenant compte des zones de responsabilités partagées.
Agir en tenant compte des rôles, des responsabilités, du champ d'exercice et des activités réservées des autres membres de l'équipe interprofessionnelle.
Adopter une pratique réflexive à l'égard de sa propre contribution en tant que professionnel (idée de la réflexion et de l'autoévaluation sur le plan du rôle).
Travailler en équipe interprofessionnelle
Contribuer aux rencontres interdisciplinaires en synthétisant les informations pertinentes, en les transmettant aux acteurs impliqués et en organisant le suivi.
Discuter du fonctionnement de l'équipe dans une situation donnée en se référant aux bonnes pratiques collaboratives.
Utiliser une variété de modalités pour échanger de façon responsable et respectueuse avec les autres membres de l'équipe.
Exercer un leadership collaboratif
Solliciter, au bon moment, l'expertise d'un ou des collègues selon l'intention de collaboration cohérente avec les besoins du patient (informer, orienter, coordonner, prendre une décision conjointe).
Participer aux prises de décisions en affirmant son expertise et en respectant celle des autres professionnels.
Utiliser les commentaires des patients et des autres professionnels pour améliorer sa pratique (idée de réfléchir aux gestes effectués et aux décisions prises).
Résoudre des conflits interprofessionnels
Repérer rapidement les situations pouvant mener à des conflits interprofessionnels latents ou actifs (par ex. : ambiguïtés concernant les différents rôles, contraintes hiérarchiques, objectifs divergents).
Identifier des ressources ou stratégies favorisant la gestion des divergences et la résolution de conflits latents ou actifs, dans un esprit de collaboration avec ses collègues d'autres disciplines.

4.2. Outil d'évaluation et interprétation des résultats

Une fois le profil de compétences accepté par les représentants des différents programmes, l'équipe s'est concentrée sur l'élaboration d'un outil d'évaluation, susceptible de favoriser le suivi du développement de ces compétences et l'apprentissage des apprenants. Une échelle d'autonomie à trois échelons (autonome, partiellement autonome, non autonome) a été retenue, car c'est ce qui était déjà utilisé dans plusieurs programmes consultés à l'Université Laval. Un même outil d'évaluation, basé sur le profil de compétences présenté au tableau 1, est donc proposé aux différents programmes (voir en annexe). Même s'ils utilisent le même outil, les attentes peuvent

varier d'un programme à l'autre et d'une cohorte (niveau de formation) à l'autre. Dans un programme, on peut s'attendre à ce que l'apprenant soit complètement autonome dès la première année alors que dans un autre, les attentes peuvent s'avérer plus nuancées. Il faut dire que le niveau de compétences peut aussi varier en fonction de l'exposition des étudiants aux sujets de la collaboration interprofessionnelle et de la douleur chronique dans leurs curriculums respectifs. Les équipes de chacun des programmes (ou dans certains cas, les responsables de stage) devront déterminer leurs attentes quant aux niveaux de développement attendus pour chacune des compétences, en fonction du cheminement type dans leur programme (par année de formation ou de résidence).

Le fait que le même outil soit utilisé au sein des différents programmes favoriserait l'évaluation interprofessionnelle puisque n'importe quel superviseur, peu importe son programme d'appartenance, pourrait compléter la même grille d'évaluation pour tous les stagiaires, de tous les programmes. En fait, c'est l'interprétation des résultats d'évaluation qui devrait varier d'un programme à l'autre, en fonction des attentes respectives. En effet, comme le souligne Jouquan (2002) « pour fonder le jugement de valeur, étape centrale du processus évaluatif, les informations recueillies au sujet des apprentissages doivent être interprétées ». Scallon (1988) distingue deux approches pour interpréter des informations recueillies : la normative et la critériée. L'approche normative sert généralement à comparer les apprenants les uns par rapport aux autres. Comme le rappelle Jouquan (2002), l'approche critériée permet quant à elle de comparer le résultat de l'apprenant à un ou des critères prédéterminés en matière de performance. Elle permet d'apprécier les apprentissages d'un apprenant par rapport aux cibles d'apprentissage et aux jalons d'un programme de formation et non par référence à sa position dans un groupe. Il apparaît clair que l'approche critériée correspond davantage aux objectifs du projet. Dans cette logique d'interprétation, selon une échelle d'autonomie, il appartiendrait donc à chaque programme de déterminer les indicateurs qui permettraient de situer les apprentissages d'un apprenant par rapport aux attentes du programme, en fonction de jalons, par exemple. Autrement dit, l'outil d'évaluation proposé — et basé sur le profil de compétences présenté au tableau 1 — permettrait de recueillir des informations sur les apprentissages (le niveau d'autonomie dans l'exercice des compétences) et chaque programme devrait se doter d'outils de jugement permettant d'interpréter les informations recueillies (peut-être par un collaborateur d'un autre programme) à la lumière de ses particularités. Une prochaine itération du projet pourrait d'ailleurs s'attarder à développer des

guides pour l'élaboration de tels outils de jugement. Bien entendu, il faudra également évaluer la validité de l'outil d'évaluation proposé, en gardant en tête que son degré de validité pourrait varier d'un programme à l'autre. Une validation sera donc nécessaire pour chaque contexte d'utilisation.

4.3. Site Web commun

Pour bien planifier le stage, il est apparu essentiel de se doter d'une plateforme commune, accessible à tous les stagiaires et professionnels. Assez rapidement, une coquille de site Web pédagogique a été créée. Les consultations avec les différents acteurs de terrain ont permis de préciser leurs besoins ou ce qu'ils espéreraient retrouver dans un tel site. Ces recommandations ont guidé les développements dans le site, qui est en évolution constante. Le tableau 2 présente un résumé des besoins exprimés par les professionnels de la clinique de la douleur et par les étudiants.

Tableau 2. Besoins exprimés par les acteurs et guidant le développement d'un site Web commun

Ce qu'ils nous ont dit...	
Professionnels de la clinique de la douleur	Étudiants
<ul style="list-style-type: none"> • « Il faut absolument annoncer clairement la "couleur" du stage (formation interprofessionnelle en contexte authentique interprofessionnel). » • « Les étudiants devraient avoir une idée claire de ce qu'est la douleur chronique et de ce qu'elle implique avant d'arriver en stage. » • « Des vidéos ou vignettes sur le rôle de chacun des professionnels, dans le traitement de la douleur, seraient utiles. » • « Il faut avoir des outils pour faire émerger, des étudiants eux-mêmes, les différentes façons de collaborer. » 	<ul style="list-style-type: none"> • « Il nous faut des occasions de travail interprofessionnel et de collaboration pour mieux connaître les réalités des autres professions. » • « Les échanges sont plus faciles et plus en profondeur entre étudiants. Nous avons besoin d'occasions d'échanger entre nous. » • « Nous devons avoir un accès facile et régulier à la définition des rôles et responsabilités de chacun, spécifiques à la douleur chronique. Nous ne savons pas quels sont les rôles de nos collègues des autres professions et nous n'osons pas le demander. » • « Nous voulons du matériel pratique. Il faut éviter les présentations trop théoriques. »

Le site, dont un extrait est présenté à la figure 2 ci-dessous, comprend pour l'instant des capsules d'information, des vidéos, des documents écrits, une boîte à outils pour l'équipe clinique et des forums de discussions. Il est le fruit d'une CIP et il se veut un espace, commun à tous les programmes, qui favorisera les échanges interprofessionnels. À plus long terme, cet espace pourrait permettre de s'assurer que les étudiants s'investissent réellement en FIP et qu'ils interagissent régulièrement entre eux, par exemple.

Stage interprofessionnel en douleur chronique

Introduction

Plan de cours

Informations générales


Description du cours

Contenu et activités

Évaluations et résultats

Matériel didactique

Médiagraphie et annexes


[Plan de cours
\(non publié\)](#)

Outils



Envoi de
courriel



Forums
[< Contenu et activités](#)

Particularités du travail à la clinique de la douleur du CHUL

[<](#) [>](#) [⋮](#)

Ressources générales

Ressources spécifiques à la douleur...


[Télécharger les fichiers](#)

Introduction

Comme dans chaque domaine, en douleur chronique, chaque professionnel possède ses pointes d'expertise et ses champs de compétences partagés entre les différentes professions. Nous avons demandé aux membres de l'équipe de la clinique de douleur du CHUL:

- Quelles sont les particularités de votre rôle au sein de notre équipe en douleur chronique qui sont différentes de ce que vous retrouvez habituellement dans d'autres équipes ou champs de votre pratique?
- Pour un stagiaire de votre profession qui est en fin de formation et qui fera un stage avec nous, que croyez-vous important qu'il sache préalablement ou prépare avant d'arriver?

Vous pourrez lire leurs réponses dans les documents joints. Pour chacune des professions, vous trouverez également un lien vers les référentiels de l'IASP (International Association for the Study of Pain) qui décrivent les curricula souhaités en lien avec la douleur chronique.

Résumé des particularités à travers les professions- clinique douleur CHUL


[Résumé des particularités](#)
36,63 Ko, déposé le 28 juil. 2017

Curricula- formation interprofessionnelle IASP



-  [IASP interprofessional education curriculum](#)
-  [IASP physiothérapie](#)

Figure 2. Image extraite du site Web commun

Ce site pourrait également favoriser une alternance entre la réflexion et la pratique en contexte authentique, un ingrédient clé en FIP (Clark, 2009). D'ailleurs, la revue de littérature nous a permis de déterminer des activités pédagogiques qui pourraient être conçues dans une dynamique de FIP hybride (en partie en présence, en situations authentiques, en partie à distance, dans un espace de FIP). Cette dynamique hybride s'insère dans la logique du continuum défini alors que l'intensité des activités peut varier; certaines pouvant être effectuées en amorce ou en suivi aux expériences de pratiques interprofessionnelles authentiques, par exemple. Cette nécessaire diversité des activités pédagogiques offertes est présente dans plusieurs articles analysés.

5. Recommandations

Les caractéristiques des activités d'apprentissage authentiques (voir l'encadré, p. 4) permettent d'imaginer à quel point il peut être complexe de les intégrer dans un programme de formation, tout en respectant les règles administratives imposées par les universités. En effet, quand un programme décide d'intégrer des activités « mal définies qui incitent les apprenants à définir eux-mêmes les tâches à réaliser » (caractéristique 2) ou qui « permettent des solutions variées et une diversité de produits » (caractéristique 10), il fait face à des défis considérables, notamment pour assurer la validité et la fiabilité des activités d'évaluation sommatives des apprentissages. Le projet actuel vise l'intégration d'activités d'apprentissage authentiques en interprogrammes, dans un contexte de FIP en milieu clinique interprofessionnel. Ceci multiplie les défis. Les différentes consultations, la revue de littérature et les expériences interprofessionnelles de l'équipe de recherche ont permis d'émettre certaines recommandations facilitant l'implantation d'un stage interprofessionnel en contexte authentique. Voici ces recommandations.

Comme le soulignent les résultats issus de la revue de littérature, de nombreuses initiatives de stages interprofessionnels sont développées, mais très peu d'entre elles présentent les caractéristiques de réelles activités d'apprentissage authentiques, en interprogrammes, dans un contexte de FIP en milieu clinique interprofessionnel. L'analyse des articles de la recension, cohérente avec les défis inhérents à ce type de projet, souligne l'importance du design pédagogique de tels stages, qui permet d'assurer une planification rigoureuse et structurée. Tous les partenaires impliqués dans le projet devraient donc être interpellés dès les premières étapes de l'élaboration de tels projets.

Le partenariat avec les acteurs de terrain est donc essentiel ici aussi. Dans le cadre du projet actuel, les consultations avec les responsables de stage ont permis de clarifier quelques mises en garde, notamment quant à la difficulté de coordonner l'offre de stages dans différents programmes et à celle d'établir des indicateurs de compétences communs. Ces difficultés ont également été recensées dans la littérature. La gestion des horaires est mentionnée à de nombreuses reprises (Opina-Tan, 2013; Kinnair, Anderson et Thorpe, 2012; Clark, 2009; Nisbet, Hendry, Rolls et Field, 2008; Mogensen, Elinder, Widstrom et Winbladh, 2002) et la difficulté à déterminer des compétences communes est nommée dans quelques articles (Opina-Tan, 2013; Coleman, Roberts,

Wulff, van Zyl, et Newton, 2008; Nisbet *et al.*, 2008). Malgré ces mises en garde, les responsables ont démontré un intérêt certain pour participer à ce type de stage, qu'ils estiment très utile dans le parcours des étudiants de leurs programmes. Dans le but d'éviter les défis liés à l'évaluation sommative, ils ont suggéré que ce stage s'inscrive dans une logique formative, qui favorise le développement continu des compétences des apprenants et non la sanction.

Les étudiants, de leur côté, se sont dits très ouverts et même intéressés à recevoir des rétroactions de la part de professionnels appartenant à une profession autre que celle qu'ils convoitent. Ils considèrent cette façon de faire comme étant tout à fait cohérente avec le projet de FIP en situation authentique interprofessionnelle.

Le tableau 3 présente ces recommandations, classées selon qu'elles s'adressent aux directeurs (ou équipes) de programmes, aux responsables de stage ou aux étudiants, et qu'elles sont à considérer avant, pendant ou après le stage. Certaines tâches y sont présentées de façon plus « générale » afin de pouvoir être définies plus précisément dans chacun des programmes. Par exemple, « suivre l'expérience » peut signifier un encadrement suivi, avec appel téléphonique à mi-stage aux superviseurs, discussion réflexive avec un groupe d'étudiants, etc., pour un programme alors qu'un autre programme pourrait simplement demander un rapport au responsable du stage interprofessionnel. Ce sont, en fait, des pistes regroupant des tâches incontournables, mais compte tenu de la diversité des programmes, de leur structure, de même que des milieux cliniques potentiels, il appartient à chacun de décliner les tâches selon sa réalité. Il convient de souligner que ce tableau ne représente pas le travail accompli par l'équipe interprofessionnelle de design pédagogique du stage, c'est-à-dire celle qui a développé les outils et tout mis en place pour accueillir les programmes et leurs étudiants. Ce travail a été décrit tout au long de ce texte.

Tableau 3. Recommandations facilitant l'implantation d'un stage interprofessionnel en contexte authentique interprofessionnel

	Avant	Pendant	Après
Programmes	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner l'offre de stage avec les autres programmes. • Réviser le site Web et proposer des ajouts et ajustements si pertinent. • Établir des relations avec les responsables de stage. • Situer la place de ce stage dans le programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre l'expérience de tous les acteurs impliqués. • Consulter les responsables de stage, les superviseurs et les étudiants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'expérience. • Analyser le rapport formatif et consigner les résultats de l'analyse.
Responsables de stage ou superviseurs	<ul style="list-style-type: none"> • Visiter le site Web et proposer des ajouts et ajustements. • S'appropriier les outils (évaluation et supervision). 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les outils. • Souligner auprès des apprenants les liens à faire entre la pratique et les activités de réflexion. • Agir en modèles de rôle. • Proposer des activités pédagogiques. • Clarifier les rôles et les attentes de chacun. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter du contenu du rapport formatif avec les apprenants. • Transmettre le rapport d'évaluation au programme. • Évaluer l'expérience et les recommandations. • Retour réflexif documenté.
Étudiants	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter le site Web. • Remplir les questionnaires (connaissances douleur + expérience + « un bon collaborateur en contexte de douleur »). • Participer aux activités pédagogiques planifiées ou émergentes. • S'appropriier les compétences ciblées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler à développer les compétences ciblées en étant proactifs. • Faire des liens entre la réflexion (site Web) et la pratique en contexte authentique. • Participer aux activités pédagogiques. • Initier des échanges interprofessionnels. • Définir les tâches à réaliser (réunions inter, discussion de cas, etc.) et en discuter en équipe inter, en les examinant sous les différentes perspectives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liens entre le stage et sa pratique future (rapport réflexif). • Remplir le questionnaire ENA (connaissances douleur + « un bon collaborateur en contexte de douleur ») et comparer avant-après.

Le tableau 3 permet toutefois de souligner l'attention particulière à porter à l'importance de l'évaluation de l'expérience, par tous les acteurs, pour améliorer la FIP. Il illustre également qu'il est primordial de prévoir des moments de discussion au sujet des rapports formatifs produits par les apprenants. En effet, différentes expériences ont démontré que le succès de l'utilisation d'une telle stratégie (par exemple, l'utilisation du portfolio) dépendait directement de la qualité de la rétroaction fournie. Enfin, il convient de souligner encore une fois la nécessité de multiplier les occasions de collaboration, de partage des réflexions, de partage au sujet des rôles et des responsabilités entre les apprenants. Ces derniers l'ont mentionné au cours des entrevues : les échanges sont plus faciles et plus profonds entre apprenants.

6. Conclusion

La complexité de la coordination de l'offre de stages dans les différents programmes empêche, pour l'instant, la mise à l'horaire de ce stage. Toutefois, comme les différents partenaires démontrent une volonté très forte de participer à l'implantation d'un tel stage, il est permis de penser qu'il y a de l'espoir et que des solutions permettront de pallier ce problème. En attendant, l'équipe considère avoir réussi quelques avancées en ce qui a trait à l'harmonisation des attentes quant au développement de compétences en collaboration interprofessionnelle. En effet, les consultations des différents acteurs de terrain, représentants de différentes professions, ont permis la proposition d'un profil de compétences élaboré en partenariat entre ces acteurs et les chercheuses. L'équipe considère également avoir défini des pistes de réflexion et des actions à privilégier en vue de l'implantation de stages interprofessionnels en contexte authentique. Ces travaux permettent de proposer des opportunités d'apprentissages interprofessionnels, concernant la douleur chronique, à la clinique de la douleur.

Tel qu'expliqué précédemment, l'équipe met à la disposition de la communauté un outil favorisant l'évaluation interprofessionnelle des apprentissages. Un guide méthodologique qui permettrait à chaque programme de se doter d'une grille ou d'un outil d'interprétation des résultats d'évaluation reste à développer. Ce dernier pourrait s'inspirer de l'outil, créé par Lacasse, *et al.* (2017), qui interprète automatiquement les résultats d'évaluation en niveau de performance des résidents (compétence démontrée de façon précoce, attendue ou tardive, ou retard de développement de la compétence), selon les attentes définies dans le programme.

Enfin, au terme de cette itération, l'équipe est heureuse de constater que la démarche et les solutions pédagogiques proposées pourraient s'appliquer à d'autres contextes que celui de la douleur chronique. En fait, les enjeux pour l'établissement de stages interprofessionnels, en situation d'apprentissage authentique, s'avèrent souvent semblables. L'intérêt que suscite ces travaux donne à penser que leur diffusion permettra de poursuivre les avancées vers l'amélioration des pratiques pédagogiques en FIP. La démarche de *DBR*, très flexible, s'est effectivement avérée parfaite pour ce genre de défi d'innovation pédagogique. Le partenariat entre chercheuses et acteurs de terrain s'est révélé fructueux.

Références

Anderson, E., N. Manek et A. Davidson (2006). « Evaluation of a model for maximizing interprofessional education in an acute hospital », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 20, n° 2, p. 182-194.

Barr, H., Ford, J., Gray, R., Helme, M., Hutchings, M., Low, H., et Reeves, S. (2017). *Interprofessional Education Guidelines*, Londres : CAIPE.

Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., et Reeves, S. (2000). *Evaluations of Interprofessional Education: United Kingdom Review of Health and Social Care*, Londres : The United Kingdom Centre for the Advancement of Interprofessional Education avec The British Educational Research Association.

Battistone, M.J., Barker, A. M., Grotzke, M. P., Beck, J. P., Berdan, J. T., Butler, J. M., ... Cannon, G. W. (2016). « Effectiveness of an interprofessional and multidisciplinary musculoskeletal training program », *Journal of Graduate Medical Education*, vol. 8, n° 3, p. 398-404. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-15-00391.1>

Brassard, N. (2016). *Profil de compétences de l'enseignant de niveau universitaire*, Montréal : ENAP, coll. « Enseignement et recherche », 18 p.

Brault, I., Therriault, P.-Y., St-Denis, L., et Lebel, P. (2015). « Implementation of interprofessional learning activities in a professional practicum: The emerging role of technology », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 29, n° 6, p. 530-535.

Brewer, M.L. et H. Barr (2016). « Interprofessional education and practice guide No. 8: Team-based interprofessional practice placements », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 30, n° 6, p. 747-753.

Brewer, M.L. et Stewart-Wynne, E.G. (2013). « An Australian hospital-based student training ward delivering safe, client-centred care while developing students' interprofessional practice capabilities », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 27, n° 6, p. 482-488. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.811639>

Buff, S.M., Jenkins, K., Kern, D., Worrall, C., Howell, D., Martin, K., ... Blue, A. (2015). « Interprofessional service-learning in a community setting: Findings from a pilot study », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 29, n° 2, p. 159-161. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934956>

Cahill, M., O'Donnell, M., Warren, A., Taylor, A., et Gowan, O. (2013). « Enhancing interprofessional student practice through a case-based model », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 27, n° 4, p. 333-335. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.764514>

Charles, G., Bainbridge, L., Copeman-Stewart, K., Art, S. T., et Kassam, R. (2006). « The interprofessional rural program of British Columbia (IRPbc) », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 20, n° 1, p. 40-50.

Clark, P.G. (2009). « Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice » *Journal of Interprofessional Care*, vol. 23, n° 3, p. 213-223.

Clay, M.C., Cummings, D. M., Greer, A. G., et Dreyfus, K. S. (2001). « Developing interdisciplinary health sciences education: A collaborative university-community model », *Issues in Interdisciplinary Care*, vol. 3, n° 1, p. 69-75.

Coleman, M.T., Roberts, K., Wulff, D., van Zyl, R., et Newton, K. (2008). « Interprofessional ambulatory primary care practice-based educational program », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 22, n° 1, p. 69-84.

Constantin-Kuntz, M. et Dousse, M. (2009). « Pluridisciplinarité dans les structures douleur : État des lieux et perspectives », *Douleur et analgésie*, vol. 22, n° 3, p. 175-185.

Cragg, B., Hirsh, M., Jelley, W., et Barnes, P. (2010). « An interprofessional rural clinical placement pilot project », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 24, n° 2, p. 207-209.

Davidson, M., Smith, R. A., Dodd, K. J., Smith, J. S., et O’Laughlan, M. J. (2008). « Interprofessional pre-qualification clinical education: A systematic review », *Australian Health Review*, vol. 32, n° 1, p. 111-120.

Drynan, D., et Murphy, S. (2013). *Understanding and Facilitating Interprofessional Education: A Guide to Incorporating Interprofessional Experiences into the Practice Education Setting*, 2^e édition, Vancouver, Canada : University of British Columbia.

En, W. L., Koh, G. C.-H., et Lim, V.K.G. (2011). « Caring for underserved patients through neighborhood health screening: Outcomes of a longitudinal, interprofessional, student-run home visit program in Singapore », *Academic Medicine*, vol. 86, n° 7, p. 829-839.

Ericson, A., Masiello, I., et Bolinder, G. (2012). « Interprofessional clinical training for undergraduate students in an emergency department setting », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 26, n° 4, p. 319-325. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.676109>

Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., Reeves, S., et Barr, H. (2002). *A Critical Review of Evaluations of Interprofessional Education*, Londres : Higher Education Academy et Health Sciences and Practice Network.

Gilbert, J.H., Yan, J., et Hoffman, S.J. (2010). « A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice », *Journal of Allied Health*, vol. 39, n° 3, p. 196-197.

Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., et Reeves, S. (2009). « Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 29, n° 3, p. 151-156.

Gum, L. F., Richards, J. N., Walters, L., Forgan, J., Lopriore, M., et Nobes, C. (2013). « Immersing undergraduates into an interprofessional longitudinal rural placement », *Rural Remote Health*, vol. 13, n° 1, p. 2271.

Hallin, K., Henriksson, P., Dalen, N., et Kiessling, A. (2011). « Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care », *Medical Teacher*, vol. 33, n° 1, p. e22-e26. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2011.530314>

Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. et Barr, H. (2007). « A best evidence systematic review of interprofessional education : BEME Guide no. 9 », *Medical Teacher*, vol. 29, n° 8, p. 735-751.

Herrington, J., Oliver, R., et Reeves, T.C. (2003). « Patterns of engagement in authentic online learning environments », *Australasian Journal of Educational Technology*, vol. 19, n° 1.

Jackson, A. et Bluteau, P. (2007). « At first it's like shifting sands: Setting up interprofessional learning within a secondary care setting », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 21, n° 3, p. 351-353.

Jouquan, J. (2002). « L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale », *Pédagogie Médicale*, vol. 3, n° 1, p. 38-52.

Kinnair, D.J., Anderson, E. S., et Thorpe, L.N. (2012). « Development of interprofessional education in mental health practice: Adapting the Leicester Model », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 26, n° 3, p. 189-197.

Kvan, T. (2013). « Evaluating learning environments for interprofessional care », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 27, n° 2, p. 31-36.

Lacasse, M., Rheault, C., Tremblay, I., Renaud, J.-S., Coché, F., St-Pierre, A., ... Simard, M.-L. (2017). « Développement, validation et implantation d'un outil novateur critérié d'évaluation de la progression des compétences des résidents en médecine familiale », *Pédagogie Médicale*, vol. 18, n° 2, p. 83-100.

Lachmann, H., Ponzer, S., Johansson, U. B., Benson, L., et Karlgren, K. (2013). « Capturing students' learning experiences and academic emotions at an interprofessional training ward », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 27, n° 2, p. 137-145. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.724124>

MacDowell, M., Glasser, M., Weidenbacher-Hoper, V., et Peters, K. (2014). « Impact of a rural interprofessional health professions summer preceptorship educational experience on participants' attitudes and knowledge », *Education for Health*, vol. 27, n° 2, p. 177-182. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.143783>

Mareck, D.G., Uden, D. L., Larson, T. A., Shepard, M. F., et Reinert, R. J. (2004). « Rural interprofessional service-learning: The Minnesota experience », *Academic Medicine*, vol. 79, n° 7, p. 672-676.

Meffe, F., Claire Moravac, C. et Espin, S. (2012). « An interprofessional education pilot program in maternity care: Findings from an exploratory case study of undergraduate students », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 26, n° 3, p. 183-188. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.645089>

Mihalynuk, T.V., Odegard, P. S., Kang, R., Kedzierski, M., et Crowley, N. J. (2007). « Partnering to enhance interprofessional service-learning innovations and addictions recovery », *Education for Health: Change in Learning & Practice*, vol. 20, n° 3, p. 1-9.

Mogensen, E., Elinder, G., Widstrom, A.-M., et Winbladh, B. (2002). « Centres for clinical education (CCE): developing the health care education of tomorrow-a preliminary report », *Education for health*, vol. 15, n° 1, p. 10-18.

Nisbet, G., Hendry, G. D., Rolls, G., et Field, M. J. (2008). « Interprofessional learning for pre-qualification health care students: An outcomes-based evaluation », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 22, n° 1, p. 57-68.

Oandasan, I., Ross Baker, G., Barker, K., Bosco, C., DAmour, D., Jones, L. et Way, D. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada. Recommandations et synthèse pour politiques*, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Oandasan, I. et Reeves, S. (2005). « Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, n° 1, p. 21-38.

Opina-Tan, L.A. (2013). « A pilot implementation of interprofessional education in a community-academe partnership in the Philippines », *Education for health*, vol. 26, n° 3, p. 164-171. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.125992>

Orchard, C., Bainbridge, L., Bassendowski, S., Casimiro, L., Stevenson, K., Wagner, S. J., ... Sawatzky-Girling, B. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Vancouver : Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*, SAGE Publications.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., et Zwarenstein, M. (2017). « Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Reeves, S., Freeth, D., McCrorie, P., et Perry, D. (2002). « It teaches you what to expect in future...': interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students », *Medical Education*, vol. 36, n° 4, p. 337-344.

Reeves, T. (2006). « Design research from a technology perspective », dans *Educational Design Research*, Londres : Routledge, p. 64-78.

Rosher, R.B., Robinson, S. B., Boesdorfer, D., et Lee, K. (2001). « Interdisciplinary education in a community-based geriatric evaluation clinic », *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 13, n° 4, p. 247-252. https://doi.org/10.1207/S15328015TLM1304_06

Savard, I. (2014). *Modélisation des connaissances pour un design pédagogique intégrant les variables culturelles*, Télé-université.

Scallon, G. (1988). *L'évaluation formative des apprentissages*, vol. 1, Presses de l'Université Laval.

Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*, Montréal : Chenelière Éducation.

Teräs, M. (2016). « Inter-professional working and learning: Instructional actions and boundary crossing or boundary making in oral healthcare », *Journal of Education and Work*, vol. 29, n° 5, p. 614-636.

Thistlethwaite, J. (2012). « Interprofessional education: A review of context, learning and the research agenda », *Medical Education*, vol. 46, n° 1, p. 58-70.

Wang, F. et Hannafin, M.J. (2005). « Design-based research and technology-enhanced learning environments », *Educational Technology Research and Development*, vol. 53, n° 4, p. 5-23.

World Health Organization (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*, World Health Organization.

Annexe

Projet de stage interprofessionnel en douleur chronique ■ Énoncés de compétences et de composantes de compétences ■

Version préliminaire

Anne-Marie Pinard, M. D. ■ Emmanuelle Careau, ergothérapeute, Ph. D. ■ Kadija Perreault, physiothérapeute, Ph. D. ■ Isabelle Savard, Ph. D.
Faculté de médecine, Université Laval

Compétences collaboratives et composantes de ces compétences	Niveau d'autonomie		
	Peu autonome	Partiellement autonome	Autonome
Communiquer avec les pairs et les différents professionnels			
Transmettre des informations à ses pairs et aux professionnels de manière respectueuse, calme et non directive.			
Choisir les informations pertinentes à transmettre à ses pairs et aux professionnels.			
Faire preuve d'écoute à l'occasion des communications avec les pairs et les professionnels.			
Offrir des soins centrés sur le patient, ses proches et la communauté			
Vérifier les attentes, inquiétudes et besoins du patient et de ses proches.			
Tenir compte des attentes, inquiétudes et besoins du patient et de ses proches dans ses interventions.			
Fournir au patient et ses proches l'information et le soutien appropriés afin qu'ils participent à la planification et à la mise en œuvre du plan d'intervention.			
Clarifier les rôles et les responsabilités			
Définir son rôle dans le traitement d'un patient, en tenant compte des zones de responsabilités partagées.			
Agir en tenant compte des rôles, des responsabilités, du champ d'exercice et des activités réservées des autres membres de l'équipe interprofessionnelle.			
Adopter une pratique réflexive à l'égard de sa propre contribution en tant que professionnel (idée de la réflexion et de l'autoévaluation sur le plan du rôle).			

Travailler en équipe interprofessionnelle			
Contribuer aux rencontres interdisciplinaires en synthétisant les informations pertinentes, en les transmettant aux acteurs impliqués et en organisant le suivi.			
Discuter du fonctionnement de l'équipe dans une situation donnée en référant aux bonnes pratiques collaboratives.			
Utiliser une variété de modalités pour échanger de façon responsable et respectueuse avec les autres membres de l'équipe.			
Exercer un <i>leadership</i> collaboratif			
Solliciter, au bon moment, l'expertise d'un ou des collègues selon l'intention de collaboration cohérente avec les besoins du patient (informer, orienter, coordonner, prendre une décision conjointe).			
Participer aux prises de décision en affirmant son expertise et en respectant celle des autres professionnels.			
Utiliser les commentaires des patients et des autres professionnels pour améliorer sa pratique (idée de réfléchir aux gestes effectués et aux décisions prises).			
Résoudre des conflits interprofessionnels			
Repérer rapidement les situations pouvant mener à des conflits interprofessionnels latents ou actifs (par ex. : ambiguïtés concernant les différents rôles, contraintes hiérarchiques, objectifs divergents).			
Identifier des ressources ou stratégies favorisant la gestion des divergences et la résolution de conflits latents ou actifs, dans un esprit de collaboration avec ses collègues d'autres disciplines.			

NOTE

Cette grille d'évaluation a été développée par les auteures dans le cadre d'un projet d'innovation pédagogique visant le développement et l'implantation d'un stage interprofessionnel en douleur chronique au CHU de Québec. Les éléments de la grille ont été développés en suivant les domaines de compétences du *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). Un processus de validation de contenu a été réalisé en collaboration avec les responsables des stages cliniques en ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, médecine, sciences infirmières et pharmacie. À ce jour, la grille n'a pas encore été prétestée ni validée en contexte réel.

