

1	REMERCIEMENTS.....	VIII
2	RESUME.....	X
3	INTRODUCTION	1
3.1	NATURE DU TRAVAIL REALISE.....	2
3.2	PLAN DU TRAVAIL	3
4	PROBLEMATIQUE.....	5
4.1	COMMENT LA QUESTION DE DEPART EST SURVENUE ?	6
4.1.1	<i>Thématique de départ.....</i>	6
4.1.2	<i>Focus sur nos observations.....</i>	7
4.2	PERTINENCE POUR LES SOINS INFIRMIERS.....	9
4.3	REVUE EXPLORATOIRE.....	17
4.3.1	<i>Stratégie</i>	17
4.3.2	<i>Principaux résultats et observations.....</i>	18
4.4	CONCEPTS RETENUS	25
4.5	PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE CLINIQUE INFIRMIERE	26
5	CONCEPTS ET CADRE THEORIQUE INFIRMIER	28
5.1	DEFINITION DES CONCEPTS	29
5.1.1	<i>Concept 1 : la collaboration interprofessionnelle</i>	29
5.1.2	<i>Concept 2 : l'éducation interprofessionnelle</i>	37
5.1.3	<i>Concept 3 : la santé</i>	41
5.2	CADRE THEORIQUE INFIRMIER.....	44
5.2.1	<i>La théorie de Benner.....</i>	44
6	METHODE	51

6.1	ELABORATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE : METHODE PICOT	52
6.2	FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	53
6.3	CRITERES DE SELECTION DES ARTICLES	53
6.4	STRATEGIE DE RECHERCHE	54
7	RESULTATS	56
7.1	SYNTHESE DES RESULTATS DES ARTICLES.....	57
7.2	DEVELOPPEMENT DES RESULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION PICOT	65
7.3	DISCUSSION : PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE CLINIQUE INFIRMIERE.....	69
8	CONCLUSION	72
8.1	APPORTS DU TRAVAIL DE BACHELOR	73
8.2	LIMITES DU TRAVAIL.....	74
8.3	PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE	76
9	REFERENCES	78
10	APPENDICES	87
10.1	APPENDICE A : COMMUNICATION ET INTERPROFESSIONNALITE SELON BOKHOUR (2006).....	88
10.2	APPENDICES B	88
10.2.1	<i>Appendice B.1 : schéma illustrant les différents types de collaboration.....</i>	<i>88</i>
10.2.2	<i>Appendice B.2 : schéma illustrant la collaboration interprofessionnelle</i>	<i>89</i>
10.3	APPENDICES C	90
10.3.1	<i>Appendice C.1 : tableau des équations de recherche.....</i>	<i>90</i>
10.3.2	<i>Appendice C.2 : tableau récapitulatif des articles retenus</i>	<i>93</i>

10.4	APPENDICES D : ANALYSES DES ARTICLES A L'AIDE DES GRILLES DE FORTIN	97
10.4.1	<i>Appendice D.1 : A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE). (Gough et al., 2012).....</i>	97
10.4.2	<i>Appendice D.2 : Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care. (Hallin et al., 2011).....</i>	102
10.4.3	<i>Appendice D.3 : A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. (Hammick et al., 2007)</i>	105
10.4.4	<i>Appendice D.4 : Caring for attitudes as a means of caring for patients – improving medical, pharmacy and nursing student’s attitudes to each other’s professions by engaging them in interprofessional learning. (Hawkes et al., 2013)</i>	116
10.4.5	<i>Appendice D.5 : Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review. (Kent & Keating, 2015).....</i>	122
10.4.6	<i>Appendice D.6 : A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs (Lapkin et al., 2013).....</i>	129
10.4.7	<i>Appendice D.7 : Interprofessional training for final year healthcare students : a mixed methods evaluation of the impact on ward staff and students of a two-week placement and of factors affecting sustainability. (McGettigan & McKendree, 2015)</i>	135
10.4.8	<i>Appendice D.8 : Students’ perceptions of the interprofessional team in practice through the application of servant leadership principles. (Neill et al., 2007).....</i>	142

10.4.9	<i>Appendice D.9 : Interprofessional education in allied health: a systematic review. (Olson & Bialocerkowski, 2014)</i>	149
10.4.10	<i>Appendice D.10 : The effectiveness of interprofessional education : Key findings from a new systematic review. (Reeves et al., 2010)</i>	153
10.4.11	<i>Appendice D.11 : Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. (update) (Reeves et al., 2013c)</i>	161
10.4.12	<i>Appendice D.12 : Training and Action for Patient Safety: Embedding Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology. (Slater L. et al., 2012)</i>	172
10.4.13	<i>Appendice D.13 : Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. (Tsakitzidis et al., 2015)</i>	178
10.4.14	<i>Appendice D.14 : Nurse's views of interprofessional education and collaboration : A comparative study of recent graduates from three universities. (Wilhelmsson et al., 2013)</i>	184
10.4.15	<i>Appendice D.15 : Inteprofessional collaboration : effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). (Zwarenstein et al., 2009)</i>	190
10.5	APPENDICES E	199
10.5.1	<i>Appendice E.1 : tableau de classification des résultats selon modèle des six niveaux inspiré de Hammick (2009)</i>	199

1 REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont croisé notre chemin, de près ou de loin, durant l'élaboration de ce travail, et particulièrement :

Madame Anne-Lise Guye, directrice de travail de bachelor, qui nous a suivi et supervisé durant les premiers mois de ce travail, et qui n'a malheureusement pas pu continuer pour des raisons qui lui sont propres ;

Monsieur Olivier Schirlin, directeur du travail ad intérim, qui a repris la direction de notre travail et nous a suivi et supervisé jusqu'à la fin. Il a non seulement contribué à notre compréhension des méthodes de réalisation d'un travail de recherche en nous dispensant des cours spécifiques dans le module « recherche », mais il a également su nous guider et éclairer lors des moments de doutes, à travers ses conseils et sa disponibilité ;

Madame Françoise Schwander-Maire et Monsieur Pascal Compte, professeurs HES à la Haute école de Santé Arc, pour leurs apports théoriques indispensables à la réalisation de ce travail au travers du module « recherche », et pour leurs conseils ponctuels ;

Le personnel de la médiathèque de la Haute Ecole Arc Santé Neuchâtel, pour tout son dévouement afin d'obtenir une multitude d'articles indispensables à ce travail ;

Madame Claudia Grünenfelder, infirmière à Alfaset, qui nous a soumis la thématique de départ et apporté son éclairage au travers d'un entretien ;

Nos familles, nos proches, nos compagnons et compagnes qui nous ont apporté leur soutien et leur encouragement durant cette période intense, et qui ont supporté, tant bien que mal, les manifestations du stress engendré.

Merci à nous trois de nous être investi dès le début afin de mener à bien ce travail. Malgré des hauts et des bas et quelques moments de doutes, nous avons l'immense satisfaction d'avoir réussi à collaborer et à ressortir le meilleur de nous mêmes pour arriver à cette fin.

Enfin, merci à vous, chers lecteurs, pour l'intérêt que vous portez ou porterez à ce travail.

2 RESUME

Problématique. L'interdisciplinarité, s'inscrivant dans le concept de collaboration professionnelle, est apparue comme étant une approche complexe ayant pour but de répondre à des situations de santé de plus en plus complexes, dans un environnement en constante et rapide évolution. Une multitude de professionnels sont impliqués dans les équipes de soins et divers facteurs influencent le processus de collaboration. Dans un contexte de soins tourné de plus en plus vers la qualité, nous nous sommes intéressés au concept d'éducation interprofessionnelle (EIP) impliquant des étudiants du domaine de la santé, afin de comprendre en quoi cette approche en développement a des impacts sur la qualité des soins. Plus précisément, nous chercherons les résultats positifs de l'EIP sur les soins aux patients, ou sur la qualité des soins.

Concepts. Les concepts de collaboration professionnelle, d'éducation interprofessionnelle et de santé ont été retenus et définis pour tenter de répondre à la question de recherche. L'EIP est définie comme un processus visant à faire interagir au moins deux professions dans leur apprentissage, dans le but d'améliorer la qualité des soins. Nous avons utilisé la théorie de Benner (1995) pour tenter de faire des liens entre l'EIP et les soins infirmiers.

Méthodologie. Une recherche de littérature dans plusieurs bases de données (CINAHL, Cochrane Library, Medline, Pubmed) a permis de sélectionner quinze articles (n=15), à l'aide de divers mots-clés et descripteurs en



lien avec les concepts développés. Les études sélectionnées ont été publiées entre 2007 et 2015. Elles devaient inclure une intervention d'EIP, traiter les impacts sur le patient ou la qualité des soins et concerner des étudiants du domaine de la santé. Tous les articles ont été analysés à l'aide de la grille d'analyse adaptée de Fortin & Gagnon (2016). Nous avons pris en compte les *impacts factors* des revues desquelles ont été tirés nos articles, particulièrement en cas de conflit dans les choix de sélection.

Résultats. Les articles indiquent dans la majorité des résultats positifs de l'EIP sur la santé du patient. Toutefois, il est apparu dans plusieurs études des résultats mixtes, nuls ou parfois négatifs. Le modèle de présentation des résultats à six niveaux (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007) a été utilisé dans ce travail pour classer et décrire les résultats. L'interprétation des résultats nous a permis de mettre en évidence des effets directs et indirects sur la santé du patient. Les recommandations vont dans le sens du besoin de futures études à méthodologie solide pour explorer l'éducation interprofessionnelle et ses effets sur la santé du patient.

Conclusion. L'EIP comporte une multitude d'impacts positifs sur la santé du patient. Toutefois, des recherches prenant en compte les facteurs influençant cette approche, ainsi que des études explorant les liens entre les changements observés chez les participants à l'EIP (professionnels de la santé) et la santé du patient seraient nécessaires pour comprendre encore mieux ce

phénomène. L'éducation interprofessionnelle est vue comme un défi pour les instituts de formation, dans le sens où elle répond à l'évolution des soins vers une approche toujours plus centrée sur le patient.

Mots-clés : collaboration interprofessionnelle, éducation interprofessionnelle, qualité des soins, santé du patient, étudiants en soins infirmiers.

3 INTRODUCTION

Dans un souci de simplification et d'homogénéité, le terme « infirmière » a été utilisé tout au long du travail. Il est toutefois bien clair que ce qui est écrit au féminin s'entend également au masculin, et inversement.

3.1 Nature du travail réalisé

Dans le cadre de nos études en *bachelor of sciences* en soins infirmiers, nous devons réaliser un travail de recherche afin de répondre à un problème clinique. La problématique de base, présentée sous forme de thématique, est proposée par une institution de soins relativement à des problèmes cliniques rencontrés dans la pratique. Ce travail, réalisé sous forme de revue de littérature, permettra de répondre au mieux aux questionnements soulevés par les professionnels de la santé au travers de la lecture critique de différentes études issues de la recherche en soins infirmiers.

Nous nous sommes intéressés à la thématique suivante : « *L'interdisciplinarité et le travail en équipe : comment mesurer leurs impacts positifs ou non sur l'accompagnement thérapeutique du client ?* ». La notion d'interdisciplinarité, sous-jacente à la notion de collaboration professionnelle, nous a intéressé et nous avons souhaité en connaître davantage sur cette dynamique, que nous rencontrons chaque jour dans notre pratique professionnelle.

En effet, nous sommes, dans le domaine de la santé, constamment confrontés au travail en équipe et qui plus est face à une augmentation des spécialités de soins. L'évolution du système de santé vers un soin centré sur le

patient et sur la communauté rend le processus de soins complexe et nécessite une prise en charge spécialisée adaptée à chaque situation. Nous avons souhaité, en tant qu'étudiants infirmiers et futurs acteurs du système de santé, comprendre les processus qui sous-tendent à la collaboration interprofessionnelle et identifier les éventuels bénéfices pour le patient.

3.2 Plan du travail

Dans un premier temps, nous allons explorer la thématique, développer notre questionnement et affiner la direction du travail au travers de la problématique. Ce chapitre nous permettra d'acquérir des connaissances plus fines sur les notions abordées dans la thématique. Nous proposerons une analyse des liens entre la thématique et la discipline infirmière au travers du métaparadigme infirmier et des savoirs décrits par Carper (Carper, 1978; dans Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Cette étape nous permettra de rendre visible la pertinence de ce sujet pour les soins infirmiers.

Dans un deuxième temps, les concepts mis en évidence dans la problématique seront précisés et définis en fonction de la direction que nous aurons choisi de prendre. Nous éclairerons la signification de ces concepts à la lumière de plusieurs auteurs, puis synthétiserons ces définitions pour clarifier la compréhension.

Dans un troisième temps, nous décrirons la stratégie et le processus de recherche utilisés pour obtenir les articles utiles dans le développement de

cette problématique. Nous donnerons également des indications sur les articles sélectionnés.

Dans un quatrième et dernier temps, nous synthétiserons les résultats de chaque article au travers d'un modèle de présentation, avant de tenter de répondre à la question de recherche. Nous clarifierons les perspectives pour la pratique clinique infirmière et les recommandations pour les recherches à venir, mises en avant par les auteurs des études retenues.

Enfin, nous concluons ce travail en exposant les difficultés que nous avons rencontrées, ainsi que les éléments facilitants. Nous mettrons également en évidence les limites de ce travail, et nous proposerons, grâce à l'analyse des résultats, des perspectives pour la pratique clinique et la recherche en soins infirmiers.

4 PROBLEMATIQUE

4.1 Comment la question de départ est survenue ?

4.1.1 Thématique de départ

La thématique de départ nous a été proposée par une institution de soins de la région. Avant de nous lancer dans une réflexion approfondie sur le sujet, nous avons choisi de rencontrer l'auteur de la question afin de clarifier ses origines et les besoins ressentis.

La thématique soumise par l'institution de soins, « *L'interdisciplinarité et le travail en équipe : comment mesurer leurs impacts positifs ou non sur l'accompagnement thérapeutique du client ?* », a émergé suite à une réflexion sur la mauvaise délimitation des rôles entre les infirmiers et les socio-thérapeutes. En effet, l'équipe infirmière devait souvent agir en fonction de celle des éducateurs, cette dernière étant plus développée dans l'institution. Etant donné que chaque groupe de professionnels avait sa propre manière de travailler / interagir avec les clients, un frottement des logiques est apparu et certains membres de l'équipe infirmière n'étaient pas en accord avec ces procédés, notamment en ce qui concerne les fondements théoriques et philosophiques. La confrontation entre ces deux types de modèles aboutissait à une rétraction des infirmiers pour adopter les modèles de base des socio-thérapeutes. Ce phénomène engendrait un sentiment d'infériorité, d'incompréhension et de non-intégration de la discipline infirmière dans la prise en charge institutionnelle. Autre exemple, les interventions thérapeutiques : les infirmiers et les socio-thérapeutes ayant des approches thérapeu-

tiques différentes, il était fondamental de trouver un consensus sur les meilleures techniques d'interventions. Souvent, les approches tendaient vers la pédagogie, en dépit des approches de soins infirmiers.

Malgré des améliorations au fil du temps, des incohérences persistent en ce qui concerne les aptitudes de chacun. En d'autres termes, ce qui est mis en avant, c'est la mauvaise définition des rôles et des identités propres aux deux professions collaborant dans l'institution en question.

4.1.2 Focus sur nos observations

Pour amorcer ce travail, il nous semble important de pouvoir clarifier les concepts de pluridisciplinarité et interdisciplinarité sur la base de nos perceptions et connaissances actuelles. Suite à nos expériences respectives dans différents milieux de soins, nous avons pu construire nos propres définitions.

Ainsi, nous considérons la pluridisciplinarité comme une approche impliquant différentes disciplines dans un but commun, sans réel partage des connaissances. En effet, les différents professionnels se limitent à transmettre les informations au sujet de la personne soignée sans apporter un regard critique inhérent à chaque discipline. Chacun intervient individuellement sur le patient.

L'interdisciplinarité, selon nous, suppose une collaboration plus étroite des différents professionnels et un partage plus significatif des connaissances. Le processus décisionnel tient compte des différentes visions partagées entre les différents acteurs de soins.

Après avoir défini ces deux concepts, nous pouvons maintenant explorer, toujours selon nos expériences respectives, l'application concrète de ces derniers et leurs impacts sur le terrain. Nous avons observé plusieurs éléments en lien.

Premièrement, nous avons ressenti, de manière générale, que l'approche pluridisciplinaire est préférée à l'interdisciplinarité sur le terrain. Effectivement, nous remarquons que la collaboration entre professionnels est souvent limitée à la transmission de données. Ces données sont mises en lumière par chaque discipline indépendamment des autres. Par exemple, dans les divers contextes de soins, il est rare d'être confronté à des colloques interdisciplinaires. Chaque discipline organise ses propres réunions à des moments différents. Les rencontres interdisciplinaires ont lieu seulement lorsqu'il y a une décision significative à prendre en compte. Nous associons ces rencontres aux colloques réseau.

Deuxièmement, nous percevons une différence dans les approches suivant les contextes de soins. Par exemple, nous avons l'impression que l'approche interdisciplinaire est plus développée en psychiatrie qu'en milieux de soins aigus. Ainsi, nous pouvons déjà émettre l'hypothèse que le contexte influence l'interdisciplinarité.

Nous avons également remarqué que la collaboration diffère selon les professionnels qui interagissent entre eux.

Ainsi, nous observons que les infirmières et les médecins entretiennent une relation qui s'approcherait plus de l'interdisciplinarité par rapport au physiothérapeute et la diététicienne, par exemple. Hypothétiquement, ceci serait dû à la fréquence et au degré de besoin de fréquentation de ces diverses professions.

Outre ces observations, nous trouvons une différence dans les impacts d'une approche pluridisciplinaire ou interdisciplinaire. Au niveau organisationnel, la pluridisciplinarité permet un gain de temps et une facilité d'aménagement, de part le fait que les professionnels se regroupent peu pour échanger au sujet des situations. D'autre part, les transmissions, parfois lacunaires, ne permettent pas une bonne continuité des soins et augmentent le risque d'erreurs dues au manque d'informations.

4.2 Pertinence pour les soins infirmiers

Ce thème a été posé dans le cadre de notre formation en soins infirmiers. Mais quel intérêt l'interdisciplinarité a-t-elle vraiment pour cette discipline ? Afin d'intégrer ce concept aux soins infirmiers et de comprendre cet intérêt, nous allons mettre en lien la thématique de l'interdisciplinarité avec le méta-paradigme et les savoirs infirmiers, en les analysant d'abord de manière générale, puis en les inscrivant dans un contexte de réhabilitation.

Pour commencer, analysons le métaparadigme infirmier et ses quatre concepts (personne, environnement, santé, soin). Ce métaparadigme est l'un des fondements conceptuels les plus importants de la discipline. Il permet d'avoir une base commune à toutes les visions et philosophies de soins possibles.

La personne est définie de nombreuses manières en fonction des différentes théories. La question à soulever lorsqu'on parle de personne et d'interdisciplinarité est *de quelle personne parle-t-on ? et où situe-t-on cette personne ?* En effet, dans l'approche interdisciplinaire, la personne peut être le patient comme le soignant. Finalement, chaque acteur de l'interdisciplinarité est une personne à part entière.

La deuxième question interroge la place que l'on donne à ces personnes. Cette question est très intéressante car elle va de paire avec l'évolution du système de santé : rendre le patient acteur de sa santé. Et c'est là l'intérêt probable de l'interdisciplinarité. L'enjeu ici est donc de savoir quelle place adopte le patient dans l'approche de soins interdisciplinaires qui le concerne, et si cette place a une influence sur le processus de santé.

Dans un contexte de réhabilitation, la personne vit une réelle phase de transition : elle passe d'un certain état de crise ou d'instabilité vers un état potentiel d'équilibre et de renouveau. La personne en phase de réhabilitation doit aussi faire face à une nécessité d'apprentissage d'anciennes ou de nouvelles habiletés, comme une activité professionnelle ou les activités de la vie quotidienne.

On peut considérer, dans ce cas de figure, que la personne est seule actrice de son processus d'intégration sociale. Ici, la personne devrait donc être au centre de l'approche interdisciplinaire. La pertinence pour les soins infirmiers serait d'étudier la place que les soignants doivent donner au patient pour qu'il puisse avancer dans son processus de santé avec le moins de complications possibles.

L'environnement du patient comprend plusieurs sphères dont le contexte de soins fait partie. En effet, il s'agit du lieu dans lequel la personne va en majorité évoluer dans sa santé. La qualité et la construction de cet environnement sont donc des éléments non-négligeables.

Au-delà du simple environnement de l'équipe, il est intéressant de s'interroger sur l'environnement global du patient. En effet, dans un contexte de réhabilitation, le patient évolue dans un environnement ouvert au monde social.

Aussi, il est tout à fait intéressant d'examiner la place des soins infirmiers dans un environnement de réhabilitation. Habituellement, on retrouve ces derniers en milieu hospitalier ou du moins plus largement dans les milieux dits « de soins ». Ici, et particulièrement chez Alfaset, nous nous trouvons dans une institution non-médicalisée, ou du moins au départ. *Ainsi, quelle est la place des infirmières dans ce genre d'institution ? Comment les infirmières s'intègrent dans un environnement à visée sociale et pédagogique ?* Nous avons vu dans nos observations citées au chapitre précédent, que le

contexte paraissait influencer de manière significative la collaboration professionnelle. Ce contexte de réhabilitation est-il alors un milieu favorable pour la collaboration entre infirmières et éducateurs ? Et cet environnement est-il propice au bon développement de la discipline infirmière du point de vue de la conservation et l'évolution des savoirs? Cette réflexion est une piste appropriée quant au développement d'une question de recherche. En effet, la question de l'identité infirmière dans des contextes particuliers est tout à fait intéressante et en lien avec la lutte plus ou moins actuelle de reconnaissance des soins infirmiers.

La santé du patient est le point clé sur lequel l'équipe interdisciplinaire va travailler conjointement. Dans le contexte qui nous intéresse, nous pouvons considérer que la personne est atteinte dans son tout. Ainsi, une équipe pluridisciplinaire est indiquée pour s'occuper de chacune de ces sphères (bio-psycho-socio-spirituelles). Dans l'institution en question, les patients sont entourés par une équipe pédagogique, une équipe infirmière et médicale, ainsi qu'une équipe de professionnels de divers métiers. Chacun de ces professionnels touche un point clé de la personne, tous influençant la santé, mais les soins infirmiers ont la particularité de prendre en compte la globalité de la santé de la personne, et donc d'être un point central dans la prise en charge disciplinaire.

Le soin est l'outil des soins infirmiers dans le processus de santé, qui permet d'arriver à une certaine finalité.

Si le soin a une connotation très médicale, il peut être aussi plus « basique ». Ainsi, dans un milieu de réhabilitation, où les branches professionnelles sont multiples et différentes, la notion de *soin* prend un tout autre sens que si nous nous trouvions dans un contexte purement médical. D'un point de vue des soins infirmiers, le soin prodigué a pour but d'agir plus ou moins directement sur la santé de la personne. Mais si nous observons le soin d'une autre manière, le professionnel du bâtiment qui offre du travail à une personne en réinsertion contribue, de quelque manière, au soin à cette personne. *Le soin est-il alors uniquement une notion médicale ou paramédicale ?* Doit-on être un professionnel de la santé pour offrir un soin, ou pour soigner ? Dans une optique où le soin est médicalisé, le personnel soignant (médical et paramédical) serait alors les seules personnes habilitées à *soigner* les patients. Mais dans une optique où le soin découle de connaissances personnelles, chaque professionnel serait habilité à offrir un soin aux patients.

Les soins infirmiers permettraient d'élargir les propriétés du soin et de l'étendre à toute personne contribuant au processus de santé d'une personne.

Maintenant que la question de départ a été liée au métaparadigme infirmier, intéressons-nous aux savoirs définis par Carper (1978; dans Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Ces paragraphes nous permettront d'identifier les savoirs en jeu dans le *soin*, et de voir en quoi un soignant est habilité à soigner plus qu'un profane, ou non.

Carper a défini 4 savoirs de la discipline infirmière (Pépin & al, 2010):

A. Le savoir personnel, basé sur l'expérience personnelle de l'infirmière, lui permet d'appréhender les situations de soins en mobilisant ses connaissances acquises auparavant. Ce savoir s'exprime par la présence vraie, authentique et ouverte.

B. Le savoir esthétique, art des soins infirmiers, a pour but de rendre possible ou transformer une expérience. Il se traduit par l'appréciation de la signification d'une situation, et s'exprime au travers d'un art et d'actes qui transforment l'expérience de la personne.

C. Le savoir éthique est un processus de prise en compte des valeurs. Les principes et les codes régissent ce savoir. Les dilemmes éthiques amènent l'infirmière à réfléchir quotidiennement sur sa pratique pour éliminer, améliorer ou accepter les contraintes qui se posent au quotidien.

D. Le savoir empirique constitue la dimension scientifique des soins infirmiers. Basé sur les recherches qualitatives et quantitatives, il permet le développement constant des connaissances et compétences. Ce savoir se traduit par l'habileté de l'infirmière à intégrer les savoirs issus des recherches à ses interventions et à se questionner sur sa pratique.

Savoir personnel : Les professionnels de la santé apprennent, au travers de leur expérience, à travailler et collaborer avec une multitude de professionnels d'horizons différents. Ce savoir personnel est fondamental dans la

construction des interactions sociales, et offre des clés quant à la résolution de problèmes de collaboration. Cependant, un professionnel profane de la santé (autrement dit qui n'est pas issu du domaine de la santé), possède également un savoir personnel en matière de soin. Il est intéressant de prendre conscience que ces savoirs, bien que définis par et pour les soins infirmiers, peuvent se transférer à n'importe quelle personne. Cette possibilité montre bien que les soins infirmiers ont construit des fondements adaptables à la collaboration professionnelle.

Dans un contexte de réhabilitation, l'utilisation et le partage des savoirs personnels semblent pertinents pour *soigner* une personne en réinsertion, indépendamment de sa profession.

Savoir éthique : Chaque profession connaît des valeurs, des principes et des postulats différents, de même que chaque personne a les siens. La construction de la collaboration professionnelle se fait au travers de ces éléments pour la plupart subjectifs, et rend le processus de coopération complexe, de par cette riche différence de préceptes. Une prise de conscience et une acceptation de ceux-ci permettront d'offrir des soins congruents et dans le respect des valeurs personnelles. Ce savoir est d'autant plus important que les différences de valeurs entre un professionnel de la santé ou un profane sont marquées, ou du moins, les valeurs ne sont pas nommées ou identifiées de la même manière selon les professions. Mais alors, comment construire un soin lorsque des professions connaissent des valeurs différentes, ou ne les

identifient simplement pas de la même manière ? Tel est le défi de l'interdisciplinarité, qui implique pour chacun de dépasser les limites de ses frontières pour s'ouvrir aux valeurs, aux visions ou idées des autres.

Savoir esthétique : L'art de la discipline, se traduisant par des outils créatifs, peut se faire au travers de la collaboration interdisciplinaire, afin d'acquérir une harmonisation du soin. Les approches propres à chaque discipline offrent à la personne soignée différentes stratégies pour transformer son expérience. Chaque discipline adopte sa vision et signification de la situation, ce qui permet de soulever différentes facettes d'une problématique. L'art des soins infirmiers et des autres professions peut également s'exprimer au travers du partage des connaissances, des idées, des pensées et des émotions. Et si les autres professions, tels que les éducateurs, avaient eux aussi leur art de soigner, d'apprendre ? Le savoir esthétique pourrait également exister dans le fait que deux professions d'horizons différents (prenons ici l'exemple d'une infirmière et d'un clown) peuvent s'allier, se rassembler et former un Tout qui dépasse ses propres limites dans l'optique d'offrir un soin non pas global, mais interdisciplinaire.

Savoir empirique : chaque discipline étant basée sur des savoirs scientifiques, l'association et le partage de ces savoirs permettent de renforcer les connaissances d'une situation. Ainsi, la compréhension et l'appréhension d'une problématique s'en trouvent enrichies. Il en est de même pour la recherche en soins infirmiers axée sur l'interdisciplinarité, qui offre une analyse

approfondie du sujet. Dans l'optique d'une prise en charge en milieu de réhabilitation, les diverses sphères qui forment le Tout de l'individu sont *soignées* grâce aux différentes connaissances empiriques des professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

4.3 Revue exploratoire

4.3.1 Stratégie

Afin de réaliser cette revue de littérature, plusieurs bases de données et sources ont été consultées.

Les bases de données Medline, Cochrane, Pubmed et CINAHL ont fait l'objet de recherches non approfondies sur le sujet de l'interdisciplinarité. D'une manière globale, les sujets suivants se retrouvent de manière récurrente dans les bases de données fournies par swissuniversities :

1. Efficacité de l'interdisciplinarité
2. Rôle de l'infirmière (ou du soignant) dans l'interdisciplinarité
3. Interdisciplinarité en psychiatrie
4. Définition de l'interdisciplinarité ou comparaison avec d'autres approches (Pluri- ou Transdisciplinarité)

Cette première revue nous a donné une idée quant à l'étendue de l'intérêt porté à cette approche.

Afin d'étoffer notre connaissance du sujet et de vérifier l'intérêt et le savoir relié, nous avons également effectué une recherche dans diverses re-

vues suisses de santé, notamment la revue *Soins*, la revue *Soins infirmiers* de l'Association Suisse des infirmiers et infirmières (ASI-SBK) et la *Revue Médicale Suisse* (RMS).

Divers organismes fédéraux ou mondiaux ont été l'objet de nos recherches, tels que l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], l'Office Fédéral de la Statistique [OFS] ou encore l'Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP].

Pour finir, nous avons utilisé l'article de Bokhour (2006), que nous avons trouvé dans le cadre d'un cours de recherche sur l'analyse d'article mixte/qualitatif.

4.3.2 Principaux résultats et observations

La lecture de ces articles nous a permis de mettre en évidence une multitude d'éléments, tant sur le niveau du Savoir que sur les problématiques ou enjeux de l'interdisciplinarité. Une analyse des différents enjeux est présentée ci dessous.

Nous avons, tout d'abord, mis en évidence un désaccord sur le vocabulaire emprunté pour désigner les diverses approches. Lorsque certains auteurs parlent d'interdisciplinarité, d'autres préfèrent utiliser l'interprofessionnalité (Blanc, 2009) pour désigner la même approche. Cette différence de vocabulaire met en avant une problématique bien plus ancienne que cette notion même d'interdisciplinarité : le rôle des soignants (et plus particulièrement



des infirmières) et leur place dans le savoir disciplinaire. En effet, les soins infirmiers sont restés pendant longtemps une « simple » profession avant d'acquérir le statut de *discipline*, leurs conférant enfin la légitimité de produire du savoir propre à leur champ de connaissances. La naissance de la discipline infirmière a fait évoluer la vision que la société avait de la profession, ce qui constitue un coup de pouce dans la formation de la reconnaissance des soins infirmiers comme une discipline à part entière, capable de produire son propre savoir (Debout et al., 2008).

L'interdisciplinarité est une réponse à des situations complexes et globales (Delrieu & Orriols, 2015; Pessel Nobrega, 2011; Moutet, Guisado, Butel, Vuagnat, & Zulian, 2014). Daydé (2011) parle de l'approche interdisciplinaire lorsqu'une problématique dépasse les frontières d'une seule discipline. La complexité croissante de l'être humain demande une approche de plus en plus globale, prenant en compte chacune de ses sphères de manière ciblée et spécifique (Joly, Lainé, Catan, & Pochard, 2011).

La personne est considérée, selon plusieurs théoriciennes, comme un être unitaire, un tout (Pépin, 2010). D'autre part, la santé est définie par l'OMS comme un « état de bien-être physique, psychique et social. »

Cette définition multidimensionnelle de la santé appuie le fait que la personne constitue un système complexe. Aussi, la qualité des soins est un sujet de plus en plus reconnu dans le monde de la santé, pour lequel l'interdisciplinarité peut être le meilleur moyen de l'atteindre.

Dans une optique de prise en compte de cette complexité humaine, une vision et un soin spécifique et ciblé synergiques sont nécessaires, voir indispensables. Dans une société moderne qui se tourne de plus en plus vers le malade et non plus que sur la maladie, il est d'autant plus important et pertinent d'aborder une situation avec de multiples regards.

Nous avons pu remarquer que l'interdisciplinarité, bien que son efficacité semble prouvée (Baud & Hanson, 2005), est une approche complexe qui demande la mise en place de moyens conséquents dont plusieurs conditions doivent être réunies pour une efficacité optimale. Aussi, l'interdisciplinarité est régie par des conditions indispensables qui lui permettent de prendre vie concrètement dans les milieux de soins. La complexité de cette approche nous fait nous interroger sur sa facilité d'application et de mise en place dans les différents contextes de soins. Aussi, l'application d'une approche interdisciplinaire n'est pas sans difficultés. Manuel Salazar, directeur du département hospitalier de l'Institution de Lavigny, nous dit : « Une équipe, c'est une formidable dynamique, mais également une source de conflits, de divergences et parfois d'immobilisme. » (Longerich, 2014). Cette vision « pessimiste » de l'interdisciplinarité relève la complexité de cette approche au travers de la diversité de l'équipe soignante, tant au niveau des personnalités que des horizons professionnels. C'est là le défi des équipes de soin : dépasser les conflits personnels et avancer ensemble vers un objectif commun.

La communication joue également un rôle dans le fonctionnement interdisciplinaire. Bokhour (2006) identifie trois types de communication : les (1) transmissions orales (*Giving Report*), les (2) transmissions écrites (*Writing Report*) et la (3) discussion collaborative (*Collaborative Discussion*). Relativement à ces types de communication, l'auteure a mis en lien l'impact sur l'approche utilisée lors de ces divers moyens de communiquer. Ainsi, les transmissions orales tendent vers une approche pluridisciplinaire (*Multidisciplinary*) : un membre de l'équipe transmet ses informations au reste de l'équipe. Cette méthode favorise un positionnement individuel (les autres sont en retrait, dans le silence) et des objectifs *unidisciplinaires*. Les transmissions écrites ont pour but l'uniformisation du vocabulaire utilisé. C'est un pas vers l'interdisciplinarité, car cela permettra à chaque professionnel de comprendre les transmissions des autres.

Finalement, la discussion collaborative atteint le plus haut niveau d'interdisciplinarité. En effet, cette méthode de communication permet à chaque professionnel d'intervenir et de rebondir sur les informations des autres. Les frontières de chaque profession sont dépassées pour atteindre un savoir commun et une vision globale. Bokhour a également mis en lien les types de communication avec les objectifs de la prise en charge. Ainsi, les transmissions orales et écrites cherchent à atteindre des objectifs institutionnels (obligation juridique, cadre temporel, exigence institutionnelle), tandis que la discussion collaborative tend vers des objectifs centrés sur le patient (Bokhour, 2006) [Appendice A, p.88]. Cet article met également en avant

l'importance de l'uniformisation du vocabulaire, pour une compréhension totale des soins de chaque discipline.

L'interdisciplinarité est sujette à plusieurs conditions pour une efficience totale. Elle implique, pour le professionnel interdisciplinaire, la reconnaissance de ses compétences pour acquérir et trouver son identité professionnelle (Pessel Nobrega, 2011). La collaboration et l'intégration des connaissances de chacun obligent les professionnels impliqués à se remettre constamment en question et à connaître leurs compétences et leurs limites. Chaque soignant doit également avoir une attitude tournée vers l'autre pour que l'interdisciplinarité ait lieu (Pessel Nobrega, 2011). Cette reconnaissance des compétences s'inscrit dans une recherche, une reconnaissance, un développement et une affirmation de son identité professionnelle. Nadot-Ghanem (2006) va encore plus loin. Selon lui, « le prestataire de service doit être suffisamment expert dans sa matière...afin d'être en mesure de transférer ce regard et cette expertise dans d'autres domaines... » (Nadot-Ghanem, 2006, p.42). L'identification des objectifs communs, l'organisation des réunions ou l'autonomie sont autant de conditions pour une approche interdisciplinaire réussie.

Pour terminer, nous avons découvert la notion d'éducation interprofessionnelle (*Interprofessional Education/IPE*). Glardon & Facchinetti (2015) parlent de la complexité de l'interprofessionnalité au travers de la délégation de certaines compétences ou de la définition d'une vision commune par

exemple. Relié à cette complexité, les auteurs insistent sur le fait que l'éducation interprofessionnelle (EIP) devient indispensable pour acquérir les compétences nécessaires à la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs projets sont actuellement en cours en Suisse en lien avec l'interprofessionnalité, mais le pays reste en retard par rapport à ses voisins. La Grande-Bretagne, par exemple, a mis en place dès 1987 un centre de formation interprofessionnelle (Gallant, Clerc, Gachoud, & Morin, 2011). Explorer ce concept pourrait s'avérer intéressant pour répondre à la problématique posée au début de ce travail. En effet, si l'on a vu que l'interdisciplinarité avait pour but de répondre à des problèmes complexes, on peut se demander comment former de manière efficace les professionnels de la santé afin d'offrir au patient la meilleure qualité des soins.

Dans la littérature, trois facteurs expliquent l'intérêt grandissant pour l'éducation interprofessionnelle (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, & Freeth, 2005). Les exigences en matière de qualité de soins et de sécurité des patients constituent le premier facteur. De nos jours, l'EIP est un outil nécessaire pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Celle-ci dépend bien entendu d'une collaboration probante et de qualité de la part des professionnels de la santé. Manser (2009) et Gittell et al. (2000) ont montré que la bonne collaboration dans une équipe interprofessionnelle joue un rôle clé dans la sécurité des patients, et qu'il existe un lien entre l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle et la qualité des soins.

Le deuxième facteur, l'évolution des types de soins aux patients, fait référence au vieillissement de la population et à l'augmentation des problèmes de santé chroniques et complexes. En réponse à cela, l'EIP joue un grand rôle et le *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) met en avant qu' « aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe de besoins de nombreux usagers des services de santé ni garantir des soins prenant en compte la totalité des besoins des patients. » (CIHC, 2007, p.1).

La pénurie en professionnels de la santé est le troisième et dernier facteur décrit par Barr et al. (2005). Selon l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN, 2009), les ressources actuellement disponibles en matière de professionnels de la santé ne sont pas suffisantes, et cela aurait tendance à s'empirer dans les années à venir. La pénurie actuelle et future en matière de soignants est préoccupante et le moyen existant selon l'OMS pour répondre à cette crise serait l'éducation interprofessionnelle.

Au niveau suisse, le thème de l'interdisciplinarité n'est pas explicitement cité dans les données de l'OFS, du moins selon nos recherches. Il existe encore très peu de statistiques ou d'outils permettant de mesurer ou analyser l'interdisciplinarité en tant que telle.

En revanche, les statistiques sur les professions de la santé donnent des indications sur la diversité croissante de ce champ professionnel. En effet,

chaque discipline évolue et offre ainsi de plus en plus de professions spécialisées dans un domaine.

Ce phénomène apporte des pistes de questionnement par rapport à l'interdisciplinarité : Mesurer l'impact de la diversification des professions sur l'applicabilité de l'interdisciplinarité ou en dégager les avantages et/ou inconvénients sont des questionnements pertinents pour une question de recherche. Aussi, il pourrait être intéressant de voir en quoi les soins infirmiers peuvent constituer une plus value dans cette approche, en tant que professions centrale des soins (centre et rassemblement des informations). Cette diversification peut être mise en lien avec la nécessité d'uniformiser le vocabulaire (Bokhour, 2006) ou alors sur la reconnaissance des compétences de chacun (Pessel Nobrega, 2011).

Dans la base de données de l'Organisation Mondiale de la Santé « *Global Health Observatory Data Repository* », plusieurs thèmes et indicateurs étaient à choix, mais aucun ne correspondait à nos recherches. A première vue, les informations sont plus orientées sur les maladies et non sur la qualité de soins et de la prise en charge.

4.4 Concepts retenus

Au terme de cette analyse de la revue exploratoire, nous avons ciblé les concepts que nous souhaitons développer dans ce travail.

La collaboration professionnelle est le concept clé du problème posé au travers de la thématique. En effet, ce concept large, qui englobe les divers types de multidisciplinarité, mérite d'être étudié et approfondi. Il s'agit en quelque sorte du mode de travail dans lequel les professionnels évoluent.

L'éducation interprofessionnelle est le deuxième concept que nous retenons. Nous souhaitons l'étudier à cause de son développement rapide ces dernières années, et par le besoin croissant d'une formation interprofessionnelle dans le domaine de la santé. Offrir des soins de qualité étant le but commun de chaque professionnel de la santé, nous souhaitons savoir en quoi l'EIP peut amener des bénéfices dans l'atteinte de cet objectif.

Pour terminer, la santé, au sens global du terme, est le troisième et dernier concept choisi. Nous allons nous intéresser particulièrement à la santé du patient et aux bénéfices que l'éducation interprofessionnelle peut lui apporter.

4.5 Perspectives pour la pratique clinique infirmière

Ce processus a commencé par l'identification de la thématique, pour ensuite, au travers de la revue exploratoire, dégager des questionnements.

Le problème de recherche a pu être mis en évidence grâce à l'analyse des données récoltées.

La thématique de base, ciblée sur l'interdisciplinarité, était en lien avec la profession infirmière et la qualité des soins. Le sujet était donc l'impact de

l'interdisciplinarité sur la qualité des soins. En approfondissant les origines de l'élaboration de ce thème, nous avons pu mettre en évidence le problème de recherche.

En effet, les soins infirmiers sont amenés à collaborer avec une multitude d'autres professions, de manière de plus en plus régulière et dans des contextes toujours plus différents. Depuis l'existence des soins infirmiers, la discipline infirmière a vu le jour et a conceptualisé la pratique au travers d'un cadre théorique complexe et propre à elle-même.

Lors de l'exploration de ce sujet, nous avons découvert le concept d'éducation interprofessionnelle. Cette méthode d'apprentissage met en interaction diverses professions de la santé pour apprendre des autres, et avec les autres, ceci toujours dans le but de garantir une qualité de soins optimale aux patients.

Dans la problématique mise en évidence dans ce travail, l'éducation interprofessionnelle peut être la réponse à un conflit professionnel, soit le manque de collaboration, ou du moins une collaboration inefficace ou déficiente. En effet, nous pouvons nous poser la question de savoir si les professionnels sont formés de manière adaptée à l'interprofessionnalité, et donc à la réponse à la complexité de certaines situations.

Le but de ce travail est ainsi d'explorer ce concept d'éducation interprofessionnelle, de voir quels sont ses bénéfices pour la collaboration professionnelle, et surtout d'identifier les résultats positifs pour la santé des patients.

5 CONCEPTS ET CADRE THEORIQUE INFIRMIER

5.1 Définition des concepts

5.1.1 Concept 1 : la collaboration interprofessionnelle

La collaboration professionnelle est un concept large qui caractérise une forme d'interaction que nous expérimentons au quotidien dans notre vie professionnelle. Ces interactions sont vécues dans un univers collectif emprunt de confiance et de partage, particulièrement dans le domaine de la santé (D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu, 2005a). Nous allons explorer ce concept, dont l'éducation interprofessionnelle est un sous-concept, au travers des définitions de plusieurs auteurs, afin de mieux comprendre de quoi il s'agit. Au terme de l'analyse de ces différentes définitions, nous créerons une synthèse afin de mettre en évidence ce concept en lien avec la matière étudiée dans ce travail.

5.1.1.1 Définition conceptuelle

Ce concept de collaboration professionnelle sera abordé en deux temps, en se centrant d'abord sur les définitions de la collaboration, puis sur les formes de collaboration professionnelle.

5.1.1.1.1 Concept de collaboration

D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez, & Beaulieu (2005b), définissent la collaboration comme un processus dynamique et évolutif composé de quatre principes : le partage, le partenariat, l'interdépendance et le pouvoir. Les auteurs décrivent le premier principe (le partage) comme le partage

des visions, des responsabilités, du processus de décision, des documents et informations ainsi que des interventions. Le deuxième concept, celui de partenariat, est défini comme « deux ou plusieurs acteurs [qui] prennent part à un engagement collaboratif caractérisé par une relation collégiale authentique constructive. » [Traduction libre] (D'Amour et al., 2005, p.118-119). Ceci implique que chaque participant doit avoir une connaissance de soi et de l'autre. Troisième concept, l'interdépendance, dite « mutuelle », est privilégié à l'autonomie dans la collaboration professionnelle. Cette interdépendance prend sa source dans la volonté commune de répondre aux besoins du patient et qui, si elle est bien menée, aboutit à une synergie qui permet de maximiser la participation individuelle. Quatrième et dernier concept de collaboration décrit par D'Amour et al. (2005), le pouvoir doit indispensablement être partagé entre tous les membres de l'équipe, indépendamment de la fonction ou du titre de chaque participant. Ici, c'est l'expérience et les connaissances qui permettent d'établir la relation de pouvoir entre chacun.

Si D'Amour et al. (2005) nous parlent de collaboration professionnelle, certains auteurs mettent l'accent sur la proximité entre la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.

C'est le cas de Robidoux (2007), qui définit la collaboration professionnelle comme « le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et

d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe. » (Robidoux, 2007, p.22).

Miller (2004) reprend une définition de l'*American Nurses Association*, qui définit la collaboration comme un « Partenariat réel, dans lequel le pouvoir des deux parties est reconnu par chacun, avec une reconnaissance et une acceptation des sphères différentes/séparées d'activités et de responsabilités, un respect mutuel des intérêts légitimes de chaque parties, et des objectifs communs reconnus par les deux parties. » [Traduction libre] (American Nurses Association, 1980; dans Miller, 2004, p.12). Quatre dimensions de la collaboration sont mises en évidence : (1) le pouvoir, (2) la reconnaissance des sphères d'activités, (3) le respect mutuel des intérêts, et (4) les objectif communs.

Zwarenstein, Goldman, & Reeves (2009) définissent la collaboration interprofessionnelle comme un « Processus par lequel différents groupes de professionnels travaillent ensemble pour influencer positivement les soins de santé. » [Traduction libre]. Chaque professionnel doit valoriser l'expertise et la contribution que les autres professionnels apportent aux soins au patient (Zwarenstein et al., 2009, p.2).

Bridges & al. (2011) mettent en évidence une définition de la collaboration interprofessionnelle en accord avec *The Canadian Interprofessional health Collaborative (CIHC)* (2010), en explicitant la collaboration interprofessionnelle comme un « partenariat entre une équipe de fournisseurs de santé et un client dans une approche participative collaborative et coordonnée afin de

partager des décisions autour de questions sociales et de santé. » [Traduction libre] (CIHC, 2010; dans Bridges, Davidson, Odegard, Maki, & Tomkowiak, 2011, p.2). Les auteurs définissent également la pratique collaborative interprofessionnelle comme un « processus qui inclut la communication et la prise de décisions permettant une influence synergique aux connaissances et habiletés du groupe. » (Bridges et al., 2011, p.2).

Le CIHC (2010), définit, lui, la collaboration interprofessionnelle comme un « processus de développement et de maintien des relations effectives de travail interprofessionnel avec les apprenants, les praticiens, les patients/client/familles et les communautés pour activer des résultats de santé optimaux. Les éléments de la collaboration incluent le respect, la confiance, le partage des décisions et le partenariat.» (Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), 2010, p.8).

Ces six auteurs définissent la collaboration de manière assez rapprochée. De manière générale, la collaboration interprofessionnelle est considérée dans l'ensemble des définitions comme un (a) processus dynamique et complexe. Elle n'est pas figée dans un espace-temps défini mais (b) évolue en fonction de divers facteurs influençants.

Ce processus constitue une (c) relation commune entre plusieurs professions. Elle se base sur plusieurs (d) principes pour atteindre un (e) but commun.

5.1.1.1.2 Formes de collaboration

Avant même de définir les concepts de pluri-, inter- ou transdisciplinarité, Robidoux (2007) met en évidence l'ambiguïté qui existe entre les préfixes multi- et pluri-, ainsi qu'entre l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité. Les nombreux travaux existant sur la collaboration professionnelle et plus précisément sur les concepts cités plus haut, vont d'ailleurs dans ce sens, avec une terminologie souvent hétérogène. Il existe encore aujourd'hui un manque de clarté dans la différenciation des divers termes existants. En effet, les dictionnaires classiques offrent des définitions très étroites et différencient peu les termes (Choi & Pak, 2006). Robidoux (2007) nous éclaire sur le sujet en affirmant déjà que la multidisciplinarité et la pluridisciplinarité sont subtilement nuancées et désignent des approches très étroitement semblables. Quant aux termes d'interdisciplinarité et d'interprofessionnalité, D'Amour & Oandasan (2005), nous éclairent de la manière suivante. L'interdisciplinarité est une réponse à la fragmentation des connaissances, ce qui implique que de nouvelles disciplines peuvent émerger de l'interdisciplinarité. Le but est de trouver une cohésion dans le développement des connaissances. L'interprofessionnalité se dirige plutôt vers le développement d'une pratique professionnelle cohésive, moins fragmentée. Cette vision n'implique pas le développement de nouvelles professions, mais tend surtout à permettre à divers professionnels de collaborer étroitement ensemble.

D'Amour & al. (2005) décrivent trois types d'approches collaboratives interprofessionnelles dans une équipe de travail : (1) la pluridisciplinarité, (2) l'interdisciplinarité, et (3) la transdisciplinarité. Il est important de comprendre la différence entre ces trois approches, car elles se situent à différents niveaux d'abstraction et les conditions d'existence ainsi que les enjeux ne sont pas les mêmes.

La pluridisciplinarité est expliquée par Legendre (2005, dans Robidoux, 2007) comme une approche dans laquelle les professionnels travaillent de manière parallèle et indépendante, vers l'atteinte d'un objectif distinct.

D'Amour & al. (2005) abordent la pluridisciplinarité d'une manière similaire. Pour ces auteurs, elle désigne une équipe dans laquelle « différents professionnels travaillent sur le même projet mais de manière indépendante ou parallèle. » (Siegler & Whitney, 1994; Schofield & Amodeo, 1999; Paul & Peterson, 2001; Satin, 1994; dans D'Amour et al., 2005, p.120). Les professionnels collaborent sur une base transitoire et limitée (Klein, 1990 ; dans D'Amour et al., 2005).

Choi & Pak (2006) définissent cette approche comme « l'établissement de connaissances émanant de différentes disciplines tout en restant dans les limites de chaque champ. » [Traduction libre] (NSERC, 2004; dans Choi & Pak, 2006, p.353). C'est un processus de juxtaposition des savoirs et de compétences, et chaque professionnel exploite ses propres compétences sans dépasser sur le champ professionnel des autres.

Ces trois auteurs sont en accord sur le fait que la pluridisciplinarité est un processus d'addition des disciplines.

L'interdisciplinarité est définie par Berger (1972) comme une approche « qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures. » (Berger, 1972; dans Formarier, 2004, p.12). Depuis ces années, le concept a fortement évolué et s'est complexifié.

Le *Canadian Institutes of Health Research* (CIHR), en 2005, définit l'interdisciplinarité comme « l'habileté d'analyser, de synthétiser et d'harmoniser les liens entre des disciplines dans le cadre d'un ensemble coordonné et cohérent » [Traduction libre] (CIHR, 2005; dans Choi & Pak, 2006, p. 354).

Mansilla & Gardner (2005), parlent de cette approche comme des « connaissances et modes de pensée intégrés de deux ou plusieurs disciplines – travail qui embrasse l'objectif d'une compréhension avancée qui ne serait pas possible au travers d'une seule discipline » [Traduction libre] (Mansilla & Gardner, 2005; dans Choi & Pak, 2006, p. 354). Dans cette définition, l'importance du rôle de l'interdisciplinarité dans la compréhension globale et complète d'une situation est mise en évidence.

Enfin, D'Amour & Oandasan (2005) définissent l'interprofessionnalité comme le « développement d'une pratique cohésive entre différents professionnels issus de disciplines différentes. » et le « processus par lequel des

professionnels développent des moyens de pratiquer qui favorisent les réponses intégrées et cohésives aux besoins du patient. » [Traduction libre] (D'amour & Oandasan, 2005, p. 9). Ce que ces auteurs veulent mettre en évidence, c'est la notion de cohésion, qui sous-tend un partenariat de grande qualité.

De manière générale, tous les auteurs s'accordent sur le fait que l'interdisciplinarité implique une intégration des connaissances de chaque discipline. Elles travaillent de manière rapprochée en dépassant les frontières de leur propre discipline.

Choi & Pak (2006) abordent un concept de collaboration encore plus complexe : la transdisciplinarité. Elle « est une forme spécifique d'interdisciplinarité dans laquelle les frontières / limites entre les disciplines sont transcendées et les connaissances et perspectives de chaque discipline scientifique comme non scientifique sont intégrées » [Traduction libre] (Flinterman & al., 2001 ; dans Choi & Pak, 2006, p. 355).

La transdisciplinarité est un concept encore peu défini. Toutefois, on comprend qu'elle permet l'ouverture et le partage des concepts clés des disciplines en transcendant les frontières de sa propre discipline. [Appendice B.1, p.88]

5.1.1.2 Définition propre au travail

Le point précédent avait pour but de mettre en évidence les définitions conceptuelles de la collaboration professionnelle. Dans ce point, nous allons

clarifier la terminologie utilisée dans ce travail et mettre en évidence la définition du concept susmentionné, inspirée des divers auteurs cités plus haut.

En lien avec les diverses définitions étudiées au point précédent, nous définissons la collaboration interprofessionnelle comme un processus dynamique évolutif complexe (CICH, 2010 ; D'Amour & al., 2005 ; Zwarenstein & al., 2009), impliquant au moins deux professionnels ou groupes de professionnels (Robidoux, 2007), unis autour d'un but commun (Miller, 2004 ; Robidoux, 2007) et liés par les principes de pouvoir, de partage, de partenariat, d'interdépendance et de confiance (Bridges & al., 2011 ; CICH, 2010 ; D'Amour & al., 2005 ; Miller, 2004 ; Robidoux, 2007). [Appendice B.2, p.89].

5.1.2 Concept 2 : l'éducation interprofessionnelle

5.1.2.1 Définition conceptuelle

La notion d'éducation interprofessionnelle (EIP) est apparue dans la littérature il y a plus de trente ans. L'Organisation Mondiale de la Santé est la première entité à avoir parlé de ce concept en 1978. Dès la fin des années 1980, la création au Royaume-Uni du *Center for the Advancement of Inter-professional Education (CAIPE)* et de sa revue « *Journal of Interprofessional Care* » confirme la dynamique autour de l'évolution de ce concept et de ses atouts (CAIPE, 2002). Percevant ces plus-values, le gouvernement Canadien a lancé dès 2003 une initiative nommée « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient », afin d'améliorer les soins de santé primaires (Santé Canada, 2008). En 2008, l'OMS a lancé

une recension afin de connaître le développement mondial de l'EIP. Cette étude a été faite auprès de 193 pays, dont 41 démontrent que l'EIP est une forme d'éducation répandue dans beaucoup de pays (Rodger, J. Hoffman, & *World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice*, 2010). En 2010, l'OMS, en collaboration avec le CAIPE, a publié un cadre de référence propre à l'EIP (*World Health Organization*, 2010).

Parallèlement à la sortie de celui-ci, l'Office fédérale de la santé publique (OFSP) a sorti en 2013 le « Rapport du groupe thématique Interprofessionnalité » qui donne des recommandations pour l'intégration de l'IPE, mais également de la collaboration interprofessionnelle (IPC) dans les cursus de santé afin de réunir tous les instruments indispensables à la réussite de cette formation. Au cours de ces dernières années, la littérature scientifique se concentre de plus en plus sur l'éducation interprofessionnelle, notamment sur sa mise en place, mais également sur les bénéfices qu'elle peut engendrer.

Le CAIPE définit l'éducation professionnelle de la manière suivante : « Il y a formation interprofessionnelle lorsque deux professions ou plus sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître mutuellement pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins. » (CAIPE, 2002) Pour le CAIPE, l'EIP inclut toutes les formes d'enseignements, qu'elles soient déployées en milieu académique ou en milieu de travail, en pré ou post grades. Grâce à l'EIP, on vise une conso-



validation de la collaboration entre professionnels de la santé et une amélioration de la qualité des soins donnés aux patients.(CAIPE, 2002). Reeves & al. (2008) postulent que

L'EIP a pour but d'encourager différents professionnels à se rencontrer et à interagir dans l'apprentissage pour améliorer la pratique collaborative et les soins de santé aux patients/clients, et par conséquent, a plus de potentiel d'améliorer la pratique collaborative que des programme d'éducation multiprofessionnels ou uniprofessionnels [Traduction libre] (Reeves & Zwarenstein, 2008, p.3).

Selon Reeves & al. (2013), « L'EIP survient lorsque les membres de plus d'une profession de la santé ou du social (ou les deux) apprennent ensemble de manière active, dans le but explicite d'améliorer la collaboration interprofessionnelle ou la santé/le bien-être des patients/ clients (ou les deux). » [Traduction libre] (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013, p.4).

Hammick & al (2009) précisent que « tous les acteurs concernés doivent faire preuve d'une capacité à travailler en équipe, d'une bonne connaissance des rôles concernant les autres professions et d'une attitude positive à l'encontre de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire afin d'assurer une prise en charge efficace des soins, correspondant aux besoins et aux attentes des patients actuels et futurs. » [Traduction libre] (Hammick, Olckers, & Campio-Smith, 2009, p.1).

Pollard (2008) ajoute qu' « une éducation interprofessionnelle est nécessaire pour aller plus loin, en ce sens elle devrait rendre les élèves explicitement conscients de la façon dont les facteurs organisationnels peuvent affecter

ter le travail interprofessionnel et il est nécessaire d'amener les élèves à réfléchir à la façon de comment le travail interprofessionnel se passe dans différents contextes organisationnels ; et, en particulier, d'encourager l'habitude de penser de manière créative sur les stratégies de changement au sein de toutes les situations. » [Traduction libre] (Pollard, 2008; dans OFSP & DFI, 2013, p. 34).

Il est clair qu'un consensus a été établi autour de la définition de l'EIP. En effet, plusieurs auteurs, notamment Oandasan & Reeves (2009), Lapkin & al. (2011), Barr (2002), D'Amour & Oandasan (2005), Tsakitzidis & al. (2015), Barr & al. (2012), Hammick & al. (2007), l'OMS et même le Consortium Pan-canadien sur l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS, 2007) sont en accord avec la définition proposée par le CAIPE.

5.1.2.2 Définition propre au travail

Après avoir exploré les définitions de ces divers auteurs, nous considérons l'éducation interprofessionnelle comme une approche, un processus visant à faire interagir au moins deux groupes de professionnels (CAIPE, 2002 ; Reeves et al., 2013) dans leur apprentissage (Reeves & Zwarenstein, 2008), dans le but d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et/ou les soins aux patients et/ou la qualité des soins (CAIPE, 2002 ; Reeves & Zwarenstein, 2008; Reeves et al., 2013; Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007).

5.1.3 Concept 3 : la santé

5.1.3.1 Définition conceptuelle

Les définitions de la « santé » ont évolué au fil du temps et n'ont jamais été fixes très longtemps. Au XX^{ème} siècle est apparu un essor des définitions de la santé et plusieurs auteurs s'y sont intéressés, surtout suite à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité» (OMS, 1946, p. 1).

Illich (1975) nous éclaire en disant que : « globalement, la santé s'identifie à la culture dont traite l'anthropologue, et qui n'est pas autre chose que le programme de vie qui confère aux membres d'un groupe la capacité de faire face à leur fragilité et d'affronter, toujours dans le provisoire, un environnement de choses et de mots plus ou moins stables. » Il dit également que « la santé est la capacité que possède tout homme de s'affirmer face au milieu ou de prendre la responsabilité de sa transformation. » (Illich, 1975, p. 33-34).

René Dubos (1979) met en avant l'aspect adaptatif de la santé, qu'il définit comme « un état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé. » (Dubos, 1979; dans Morin, 2004, p. 22) Selon l'auteur, la santé correspond à « une adaptation de l'individu à son milieu » en précisant « qu'un individu en bonne santé est celui qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu et de se consacrer pleinement à ses projets »

(Dubos, 1979; dans Bury, 1988, p. 25).

Selon Stokes & al. (1982), la santé est « un état caractérisé par l'intégrité anatomique, physiologique et psychologique; la capacité de jouer des rôles valorisés par l'individu sur les plans familial, professionnel et communautaire; la capacité de composer avec une situation de stress physique, biologique, psychologique et social.» [Traduction libre] (Stokes, Schindell, & Noren, 1982, p. 34-35).

Pour Cotton (1982), la santé est vue d'une manière plus philosophique :

La vie peut être considérée comme un rythme continu d'interactions, un état d'équilibre instable et le bien-être qui en est l'interprétation n'est jamais qu'un état passager à reconquérir sans cesse. Le potentiel d'énergie qui maintient et qui est capable de rétablir à tout moment l'équilibre de bien-être sans cesse menacé d'un organisme soumis à chaque instant aux agressions de son environnement et à ses besoins d'adaptation interne ou externe est un phénomène essentiellement dynamique : c'est la santé (Cotton, 1982 ; dans Bury, 1988, p.20).

En 1984, l'OMS spécifie que la santé est une :

Mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. (WHO, 1984, p. 3-4)

Grâce à cette définition, l'OMS soutient que la santé est une ressource propre à chaque personne ou groupe, et met en avant le fait que chacun acquiert des compétences afin de s'adapter à son environnement.

La définition donnée par Newman (1986) est la suivante : « La santé est le "pattern de l'ensemble" d'une personne et comprend la maladie comme une manifestation de celui-ci, sur la base du principe que la vie est un processus continu d'expansion de la conscience. » [Traduction libre] (Newman, 1986 ; dans Alligood, 2014, p. 444-46) Avec cette définition Newman nous montre que la santé n'est pas statique mais également, elle nous éclaire sur le fait que la santé est un « processus transformatif vers une augmentation de l'état de conscience, de lucidité d'harmonie avec soi, les autres et l'environnement dans lequel l'individu se trouve. » [Traduction libre] (Newman, 1994, 1999, 2008 ; dans Alligood, 2014, p. 447-48).

Pour Callista Roy (1991, 1999) la santé est « un état, un processus d'être et de devenir de la personne entière. Il est le reflet de l'adaptation, à savoir l'interaction entre la personne et l'environnement. » [Traduction libre] (Andrews & Roy, 1991 ; dans Alligood, 2014, p. 309)

L'auteure ajoute également que « la santé est la capacité à faire face à l'inévitabilité de la mort, la maladie, la tristesse et le stress de manière compétente. » [Traduction libre] (Roy & Andrews, 1999 ; dans Alligood, 2014, p. 309).

5.1.3.2 Définition propre au travail

L'exploration des diverses définitions de la santé décrites par ces auteurs nous donne une idée plus concrète d'en quoi consiste ce concept. Toutefois, les définitions restent encore très diversifiées au niveau du sens de ce mot.

Lorsque que certains parlent d' « état », d'autres mettent en avant la notion de processus, ou de phénomène.

Nous décidons de nous inscrire dans une vision active de la santé, en la définissant comme un processus dynamique (Cotton, 1982 ; dans Bury, 1988, p.20 ; Andrews & Roy, 1991 ; dans Alligood, 2014), visant l'équilibre physique, psychique et social dans un milieu donné (Dubos, 1979 ; dans Bury, 1988, p. 25 ; Illich, 1975, p. 33-34). La notion de processus confère à la santé la possibilité de changer en fonction de la personne et de l'environnement dans lequel elle évolue, il y a adaptation de l'individu à son environnement (Andrews & Roy, 1991 ; dans Alligood, 2014). La santé a une signification complexe et individuelle.

5.2 Cadre théorique infirmier

5.2.1 La théorie de Benner

Afin d'analyser les résultats sous la lumière d'une théorie infirmière, nous avons décidé de nous intéresser au modèle *De novice à expert* (Benner, 1984, 1995). L'auteure décrit que pour arriver à un certain niveau d'expertise pratique, l'infirmière passe par différents niveaux d'évolution au cours de sa vie professionnelle.

Nous pouvons associer ce processus évolutif à l'éducation interprofessionnelle. En effet, si Benner décrit des phases d'évolution pour la pratique infirmière en général, l'étudiant débutant découvre le monde de la santé et l'EIP

a pour but de le mettre en interaction avec les autres professions avec lesquelles il sera amené à travailler. Dans le processus d'apprentissage, on peut considérer que l'étudiant passe par plusieurs phases ou stades d'évolution selon Benner, pour acquérir de nouvelles connaissances sur ces professions, et pour partager les visions et champs professionnels.

5.2.1.1 Définition théorique

Benner s'est inspirée de Dreyfus & Dreyfus (1980), qui ont élaboré un modèle d'acquisition des compétences après avoir mené des études auprès de pilotes d'avion et joueurs d'échec. Ce modèle comprend cinq étapes menant à l'expertise, et Benner l'a transféré aux soins infirmiers. La vitesse d'atteinte d'un niveau de compétence supérieur dépend du talent naturel de chacun et des diverses expériences faites au cours de sa carrière (Boisvert et Chartier, 1995; dans Benner, 1995).

L'ensemble du travail de Benner souligne qu'il y a une différence entre le « savoir quoi », provenant de connaissances théoriques, et le « savoir comment », qui prend source dans les connaissances pratiques. Le but est de découvrir ce qui peut amener les infirmières à une pratique experte et donc comment elles développent le « savoir comment ».

Voici les cinq stades décrits par Benner (1995) :

- Stade 1, novice : le comportement est limité à gérer des paramètres mesurables, tels que le poids ou la température, car la novice n'a aucune expérience des situations auxquelles elle va être confrontée.

- Stade 2, débutante : la débutante peut prévoir certains éléments car elle a déjà fait face à un nombre suffisant de situations qui se reproduisent de manière identique.
- Stade 3, compétente : il s'agit d'une infirmière qui travaille dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Elle est capable de prioriser ses actions en fonction de leur importance et prévoit ses actes en tant qu'actions sur le long terme. La capacité de gestion des imprévus est présente, ce qui lui donne un sentiment de maîtrise des situations. L'organisation des tâches est plus efficace mais manque encore de rapidité et de souplesse.
- Stade 4, performante : l'infirmière performante perçoit la situation comme un tout, et non en terme d'aspects. Dans une situation donnée, elle sait quels événements typiques risquent d'arriver et se montre flexible face à ce qui a été initialement prévu afin de pouvoir faire face à ces événements. A ce stade, elle est guidée par des maximes et capable de détecter une dégradation de l'état de santé du patient sans même qu'il n'y ait de signes cliniques.
- Stade 5, experte : l'experte a une vision intuitive de la situation, ce qui lui permet d'appréhender une situation sans se perdre dans un large éventail de situations possibles. Ses interventions montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétences.

Benner (1995) a également déterminé sept domaines, dans lesquels sont classées trente-et-une compétences. Ces dernières permettant de préciser les sept fonctions mais ne nous apportant pas d'éléments concrets en rapport à notre thématique, nous avons décidé de ne pas les traiter ici. Voici les sept domaines décrits par l'auteure :

1. La fonction d'aide : va au-delà de l'aide « thérapeutique » ayant pour but des résultats / améliorations mesurables. Il peut s'agir, par exemple, d'être simplement auprès de la personne malade et de la reconforter au mieux.
2. La fonction d'éducation, de guide : il s'agit non seulement d'informer et de communiquer avec le patient, mais également de lui proposer des façons d'être, des moyens de faire face et de nouvelles perspectives au sujet de la maladie.
3. La fonction de diagnostic et de surveillance du malade : il s'agit de la tâche principale des infirmières ; Au vu du temps passé auprès des patients, ce sont elles qui sont à même de détecter tout signe d'alarme. Benner (1995) nous dit que « *l'importance des capacités de perception et de reconnaissance est l'élément central. Les infirmières ayant une grande expérience de maladies similaires développent des connaissances spécialisées et un langage particulier.* » (Benner, 1995, p. 90) de cette fonction.
4. La prise en charge efficace de situations à évolution rapide : lorsque l'état d'un malade se détériore, l'infirmière est souvent la plus prompte

à réagir et à coordonner les actions des différents membres de l'équipe afin d'agir le plus efficacement possible et d'éviter les complications.

5. L'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques : lorsque l'infirmière administre un médicament au patient, une surveillance étroite et une grande connaissance des effets secondaires possibles sont de rigueur.
6. Assurer et surveiller la qualité des soins : les infirmières, de par le temps passé auprès des patients, sont souvent les plus à même de déceler les erreurs des autres professionnels de la santé et surtout de les prévenir.
7. Les compétences en matière d'organisation et de répartition des tâches : il s'agit d'être capable de coordonner les membres de l'équipe, de répartir les soins et de répondre aux besoins des patients en établissant des priorités. Ce domaine exige donc une bonne connaissance du métier.

Afin de préciser le jugement clinique, Benner a pu mettre en évidence deux modes d'action et de pensée et neuf domaines de pratique. Le premier mode d'action et de pensée est le fait d'être capable de (1) saisir / comprendre ce qui se passe dans la situation clinique afin d'identifier les problèmes et de les résoudre. Le deuxième mode est le fait (2) d'anticiper et de prévenir les problèmes potentiels. Les neuf domaines de pratique donnent

une indication sur les contextes dans lesquels il est possible de développer le jugement clinique.

Dans la mesure où problématique concerne l'éducation interprofessionnelle en lien avec la santé du patient et non le jugement clinique, nous ne trouvons pas pertinent de s'y attarder dans ce travail.

Le fait de développer ces deux modes d'action et de pensée ainsi que ces domaines de pratique amène la personne à développer le jugement clinique et à devenir plus vite experte. Mais il est à noter que toute infirmière ne deviendra pas experte. Nous voyons deux raisons principales à cela, la première étant que le niveau d'expertise n'est pas à la portée de tous; il demande des capacités remarquables permettant d'analyser une situation de manière rapide et sans détours afin de poser un diagnostic clinique.

La seconde est tout simplement qu'il faut de nombreuses années de pratique dans un même service pour espérer atteindre le niveau d'expertise et le fait de changer d'environnement (par exemple en passant d'un service de gériatrie à un service de pédiatrie) ramène l'infirmière concernée à un niveau plus ou moins équivalent à celui de débutante. Malgré des bases communes à tous les domaines de soins, la spécificité de chaque service demande des apprentissages nouveaux, ainsi qu'une grande capacité d'adaptation et de transfert des connaissances.

5.2.1.2 La théorie de Benner et l'éducation interprofessionnelle

Le modèle de Benner nous donne un éclairage sur la situation changeante des professionnels de la santé, et nous permet de transférer ses composantes au processus d'éducation interprofessionnelle. En effet, nous pouvons admettre que chaque étudiant en santé ou professionnel débutant est un novice en matière de collaboration, quelque soit le contexte ou la profession. L'éducation interprofessionnelle viserait donc, en lien avec le modèle abordé ici, à faire évoluer la personne au travers des cinq stades d'expertise décrits par Benner (1995).

Aussi, en lien avec les sept compétences décrites dans le modèle, l'interprofessionnalité semble y trouver tout son sens, dans l'optique où une seule profession n'a pas les connaissances suffisantes pour assurer la prise en charge holistique du patient. Le modèle de Benner met également en avant le rôle central de l'infirmière dans une équipe de soins, renforçant l'importance d'une collaboration interprofessionnelle efficace.

6 METHODE

6.1 Elaboration de la question de recherche : méthode

PICOT

Dans la suite du processus de recherche, nous allons, grâce à la méthode PICOT, clarifier les termes de la question. Ce processus a pour but de construire la question de recherche, puis de dégager les mots-clés et les descripteurs qui nous permettront de commencer notre recherche sur les bases de données informatisées. Selon la méthode PICOT, les termes de la question de recherche et leurs descripteurs associés se distinguent comme suit :

	P	I	(C)	O	(T)
Mots-clés	Patient (s)	Education interprofessionnelle (à des étudiants en soins infirmiers) ; + étudiant (s) (en soins infirmier (s));		Bénéfices / résultats (positifs) ; qualité des soins de santé ; évaluation des résultats du patient ; continuité des soins ; efficacité	
Descripteur MeSH	-	-	-	Patient outcome assessment ;	-
Descripteur Ovid		Education, Interdisciplinary ; Students, Nursing ; New graduate Nurses		Outcome assessment, continuity of patient care	

6.2 Formulation de la question de recherche

Les critères PICOT étant clarifiés, nous pouvons élaborer la question de recherche sous forme narrative. Elle pourrait se formuler de la manière suivante : *Quels sont les bénéfices ou résultats positifs de l'éducation interprofessionnelle dispensées aux (futurs) professionnels de la santé pour la santé et/ou la sécurité des patients ?*

Il s'agit d'une question de type *intervention*, car nous allons chercher comment l'éducation interprofessionnelle peut influencer de manière positive ou non la santé des patients au travers de la formation des professionnels de la santé.

6.3 Critères de sélection des articles

- L'éducation interprofessionnelle (EIP) est le concept principal à l'étude et / ou la collaboration interprofessionnelle (CIP) ;
- Les échantillons sont composés au moins de la profession infirmière et éventuellement de professionnels du domaine de la santé ;
- Les articles étudient les impacts de l'IPE sur l'apprentissage des étudiants (impacts indirects) et/ou sur la qualité des soins au patient (impacts directs) ;
- Les articles étudient l'IPE sur des étudiants en cours de formation, ou en formation post-grade, ou sur des professionnels nouvellement diplômés ;

- Les articles ont été publiés après l'année 2005 ;
- L'impact factor et le niveau de preuve de chaque article sont les meilleurs possibles.

Tous nos articles répondent à minimum 5 des critères ci-dessus.

6.4 Stratégie de recherche

Afin de trouver des articles pertinents pour ce travail, nous avons dans un premier temps exploré les sources des divers articles et références utilisés pour la problématique. Ce processus n'a pas été concluant, par le manque de spécificité des ressources que nous avons utilisées.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à une recherche d'articles sur les bases de données suivantes : CINAHL, Cochrane, Medline et Pudmed. Les mots-clés (et leurs synonymes) utilisés pour la stratégie de recherche ont été les suivants : interprofessional education/learning ; nursing student(s)¹ ; (positive) outcomes ; skill(s) ; patient care/safety ; patient health². Les stratégies de recherches en lien avec les bases données et le nombre d'articles trouvés se situent à l'appendice C.1, p. 90.

Il est important de préciser que nous avons procédé à une première recherche orientée sur les résultats sur l'apprentissage des professionnels impliqués dans l'IPE. Après nous être redirigé vers la nécessité de cibler une problématique clinique sur le patient, nous avons procédé à une deuxième

¹ Mot-clé issu de la première recherche

² Mots-clés issus de la deuxième recherche

recherche en adaptant les mots-clés. Les articles trouvés lors de la première recherche ont été relus, triés et retenus en fonction de la pertinence pour traiter ce dit problème clinique.

Au total, 1475 articles (N=1475) ont été trouvés à l'aide de diverses associations de mots-clés, toutes bases de données confondues. Sur ce nombre total d'articles, 41 articles ont été retenus après lecture du titre. Sur ces 41 articles, 15 (n=15) ont été retenus après lecture du résumé et analyse globale du texte. 1184 (N=1184) articles ont été repérés lors de la première stratégie de recherche, dont 7 (n=7) ont été retenus au final pour l'analyse. 291 (N=291) articles ont été trouvés lors de la deuxième stratégie de recherche, dont 7 (n=7) ont été finalement retenus.

Nous avons tenté de sélectionner des articles répondant au plus haut niveau de preuve scientifique, soit entre 1 et 3. L'impact factor a, en plus de faire partie des critères de sélection des articles, été en général déterminant dans la sélection des articles en cas de conflit, sauf cas exceptionnel. Les quinze articles sélectionnés ont fait l'objet d'une lecture critique à l'aide de la grille d'analyse adaptée de Fortin & Gagnon (2016).

7 RESULTATS

Rapport-Gratuit.com

7.1 Synthèse des résultats des articles

A l'issue de l'analyse des articles sélectionnés, nous avons mis en évidence des résultats positifs, mixtes et nuls. Afin de présenter les résultats de manière précise, structurée et synthétique, nous avons choisi de nous baser sur le modèle de présentation des résultats proposé par Hammick (2007) [Appendice E.1, p. 199]. Ce modèle décrit les résultats en six niveaux (N) : (N-1) réactions, (N-2a) modification des perceptions et attitudes, (N-2b) acquisition de connaissances et compétences, (N-3) changements de comportement, (N-4a) changements dans l'organisation pratique, (N-4b) bénéfiques pour les patients/clients. Chaque résultat (tout type confondu) est décrit dans le niveau correspondant.

Dans un souci de simplification, nous avons placé chaque résultat extrait des articles dans une seule catégorie. Toutefois, la pertinence de les classer dans une ou plusieurs autres catégories peut être discutée. Aussi, au vu de l'hétérogénéité des résultats et d'une réflexion qui nous est propre, il se peut que cette classification puisse faire l'objet d'un débat.

Niveau 1 : réactions

Ce niveau décrit les représentations des apprenants à propos de l'éducation interprofessionnelle.

Dans leur revue de littérature, Gough, Hellaby, Jones, & MacKinnon, (2012) ont étudié des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes explorant

l'approche de l'éducation interprofessionnelle sous forme de simulation. Les résultats indiquent que l'EIP est une stratégie d'enseignement bénéfique pour toutes les professions de la santé.

Lapkin, Levett-Jones, & Gilligan (2013) et Tsakitzidis et al. (2015) rapportent des effets nuls au niveau des changements d'attitude et de perceptions face à l'éducation interprofessionnelle.

Olson & Bialocerkowski (2014) ont publié une revue systématique ayant pour but d'identifier la meilleure approche d'EIP dans le domaine de la santé, et d'identifier les facteurs à modifier pour une efficacité optimale. Leurs résultats indiquent des résultats potentiellement négatifs, dans le sens où la composition des étudiants dans les modules d'enseignement ou les conflits de pouvoir pouvant émerger entre les participants peuvent influencer négativement l'apprentissage interprofessionnel. Dans le même sens, Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr (2007) indiquent que l'attitude des participants peut se détériorer au cours du module d'éducation et peut ainsi avoir des effets négatifs sur la mise en pratique des connaissances acquises.

Niveau 2a : modification des perceptions et attitudes

Les changements d'attitude et/ou de perceptions entre les participants et par rapport aux valeurs ou approches professionnelles s'inscrivent dans ce niveau.

Kent & Keating (2015) ont entrepris une revue systématique dans le but d'examiner les résultats sur le patient et l'apprentissage des étudiants. Les auteurs rapportent une augmentation de la confiance en soi des étudiants (Gough et al., 2012 ; Kent & Keating, 2015) et une meilleure reconnaissance de leurs propres limites. Dans le même registre, McGettigan & McKendree (2015), dans leur évaluation d'une activité d'EIP dispensée à des étudiants en dernière année d'étude dans le domaine de la santé, mettent en évidence une amélioration de l'identité professionnelle.

Concernant les changements d'attitude envers les autres professionnels, plusieurs auteurs rapportent des résultats similaires. Une amélioration de l'attitude entre professionnels est mise en évidence par Lapkin, Levett-Jones, & Gilligan (2013) ; Olson & Bialocerkowski (2014) et Gough et al. (2012), ainsi qu'une meilleure conscience de la contribution et de l'expertise de chaque profession (Neill, Hayward, & Peterson, 2007). Les résultats montrent également un changement positif de perceptions face aux autres professionnels (Hawkes, Nunney, & Lindqvist, 2013 ; Neill et al., 2007), et indiquent que les comportements envers ces autres professionnels se sont améliorés (Hammick et al., 2007 ; Hawkes et al., 2013).

Si les résultats montrent globalement un changement positif d'attitude envers les autres professionnels, Lapkin et al. (2013) précisent, dans une revue systématique ayant pour but d'identifier les meilleures évidences sur l'EIP, que seuls les étudiants infirmiers ont changé positivement d'attitude. Hammick et al. (2007) distinguent des résultats mitigés en lien avec les

changements de perceptions et attitudes, par le fait qu'il est difficile de faire changer ces aspects chez les étudiants au cours d'un module d'éducation souvent limité dans le temps.

Aussi, plusieurs auteurs rapportent des résultats nuls, autrement dit aucuns changements, particulièrement sur la confiance en soi dans certaines études ou sur l'attitude envers l'équipe (Kent & Keating, 2015). Des résultats dans l'étude de Wilhelmsson, Svensson, Timpka, & Faresjö (2013) n'ont également démontré aucune différence dans la perception des infirmières ayant suivi un module d'EIP au sujet de l'utilité de cette formation dans la gestion des patients en situation complexes.

Niveau 2b : acquisition de connaissances et compétences

Ce niveau comprend l'acquisition de connaissances globale et/ou sur les domaines de compétences propres aux autres professions.

Une amélioration de la communication (Gough et al., 2012 ; Kent & Keating, 2015 ; Slater L., Lawton, Armitage, Bibby, & Wright, 2012 ; Wilhelmsson et al., 2013), du travail en équipe et de la compétence de leadership (Gough et al., 2012 ; McGettigan & McKendree, 2015 ; Reeves et al., 2010 ; Slater L. et al., 2012 ; Tsakitzidis et al., 2015) ainsi qu'une meilleure intégration des compétences pratiques (Kent & Keating, 2015 ; Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2012 ; Slater L. et al., 2012) et cliniques (Kent & Keating, 2015 ; Tsakitzidis et al., 2015) a été soulignée.

Hallin, Henriksson, Dalen, & Kiessling (2011), dans un essai randomisé contrôlé comparant la qualité des soins perçue par des patients étant traités par des étudiants ayant reçu une EIP et une équipe classique, rapportent des résultats similaires, en précisant que les divers professionnels étaient plus aptes à orienter les patients vers leurs collaborateurs. Tsakitzidis et al. (2015) ont, dans leur évaluation d'un module d'IPE, récolté les résultats suivants, conformément à d'autres auteurs : les connaissances générales, du rôle propre et du rôle des autres professionnels sont améliorées grâce à l'IPE (Gough et al., 2012 ; Kent & Keating, 2015 ; Olson & Bialocerkowski, 2014). Ils notent également une meilleure intégration des connaissances (Kent & Keating, 2015 ; Tsakitzidis et al., 2015) et une meilleure capacité de résolution de problèmes (Tsakitzidis et al., 2015). Lapkin et al. (2013) mettent en évidence une amélioration de l'habileté de prise de décision. Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr (2007) décrivent, dans une revue systématique visant à identifier les meilleures preuves sur l'éducation interprofessionnelle, une meilleure interaction des professionnels avec les patients, ainsi que des questions plus complètes ou découlant de liens avec la pratique plus complexes. Dans le même sens, il paraîtrait que les étudiants se sentiraient plus à l'aise dans la pratique grâce aux acquis de connaissances plus complets. Ils se sentiraient plus à même de répondre aux questions des patients et à leurs fournir des explications plus exhaustives. Enfin, l'EIP améliore les compétences de gestion du traitement (Hawkes et al., 2013) et permet

d'améliorer l'efficacité de la collaboration (Hawkes et al., 2013 ; Kent & Keating, 2015).

Si ce niveau montre une multitude de résultats positifs, il dévoile également des résultats mixtes, nuls et même négatifs. Lapkin et al. (2013) mettent en avant des résultats mitigés sur l'amélioration de la communication interprofessionnelle, ainsi que sur l'acquisition de connaissances relatives à l'EIP.

Plusieurs auteurs rapportent des résultats nuls. Aucun changement n'a été observé sur la connaissance des rôles interprofessionnels et sur l'acquisition de compétences (Kent & Keating, 2015). Ces mêmes auteurs observent que, dans un cas où les étudiants ne sont pas volontaires, aucun changement sur le travail d'équipe n'avait été observé. Reeves et al. (2010, 2013) précisent encore que l'identification des victimes de violences conjugales (2013) et la reconnaissances des symptômes dépressifs (2010, 2013) ne sont pas améliorés grâce à l'EIP.

McGettigan & McKendree (2015) ont relevés une diminution significative des scores sur l'identité professionnelle après une EIP.

Niveau 3 : changement de comportement

Ce niveau décrit le transfert des connaissances dans la pratique et le changement de la pratique clinique.

Gough et al. (2012) expliquent que les participants à l'EIP sont stimulés à la réflexion sur leur rôle propre. Kent & Keating (2015) ; McGettigan & McKendree (2015) ; Reeves et al., (2012) montrent une tendance à utiliser des approches plus centrées sur le patient après une éducation interprofessionnelle. Reeves et al. (2012) relèvent une amélioration du partage dans les équipes de soins, et Wilhelmsson et al. (2013) considèrent l'EIP comme un moyen permettant de mieux se préparer à travailler en équipe. Kent & Keating (2015), quant à eux, décrivent des résultats mitigés quant à l'augmentation de la sensibilisation sociale et culturelle en lien avec les problématiques des patients.

Des résultats nuls ont également été observés dans ce niveau. Ni les relations entre étudiants en soins infirmiers, pharmacie et médecine (Hawkes et al., 2013), ni la collaboration interprofessionnelle entre les participants (Reeves et al., 2013c) n'ont changé après une éducation interprofessionnelle.

Niveau 4a : changements dans l'organisation pratique

Ce niveau comprend la modification de l'organisation et de la manière de prendre en charge le patient.

Hammick et al. (2007) constatent une amélioration globale du fonctionnement des services engageant des professionnels ayant bénéficié d'une EIP (Hammick et al., 2007). En accord avec Reeves et al. (2010), Hammick et al. (2007) décrivent une amélioration de la pratique clinique en général. Kent &

Keating (2015) indiquent une meilleure gestion du temps et une autonomie plus grande. Enfin, Gough et al. (2012) observent que les étudiants ayant bénéficié d'une EIP sont mieux préparés à traiter des situations complexes, particulièrement si le mode d'enseignement consistait en l'utilisation de simulations concrètes.

McGettigan & McKendree (2015) explique qu'il existe une similitude significative entre les équipes ayant bénéficié d'une EIP et les autres.

Niveau 4b : bénéfiques pour le patient

Ce niveau fait référence à l'amélioration de la santé et/ou du bien-être du patient.

Plusieurs résultats positifs pour le patient sont décrits dans les études analysées. La participation des patients aux prises de décisions les concernant est améliorée, et leur environnement global (à domicile par exemple) est mieux pris en compte (Hallin et al., 2011). Leur satisfaction au sujet des informations reçues est augmentée (Hallin et al., 2011 ; Hammick et al., 2007 ; Reeves et al., 2010) et la qualité des soins est nettement améliorée (Hallin et al., 2011 ; Reeves et al., 2013c) et perçue comme meilleure par les patients (Hallin et al., 2011 ; Kent & Keating, 2015). Hammick et al. (2007) montrent une réduction des erreurs médicales et, dans un registre plus spécifique, une baisse de la mortalité des nouveau-nés prématurés lorsque les professionnels/étudiants ont bénéficié d'une éducation interprofessionnelle.

Reeves et al. (2012) observent une amélioration des résultats cliniques sur le diabète pour les patients pris en charge par des bénéficiaires d'EIP. La sécurité des patients est améliorée (Slater L. et al., 2012) et la durée des séjours et les coûts de la santé sont, à l'inverse, diminués (Zwarenstein et al., 2009). Pour finir, l'EIP semble, pour Hammick et al. (2007) et Reeves et al. (2012), être une méthode efficace pour améliorer la prévention des maladies.

Si plusieurs auteurs relèvent des résultats clairement positifs pour la santé du patient, divers autres chercheurs ont mis en évidence des résultats nuls. C'est le cas de Reeves et al. (2010, 2013), qui révèlent qu'il n'y aucune augmentation de la satisfaction des patients (2013), notamment lors d'une étude explorant une formation sur les compétences de communication (2010). Ces mêmes auteurs ont exploré des situations particulières, notamment au niveau du taux de chute dans les maisons de retraites (2013), de la durée de séjour en réadaptation après un AVC (2013) et des résultats sur les patients déprimés (2010, 2013).

7.2 Développement des résultats en lien avec la question

PICOT

Afin de développer les résultats obtenus en lien avec notre question PICOT, nous trouvons judicieux d'en rappeler l'énoncé :

« Quels sont les bénéfices ou résultats positifs de l'éducation interprofessionnelle dispensée aux (futurs) professionnels de la santé pour la santé et/ou la sécurité des patients ? ».

D'après notre analyse des résultats, nous nous apercevons qu'il existe une multitude d'impacts positifs de l'EIP sur la santé ou la sécurité du patient, se situant à différents niveaux. Cependant, nous pouvons constater que les résultats présentés dans les articles sont très hétérogènes, ce qui rend leur interprétation et leur généralisabilité difficile. Les attitudes, les comportements et les perceptions envers les autres professionnels ont changé de manière significativement positive dans la plupart des articles. Il est également mis en évidence une amélioration de la communication entre les professionnels ainsi que des connaissances globales et propres au rôle professionnel. Plusieurs auteurs notent une meilleure efficacité du leadership et du travail en équipe.

Au niveau des bénéfices pour le patient, il apparaît que les approches sont davantage centrées sur leurs problématiques lorsqu'un enseignement interprofessionnel est dispensé en amont. Leur participation au processus de soins et la satisfaction des soins est également améliorée dans ces cas. De plus, les résultats cliniques sur plusieurs pathologies spécifiques sont également améliorés, notamment une baisse de la mortalité des nouveaux nés prématurés, une amélioration des résultats cliniques sur le diabète et une amélioration des résultats pour les patients dépressifs. Il semble également

que la sécurité des patients soit renforcée grâce à l'EIP, notamment au travers d'une réduction des erreurs médicales.

A la suite de notre synthèse des résultats au travers du modèle des six niveaux (Hammick et al. 2007), nous avons fait la distinction entre deux types d'impacts sur la santé des patients. Les impacts (1) directs, correspondant au niveau 4b, représentent les résultats influant directement sur le patient ou sa santé. Les impacts (2) indirects, correspondant aux niveaux 1, 2a-b, 3 et 4a, reflètent les processus et les facteurs influençant les professionnels impliqués, notamment les comportements, les perceptions, l'identité personnelle et professionnelle ou les connaissances. Nous pensons que ces deux types d'impacts jouent un grand rôle dans la qualité des soins aux patients, et qu'ils rendent l'éducation interprofessionnelle complexe. En effet, nous avons remarqué, durant l'analyse des études, que l'EIP dépend d'une multitude importante de facteurs (facteurs institutionnels, organisationnels, personnels) et que ces derniers influencent plus ou moins fortement le processus d'apprentissage des étudiants en fonction du contexte.

Dans le développement des concepts, nous avons choisi la théorie de Benner (1984, 1995), *De novice à expert*, pour mettre en lien les résultats avec la discipline infirmière.

Benner s'intéresse au « savoir quoi » et au « savoir comment » que développent les infirmières au cours de leur pratique. L'éducation interprofessionnelle, par son caractère éducatif partagé, permet aux étudiants ou profes-

sionnels de la santé de développer ces deux aspects au travers de cette approche.

L'auteure décrit sept domaines fonctionnels (fonction d'aide, d'éducation, de diagnostic et surveillance, de prise en charge de situations à évolution rapide, d'administration et surveillance des protocoles thérapeutiques, d'assurance de la qualité des soins, et d'organisation et répartition des tâches). Ces domaines soulignent le rôle central de l'infirmière, qui a connaissance de la globalité de la situation du patient. L'éducation interprofessionnelle peut être une approche permettant à l'infirmière de développer ces sept fonctions afin de fournir une qualité des soins optimale.

Par exemple, la fonction d'éducation implique d'avoir des connaissances globales et spécifiques solides. L'EIP peut contribuer à cela en apportant à l'infirmière des savoirs issus d'autres professions, qu'elle peut appliquer pour répondre aux besoins du patient. La prise en charge de situations à évolution rapide demande à l'infirmière une capacité de coordination, nécessitant une bonne maîtrise des champs de connaissances et des compétences des autres professions avec lesquelles elle collabore. La gestion des protocoles thérapeutiques est un domaine dans lequel l'EIP est nécessaire, dans le sens où l'infirmière doit être capable d'accompagner un patient dans le traitement qu'un autre professionnel a mis en place, et de vérifier son efficacité. La fonction d'organisation et de répartition des tâches incombée à l'infirmière lui demande de connaître les compétences de chaque professionnel.

L'éducation interprofessionnelle paraît être un excellent moyen pour développer les domaines de compétences de la profession infirmière. L'utilisation de cette théorie nous a permis de transférer les bénéfices de l'EIP à la profession infirmière.

Au terme de cette analyse, nous constatons que l'éducation interprofessionnelle est une approche efficace qui peut tout à fait être implantée dans les cursus de formation de la santé. Cette approche comporte également un grand nombre d'effets positifs sur la qualité des soins et la santé du patient, ce qui renforce sa valeur. Pour appuyer ce postulat, les résultats démontrent également très peu d'effets négatifs sur la santé du patient, indiquant que l'EIP ne peut être directement délétère pour ce dernier. Toutefois, il est nécessaire de porter un regard critique et un recul suffisant sur cette approche en considérant les nombreux facteurs en jeu dans ce processus de formation cités plus haut, dans le sens où chaque intervention d'EIP est unique et difficilement généralisable d'une institution de formation à l'autre, en raison de ces dits facteurs.

7.3 Discussion : perspectives pour la pratique clinique infirmière

L'analyse des différents articles nous a permis de ressortir une multitude de recommandations et perspectives pour la recherche en sciences infir-

nières en ce qui concerne l'EIP. En regard de cette analyse, nous avons mis en évidence plusieurs recommandations.

Premièrement, plusieurs auteurs recommandent la poursuite d'études avec une méthodologie plus rigoureuse afin d'augmenter le niveau de preuve des résultats, de permettre de les généraliser et d'éviter les risques de biais (Gough et al., 2012 ; Hawkes et al., 2013 ; Lapkin et al., 2013 ; Neill et al., 2007 ; Reeves et al., 2010, 2013c ; Tsakitzidis et al., 2015 ; Zwarenstein et al., 2009).

Dans la même optique, Hallin et al. (2011) préconisent que les études devraient associer une évaluation entre l'organisation, la collaboration, la qualité des soins et la sécurité des patients. Kent & Keating (2015) vont dans le même sens, en indiquant qu'il faudrait des études plus approfondies sur les facteurs influençant l'EIP. Ils mentionnent également qu'il est important de focaliser les prochaines études sur une comparaison entre des étudiants ayant suivi un cursus EIP et ceux n'ayant pas suivi ce cursus, afin de déterminer les avantages de cet enseignement non seulement pour les étudiants, mais également pour les patients. Reeves et al. (2010) partagent le même point de vue.

Pour Reeves et al. (2010, 2013), il s'agit de mettre un focus explicite sur l'EIP et d'employer des stratégies quantitatives et qualitatives rigoureuses afin de fournir des explications sur la façon dont les effets de l'IPE changent à la fois les processus de soins de santé et les résultats aux patients, alors que Olson & Bialocerkowski (2014) recommandent de s'intéresser aux rela-

tions entre le mécanisme et le contexte de l'EIP, en adoptant des méthodes qualitatives uniquement.

Deuxièmement, d'autres auteurs incitent le développement d'outils solides afin d'évaluer les perceptions et/ou attitudes face à l'EIP (Hammick et al., 2007). Hawkes et al. (2013) appuient cette idée en disant qu'il est important de mesurer l'impact de l'EIP sur les attitudes pour que les interventions éducationnelles soient planifiées de la manière la plus efficace possible, dans le but de permettre aux étudiants de développer leur propre identité professionnelle, ainsi que les compétences, savoirs, attitudes et comportements qui faciliteront leur future collaboration.

Troisièmement, Tsakitzidis et al. (2015) conseillent que les étudiants doivent travailler sur des cas cliniques concrets, issus de la pratique réelle dans leur profession. Ce point de vue est partagé par Gough et al. (2012), qui se sont intéressés à l'éducation interprofessionnelle basée sur la simulation de cas concrets. Hammick et al. (2007) précisent qu'il faudrait mettre en place plus d'évaluation d'EIP dans les milieux simulés, afin de renforcer les connaissances sur les mécanismes qui amènent à des changements positifs.

Pour terminer, Wilhelmsson et al. (2013) mettent le focus sur la coopération entre les professions, mentionnant que celle-ci doit être améliorée dans le système de santé actuel. Ceci car les connaissances augmentent rapidement mais aucune profession à elle seule n'a de vue d'ensemble complète de connaissances et des compétences nécessaires dans de nombreux domaines.

8 CONCLUSION

8.1 Apports du travail de bachelor

La réalisation de ce travail, qui représente l'aboutissement de nos trois années d'études de bachelor en soins infirmiers, nous a permis de développer plusieurs compétences. En effet, le fait de devoir fournir un travail d'une telle ampleur, en groupe, demande de grandes aptitudes d'adaptation de la part de tous en regard de nos diverses méthodes de travail ou de nos avis différents, et nous avons la grande satisfaction d'être parvenus à nous entendre afin de l'élaborer.

Notre motivation, associée à notre envie de réussir, aura sans nul doute été l'élément facilitant prioritaire à nos yeux ; c'est ce qui nous a permis de tenir bon et de nous accrocher durant les moments d'incertitude, et de nous soutenir les uns les autres.

Un autre élément facilitant dans la réalisation de ce travail était notre intérêt pour la problématique. La collaboration interprofessionnelle se rencontre tous les jours dans les services de soins et nos expériences de stages nous ont permis de voir comment cette approche s'applique concrètement dans la pratique et quels en sont ses freins et bénéfiques.

Malgré ces éléments facilitants, d'autres ont été contraignants. Tout d'abord, la difficulté à moduler nos plannings respectifs. Ayant tous trois des emplois du temps bien chargés en raison de nos emplois temporaires et activités sportives, il nous a parfois été difficile de trouver des plages horaires convenant à tous afin de nous retrouver pour travailler ensemble.

Ensuite, il y a le fait de devoir se mettre d'accord sur la direction à prendre et de poser nos idées sur papier. Devoir écrire au nom de trois personnes n'a pas été chose facile et a fait l'objet de plusieurs remodelages afin de parvenir à une version convenant à tous. C'est donc une perte de temps considérable si l'on compare cela à un travail que l'on devrait effectuer en solo.

Nous pensons que la soutenance orale sera pour nous l'opportunité de prendre du recul par rapport à notre travail, d'ajouter des compléments et de pouvoir en présenter une lecture critique, chose que dont nous avons aujourd'hui de la peine à réaliser en raison de notre implication trop profonde.

Pour conclure, le changement de directeur de TB a été pour nous synonyme d'une période de flou pour plusieurs raisons. De plus, chaque professeur ayant une manière de superviser qui lui est propre, nous avons dû nous adapter à une autre méthode de travail, ce qui nous a engendré un sentiment de stress, en nous laissant toutefois un sentiment positif en regard de cette riche expérience.

8.2 Limites du travail

Ce travail comporte un certain nombre de limites situées à différents niveaux de réalisation.

La première limite à relever est la traduction des articles scientifiques, de la langue anglaise à la langue française. Cela peut constituer un des princi-

paux biais, car malgré une lecture et une traduction attentive, il se peut que l'interprétation linguistique des données soit personnelle et parfois maladroite.

La deuxième limite mise en évidence est la méthode d'analyse utilisée. En effet, nous pensons qu'à notre niveau de formation, nous sommes aptes à pratiquer une lecture critique plutôt qu'une analyse critique d'article. Ceci peut constituer également un biais, dans le sens où certains éléments méthodologiques des articles nous ont peut-être échappé lors de la lecture, ou ont été maladroitement interprétés.

La troisième limite se situe au niveau méthodologique. A notre niveau de formation, il se peut que la méthodologie présentée dans ce travail puisse comporter quelques dissonances du fait de notre manque d'expérience en matière de rédaction de travaux de recherche.

La quatrième limite à notre travail concerne l'interprétation et la synthèse des résultats. La classification utilisée selon les six niveaux de Hammick (2007) nous a permis de distinguer et catégoriser les résultats. Cependant, l'hétérogénéité des interventions d'EIP et de leurs résultats a rendu leur catégorisation complexe et discutable. La classification proposée dans ce travail peut faire l'objet d'un débat, car elle découle d'une réflexion propre à notre groupe de travail et à notre expérience. La pertinence de classer des résultats dans une ou plusieurs catégories est également discutable.

La cinquième et dernière limite que nous souhaitons exposer est la difficulté à généraliser les résultats de par le nombre important de facteurs en-

trant en compte dans l'EIP, notamment les caractéristiques des étudiants et des enseignants, les attitudes des protagonistes vis-à-vis de la formation, les caractéristiques professionnelles et institutionnelles, les types d'interventions et le temps de mise en application (liste non exhaustive). Cette diversité rend ce processus complexe et il est alors difficile de pouvoir avancer qu'une telle intervention menée dans un contexte précis fonctionne dans un autre contexte, emprunt de caractéristiques qui lui sont propres.

8.3 Perspectives pour la recherche

En lien avec les limites et les résultats mis en évidence dans les chapitres précédents ainsi que les recommandations des auteurs, nous pensons que des études utilisant une méthodologie rigoureuse et similaire, prenant en compte les mêmes facteurs rendrait l'interprétation des résultats plus homogène. Dans ce sens, des études centrées sur une seule composante ou un seul impact de l'EIP pourraient contribuer à cette homogénéité.

L'exploration des facteurs influençant l'EIP pourrait contribuer au développement de projets d'éducation interprofessionnelle dans les milieux de formation de la santé.

Aussi, il ressort de ce travail un questionnement concernant cette notion d'impacts indirects. En quoi ces éléments relatifs aux apprenants peuvent-ils influencer la qualité des soins ou la santé du patient ? Il serait intéressant d'explorer ce phénomène en étudiant, en outre, si les changements

d'attitudes, de comportement ou l'acquisition de compétences des étudiants bénéficiant d'une EIP ont un réel impact sur la santé.

Au travers de ce travail, nous avons découvert la notion d'éducation interprofessionnelle et les éléments sous-jacents. Le nombre important de facteurs en jeu dans cette approche et la multitude d'impacts qu'elle engendre la rend complexe dans sa planification et son maintien. L'éducation interprofessionnelle reste un défi pour les instituts de formation, mais peut constituer, si elle est bien menée, une réponse réellement efficace à l'évolution toujours plus rapide vers une approche de plus en plus centrée sur le patient.

9 REFERENCES

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work* (8^e éd.). St. Louis, Missouri : Elsevier Ltd.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Argument, assumption and evidence*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Baud, I. R., & Hanson, H. R. (2005). L'interdisciplinarité , une pratique indisciplinée ?, 8-11.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterEditi.
- Blanc, N.-A. (2009). L'interdisciplinarité en questions. *Soins cadres*, 72, 20-21.
- Bokhour, B. G. (2006). Communication in interdisciplinary team meetings: what are we talking about? *Journal of interprofessional care*, 20(4), 349-363. doi :10.1080/13561820600727205
- Bridges, D. R., Davidson, R. A., Odegard, P. S., Maki, I. V., & Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education, 1, 1-10. doi :10.3402/meo.v16i0.6035
- Bury, J. A. (1988). *Educations pour la santé*. Bruxelles : De Boeck U.
- CAIPE. (2002). Defining IPE. *CAIPE*. Repéré à <http://caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CICH). (2007). Définition et principes de la formation interprofessionnelle : la perspective du CPIS, 1-2.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*.
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and

transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med*, 29(6), 351-364.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005a). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 116-131. doi :10.1080/13561820500082529

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005b). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 116-131. doi :10.1080/13561820500082529

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 8-20. doi :10.1080/13561820500081604

Debout, C., De, T., Debout, C., Debout, C., Debout, C., & Neves, C. (2008). Dossier Les théories de soins infirmiers 1 / 2. *Soins*, 724.

Delrieu, C., & Orriols, V. (2015). Rôle de l'interdisciplinarité dans le maintien de l'autonomie. *Soins gériatriques*, 111, 23-25.

Département fédéral de l'intérieur (DFI). (2013). *Rapport du groupe thématique „ Interprofessionnalité.* Liebfeld. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html?lang=fr>

Formarier, M. (2004). La place de l'interdisciplinarité dans les soins. *L'interdisciplinarité*, 79, 12-18.

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Education.
- Gallant, S., Clerc, M., Gachoud, D., & Morin, D. (2011). Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 40. doi :10.3917/rsi.106.0040
- Gittel, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., & Kelly, M. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38, 807-819.
- Gardon, O., & Facchinetti, N. (2015). Interprofessionnalité et soins intégrés : quel enseignement ?, *96(3)*, 50-52.
- Gough, S., Hellaby, M., Jones, N., & MacKinnon, R. (2012). A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE). *Collegian*, 19(3), 153-170. doi :10.1016/j.colegn.2012.04.004
- Hallin, K., Henriksson, P., Dalen, N., & Kiessling, A. (2011). Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care. *Medical Teacher*, 33(1), 22-26. doi :10.3109/0142159X.2011.530314
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical teacher*, 29(8), 735-751. doi :10.1080/01421590701682576
- Hammick, M., Olckers, L., & Campio-Smith, C. (2009). Learning in interprofessional teams: AMEE Guide n°38. *Medical teacher*, 31(1), 1-12.
- Hawkes, G., Nunney, I., & Lindqvist, S. (2013). Caring for attitudes as a means of

- caring for patients--improving medical, pharmacy and nursing students' attitudes to each other's professions by engaging them in interprofessional learning. *Medical teacher*, 35, 1302-8. doi :10.3109/0142159X.2013.770129
- Illich, Y. (1975). *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*. Paris : Editions du Seuil.
- Joly, C., Lainé, A., Catan, A., & Pochard, F. (2011). L'interdisciplinarité: une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. *Ethique et santé*, 8, 116-124.
- Kent, F., & Keating, J. L. (2015). Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 35(0), 153-170. doi :<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.005>
- Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today*, 33(2), 90-102. doi :10.1016/j.nedt.2011.11.006
- Longerich, B. (2014). L'interdisciplinarité démystifiée ! *Soins infirmiers*, 6, 76-77.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.
- McGettigan, P., & McKendree, J. (2015). Interprofessional training for final year healthcare students: a mixed methods evaluation of the impact on ward staff and students of a two-week placement and of factors affecting sustainability. *BMC medical education*, 15(1), 185. doi :10.1186/s12909-015-0436-9
- Miller, J. L. (2004). Level of RN educational preparation: its impact on

collaboration and the relationship between collaboration and professional identity. *Can J Nurs Res*, 36(2), 132-147. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369170>

Morin, M. (2004). *Parcours de Santé* (1st éd.). Paris : Armand Colin.

Nadot-Ghanem, N. (2006). Conjuguer les logiques de différents acteurs, 41-43.

Neill, M., Hayward, K. S., & Peterson, T. (2007). Students' perceptions of the interprofessional team in practice through the application of servant leadership principles. *Journal of Interprofessional Care*, 21(4), 425-432. doi :10.1080/13561820701443512

Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN). (2009). Ageing workforce in an ageing society - combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030? Careum working paper, 1-20.

Olson, R., & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Medical Education*, 48(3), 236-246. doi :10.1111/medu.12290

OMS. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1946(2), 100.

Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). (S.l.) : Montréal.

Pessel Nobrega, M. (2011). Des compétences collectives interdisciplinaires au profit des personnes en grande précarité. *Soins*, 755, 35-37.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013a).

- Interprofessional education : effects on professional practice and healthcare outcomes (Update) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-47. doi :10.1002/14651858.CD002213.pub3.www.cochranelibrary.com
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013b). Interprofessional education : effects on professional practice and healthcare outcomes (Update) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-47. doi :10.1002/14651858.CD002213.pub3.www.cochranelibrary.com
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013c). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). *The Cochrane Library*, (3), 1-277. doi :10.1002/14651858.CD002213.pub3.www.cochranelibrary.com
- Reeves, S., & Zwarenstein, M. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Database Syst Rev*, (3). doi :10.1002/14651858.CD002213.pub2
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I., & Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. *J Interprof Care*, 24(3), 230-241. doi :10.3109/13561820903163405
- Robidoux, M. (2007). Cadre de référence: Collaboration interprofessionnelle.
- Rodger, S., J. Hoffman, S., & World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. (2010). Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), 479-91. doi :doi: 10.3109/13561821003721329.
- Santé Canada. (2008). Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines

en santé. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2008-ar-ra/index-fra.php>

Slater L., B., Lawton, R., Armitage, G., Bibby, J., & Wright, J. (2012). Training and Action for Patient Safety: Embedding Research Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology. *Journal of continuing education in the health professions, 32*(2), 80-89. doi :10.1002/chp

Stokes, J., Schindell, S., & Noren, J. (1982). Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal Community Health, 33*-41.

Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Truijen, S., Meulemans, H., & Royen, P. Van. (2015). Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. *BMC Medical Education, 1*-8. doi :10.1186/s12909-015-0477-0

Wilhelmsson, M., Svensson, A., Timpka, T., & Faresjö, T. (2013). Nurses' views of interprofessional education and collaboration: a comparative study of recent graduates from three universities. *Journal of interprofessional care, 27*(2), 155-60. doi :10.3109/13561820.2012.711787

World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. *Practice, 1*-63. Repéré à http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

World Health Organization. Regional Office for Europe. (1984). Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. Repéré à <http://www.who.int/iris/handle/10665/107835>

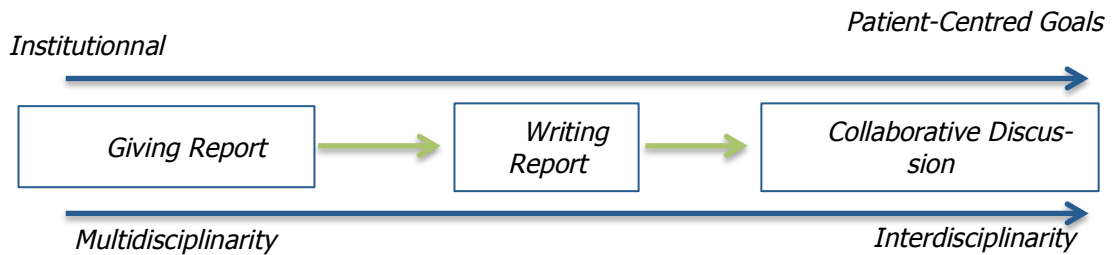
Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional

Collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi :10.1002/14651858.CD000072.pub.2

Rapport-Gratuit.com

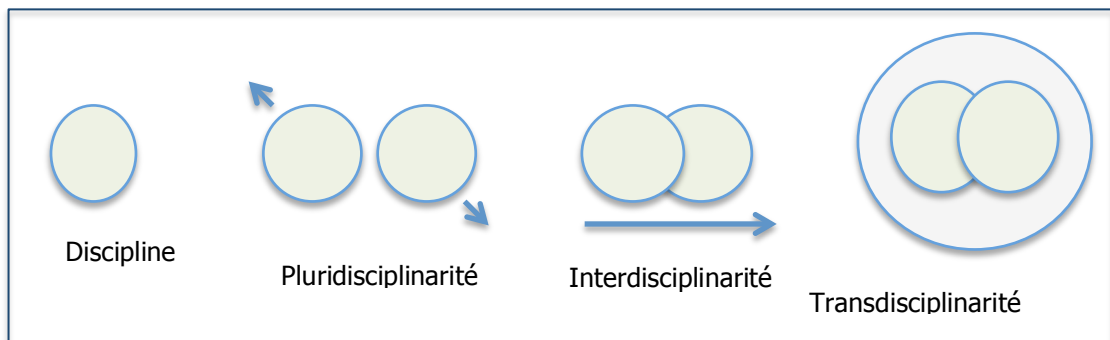
10 APPENDICES

10.1 Appendice A : communication et interprofessionnalité selon Bokhour (2006)

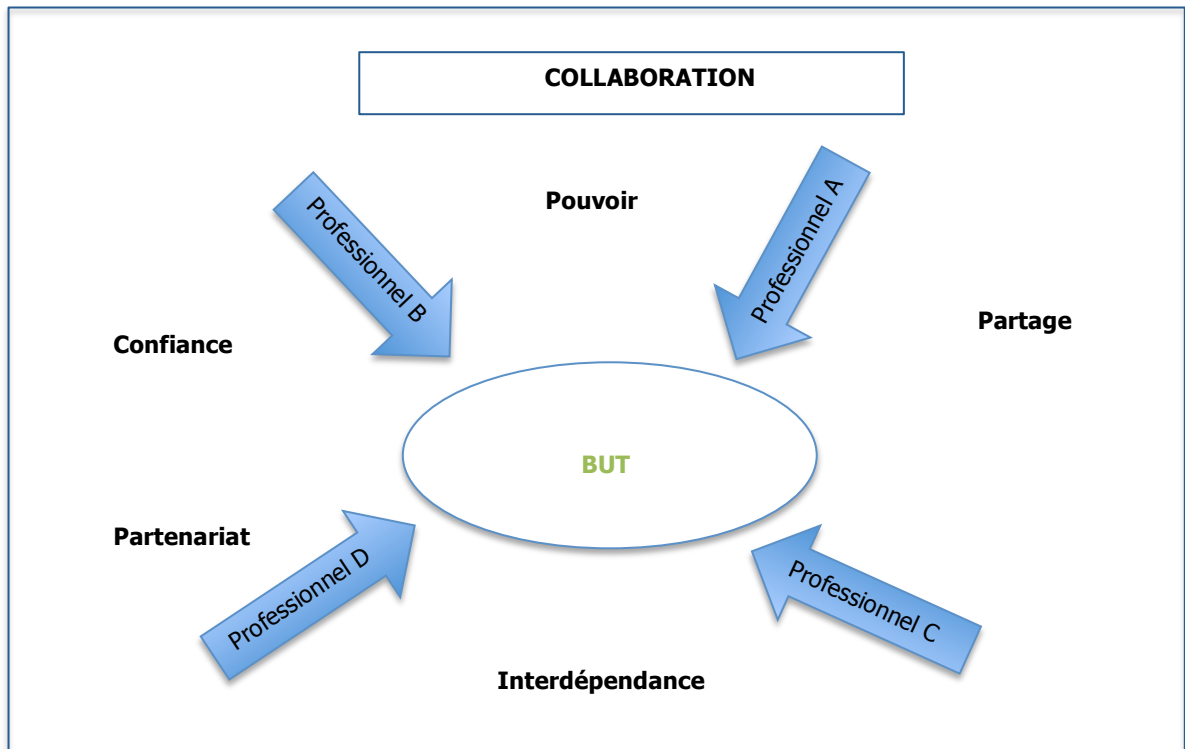


10.2 Appendices B

10.2.1 Appendice B.1 : schéma illustrant les différents types de collaboration



10.2.2 Appendice B.2 : schéma illustrant la collaboration interprofessionnelle



10.3 Appendices C

10.3.1 Appendice C.1 : tableau des équations de recherche

Base de donnée	Requête	filtres	Nb art. trouvés	Nb art. retenus	références
CINAHL	Interprofessional education AND Quality of health care AND Patient outcomes or health outcomes	10 years	159	1	Hallin, K., Henriksson, P., Dalen, N., & Kiessling, A. (2011). Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care. <i>Medical Teacher</i> , 33(1), 22-26. doi :10.3109/0142159X.2011.530314
	Interprofessional education AND <i>Students, Nursing</i> OR Positive outcomes	10 years	26	1	Kent, F., & Keating, J. L. (2015). Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review. <i>Nurse Education Today</i> , 35(0), 153-170. doi :http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.005
	Interprofessional education OR Learning skills AND <i>New graduate nurses</i>	10 years	916	1	Olson, R., & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: A systematic review. <i>Medical Education</i> , 48(3), 236-246. doi :10.1111/medu.12290
	Interprofessional education OR Outcomes AND <i>Students, Nursing</i>	Full text ; 2005-2016 ; Sources :Academic Journals ; Major Headings : education, interdisciplinary / collaborative / collaborative	41	1	Wilhelmsson, M., Svensson, A., Timpka, T., & Faresjö, T. (2013). Nurses' views of interprofessional education and collaboration: a comparative study of recent graduates from three universities. <i>Journal of interprofessional care</i> , 27(2), 155-60. doi :10.3109/13561820.2012.711787

Education, interdisciplinary AND Patient AND Outcome assessment	10 years	5	1	tion
<p>Gough, S., Hellaby, M., Jones, N., & MacKinnon, R. (2012). A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE). <i>Collegian, 19</i>(3), 153-170. doi :10.1016/j.colegn.2012.04.004</p>				
<p>Slater L., B., Lawton, R., Armitage, G., Bibby, J., & Wright, J. (2012). Training and Action for Patient Safety: Embedding Research Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology. <i>Journal of continuing education in the health professions, 32</i>(2), 80-89. doi :10.1002/chp</p>	10 years	4	1	
<p>Outcome assessment AND Interprofessional education AND Patient safety</p>	10 years	66	3	
<p>Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. <i>Medical teacher, 29</i>(8), 735-751. doi :10.1080/01421590701682576</p> <p>Hawkes, G., Nunney, I., & Lindqvist, S. (2013). Caring for attitudes as a means of caring for patients--improving medical, pharmacy and nursing students' attitudes to each other's professions by engaging them in interprofessional learning. <i>Medical teacher, 35</i>(October 2015), e1302-8. doi :10.3109/0142159X.2013.770129</p> <p>Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). <i>The Cochrane Library, (3)</i>, 1-277. doi :10.1002/14651858.CD002213.pub3.www.cochranelibrary.com</p>	10 years	66	3	
<p>Interprofessional education AND Patient health AND Positive outcomes</p>	10 years	66	3	

Pubmed	Interprofessional education AND Patient health AND effectiveness	10 years	57	1	Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I., & Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review. <i>J Interprof Care, 24</i> (3), 230-241. doi :10.3109/13561820903163405
Pubmed	Interprofessional education AND Outcomes AND Nursing students	10 years	186	2	Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C. (2013). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. <i>Nurse Education Today, 33</i> (2), 90-102. doi :10.1016/j.nedt.2011.11.006 Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Truijen, S., Meulemans, H., & Royen, P. Van. (2015). Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. <i>BMC Medical Education, 1</i> -8. doi :10.1186/s12909-015-0477-0
Medline	Interprofessional education AND Outcomes AND Nursing students	Publication dates : 10 years (2005) Resources : Medline, PsychInfo, JBI	15	2	Neill, M., Hayward, K. S., & Peterson, T. (2007). Students' perceptions of the interprofessional team in practice through the application of servant leadership principles. <i>Journal of Interprofessional Care, 21</i> (4), 425-432. doi :10.1080/13561820701443512 McGettigan, P., & McKendree, J. (2015). Interprofessional training for final year healthcare students: a mixed methods evaluation of the impact on ward staff and students of a two-week placement and of factors affecting sustainability. <i>BMC medical education, 15</i> (1), 185. doi :10.1186/s12909-015-0436-9
Cochrane Library	Interprofessional education AND Patient outcome assessment AND Nursing AND Continuity of patient care	10 years		1	Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional Collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews, 3</i> . doi :10.1002/14651858.CD000072.pub.2

10.3.2 Appendice C.2 : tableau récapitulatif des articles retenus

	Titre	Auteurs	Année de pub.	Base de donnée	Devis	Impact Factor³	Critères d'inclusion
1	A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE).	Gough, S., Hellyar, M., Jones, N., & MacKinnon, R.	2012	CINHAL	Revue systématique	0.729	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts indirects
2	Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care.	Hallin, K., Henriksson, P., Dalen, N., & Kiessling, A.	2011	CINAHL	Essai randomisé contrôlé (RCT ⁴)	1.21	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts directs et indirects
3	A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9.	Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H.	2007	CINHAL	Revue systématique	1.229	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts directs et indirects

³ L'impact factor relevé ici est celui de l'année de publication de l'article, ou le plus récent si ce premier n'était pas disponible. Dans ce cas, la date est précisée.

⁴ Abréviation de *Randomised Controlled Trial*

4	Caring for attitudes as a means of caring for patients--improving medical, pharmacy and nursing students' attitudes to each other's professions by engaging them in interprofessional learning.	Hawkes, G., Nunney, I., & Lindqvist, S.	2013	CINHAL	Contrôle avant-après (CBA ⁵)	2.045	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts indirects
5	Interprofessional education in primary health care for entry level students — A systematic literature review.	Kent, F., & Keating, J. L.	2015	CINAHL	Revue systématique	1.456	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts directs et indirects
6	A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs.	Lapkin, S., Levett-Jones, T., & Gilligan, C.	2013	Pubmed	Revue systématique	1.24	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts directs et indirects
7	Interprofessional training for final year healthcare students: a mixed methods evaluation of the impact on ward staff and students of a two-week placement and of factors affecting sustainability.	McGettigan, P., & McKendree, J.	2015	Medline	Etude de cohorte	1.409	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts indirects

⁵ Abréviation de *Control Before and After*

8	Students' perceptions of the interprofessional team in practice through the application of servant leadership principles.	Neill, M., Hayward, K. S., & Peterson, T.	2007	Medline	Contrôle avant-après (CBA)	1.399 (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • CIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts indirects
9	Interprofessional education in allied health: A systematic review.	Olson, R., & Bialocerkowski, A.	2014	CINAHL	Revue systématique	3.196	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Etudiants • Impacts indirects
10	The effectiveness of interprofessional education: key findings from a new systematic review.	Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I., & Hammick, M.	2010		Revue systématique	0.793	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Professionnels (postgrade) • Impacts directs et indirects
11	Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review).	Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M.	2013	CINHAL	Revue systématique	5.939	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Professionnels (postgrade) • Impacts directs et indirects
12	Training and Action for Patient Safety: Embedding Research Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology.	Slater L., B., Lawton, R., Armitage, G., Bibby, J., & Wright, J.	2012	CINHAL	Devis mixte	1.321	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Professionnels (postgrade) • Impacts directs et indirects
13	Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies.	Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Truijten, S., Meulemans, H., & Royen, P. Van.	2015	Pubmed	Contrôle avant-après (CBA)	1.218	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Etudiants • Professionnels infirmiers et de la santé • Impacts indirects

14	Nurses' views of interprofessional education and collaboration: a comparative study of recent graduates from three universities.	Wilhelmsson, M., Svensson, A., Timpka, T., & Faresjö, T.	2013	CINAHL	Etude comparative	1.362	<ul style="list-style-type: none"> • EIP • Professionnels infirmiers • Professionnels (postgrade) • Impacts directs et indirects
15	Interprofessional Collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review).	Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S.	2009	Cochrane Library	Revue systématique	5.653	<ul style="list-style-type: none"> • CIP • Professionnels infirmiers et de la santé • Professionnels (postgrade) • Impacts directs et indirects

Report-Gratuit.com

10.4 Appendices D : analyses des articles à l'aide des grilles de Fortin

10.4.1 Appendice D.1 : A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE).

(Gough et al., 2012)

Titre	<ul style="list-style-type: none">• Le titre précise le concept clé : Education interprofessionnelle basée sur la simulation (EIBS)• Le titre ne nous éclaire pas par rapport à la population d'étude.• IPSE : interprofessional simulation-based education
Résumé	<ul style="list-style-type: none">• Problème : L'éducation interprofessionnelle basée sur la simulation devient une stratégie éducative de plus en plus populaire dans le monde entier au sein de premier cycle des soins de santé scolaires. Le but de la revue de la littérature a été d'examiner des études de recherche qualitative, quantitative et mixte / multi-méthode comportant de l'EIBS de premier cycle.• Méthode : Une revue de la littérature a été réalisée en utilisant CINAHL, MEDLINE, et les bases de données PsycINFO à partir de janvier 1999 à septembre 2011 avec des critères préétablis. Les critères utilisés pour dépiler les 120 résumés inclus: (a) l'article se rapportait à la fois la simulation et IPE de premier cycle et (b) l'article fait état d'une étude de recherche. Dix-huit articles qui répondaient aux critères préétablis ont été inclus dans la revue de la littérature.• Résultats : Toutes les études ont mesuré des résultats; beaucoup manquaient de développement psychométrique et d'évaluation. Les principaux facteurs EIBS comprenaient la capacité de planification, la préparation à la gestion de catastrophes et l'amélioration des soins aux patients grâce à l'évaluation de conception d'équipes, l'esprit d'équipe ou la communication au sein des équipes interdisciplinaires. Les études ont évaluées/explorées les perspectives d'apprentissage dans le contexte de EIBS des étudiants et/ou des enseignants. Les processus d'apprentissage EIBS variaient considérablement par rapport à la durée, la fidélité et les professions concernées. Les scénarios allaient de la gestion des adultes admis en milieu hospitalier, des pertes massives/gestion maquette du patient en cas de catastrophe, à l'utilisation des salles de formation. La majorité des articles ont identifié des résultats communs de l'EIBS relatifs à l'augmentation de la confiance, des connaissances, du leadership, du travail d'équipe, et des compétences de communication.

INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans cette revue, il s'agit d'étudier l'EIBS. • L'utilisation de l'éducation basée sur la simulation (SBE) pour améliorer la sécurité des patients a connu une croissance exponentielle au cours de la dernière décennie. La simulation vise à recréer une réelle tâche, événement ou une expérience, fournissant un environnement d'apprentissage sûr, pour l'acquisition de compétences, des connaissances, des attitudes et des comportements à avoir et adopter. • Cet article explore et examine les facteurs actuels, les défis, les innovations et les obstacles dans le développement de l'EIBS dans le cadre d'un examen approfondi de la littérature.
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits contient beaucoup de sources primaires et vient appuyer le problème de recherche. • Facteurs actuels de développement EIBS : L'impulsion actuelle pour explorer le potentiel de l'EIBS reflète l'évolution de courte de l'EIP lui-même, avec un objectif clair, les bénéfices pour les patients dans le domaine clinique. Les connaissances acquises à partir de l'EIP comprennent également une compréhension des différences et des similitudes entre les différents groupes professionnels. La simulation a été proposée comme une méthode pour faciliter l'amélioration de la communication interdisciplinaire et, finalement, d'améliorer les soins aux patients. • Le challenge de l'enseignement au premier cycle de l'EIBS : L'utilisation de la simulation est encore relativement nouvelle dans le premier cycle d'éducation des soins de santé. Bien que, il y a eu un grand nombre d'études et d'analyses documentaires qui ont indiqué que le SBE est devenu largement et efficacement utilisé dans la médecine et les soins infirmiers. La médecine était la première profession à établir l'évaluation des résultats interprofessionnels spécifiques et la capacité de l'étudiant à travailler en collaboration sur la qualification. Une revue de la littérature a identifié la simulation comme une méthode d'enseignement fréquemment rapporté pour la sécurité des patients dans les programmes de soins de santé, mais une utilisation minimale de l'EIBS a été signalée. « Technology Enhanced Learning Framework » ce cadre peut être utilisé en conjonction avec, des exigences professionnelles et des intervenants institutionnels pour soutenir l'apprentissage de premier cycle au sein de l'université et des environnements à base de placement-cliniques. • Stages cliniques de premier cycle : Les problèmes dans la réalisation de l'EIP durant les stages cliniques et des possibilités limitées ou insuffisamment exploitées pour développer l'EIP dans le programme ont été rapportés. Ces problèmes se posent potentiellement en raison de la variabilité des exigences des différentes professions. Cependant, la simulation a été mise en place pour combler le fossé entre l'enseignement universitaire. Les revues de littérature précédentes ont exploré l'utilisation de l'éducation basée sur la simulation au sein de la formation professionnelle des soins de santé individuelle.
<p>Cadre de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le concept de l'EIBS n'est pas vraiment mis en évidence par contre, celui de l'EIP l'est afin d'expliquer l'intérêt de l'EIBS. La définition donnée pour l'EIP est celle du CAIPE, 2002 : occasion quand 2 ou plus de professions apprennent de et sur chacun afin d'améliorer la collaboration et la qualité du soins. Dans ce document l'utilisation de l'EIP est mise en fonction avec la simulation afin de créer l'EIBS.



Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le but de cette revue de la littérature a été d'examiner des études qualitatives, des études quantitatives et mixtes/multi-méthodes, mettant en vedette l'EIBS de premier cycle; afin d'explorer les possibilités de l'EIBS actuelles, mettre en évidence les outils psychométriques appropriés, et d'identifier l'impact des initiatives existantes.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> La population dans cette revue littéraire prends en compte tous les étudiants de 1^{er} cycle d'études en soins et santé. L'échantillon prend en compte essentiellement des étudiants de médecine et soins infirmiers. Dans certaines études prises dans cette revue on compte également des physiothérapeutes, des psychologues, des éducateurs des pharmaciens. Etant donné que cette une revue on ne tien pas en compte la taille de l'échantillon.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a de considérations éthiques à prendre en compte étant donné que c'est une revue systématique. Les auteurs font part qu'il n'y a pas eu de conflit d'intérêts dans la création de cette revue systématique.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Revue systématique
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Recherche littéraire avec les mots-clés suivant « interprofession, ou inter discipline, ou <i>multi</i>professions et <i>undergraduate</i> and simulation. Bases de données recherchées : CINAHL, MEDLINE, PsycINFO ; entre janvier 1999 et septembre 2011, avec comme limitation langue anglaise. →120 résumés sont sortis. Les critères de sélection pour les 120 résumés sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> l'article parlait à la fois de simulation et d'EIP en début d'études. l'article fait état d'une étude de recherche. De là, 18 articles ont été sélectionnés pour la revue.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> Les études incluses dans cette revue littéraire, ont été conçues pour évaluer l'innovation des cours, d'évaluer les perspectives des apprenants de l'EIP, et de comparer les attitudes et les résultats du travail d'équipe. Ces études ont également cherché à savoir si les interventions de l'EIBS ont amélioré les connaissances des élèves, des rôles et des compétences des autres disciplines, tandis que d'autres ont déterminé l'efficacité de la préparation de l'apprenant pour les événements de la vie réelle. 16 études ont utilisé des mesures quantitatives, 14 ont évalué leurs programmes à l'aide d'un questionnaire. Seulement six de ces études ont utilisé un questionnaire précédemment validé et seulement deux articles ont évalué la validité de l'outil. Deux études ont utilisé des entrevues et deux autres ont utilisés évaluation par observation soit en temps réel ou par vidéo enregistrée. Trois études ont utilisé des stratégies multiples pour trianguler les résultats. Aucune des études n'a utilisé des données métriques afin de faciliter les comparaisons, ce qui rend la corrélation entre les résultats de l'étude difficile.

<p>Analyse des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats de cette revue littéraire ont été présentés comme un récit narratif sous 3 points distincts Présage, procédés et produits selon le modèle Biggs « Modèle d'apprentissage et d'enseignement ». Les facteurs de présage décrivent le contexte, les variables de processus sont liés aux processus d'apprentissage et les variables de produits aux résultats d'apprentissage. Les données sont analysées et font référence à d'autres auteurs et études antérieures dans la partie discussion du document.
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats de chaque étude sont résumés dans un tableau comprenant : L'auteur, le but, le cadre de recherche, la population et l'intervention, les mesures (validité de celles-ci) ainsi que les principales conclusions. Ensuite, les résultats sont présentés comme un récit narratif sous 3 points distincts Présage, procédés et produits selon le modèle Biggs « Modèle d'apprentissage et d'enseignement ».
<p>DISCUSSION</p>	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>→ Présage (étudiant et le contexte de l'enseignement)</p> <ul style="list-style-type: none"> Les études présentées dans cette revue, semblaient se concentrer sur l'évaluation des perceptions des élèves, leurs capacités et leurs connaissances, avec des comparaisons de mesures avant et après le cours. Les études de simulation ont principalement évalué facteurs de présage chez l'étudiant, notamment liés à l'apprentissage, les caractéristiques et moins prédispositions environnementales à participer à des activités académiques en fonction de motifs en vigueur ainsi que les stratégies d'engagement. Sept études ont évalué/exploré le contexte de l'élève et l'enseignement dans l'apprentissage en utilisant l'EIBS. Des questionnaires ont été délibérément conçus pour explorer la perception des étudiants de leur expérience d'éducation/formatation en salle clinique (Ponzer et al., 2004), en mettant l'accent sur les attitudes de travail d'équipe et la coopération des élèves (Lidskog et al., 2008). Des modèles pilotes de l'EIBS ont été positivement évalués en utilisant l'échelle de perception de l'étudiant interdisciplinaire (IEPS) et des groupes de discussion des enseignants au sein d'une étude de recherche (Baker et al., 2008). Considérant que Alinier et al. (2008) ont utilisé deux questionnaires pour déterminer si l'EIBS améliorerait les connaissances et les compétences des rôles des autres disciplines. Dans l'ensemble, les facteurs de PRESAGE étaient positifs et quelques différences fiables ont été perçues par les élèves ont été signalés entre les interventions pré et post IPSE relatives aux attitudes, la communication, la confiance et le travail d'équipe. <p>→ Procédés (variables dans le processus d'apprentissage)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette revue littéraire a mis en évidence une absence de recherche dans le développement de l'EIBS interinstitutionnelles. L'utilisation de l'EIBS est vue comme une méthode d'enseignement qui a été soutenue largement par nombre d'auteurs. Développer des scénarios réalistes et fournir un environnement sûr et de confiance pour le débriefing a été prouvée être utile afin d'offrir des expériences d'apprentissage efficaces. Des études ont mis en évidence que les scénarios d'EIBS et le débriefing peuvent être efficaces pour faciliter des réponses professionnelles individuelles appropriées dans les scénarios ainsi que dans la réflexion sur leur propre rôle professionnel et ceux des autres branches. L'intégration de l'EIBS aux programmes d'études et la fidélité respective variait considérablement entre les études de recherche dans la revue littéraire. La simulation a été utilisée comme la seule stratégie d'enseignement afin de renforcer l'apprentissage dans le cadre d'une unité spécifique, plutôt qu'être intégré dans le pro-

	<p>gramme d'enseignement longitudinalement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La longueur de l'enseignement, dans les études sélectionnées, a variée entre 2heures et 3 semaines. • La majorité de la recherche en EIBS a mis l'accent sur les patients adultes dans le milieu hospitalier, y compris des scénarios axés sur les soins aigus, la fin de vie et l'annonce de mauvaises nouvelles. Une formation spécifique axée sur les facteurs humains, des pertes massives et la gestion des catastrophes a également été étudiée. <p>→ Produits (bénéfices)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La majorité des articles ont identifiés une augmentation de la confiance, des connaissances, du leadership, dans le travail d'équipe, ainsi qu'au niveau des compétences de communication. La recherche en éducation fondée sur la simulation a montré non seulement comment cela facilite un environnement d'apprentissage sécuritaire dans lequel les élèves peuvent pratiquer et apprendre par l'expérience, mais offre également des possibilités d'apprentissage interprofessionnel pour la communication synchrone et asynchrone entre les élèves, les enseignants/animateurs et des possibilités de débriefing de collaboration. Tous les 18 articles examinés favorisent l'intégration de l'EIBS dans les programmes de premier cycle de soins de santé, et a appelé à poursuivre les recherches pour démontrer l'impact et les avantages pour les apprenants et les soins.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a un accord général dans la littérature que l'EIBS est une stratégie d'enseignement bénéfique pour toutes les professions au niveau du premier cycle. D'autres recherches sont nécessaires pour étudier les facteurs de présage, y compris les moyens préférés d'apprentissage et d'enseignement, ainsi que les valeurs et les attentes au sein de l'environnement simulé. Les processus d'apprentissage en EIBS varient considérablement par rapport à la durée, la fidélité et professions concernées de l'environnement et de l'équipement. • Sur la base des résultats de cette revue, les auteurs suggèrent que la poursuite d'études multi-site, des études de recherche longitudinales sont nécessaires pour fournir la preuve de la transférabilité des compétences développées au cours de l'IPSE et leur impact global sur les deux études de premier cycle et de la santé.

10.4.2 Appendice D.2 : Effects of interprofessional education on patient perceived quality of care. (Hallin et al., 2011)

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise le concept de base : Education interprofessionnelle et la population en question : les patients • Contexte: Apprentissage actif basé sur le patient en travaillant ensemble dans un département d'une clinique à formation interprofessionnelle (<i>Clinical Education Ward</i> (CEW) augmente la compétence collaborative et professionnelle chez les étudiants. • Objectif: évaluer les perceptions des aspects de collaboration et de communication des soins aux patients lorsqu'ils sont traités par des équipes d'étudiants interprofessionnels par rapport aux soins habituels. • Méthode: Les patients traités par des équipes d'étudiants (médicale, infirmière, physiothérapie et étudiants en ergothérapie) dans un département de formation clinique représentaient le groupe d'intervention. Les patients traités à un service régulier ont été pris comme témoins. Les patients ont répondu à un questionnaire représentant des aspects de collaboration et de communication de soins. Questionnaires de CEW (n =84) et de contrôle (n =62) patients ont été obtenus (taux de réponse 82% vs 73%). • Résultats: les patients CEW ont donné une note nettement plus élevée de leur propre participation aux décisions concernant le traitement par rapport aux témoins (p=0.006). Ils ont en outre évalué un grade plus élevé de satisfaction quant renseignements sur le besoin d'aide à la maison (p=0,003) et perçu que le personnel CEW avait pris leur situation familiale en compte à un grade supérieur dans la préparation de la décharge (p=0.0002). Enfin, les patients CEW se sentaient mieux informés (p=0.02). • Conclusion: Les patients ont perçu un niveau supérieur de la qualité des soins par rapport aux témoins avec aucun signe d'inconvénients lorsqu'ils sont traités et informés par les équipes d'étudiants interprofessionnels supervisés.
<p>INTRODUCTION</p>	
<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans cette étude il s'agit d'étudier/évaluer les perceptions des étudiants quant à leur collaboration et leur communication dans une équipe interprofessionnelle par rapport à une équipe classique. • Il est pertinent d'évaluer cela de nos jours, car c'est un sujet d'actualité mais également du fait que les études sur l'EIP sont en grande augmentation. • Il est important d'aller toujours plus loin dans la recherche scientifique afin de donner les meilleurs soins possibles (qualité) aux patients.
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La recension actuelle sur la question est faite à partir d'une étude faite par les mêmes auteurs en 2008 qui ont apporté des bénéfices dans le travail en équipe grâce au travail interprofessionnel.
<p>Cadre de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont l'éducation interprofessionnelle et la qualité du soin perçu. L'EIP est définie selon le Caipe, 2002.

Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le but de cette recherche a été d'évaluer les perceptions des aspects de collaboration et de communication des soins aux patients lorsqu'ils sont traités dans un département clinique interprofessionnel par rapport à un département de soins habituels.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> La population étudiée fait partie d'une unité de soins orthopédique, où 8 lits sont consacrés aux CEW et 12 lit sont dis normaux. Pendant l'étude, 102 patients faisaient partie de du groupe CEW contre 85 dans le groupe control. Un total de 84 patients ont répondu au questionnaire dans le groupe CEW contre 62 dans le groupe contrôle. L'âge moyen de la population était d'environ une 60aine d'années dans les 2 groupes et avait des pathologies orthopédiques diverses. La durée d'hospitalisation durait entre 5±2-3 jours pour les 2 groupes.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> Les questionnaires aux patients étaient anonymes, et les patients qui ont participé à l'étude ont du donner leur aval avant leur intégration dans l'étude.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Le devis de recherche utilisé est un RCT.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> Dans cette étude, il a été demandé aux patients de remplir un questionnaire après qu'ils aient été préparés pour leur retour à domicile, après que toutes les informations aient été données aux patients par les étudiants du groupe CEW ou par le personnel ordinaire du groupe contrôle. Afin de diminuer les biais, deux personnes seulement ont remis ou envoyés par la poste les questionnaires aux patients.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> Sept questions ont été choisies à partir d'un questionnaire valide sur la satisfaction des patients Les questions portaient sur les aspects de collaboration et de communication des soins/zones où la participation des étudiants pourrait avoir un impact positif ou négatif. Les sept questions : <ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous compris l'information qui vous a été donné en ce qui concerne les résultats de votre traitement? 2. Vous êtes vous impliqué dans les décisions concernant vos soins? 3. Avez-vous pu obtenir suffisamment d'informations sur la façon dont votre maladie va influencer votre vie quotidienne? 4. Avez-vous reçu des informations concernant une assistance à la maison possible? 5. À la sortie avez-vous été informé sur les personnes à contacter si vous aviez des questions? 6. Avez-vous été dérangé, à la sortie, sur la façon de faire face à domicile? 7. Est-ce que l'équipe soignante a pris votre situation familiale et à la maison en compte lors de la préparation de la sortie? Tous les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit pour participer et ont été informés que les réponses devaient être analysées au niveau du groupe, sans possibilité d'identifier les réponses d'un individu en particulier.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Le but de l'analyse était d'évaluer les effets de l'EIP sur la qualité perçue des soins par le patient. Les évaluations par les patients du CEW ont été comparées à celles des patients témoins traités par des équipes de professionnels qualifiés (soins habituels). Des analyses non paramétriques et du chi carré ont été effectuées. Les caractéristiques des patients sont données en n (%) ou n±SD. Les résultats ont été considérés comme significatifs à p<0,05. Toutes les analyses ont été réalisées avec le 8,0 package STATISTICA Stat souple, Inc.

<p>RESULTATS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont présentés sous forme d'un tableau. • Ils sont résumés par un texte narratif qui nous dit : Les patients traités et préparés pour la sortie par le groupe d'étudiants ont noté un niveau supérieur de participation aux décisions concernant leurs soins par rapport au groupe témoin ($p = 0,006$). Ils ont également noté un niveau plus élevé de satisfaction par rapport à des informations concernant une éventuelle assistance à domicile en comparaison avec le groupe témoin ($p = 0,003$). Ils ont déclaré également que le personnel CEW avait pris leur situation familiale et de la maison en compte lors de la préparation pour la sortie par rapport aux soins habituels ($p = 0,0002$). En outre, les patients CEW se sentaient plus bien informés en ce qui concerne les résultats de leur traitement que les contrôles ($p = 0,02$). Aucun effet ou tendances défavorables n'ont été observés chez les patients CEW. • La fiabilité du questionnaire était bonne avec une grande cohérence interne. Le Cronbach alpha-coefficient de satisfaction totale avec les aspects de collaboration et de communication de soins (articles 1-7) était de 0,73.
<p>DISCUSSION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ont constaté que les patients souffrant de troubles orthopédiques traités par les étudiants IPE dans la partie CEW aperçurent une meilleure qualité des soins par rapport aux patients d'un service normal. L'EIP a, selon Barr et al. (2006), trois focus: préparer les individus, cultiver la collaboration et améliorer les services. Ces trois foyers pourraient être considérés comme trois rouages où le premier entraîne le second, qui entraîne à son tour le troisième. L'hypothèse est que la préparation des individus devrait conduire à un travail d'équipe de collaboration efficace qui entraîne des changements bénéfiques du service et du soin. • Les auteures ont évalué et jugé des effets positifs à deux niveaux; à la fois au niveau de la prestation de services concernant le patient de la qualité perçue des soins par le patient. • Une faiblesse de l'étude est que seule la qualité de soin perçue par le patient a été évaluée. Cependant, la perception des patients concernant la maladie se sont avérés être un marqueur sensible. • Dans l'étude chaque journée de travail commencerait par une conférence d'équipe où tous les étudiants de l'équipe et les superviseurs de chaque profession sont réunis. Les élèves discutaient des objectifs pertinents de chaque patient de la journée et également des objectifs attirés du patient de l'hôpital. On estime que cette coopération structurée était une raison principale des résultats bénéfiques. Le rôle des superviseurs était, bien sûr, aussi vital dans le soutien des équipes d'étudiants.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteures suggèrent que le résultat actuel implique qu'un IPC plus structuré aurait été bénéfique aussi à un service régulier. Il existe plusieurs études évaluant une association entre la culture organisationnelle, la collaboration, la qualité des soins et la sécurité des patients (Singer et al., 2009). <p>Les résultats devraient être rassurant et être un soutien supplémentaire dans le développement futur de CEWs.</p>


10.4.3 Appendice D.3 : A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no.

9. (Hammick et al., 2007)

Titre	<p>Le titre précise un concept étudié : l'éducation interprofessionnelle (<i>interprofessional education</i>).</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none">• Le résumé synthétise les données en 6 points : <ol style="list-style-type: none">1. Fondements et contexte de revue : l'hypothèse que d'apprendre ensemble peut aider les praticiens à mieux travailler ensemble reste encore peut vérifiée. Cette revue a (1) identifié, (2) collecté, (3) analysé et (4) synthétisé les meilleures évidences de 21 évaluations de l'IPE pour vérifier cette hypothèse. Les auteurs visent à maximiser le potentiel de l'IPE, à contribuer à une meilleure pratique collaborative et un meilleur soin.2. Objectifs de la revue :<ol style="list-style-type: none">1) Identifier et revoir les meilleures (<i>strongest</i>) évaluations de l'IPE2) Classifier les résultats de l'IPE et noter l'influence du contexte dans certains résultats particuliers3) Développer un récit sur les mécanismes qui étaient et préviennent les résultats positifs et négatifs de l'IPE3. Stratégie de recherche : les publications (1966 – 2003) de plusieurs bases de données informatisées ont été analysées, ainsi que des revues papiers (2003-5).4. Définition du thème et critères d'inclusion : Les articles sélectionnés devaient concerner des initiatives d'éducation pour au moins deux des professions de la santé ou du travail social, avec l'objectif d'améliorer les soins et apprendre avec/de/sur l'autre.5. Extraction des données, analyse et synthèse : une procédure standard de revue systématique a été utilisée. Deux membres ont analysés les résumés, un troisième a été consulté en cas de désaccord. Chaque article a été revu par deux auteurs avant d'être transmis à un membre pour analyse et extraction des données. Une méthode SPSS a été utilisée, le model de Kirkpatrick a été utilisé (<i>Kirkpatrick's four-level model of educational outcomes</i>). Le récit a été basé sur le modèle des 3-P (<i>presage-process-product</i>).6. Résultats : le développement de l'équipe a une influence clé dans l'efficacité de l'IPE. L'authenticité de l'IPE est importante pour des résultats positifs. L'IPE est souvent utilisée pour améliorer le développement de la pratique et l'amélioration des services.

INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problème/phénomène à l'étude : <ul style="list-style-type: none"> ▸ L'IPE a été décrite par plusieurs auteurs comme le moyen d'améliorer la collaboration et l'offre de service dans plusieurs champs (protection de l'enfant, soins communautaires, santé mentale) et pour le développement plus flexible d'une force de travail en santé. ▸ Les études montrant des évidences appuyant l'hypothèse restent encore peu développées, malgré une augmentation des recherches sur le sujet. ▸ Cette revue (1) identifie, (2) collecte, (3) analyse et (4) synthétise les meilleures évidences sur l'IPE pour vérifier cette hypothèse. ▸ Les études récoltées montrent qu'il existe une multitude de résultats positifs, ainsi que des réactions neutres ou négatives.
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? • La recension présente-t-elle des sources primaires.
<p>Cadre de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définition du concept d'éducation interprofessionnelle : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Les auteurs se joignent au CAIPE (1997, 2006) pour définir l'IPE comme une « occasion où les membres (ou étudiants) de deux ou plusieurs professions apprennent avec, de et sur l'une l'autre pour améliorer la collaboration et la qualité des soins. » (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007, p.736). ▸ Ils précisent que l'IPE est un sous-ensemble de l'éducation multiprofessionnelle (où chaque membre de 2 (ou plus) disciplines apprennent séparément, sans objectif spécifique). <p>L'IPE nécessite une composante interactive dans l'apprentissage.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buts de l'étude : <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifier et revoir les meilleures (strongest) évaluations de l'IPE 2) Classifier les résultats de l'IPE et noter l'influence du contexte dans certains résultats particuliers 3) Développer un récit sur les mécanismes qui étaient et préviennent les résultats positifs et négatifs de l'IPE • Hypothèse : « Si les individus de différentes professions apprennent ensemble, eux et leurs départements vont mieux travailler ensemble, en améliorant la qualité des soins et l'offre de services. » [Traduction libre] (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007, p.735). L'hypothèse se base sur les écrits précédents et sur les bases de connaissances actuellement connues sur le sujet. • Variables : (1) caractéristiques des opportunités d'apprentissage interprofessionnel ; (2) résultats décrits en Niveaux* (N-1 : réaction ; N-2a : modification des perceptions et attitudes ; N-2b : acquisition de connaissances et habiletés ; N-3 : changement de comportement ; N-4a : changement dans l'organisation pratique ; N-4b : bénéfices pour le patient/client). * C.f. Analyse des données

METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-appliquabilité-consistance-Neutralité) • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de collecte des données : la méthode classique de revue systématique a été utilisée <ol style="list-style-type: none"> 1) Analyse des résumés par deux auteurs pour inclure les articles entiers. Un troisième membre était consulté si désaccord. 2) Chaque article entier a été lu par deux auteurs au moins. 3) Transfert des articles inclus à un auteur pour analyse des contenus et extraction des données 4) Les autres membres de l'équipe ont vérifié 10% des dossiers d'abstraction 5) Chaque auteur a lu les 21 études incluses et revues les analyses dans le SPSS • Les auteurs se sont intéressés à la solidité des études, et au codage des caractéristiques d'évaluations. • Critères d'inclusion et d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Type d'éducation : les études incluent de la formation d'intervenants d'IPE en accord avec la définition donnée par les auteurs, il s'agissait d'évaluer une expérience interactive d'apprentissage. Les auteurs ont mis en évidence 3 catégories d'IPE : (1) Formelle : l'enseignement interprofessionnel est dispensé de manière formelle, planifiée ; (2) Informelle : l'IPE se manifeste dans le processus d'une autre activité ; (3) Serendipiteuse (<i>Serendipitous</i>) : rencontres improvisées entre différents professionnels, offrant une opportunité d'échanger un apprentissage interprofessionnel. Dans cette étude, les auteurs ont sélectionné des études traitant d'IPE formelle, et parfois contenant des éléments d'IPE informelle. Leur but est de préciser les messages clés pour les personnes souhaitant créer des opportunités centrées sur des objectifs d'apprentissage et méthodes interprofessionnelles. ▸ Participants : les études incluent des apprenants d'au moins deux groupes de professionnels du domaine de la santé ou du travail social. Certaines autres professions appropriées pouvaient être incluses.

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Résultats : les résultats évalués comprenaient : <ul style="list-style-type: none"> → La réaction des apprenants, ce qui peut créer une bonne fondation pour le développement d'une attitude positive envers l'IPE et le travail avec les autres ; → Les changements dans les habiletés, les connaissances des apprenants, et les perceptions/attitudes qu'ils ont les uns envers les autres ; → Les changements de comportement des apprenants • Type d'études et « note » : seules les études évaluées par des pairs ont été retenues. Aucune restriction n'a été faite sur l'évaluation méthodologique, mais les auteurs se sont centrés sur la qualité des études en lien avec la pertinence de l'objectif et la puissance des études. C.f. évaluation de la qualité des études • Langue de publication : les études retenues étaient rédigées en anglais ou en français. • Stratégie de recherche : les auteurs ont utilisés deux approches : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Recherche sur les bases de données informatisées : Medline, CINAHL, BEI, ASSIA ; 1964 – 2003. Ces bases de données ont été choisies pour scanner des études basées sur les sciences de la santé, les sciences sociales et les sciences de l'éducation. Etant donné que ces 3 champs se chevauchent parfois, les auteurs ont utilisés un logiciel de référence pour stocker les articles et identifier les doublons. Au total, 10'495 résumés ont été trouvés, dont les auteurs ont pu obtenir 884 textes entiers pour les analyser. 353 traitaient d'IPE, dont 12 remplissaient les critères qualité définis par les auteurs. Mots-clés utilisés (+ synonymes) : <i>interprofessional, education, research, outcome</i>. ▶ Recherche manuelle dans des journaux papier : après la recherche sur les bases de données, les auteurs ont identifiés des journaux qui publiaient fréquemment des articles de qualité. Ils ont scrutés 20 journaux (connus d'une précédente revue) de 2003 à 2005. 46 études étaient potentiellement acceptables, dont 9 ont finalement été retenues après l'analyse par deux auteurs. ▶ Les auteurs ne garantissent pas de ne pas être passé à côté d'articles de qualité durant la recherche manuelle. • Evaluation de la qualité des études sélectionnées (Score de qualité) : les auteurs ont évalué la qualité des articles avec un score de 5 points au travers de deux critères : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qualité de l'étude : p.ex. pertinence entre la méthodologie et la question de recherche, échantillonnage correctement réalisé, analyse appropriée des résultats. ▶ Qualité des informations fournies : reflète un raisonnement clair de l'IPE et de son évaluation, de bonnes informations contextuelles, des informations suffisantes sur les échantillons, les considérations éthiques et les possibles biais, et une analyse décrite avec suffisamment de détails. ▶ Chaque étude devait obtenir un score d'au moins 4/5 pour être retenue. Aucune des études n'avait un score de 5/5. 	<p style="text-align: center;">  Rapport-gratuit.com LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES </p>
---	---

<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Outil de collecte des données : <ul style="list-style-type: none"> ▸ SPSS (<i>Statistical Package for Social Scientists</i>) pour la récolte, le tri et l'enregistrement des données. ▸ Logiciel de référence pour le stockage et l'élimination des doublons d'articles. • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?
<p>Analyse des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode d'analyse : pour l'analyse des résultats, les auteurs se sont inspirés de <i>l'évaluation réaliste</i> (Pawson & Tilley, 1997). Cette approche « <i>souligne la nature intégrée de toute action humaine, considérant le contexte et les processus sociaux comme des éléments centraux pour créer et comprendre les résultats.</i> » [Traduction libre] (Hammick et al., 2007, p.737) Ce modèle s'intéresse aux mécanismes de changement qui sous-tendent à la production de résultats dans un contexte dynamique. Les résultats, les mécanismes sous-jacents et le contexte sont reliés. Ce modèle évite les questions simples comme « comment ça marche ? » et se cible sur des questions plus développées, p.ex. : <ul style="list-style-type: none"> ▸ « <i>Quel type d'IPE dans quelles circonstances offre tel type de résultat ?</i> ▸ <i>Quels mécanismes de changements sont implicites dans les interventions d'IPE ?</i> ▸ <i>A quel point ces mécanismes sont efficaces dans le contexte dynamique des soins de santé et du domaine social ?</i> » [Traduction libre] (Hammick et al., 2007, p.737) <p>Les auteurs précisent que leur analyse ne correspond pas originellement au modèle cité, mais ils ont mis leur attention sur les mécanismes, le contexte et la nature des résultats. Plutôt que d'offrir un jugement, ils cherchent à expliquer les phénomènes et comprendre la complexité de l'IPE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des données – Modèle de résultats : les auteurs ont modifiés le modèle des résultats d'éducation pour analyser et présenter les résultats. Ils ont déclinés les 4 catégories (réactions de l'apprenant, apprentissage, changements de comportement, résultats) en 6 niveaux : N-1 : réaction ; N-2a : modification des perceptions et attitudes ; N-2b : acquisition de connaissances et habiletés ; N-3 : changement de comportement ; N-4a : changement dans l'organisation pratique ; N-4b : bénéfices pour le patient/client. • Analyse des données – Récit explicatif : les auteurs ont utilisés le modèle des 3-P (Prédicateur, processus, produit) pour analyser les résultats. Dans le contexte de cette étude, le (1) présage était considéré comme le contexte socio-politique pour l'éducation et les caractéristiques des individus en jeu, le (2) processus était l'approche d'apprentissage et d'enseignement utilisée dans l'expérience et le (3) produit consistait en les résultats de l'apprentissage. L'utilisation de ce modèle est renforcé par son utilisation dans des précédentes revues, qui prouvent son utilité dans l'analyse et l'interprétation des résultats. <p>Après une analyse critique individuelle et une discussion en groupe, 2 paires d'auteurs ont classés les études à l'aide d'un tableau représentatif du modèle des 3-P. Ce travail a permis de mettre en évidence des sous-catégories issues des 3 dimensions du modèle.</p>

RESULTATS

- **Survол des études incluses** : les 21 études incluses ont été publiées entre 1981 et 2005, en Europe et en Amérique du nord. La plupart des études décrivaient des interventions d'IPE sur des étudiants de médecine, soins infirmiers, physiothérapie, pharmacie, ergothérapie, soins dentaires, travail social et sages-femmes.

RESULTATS : les résultats sont présentés dans un texte narratif en 3 catégories reprises du modèle des 3-P (Prédicateurs, processus, produit). Les produits sont scindés en 3 parties reprenant la classification des résultats de Kikpatrick. Cette présentation des résultats entre tout à fait dans la continuité du cadre de recherche en était adapté aux outils et aux modèles utilisés pour l'analyse. Les données sont ainsi correctement et clairement classées.

- **Prédicateurs : contexte de l'IPE**

- **Conducteurs (raisons motivantes) de l'éducation interprofessionnelle** : les auteurs décrivent deux types de « conducteurs » : l'approche descendante (*Top-down*) et l'approche ascendante (*Bottom-up*).
 - *Approche Top-down* : inclure la politique gouvernementale. Répond aux besoins suivants : a) éradiquer les démarcation professionnelles rigides (Cooke et al., 2003) ; b) réduire les erreurs médicales ; c) gérer des situations d'enfants subissant une chirurgie cardiaque complexe (Morison et al., 2003 ; Tucker et al., 2003 ; Tunstall-Pedoe et al., 2003) ; d) faire mieux face à des événements négatifs (Morey et al., 2002) ; e) nécessité d'un leadership à tous les niveaux d'organisation (Morey et al., 2002) ; f) soutien des leaders pour assurer l'implémentation de stratégies de changement en pratique (Morey et al., 2002) . Cette approche nécessite d'avoir des conducteurs de transition (*transition driver*) qui sont impliqués dans la pratique clinique pour implanter ces projets dans la pratique.
 - **Géographie et démographie** : pas de données significatives
 - **Professions et nombre** : il y a le besoin de dispenser de l'IPE au niveau pré-diplôme. Le nombre d'apprenants impliqués semble influençant.
 - **Ressources** : les ressources le plus fréquemment identifiées étaient a) le temps ; b) les facteurs spatiaux ; c) le support management. Le manque de temps ou la difficulté de faire correspondre les planifications de chaque participant étaient les principales limites à la faisabilité et au maintien de l'IPE (Morison et al., 2003).
- **Prédicateurs : caractéristiques de l'enseignant** : cet élément paraît déterminant dans le processus d'éducation et l'atteinte des résultats. « *La qualité de l'enseignement/supervision a une grande importance dans la satisfaction des étudiants* » (Ponzer et al., 2004 ; dans Hammick et al., 2007, p.743).
 - **Prédicateurs : caractéristiques des apprenants** : il existe une multitude de données en lien avec les caractéristiques des étudiants impliqués dans l'IPE, et il semble, selon l'étude, que c'est un élément déterminant dans le succès et l'efficacité de l'IPE. Les auteurs décrivent les éléments suivants :
 - Les étudiants démontrent en général une attitude positive envers les premières expériences d'IPE et une conscience de l'utilité du contact avec d'autres professions (Carpenter, 1995 ; Tunstall-Pedoe et al., 2003).

Présentation des résultats

<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les apprenants ayant une plus grande expérience ou étant plus matures (au niveau de l'âge) démontrent une attitude plus favorable face à l'IPE que les apprenants plus jeunes ou ayant moins d'expérience (Tunstall-Pedoe et al., 2003). ▶ Le type de profession semble déterminant dans la volonté des étudiants de participer à des activités d'IPE. Ceci est souvent lié à des problèmes structurels comme des conflits interprofessionnels et des inégalités dans l'évaluation (Kilminster et al., 2004). ▶ Les étudiants sont moins motivés à participer à des activités d'IPE s'ils ont déjà suivis ces cours de manière uniprofessionnelle (Cooke et al., 2003). ▶ L'efficacité des activités d'IPE ne peut être maintenue que si les problèmes/conflits professionnels initiaux sont résolus (Reeves and Freeth, 2002). ▶ Les stéréotypes et représentations négatives des autres professions jouent un grand rôle dans l'IPE (Reeves, 2000). ▶ Le groupe/l'orientation professionnelle influence les attitudes des étudiants (Pollard et al., 2005). ▶ La peur d'échouer devant les autres est également une limite à l'efficacité de l'IPE (Tucker et al., 2003). ▶ Les étudiants filles démontrent une meilleure attitude face aux autres que les étudiants garçons (Pollard et al., 2005). <ul style="list-style-type: none"> • Processus : plusieurs facteurs influencent le processus décrit dans le modèle des 3-P. Plusieurs niveaux d'abstraction sont décrits en raison de la diversité des interventions évaluées dans les études. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Facilitation de l'apprentissage interprofessionnel (<i>facilitating interprofessional learning</i>) <ul style="list-style-type: none"> → Les réflexions régulières sur les expériences personnelles/professionnelles d'IPE aide les participants à faciliter leur rôle (Nash & Hoy, 1993 ; Reeves & Freeth, 2002 ; Mu et al., 2004). → Il y a un besoin d'avoir un suivi de coaching par des mentors pour aider les apprenants à développer leur expertise interprofessionnelle (Morey et al., 2002). → Il est important d'avoir des équipes ayant des expériences d'interprofessionnalité pour améliorer leur développement professionnel (Reeves & Freeth, 2002). → Il existe une relation étroite entre l'expérience des étudiants du travail en équipe et le contexte (environnement) de pratique clinique (Dienst & Byl, 1981). ▶ Conception du cursus pour l'apprentissage des adultes (<i>curriculum design for adult learning</i>) <ul style="list-style-type: none"> → Les théories de l'apprentissage de l'adulte stipulent que « l'apprentissage est plus susceptible d'être amélioré si l'apprenant possède un degré de contrôle du rythme et du contenu de l'apprentissage, et si l'environnement d'étude est personnellement et professionnellement approprié. » (Hammick et al., 2007, p.744) → Les auteurs sont en accord avec ce principe en stipulant que « les adultes apprennent mieux lorsqu'il y a collaboration entre les apprenants et les mentors, où le respect mutuel est la base de la relation. » (Hammick et al., 2007, p.744) ▶ Choix de l'apprenant (<i>learner choice</i>) : 1) choix de participer à l'activité, 2) choix du contenu des activités, 3) choix de la manière de choisir les groupes. <ul style="list-style-type: none"> → Dans la plupart des cas, l'IPE est initiée par un apprentissage dans le milieu de travail (<i>workplace learning</i>) (Solberg et al., 1998 ; Horbar et al., 2001 ; Morey et al., 2002 ; Shafer et al., 2002) et au travers du cursus conçu 	
--	--

<p>pour les non-diplômés (Carpenter & Hewstone, 1996 ; Tunstall-Pedoe et al., 2003 ; Ponzer et al., 2004 ; Pollard et al., 2005). Dans ces cas là, les apprenants n'avaient pas le choix.</p> <p>→ Dans les études centrées sur l'amélioration de la qualité des soins, la motivation des apprenants semblait être un élément important du processus de changement (p.ex. Horbar et al., 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnalisation et authenticité (<i>customization and authenticity</i>) <ul style="list-style-type: none"> → La spécificité de l'IPE à un contexte clinique est une force de l'IPE (Shafer et al., 2002). → La durée des activités d'IPE est considérée comme importante (Mu et al., 2004). → Selon Morey et al. (2002), l'exercice par équipe est essentiel pour générer les changements permettant d'éviter les erreurs et d'améliorer la qualité des soins. Il soulignent l'importance d'avoir une pratique régulière et efficace de communication et coordination. • Réflexion (<i>reflection</i>) <ul style="list-style-type: none"> → Plusieurs études font part de moments de réflexions informels (non inclus dans les activités) ou formels (inclus dans les activités d'IPE) • Apprentissage informel (<i>informal learning</i>) <ul style="list-style-type: none"> → Les auteurs soulignent que les moments informels de contact sociaux sont importants dans l'IPE. → Les échanges sociaux (pauses p.ex.) peuvent influencer de manière positive les attitudes envers les autres et renforcer les apports formels (Morison et al., 2003 ; Mu et al., 2004). → Les facteurs sociaux jouent un rôle important dans le développement de l'IPE (Nash & Hoy, 1993 ; Reeves, 2000). <ul style="list-style-type: none"> • Produit : Les résultats clés des interventions éducatives sont positifs. <ul style="list-style-type: none"> › Diversité des résultats : compte-tenu de la multitude de facteurs en jeu dans l'éducation interprofessionnelle, il existe une hétérogénéité des résultats. › Résultats de l'IPE pour les apprenants : réactions (1), attitudes (2A) et connaissances et habiletés (2B) : la plupart des études évaluaient les catégories 2A, 2B tandis que d'autres s'intéressaient plus à la compréhension des expériences ou aux comportements associés à des résultats de santé. Certains auteurs ont développés des outils pour évaluer les résultats, et ont reportés des résultats exclusivement positifs ou quelques fois mixtes. › Résultats de l'IPE pour les apprenants : comportement (3) : plusieurs études indiquaient un changement de comportement. Kilminster et al. (2004) ont reporté que les participants posaient plus de questions sur les traitements et interagissaient mieux avec les patients. Cooke et al. (2003) ont observé que les participants semblaient de plus en plus à l'aise dans la pratique, particulièrement lorsqu'ils avaient acquis des connaissances et pouvaient mieux expliquer les choses aux patients. › Résultats de l'IPE pour l'offre de soins (4A) et les patients (4B) : globalement, les études rapportent des résultats positifs. <ul style="list-style-type: none"> → L'EIP ayant pour but d'améliorer la qualité des soins est une méthode efficace pour améliorer la prévention des maladies. 	
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> → Les personnes ayant suivi des activités d'IPE montrent une pratique améliorée par rapport au groupe contrôle (Ketola et al., 2000). → Horbar et al. (2001) démontrent une baisse de la mortalité des prématurés pris en charge par des soignants ayant participé à des activités d'IPE. → Les interventions d'IPE améliorent le fonctionnement des services de soins en comparaison avec les groupes contrôle (Solberg et al., 1998). → Morey et al. (2002) montrent une réduction des erreurs médicales. → Une éducation interprofessionnelle permet d'augmenter le nombre de consultations (Dienst & Byl, 1981). • Reeves & Freeth (2002) rapportent que les patients suivis par des équipes ayant suivi une IPE sont très satisfaits. Toutefois, les patients rencontrent un plus grand nombre de professionnels qu'habituellement.
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interprétation des résultats : les résultats sont interprétés selon le modèle des 3-P. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Presage (prédicateurs) : <ul style="list-style-type: none"> → Besoin exprimé par les gouvernements d'avoir plus de travail en collaboration, avec le but de réduire les erreurs médicales et atteindre les communautés qui reçoivent peu de soins. Les interventions d'IPE mises sur pied pour répondre à cet objectif peuvent être entravées par plusieurs facteurs (espace, création des plannings, manque de support management p.ex.). → La valeur des « meneur de transition » (<i>transition driver</i>) que sont les professionnels et qui ont pour rôle d'initier, de développer et de délivrer l'IPE. → La capacité de l'équipe à se responsabiliser face à la promotion de l'IPE est un facteur important pour l'expérience des étudiants. ▸ Process (processus) : <ul style="list-style-type: none"> → « <i>Le développement de l'équipe pour assurer la compétence et la confiance dans la promotion de l'interprofessionnalité est un mécanisme clé pour l'accueil réussi de l'IPE.</i> »(Hammick et al., 2007, p.748) → L'utilisation des principes d'apprentissages pour adulte paraît être un mécanisme clé dans le bon accueil de l'IPE. → La nature « unique » de l'IPE nécessite une authenticité de la part des participants, qui peut être favorisée par l'adaptation des activités au milieu d'enseignement, au groupe et aux pratiques professionnelles. Les auteurs suggèrent que l'authenticité (réalisme des activités) est un mécanisme qui améliore l'efficacité de l'IPE. → L'adaptation des activités d'IPE à un milieu de pratique ou une situation de soins réelle améliore les résultats de l'IPE (simulation à un milieu). ▸ Product (produit) : <ul style="list-style-type: none"> → Les résultats sont globalement positifs, ce qui signifie que les participants répondent positivement à ces activités d'IPE et aux résultats escomptés (acquisition de connaissances et habiletés nécessaires pour la collaboration, changement positifs de comportement, organisation du service et soins aux patients).

	<p>→ L'attitude des participants peut toutefois se détériorer, même si cela n'est pas le cas de la majorité des participants. Ces résultats négatifs peuvent influencer la mise en pratique de leurs connaissances.</p> <p>→ Les changements de perception et attitude montrent plus de résultats mixtes que les autres facteurs (<i>outcome measures</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Messages clés mis en évidence par les auteurs : les auteurs mettent en évidence 7 messages clés : <ul style="list-style-type: none"> ▸ « Etant donné que le nombre de gouvernement demandant une amélioration de la collaboration entre les praticiens délivrant des services publiques, souvent apparenté au besoin de l'IPE, augmente, cette approche est développée et délivrée par les éducateurs et les praticiens. ▸ Le développement d'équipe permettant une promotion compétente et confiante de l'apprentissage interprofessionnel est un mécanisme clé pour une IPE efficace. ▸ Chaque participant est emprunt de valeurs personnelles, qu'il apporte et partage dans les activités d'IPE, interagissant dans le processus complexe et influençant le processus d'apprentissage. ▸ L'adaptation et l'authenticité des activités d'IPE, reflétant ainsi un contexte réel de soins, sont des mécanismes qui influencent positivement les résultats. ▸ L'utilisation des principes d'apprentissage pour adulte est un mécanisme bien reçu. ▸ L'IPE est généralement bien reçue par les participants et leur permet d'améliorer les habiletés et connaissances nécessaires pour la collaboration. Toutefois, il reste difficile de changer leurs attitudes et perceptions. ▸ Dans un besoin d'améliorer la qualité des soins, l'IPE est souvent utilisée comme approche pour arriver à cette fin. » (Hammick et al., 2007, p.748) • Possibles biais et limites : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Biais : La publication de résultats positifs pourrait être considéré comme un biais de publication, dans le sens où il pourrait être pris comme militant contre les études reportant des effets négatifs. ▸ Pas d'autres limites ne sont mises en évidence dans l'étude. <p>Les résultats sont décrits mais peu analysés en fonction du cadre et des connaissances sur le sujet.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implications pour la pratique : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Ces résultats soulignent le défi de changer les valeurs et perceptions basées sur les professions. ▸ « Le développement de l'équipe est nécessaire pour assurer l'efficacité de l'IPE. ▸ Les enseignants doivent être conscient que les réactions des participants peuvent être dues à plusieurs facteurs. ▸ L'apprentissage dans un contexte qui reflète le milieu pratique réel est nécessaire pour que l'activité soit efficace. ▸ Les développeurs d'activités d'IPE doivent reconnaître les besoins d'apprentissage et structurer les apprentissages en fonction. ▸ Les équipes doivent rechercher des fonds solides pour évaluer l'IPE, particulièrement si celle-ci est exercée dans des milieux de pratiques réelles et simulés, et pour mesurer leur impact sur les comportements et attitudes. » (Hammick et al., 2007, p.748) • Recommandations pour de futures évaluations de l'IPE :

<ul style="list-style-type: none">▶ « Des détails sur le nombres d'étudiants et sur la diversité des professions impliquées dans les activités et leur influence sur les résultats pourrait aider à comprendre le management de cette éducation professionnelle complexe.▶ Le développement d'outils solides pour évaluer les changements de perception et attitudes pourrait permettre de fournir des données valables pour le développement de l'IPE.▶ L'utilisation de modèle d'interprétation commun des résultats pourrait permettre de mieux comparer les résultats de différentes études.▶ Plus d'évaluation d'IPE dans des milieux simulés sont nécessaires pour renforcer nos connaissances sur les mécanismes qui amènent à des changements positifs de comportement, et d'amélioration des soins aux patients. <p><i>Des évaluations financées sont nécessaires pour induire des preuves plus solides et pour répondre aux questions sans réponses sur les impacts de l'IPE. » (Hammick et al., 2007, p.749)</i></p>	
--	--

10.4.4 *Appendice D.4 : Caring for attitudes as a means of caring for patients – improving medical, pharmacy and nursing student’s attitudes to each other’s professions by engaging them in interprofessional learning. (Hawkes et al., 2013)*

<p>Titre</p>	<p>Concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre soins • Attitudes envers les autres professions • Education interprofessionnelle <p>Population à l'étude : Etudiants en médecine, pharmacie et soins infirmiers.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Problème → Les attitudes négatives entre les médecins, pharmaciens et infirmiers peuvent avoir un impact négatif sur la gestion du traitement des patients. Un apprentissage interprofessionnel de 7 semaines a été fait afin de favoriser les attitudes positives.</p> <p>Méthode → Les attitudes des étudiants de médecine, pharmacie et soins infirmiers ont été évaluées en utilisant le questionnaire des attitudes pour les professionnels de la santé avant et après l'intervention d'apprentissage interprofessionnel (IPL).</p> <p>Résultats → Les étudiants des 3 domaines étaient considérés comme plus « caring » (soignants) après l'IPL.</p> <p>Conclusion → Les résultats suggèrent que les attitudes des étudiants sont plus positives après qu'ils aient travaillé ensemble durant 7 semaines d'IPL. Chaque groupe d'étudiant voit sa propre profession de manière positive que les autres, mais les visions s'alignent après l'IPL. L'IPL peut aider à favoriser les attitudes positives entre les médecins, pharmaciens et infirmiers, ce qui pourrait faciliter la collaboration efficace et d'améliorer la gestion du traitement des patients.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Selon un rapport de l'OMS (2003), 50% des patients ne prennent pas leur traitement comme prescrit. Pour une prestation de service optimale et sécuritaire en ce qui concerne le traitement des patients, les médecins, pharmaciens et infirmiers ont besoin de travailler efficacement ensemble. Selon la littérature (Hugues & McCann, 2003 ; Mujjers et al. 2003 ; Salter et al. 2007), les professionnels des soins de santé ne travaillent pas toujours ensemble de manière efficace. Ceci est souvent du aux visions négatives entre les différentes professions et appelle à une action urgente pour améliorer le travail et les attitudes interprofessionnels.</p> <p>Les relations de travail entre les pharmaciens, médecins et infirmiers - et comment ils voient chacun des autres – a été le focus de recherches de plus en plus nombreuses.</p> <p>Des tensions entre les 3 professions ont été reportées (Makowsky et al. 2009), particulièrement quand les rôles sont nouveaux et évoluent ; par exemple, la hausse des infirmiers prescripteurs.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et nous amène les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les étudiants formés à devenir pharmaciens, médecins et infirmiers entraient dans le cursus avec des attitudes prédéfinies à propos de leur propre profession et des des autres professions de la santé (Tunstall-Pedoe et al. 2003 ; Lindqvist et al. 2005a ; Hean et al. 2006a, b). • On pense que ces attitudes, particulièrement si elles sont négatives, peuvent influencer les futures interactions entre les professions (Pirrie et al. 1999 ; McFayden et al. 2010) • Si les gens perçoivent les autres comme similaires à eux (parce qu'ils ont la même profession ou qu'ils évoluent dans un aspect particulier des soins), ils sont plus enclin à partager les mêmes visions et attributs, ce qui pourrait faciliter les interactions entre les membres d'un même groupe. En contraste, les gens des autres professions seront vus comme différents, ce qui mène à un « tribalisme » entre les professions (Beattie, 1995) et une collaboration inefficace entre les groupes. • Cependant, selon Hean and colleagues (2006a, b), les différences professionnelles peuvent aussi créer un genre de sécurité, ce qui peut faciliter les interactions de l'équipe.

	<p>Le concept clé de l'étude, c'est-à-dire <u>l'éducation interprofessionnelle</u>, est mis en évidence → Durant l'IPL, il est donné aux étudiants la possibilité de reconnaître et apprécier tant leurs similitudes que leurs différences, avec pour but d'améliorer le futur travail en collaboration et le fait de d'apporter des soins. Comme les étudiants travaillent ensemble, ils peuvent explorer leurs perceptions professionnelles, et clarifier les perceptions erronées. Ces perceptions erronées des différents groupes professionnels peuvent résulter d'un travail de collaboration inefficace, menant à la perte de ressources, à des lacunes dans les soins et à la mauvaise prise en charge des patients.</p> <p>Le concept d'attitude est également mis en évidence → Il est important de comprendre que les attitudes dans une profession ou entre les professions ne sont pas uniquement le résultat de rencontres ponctuelles, mais la cumulation de plusieurs interactions entre les professionnels. La formation continue pour pharmaciens, médecins et infirmiers s'est montrée cruciale pour le succès et la durabilité d'une compréhension partagée des rôles professionnels et des bénéfices liés à une approche d'équipe de soins (Makowsky et al. 2009).</p> <p>Ceci renforce le besoin d'offrir aux étudiants de la santé des opportunités d'apprendre et de travailler ensemble depuis le début et à travers leur carrière, et d'encourager le développement continu d'attitudes professionnelles positives.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire : Il s'agit de se focaliser sur les attitudes entre les étudiants en pharmacie, médecine et soins infirmiers et sur comment ces attitudes changent quand on les mesure avant et après une intervention de formation interprofessionnelle (IPL) de 7 semaines.</p> <p>Le AHPQ (Attitudes to Health Professionals Questionnaire) est l'instrument utilisé pour évaluer les attitudes parmi une large cohorte d'étudiants et montre des résultats cohérents, en particulier dans les relations à l'évaluation de comment une profession est perçue comme « soignante ».</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Tous les étudiants de 1^{ère} année en soins de santé (infirmiers, médecins, ergothérapeutes, pharmaciens, sage-femmes et physiothérapeutes) d'un établissement d'enseignement supérieur (niveau bachelior) du Royaume-Uni devaient remplir un questionnaire avant et après l'intervention IPL. Ils ont du travailler ensemble durant 7 semaines autour de la gestion d'un cas pour préparer un plan de soins. Ce cas inclut notamment la gestion du traitement.</p> <p>Pour cette étude, seules les données récoltées auprès des étudiants médecins, pharmaciens et infirmiers ont été explorées. Les données datent de la cohorte d'étudiants de 2008-2009. 325 étudiants des 3 domaines étaient admissibles pour compléter le questionnaire AHPQ.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le questionnaire était rempli de manière volontaire.</p>

Devis de recherche	Contrôle avant-après (CBA)
Conduite de la recherche	<p>Le développement du questionnaire AHPQ est décrit par Lindqvist et al. (2005a). Il contient 20 items avec 2 attributs opposés à chacune des extrémités d'une échelle. Les étudiants devaient « scorer » une composante (item) typique de leur propre profession et de 3 autres professions (mélangées au hasard) sur l'échelle.</p> <p>Le questionnaire était rempli en ligne.</p> <p>La principale composante de l'analyse (PCA) a montré que 2 composantes principales ressortaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caring = Prendre soin • Servil = Fait d'être servile <p>Pour cette étude, les auteurs se sont focalisés sur l'item du caring et donc sur les données montrant comment le caring est perçu comme étant une composante typique de la profession.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les données du questionnaire étaient chargées en utilisant le SPSS et les scores PCA (principale composante de l'analyse) calculés en additionnant les résultats des étudiants pour chacun des 13 items, et en multipliant ces items en utilisant la pondération de Lindqvist et al. (2005a). Les scores étaient calculés pour les 3 professions (pharmaciens, médecins et infirmiers).</p>
Analyse des données	<p>L'homogénéité des variances et la normalité de la distribution ont été vérifiées en calculant la dissymétrie et l'aplatissement → Données normalement distribuées et variances similaires dans les groupes.</p> <p>3 types d'analyses de variance ont été effectués pour évaluer si il y avait des différences entre les groupes d'étudiants, les professions et les interventions IPL.</p>

RESULTATS	<p>Total de réponses : 186 étudiants de 1^{ère} année ont rempli le questionnaire AHPQ avant l'intervention IPL (taux de réponse de 57%). 68 étudiants pharmaciens, 100 étudiants médecins et 53 étudiants infirmiers. 76 ont complété le questionnaire avant et après l'IPL (taux de réponse de 41%). 28 étudiants pharmaciens, 33 étudiants médecins et 15 étudiants infirmiers.</p> <p>Les résultats sont présentés sous forme de 3 tableaux et d'une figure et résumés par un texte narratif.</p> <p>Figure 1 → Résumé la vision de tous les étudiants à propos d'un pharmacien, médecin et infirmier « typique » avant et après l'IPL (en sachant qu'une des professions est la leur).</p> <p>Tableau 2 → Résumé statistique des données. Montre la vision de chaque étudiant pour chaque groupe de profession. Les 3 types d'analyses de variance ont montré une différence significative entre les groupes d'étudiants ($p < 0.0001$), entre les professions ($p < 0.0001$) et entre les scores avant et après l'IPL ($p < 0.005$).</p> <p>Ce tableau montre aussi que les groupes voyaient leur profession comme plus « soignante » que les 2 autres groupes avant et après l'IPL.</p> <p>→ Les résultats de la figure 1 et du tableau 2 montrent que tous les groupes d'étudiants ont perçu ces 3 professions comme étant plus « soignantes (caring) » après l'IPL. L'infirmier était vu comme le plus « soignant » par les autres professions, et le pharmacien comme le moins « soignant ».</p> <p>Même si les perceptions des étudiants ont changé après l'IPL, les relations entre les 3 professions étaient vues comme restant les mêmes par les 3 groupes d'étudiants.</p> <p>Tableau 3 → Toutes les professions ont vu une augmentation statistiquement significative ($p < 0.01$) dans « à quel point « soignantes » » elles étaient perçues par tous les autres étudiants après l'IPL.</p> <p>Le plus grand changement a été observé en ce qui concerne la vision des étudiants infirmiers au sujet du pharmacien type. Les plus petits changements ont été observés en regardant les perceptions des étudiants au sujet d'un infirmier type.</p>
DISCUSSION	<p>Les résultats de cette étude confirment les résultats précédents comme quoi les étudiants de première année de médecine, pharmacie et soins infirmiers arrivent d'un haut niveau de formation avec différentes visions des membres types de ces 3 professions. Les visions des étudiants changent et apparaissent plus « positives » après qu'ils aient travaillé durant 7 semaines sur l'IPL. Ces résultats contribuent à notre connaissance des attitudes professionnelles, au fait qu'elles peuvent changer et comment elles changent en réponse à une intervention particulière en IPL. Des perceptions améliorées entre les étudiants infirmiers, médecins et</p>
Interprétations des résultats	

<p>pharmaciens peuvent jouer un rôle important dans le futur travail de collaboration autour des traitements des patients.</p> <p>Le changement des attitudes envers les autres professions de la santé est une des clés des résultats d'apprentissage pour les interventions en IPL (Barr et al., 2005). Comme les rôles de soins de santé évoluent rapidement, avec les infirmiers et pharmaciens qui prennent des tâches traditionnellement réservées aux médecins (telle que la prescription de médicaments), les étudiants peuvent - au début de cette formation - ne pas être au courant de cela, notamment concernant le développement des professions autres que la leur. A la place, les attitudes des étudiants sont plus basées sur les valeurs et visions traditionnelles des rôles professionnels et de ce que sont les infirmiers, pharmaciens et médecins « types ». Les résultats présentés dans cette étude peuvent refléter cela dans les différences observées entre comment les groupes d'étudiants voient ces 3 professions avant l'intervention IPL.</p> <p>Comme reporté par Stathi et Crisp (2008), il y a un déséquilibre de visions qui peut provenir de conceptions réelles ou perçues à propos des rôles des médecins, pharmaciens et infirmiers dans la gestion du traitement du patient et du besoin de collaborer entre ces 3 professions.</p> <p>Limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comme le temps a un effet clair sur le changement de perceptions, cette étude ne permet pas d'affirmer catégoriquement que l'IPL est la cause. • L'achèvement de l'AHPQ était volontaire et par conséquent, les résultats ne sont pas forcément représentatifs de toute la cohorte. Seul 23% des étudiants qui ont participé à l'IPL ont complété le AHPQ à 2 occasions (avant et après). Par conséquent, il faut être prudent avant de faire des généralisations. 	<p>Si une intervention IPL peut aider à réduire l'écart entre les perceptions de son propre groupe et de comment les autres le perçoivent - en les voyant tous comme plus « soignant » - cela pourrait aider à réduire les biais dans son propre groupe et les préjudices envers les autres groupes professionnels et mener à une collaboration et des services plus efficaces. Il reste à explorer si tel est le cas ou non par des recherches plus vigoureuses dans ce domaine pour que les formateurs et les praticiens puissent améliorer leur compréhension des liens entre les attitudes professionnelles, les interventions IPL, la pratique collaborative et les résultats sur les patients.</p> <p>Les institutions de formation supérieure ont la responsabilité de fixer la fondation pour que les futurs professionnels de la santé soient adéquatement préparés et équipés.</p> <p>L'IPL entre infirmiers, pharmaciens et médecins peut aider à développer des attitudes plus positives. Une exposition précoce peut aider les étudiants à comprendre leurs rôles respectifs en tant que professionnel et comment chacun contribue à la gestion du traitement des patients.</p> <p>Il est important d'essayer de mesurer l'impact de l'IPL sur les attitudes pour que les interventions éducationnelles soient planifiées de la manière la plus efficace possible, permettant aux étudiants de développer leur propre identité professionnelle ainsi que les compétences, savoir, attitudes et comportements qui faciliteront leur future collaboration.</p> <p>Conséquences et recommandations</p>
--	---

10.4.5 Appendice D.5 : Interprofessional education in primary health care for entry level students – A systematic literature review. (Kent & Keating, 2015)

<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le concept clé est l'éducation interprofessionnelle, et la population d'étude est les étudiants en soins de santé.
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objectifs : Cette revue systématique a étudié l'apprentissage des élèves et les résultats des patients associés à la formation interprofessionnelle en ambulatoire et en cliniques de soins primaires. Design : Les bases de données Medline, CINAHL et Embase ont été cherchées jusqu'en mars 2014. Un cadre de méthode d'évaluation mixte a été utilisé pour étudier les participants, les interventions, les effets sur l'apprentissage des élèves et les résultats des patients. Résultats : 26 études répondaient aux critères d'inclusion; 13 étaient quantitatives, avec une prédominance pré-post-enquête, 6 qualitatives et 7 de méthode mixte. Les études les plus étudiées comprenaient des étudiants bénévoles de la médecine, des soins infirmiers et de travail de santé connexes dans les cliniques interprofessionnelles qui ont été établies pour combler les lacunes dans les soins de santé communautaire. Les élèves semblaient acquérir des compétences de travail en équipe et d'accroître leur connaissance des rôles des autres disciplines. Ils n'ont trouvé aucune preuve convaincante que la participation se traduit par des changements dans les attitudes envers les autres disciplines par rapport à l'éducation de la discipline unique. Nous avons également trouvé de preuves suffisantes pour estimer l'efficacité des soins aux patients par des équipes d'étudiants interprofessionnels dans ce cadre par rapport à une seule discipline ou pas de soins. Conclusions : Compte tenu des défis logistiques associés à la coordination clinique, et à la fréquentation des équipes interprofessionnelles, des études de haute qualité sont nécessaires pour évaluer les effets des cliniques sur l'apprentissage des élèves et les résultats de santé des patients.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Cette revue systématique se concentre sur le manque de données probantes: l'effet de l'éducation interprofessionnelle dirigé par les élèves en soins primaires sur l'apprentissage des élèves et les résultats de santé des patients. Les auteurs ont également mené une analyse thématique des études qualitatives pour déterminer les perceptions des élèves sur les résultats d'apprentissage. • La problématique de recherche est actuelle et présente des plus-values dans les soins. Les études actuelles sur le sujet ne sont pas très vastes alors il est important et pertinent de s'y attarder. • Les auteurs reprennent beaucoup de revues systématiques actuellement existantes sur le domaine. Elles citent Lapkin et al., 2013 ; Reeves et al., 2013 ; mais également d'autres sources primaires. Elles font l'état de la question actuelle et mettent en avant que jusqu'à présent aucune étude a été menée et mis le focus sur les étudiants dans leurs premières années d'études.
Cadre de recherche	<p>Le concept clé est mis en évidence mais n'est pas défini sur le plan conceptuel. Les auteurs mettent en avant la nécessité de la mise en place d'une éducation interprofessionnelle dans les plans d'études. Et appuient le fait que ce n'est pas une unique discipline qui est nécessaire pour soigner la population mais bien un amas de disciplines différentes afin d'ouvrir le spectre de compréhension et de complexité des situations de soins actuelles.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de cette revue systématique était de déterminer ce que l'on sait sur la formation interprofessionnelle ou la prestation de services de soins de santé primaires lorsque les élèves travaillent dans des cliniques de soins primaires. Les résultats d'intérêt étaient les mesures d'effets liés à l'éducation des élèves et/ou la santé des patients. Les objectifs secondaires étaient de résumer <ol style="list-style-type: none"> 1) les disciplines qui ont participé aux études incluses, 2) les modèles ou les cadres déclarés pour les activités étudiantes interprofessionnelles dans la prestation de services, 3) les services fournis et 4) les groupes d'utilisateurs ciblés.

METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> Les participants des études incluses devaient être étudiants de 1^{ère} année, avec un minimum de deux groupes professionnels de la médecine, des soins infirmiers ou toute autre discipline de la santé. Les élèves devaient être engagés dans la prestation de services. Pour répondre aux critères interprofessionnels, le rapport devait décrire une certaine interactivité entre les disciplines dans la prestation ou l'apprentissage des soins, bien que les objectifs d'apprentissage interprofessionnel spécifiés ou les activités n'étaient pas essentiels. Étudiants en soins infirmiers ont été les plus fréquemment représentés dans les cliniques interprofessionnelles; Les étudiants en médecine (première à quatrième année) ont participé. D'autres disciplines représentées étaient la pharmacie, la physiothérapie, l'ergothérapie, les éducateurs sociaux et moins fréquemment l'acupuncture, l'audiologie, la dentisterie, la diététique, la gestion de l'information sur la santé, le droit, l'administration des dossiers médicaux, optométrie etc.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> Rien n'a été entrepris étant donné que c'est une revue littéraire.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Une recherche systématique de la littérature a été effectuée par une auteure (FK) dans les bases de données bibliographiques électroniques Ovid, Medline, CINAHL et EMBASE depuis leur création jusqu'au 1er Mars, 2014. Les mots-clés étaient une combinaison de synonymes pour l'éducation, les soins de santé interprofessionnelle et primaire et concepts connexes. Les auteurs ont décidé d'expliquer dans la partie de la discussion la sélection des études comme tel : Vingt-six études répondaient aux critères d'inclusion, 13 rapports de données qualitatives et 20 rapports des données quantitatives. La plupart des études (74%) ont été réalisées aux États-Unis. Les motifs d'exclusion après lecture du texte intégral ont été les suivants: non examinées par des pairs, doublons ou résumés présentés seulement, pas de présence d'éducation interprofessionnelle, les étudiants n'étant pas de niveau bachelors, pas de soins primaires, des étudiants ne participant pas à des soins, et aucun apprentissage des élèves ou les résultats des patients ont été rapportés. Les auteurs n'ont trouvé aucun essai expérimental concernant la randomisation des étudiants ou des patients à des programmes de soins primaires interprofessionnels. Trois essais ont comparé les résultats des élèves dans les interprofessions cliniques de soins primaires à une cohorte d'étudiants qui ne participent pas dans les cliniques (Dienst et Byl, 1981; Florence et al, 2007; Sheu et al., 2011). Toutes les autres études ont utilisé un pré-post-conception, ou collectées uniquement les données post-participation (sans les mesures de base). enquête auprès des étudiants était la méthode la plus courante de l'évaluation des résultats. Toutes les études ont été importées avec des logiciels de gestion bibliographique et les doublons ont été supprimés. Le dépistage initial pour les titres et résumés pertinents a été réalisée par un auteur (FK). Le dépistage indépendant des résumés potentiellement pertinents pour l'inclusion complète de texte a été mené par 2 auteurs (FK et JK) et les désaccords résolus par la discussion. Après accord a été conclu sur les études en texte intégral pour l'inclusion, les données ont été extraites par un auteur (FK), avec vérification aléatoire par un deuxième auteur (JK).
Conduite de la recherche	

<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une table d'extraction de données a été développée pour normaliser l'examen de toutes les études incluses. Les données suivantes ont été extraites: pays, discipline de l'étudiant et de leur année d'étude, les groupes de diagnostic de la clinique, la consultation offerte, conception de l'étude et de données sur l'apprentissage des élèves et les résultats pour les patients. • Toutes les études ont été évaluées pour la qualité des données sur les résultats des élèves ou de santé à l'aide de l'échelle PEDro, qui est conçu pour évaluer les sources potentielles de biais dans les enquêtes sur les effets des interventions. Avantages de l'échelle PEDro pour l'évaluation de la qualité comprend une attention particulière aux sources bien cartographiées de biais qui pourrait influencer sur les résultats de l'étude et des règles de décision claires pour la notation de chaque élément. Un auteur a marqué les études selon les critères d'évaluation de la qualité (FK) avec contrôle aléatoire par un deuxième auteur (JK). • Les études rapportant des données qualitatives ont été évaluées en utilisant une échelle de 24 points de qualité qui portait sur les principales sources de biais signalés à influencer sur les résultats des études qualitatives. • Articles notés dans l'échelle inclus: question de recherche, cadre théorique, la conception justification, description de la méthode, le processus de consentement, le recrutement, la stratégie d'échantillonnage, la méthode de collecte des données, la vérification des données, le codage, la triangulation, la discussion et les limites.
<p>Analyse des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les étudiants et les patients qui avaient participé à des programmes interprofessionnels ont été comparés sur les résultats quantitatifs avec ceux qui ne l'avaient pas, les résultats de l'étude ont été déterminés au moyen de tests des différences significatives entre les groupes. Lorsque les scores pré-post-test ont été signalés, le changement dans les scores dans le temps ont été extraits et résumés par domaine d'apprentissage. Lorsque cela est possible, les données manquantes ont été calculées à partir des données déclarées. Lorsque les écarts-types ne peuvent pas être calculées à partir des données déclarées ont été estimées en utilisant les moyennes des écarts types rapportés pour des mesures comparables. • Les données quantitatives de mise en commun en utilisant la méta-analyse ont été réalisées lorsque cela a été possible. Pour regrouper autant d'informations que possible, les données de pré-post test ont été regroupées en utilisant les données pré-test comme la meilleure estimation des données groupe de contrôle post-intervention, et l'approche plus conservatrice de tests des différences de groupes indépendants plutôt que des tests de différences de mesures répétées. Un modèle à effets aléatoires a été choisi, afin d'appliquer des tests d'hétérogénéité à l'analyse des effets. • Deux chercheurs (FK, BB) ont extrait des résultats d'apprentissage clés rapportés dans les études qualitatives. Les thèmes dominants pour chaque étude ont été déterminés d'abord indépendamment, puis par accord. Les études primaires ont ensuite été revues afin d'analyser davantage le contexte qui sous-tend les résultats pertinents. • Les données quantitatives et qualitatives ont été synthétisées selon les thèmes d'apprentissage dominants qui ont émergé. Malgré l'hétérogénéité des programmes, le but était de fournir une compréhension pratique des interventions qui ont été entreprises et leurs résultats respectifs.

RESULTATS

- Des tableaux présentent les résultats et ceux-ci sont également résumés par un texte narratif.
- Les résultats sont décrits en 2 catégories : Résultats des apprentissages par les étudiants (avec plusieurs sous catégories) et les résultats pour les patients.
- **Résultats sur les apprentissages par les étudiants** : Plusieurs domaines d'apprentissage ont été étudiés en utilisant des méthodes à la fois qualitatives et quantitatives. Ceux-ci incluent une conscientisation culturelle/sociale, le travail d'équipe, la connaissance des rôles, la connaissance des ressources, la perception de gain pour le patient, la compétence et la confiance. L'apprentissage dominant les résultats de toutes les études, et leurs contextes relatifs.
- **Travail d'équipe** : Le résultat d'apprentissage les plus fréquemment rapportés dans les études incluses était le travail d'équipe ou les compétences de collaboration, rapporté comme un résultat d'apprentissage positif dans 83% des études qualitatives et mesuré dans 59% des études quantitatives. Où des post-pré-tests étaient disponibles, des gains importants dans le travail d'équipe ont été signalés dans quatre études (Florence et al, 2007 ; Leeper et al., 2001; McNair et al., 2005; Neill et al., 2007) et aucun changement significatif dans trois autres (Dubouloz et al., 2010; Kuder et al., 2001, Sicat et al., 2014). Florence et al. (2007) ont signalé la préparation significativement plus élevée pour le travail d'équipe interprofessionnelle pour ceux qui avaient participé à l'éducation par rapport à ceux qui n'avaient pas. Leeper et al. (2001) ont rapporté un gain significatif chez les élèves de l'efficacité dans la «communication de l'équipe» et McNair et al. ont trouvés des gains significatifs dans «l'efficacité des étudiants en collaboration» (2005). Dienst et Byl (1981) ont constaté des gains importants dans la «connaissance de l'équipe» à travers leur programme, et aucun changement dans «l'esprit d'équipe» ou «préférence de l'équipe. Dienst et al. en outre indiqué que les étudiants en soins infirmiers sont entrés dans le programme avec une meilleure connaissance des principes du travail d'équipe que la médecine ou de la pharmacie étudiants.
- **Connaissance des rôles** : Une meilleure connaissance ou une compréhension des rôles des autres était le deuxième résultat d'apprentissage dominant émergeant d'études qualitatives. Une augmentation dans la connaissance des ressources pertinentes ou des processus d'orientation a été un thème lié signalé comme positif dans 4 des 12 études qualitatives (Guion et al., 2006; Richardson et al, 2010;.. Scott et al, 2005; Sheu et al, 2013) et l'aptitude des étudiants à utiliser les ressources de la communauté a été sensiblement améliorée dans Leeper et al. (2001).
- **Compétence** : L'augmentation des compétences était un thème dominant dans 5/12 des études qualitatives. Les gains évalués ont été signalés pour la communication et les compétences en gestion de temps (Dubouloz et al., 2010), l'intégration des connaissances et des compétences pratiques (Flinn et al. ; Guion et al., 2006. Wittman et al, 1999) et de la connaissance des attentes des patients (Scott et al.). Compétence a été mesurée dans 11/17 des études quantitatives. Les gains d'apprentissage importants étaient en autonomie (Neill et al., 2007), la sensibilisation des propres limites (Allen et al., 2013), la connaissance gériatrique (Kuder et al., 2001) et les compétences cliniques (Leeper et al., 2001). Warner et al. (2010) ont rapporté des gains de compétences sur un test de pression artérielle pratique et Clark et al. (2003) fait état d'une seule note positive de la connaissance des questions biopsychosociales.
- **Conscientisation sociale et culturelle** : était un thème dominant dans 6/12 des études qualitatives et mesurée en 5/17 des études quantitatives. Où des pré-post-tests ont été effectués, des gains importants ont été signalés dans deux études

Présentation des résultats

	<p>(Allen et al, 2013; Leeper et al, 2001) et des résultats mixtes dans la troisième étude (Flinn et al., 2009). Dans une méta-analyse d'un SMD a favorisé les scores post-test. Toutes les études faisant état de gains chez les élèves impliqués à la sensibilisation sociale ou culturelles travaillant avec les communautés mal desservies ou rurales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gains pour le patient : La perception de gain pour le patient, ou l'amélioration de l'approche centrée sur le patient aux soins de santé ont été des thèmes dominants dans 2/12 des études qualitatives et mesurée dans 5/17 des études quantitatives. Où des pré-post-mesures étaient disponibles, deux études ont rapporté des gains significatifs (Dienst et Byl, 1981; Leeper et al, 2001) et une n'a pas rapporté de gain significatif (Dubouloz et al., 2010). Les études post-test quantitatives de mesurant la perception du gain des patients ont rapporté des résultats positifs (Morello et al, 2010; Sicat et al, 2014; Wittman et al, 1999). • Confiance : L'augmentation de confiance en soi chez les étudiants a été signalée comme un thème dominant dans 3/12 des études qualitatives. Quatre des 17 études quantitatives ont mesuré la confiance des élèves avec une augmentation statistique positive dans deux études pré-post-test (Allen et al, 2013; McNair et al., 2005). Et des résultats positifs ont été mesurés dans deux études uniquement post (O'Brien et al, 2013; Sheu et al, 2011). • Résultats pour les patients : Une évaluation des résultats pour les patients a été décrite pour 4/26 études. Deux vérifications ont été effectuées des soins aux patients (Dienst et Byl, 1981; Kent et Keating, 2013), deux enquêtes de patients ont été menées (Berger et Schaffer, 1986; Kent et Keating, 2013) et des entrevues de patients ont été menées par Dienst et Byl (1981). Les soins fournis par des équipes d'étudiants a été décrit comme «mieux» que les soins habituels par 100% des patients dans Berger et Schaffer (1986) et 83% des patients par Dienst et Byl (1981). L'audit par Dienst et Byl n'a trouvé aucune différence significative entre les soins dispensés par des équipes d'étudiants interprofessionnels par rapport aux étudiants en médecine seule.
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La qualité des études dans le domaine de l'EIP est faible, ce qui limite à la fois l'analyse et les conclusions fondées sur les données déclarées. Les auteurs ont été incapables de répondre en toute confiance à la question sur l'effet des apprentissages interprofessionnels et les résultats sur les patients • La formation interprofessionnelle en soins primaires est située à la périphérie de l'enseignement clinique et n'entre pas toujours dans le cursus de base. • La possibilité d'un biais de sélection parmi les étudiants bénévoles est élevée dans cette revue. • (1) Les résultats d'apprentissage des étudiants issus de la formation interprofessionnelle en soins de santé primaires ont été analysés et synthétisés. En travaillant ensemble, les élèves ont déclaré avoir acquis un apprentissage sur les rôles de leurs collègues et avoir acquis des compétences dans le travail d'équipe ou la pratique en collaboration, et un effet post-intervention a été observé également dans la méta-analyse. Il n'y a pas de preuve convaincante que la participation se traduit par un changement d'attitude envers les autres disciplines. Il n'y a pas de preuves suffisantes pour établir l'efficacité des soins prodigués par rapport aux équipes individuelles de discipline. • (2) Les volontaires interprofessionnels ont été comparés à la cohorte normale dans trois études avec des résultats mitigés. Des gains importants chez les élèves au travail en équipe interprofessionnelle (Florence et al., 2007) et une augmentation de la

	<p>confiance en soi dans les compétences de vaccination (Sheu et al., 2011) ont été signalés, mais aucun gain significatif au niveau du patient, ou sur l'intégralité des soins ont été détectées (Dienst et Byl, 1981).</p> <ul style="list-style-type: none"> • (3) Le placement de soins primaires interprofessionnels sont réalisables et ont le potentiel d'offrir un service utile pour les communautés mal desservies. Il y a la possibilité de réaliser une meilleure intégration des disciplines, en particulier dans la gestion des maladies chroniques, où les élèves peuvent contribuer au dépistage de la santé et faire de la promotion de la santé. • Cette revue systématique de la littérature démontre cependant combien peu est connu sur les élèves et les résultats des patients. <p>Limitations : Le fait que l'étude a été menée par un auteur, entraîne le risque d'erreur. Plusieurs des études incluses décrivent un ensemble d'activités interprofessionnelles, plutôt que de discrets placements de soins primaires. Dans le études sélectionnées il n'est pas clair ce que les auteurs ont étudié, car il semble que seuls les résultats significatifs ont été signalés dans certains rapports.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1) Les auteurs donnent le conseil suivant quant aux résultats : « Il serait intéressant de mieux comprendre quels aspects ont contribué à ces résultats. Les consultations disciplinaires partagées, l'observation des autres dans la pratique, les réunions d'équipe et pratique réflexive ont été décrits comme des mécanismes d'apprentissage, mais il est encore nécessaire de mieux comprendre comment le travail d'équipe est appris. • (2) Des essais expérimentaux comparants les étudiant ayant une éducation interprofessionnelle aux étudiants de discipline unique dans les soins primaires sont nécessaires pour déterminer les avantages relatifs de la prestation de services interprofessionnels pour les étudiants et les patients.
<p>Conséquences et recommandations</p>	

10.4.6 Appendice D.6 : A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs (Lapkin et al., 2013)

<p>Titre</p>	<p>Le titre précise clairement les concepts clé et la population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité • Education interprofessionnelle • Programmes des professionnels de la santé
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé synthétise clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'objectif → Identifier la meilleure preuve possible de l'éducation interprofessionnelle pour les étudiants de la santé. • L'arrière-plan → L'éducation interprofessionnelle est largement vue comme un moyen d'améliorer la communication entre les professionnelles de la santé, afin d'améliorer les résultats sur les patients. • Les critères d'inclusion → Etudes randomisées contrôlées et études quasi expérimentales dans lesquelles 2 groupes ou plus d'étudiants ou professionnels de la santé sont engagés dans l'éducation interprofessionnelle. • La méthode → Recherche en 3 étapes de 10 bases de données électroniques. • Les résultats → 9 études incluses dans la revue : 3 études randomisées contrôlées, 5 études contrôlées avant et après et 1 étude avec contrôle longitudinal. • La conclusion → Les attitudes et perceptions des étudiants envers la collaboration interprofessionnelle et la prise de décision clinique peuvent être potentiellement améliorées par l'éducation interprofessionnelle. Cependant, l'évidence d'utiliser l'éducation interprofessionnelle pour enseigner les habiletés de communication et les habiletés cliniques requiert plus d'investigation. • Les implications pour la recherche → Des futures études randomisées contrôlées explicitement focalisées sur l'éducation interprofessionnelle avec des procédures plus rigoureuses amélioreront la base de preuves pour l'IPE.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il s'agit d'étudier la collaboration et l'éducation interprofessionnelle. Selon Priddis et Wells (2010), plusieurs études rapportent que le partage d'informations, la détermination des responsabilités professionnelles, la construction d'un consensus en ce qui concerne les objectifs du patient et toutes les composantes d'une compétence de communication efficace peuvent être améliorées au travers de l'IPE. Cependant, il y a un manque d'évidence systématique en ce qui concerne son efficacité (Braithwaite et al., 2007). Comme le développement et l'implantation d'un cursus intégrant l'IPE requiert des ressources significatives, son adoption devra être basée sur la preuve de son efficacité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?
Recension des écrits	<p>Afin d'éviter la duplication de recherche, une recherche de littérature a été effectuée sur Cochrane Library, Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews, MEDLINE et DARE afin d'établir si une récente revue sur l'IPE existe → Il en est ressorti 4 revues qui amènent un peu de compréhension quant aux impacts de l'IPE sur les résultats de santé, mais la majorité ont reporté des résultats mixtes. Certaines ont identifié uniquement les revues publiées dans les bases de données, une autre a identifié les articles allant uniquement jusqu'à 2005 et la plupart n'utilisaient pas de moyens de recherche vigoureux et d'instruments de mesure valides, ce qui rend les conclusions sur l'efficacité des interventions d'IPE difficiles.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de cette revue est de rechercher, synthétiser et résumer la preuve disponible des l'efficacité de l'IPE dans les programmes universitaires et de faire des recommandations quant à la direction des recherches futures.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Revue systématique qui prend en compte les études incluant les étudiants ou diplômés de 2 groupes de profession de la santé ou plus engagés dans l'IPE. Les études considérant des universités ayant des bases formelles d'approches pédagogiques d'IPE ont été retenues.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Etant donné que c'est une revue systématique, il n'y a pas de considérations éthiques à prendre en compte.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Devis de recherche : Il s'agit d'une revue systématique de la littérature existant sur l'IPE et son efficacité dans les programmes pour professionnels dans le santé. La revue a pris en compte toutes les études randomisées contrôlées et les études quasi-expérimentales.

<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Etudes publiées et non publiées, limité à la langue anglaise et restreintes aux 10 dernières années (2000-2011). Stratégie de recherche en 3 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche d'abord limitée à MEDLINE et Proquest pour identifier le type d'étude potentiellement disponibles pour la synthèse • Différentes combinaisons de mots-clés dans d'autres bases de données électroniques (AMED, CINAHL, Cochrane (CENTRAL), EMBASE, ERIC, Journals@ovid, MEDLINE, Proquest, PsycINFO → Une description détaillée des stratégies de recherche utilisées dans les bases de données est mise dans un tableau annexe • Recherche à la main pour trouver d'autres littératures et études non publiées (Journal of Interprofessional Care, Conference Proceedings, Directory of open access journals, Mednar) <p>Il a été décidé que les études incluant 5 des 10 critères de qualité méthodologique seraient retenues (résultats sous forme d'un tableau annexe).</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Cf ci-dessus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?
<p>Analyse des données</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme narrative.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme narrative. Les caractéristiques générales des études sont précisées dans des paragraphes distincts. Un tableau présente également les caractéristiques principales de chaque étude (Auteur (s), année, pays, lieu de formation, méthode (devis), participants, interventions IPE, résultats mesurés, résultats, notes).</p> <p>4217 études sont ressorties des recherches sur les bases de données, 75 ont été retenues après lecture du titre et du résumé, 12 après étude du résumé, puis 9 après étude du document en entier.</p> <p>Un tableau présente ce processus.</p> <p>Descriptions des études (devis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais randomisés contrôlés (RCT's) • Devis expérimentaux pré-post test • Contrôles avant/après (CBA's) • Etudes longitudinales contrôlées

Participants

- Etudiants infirmiers
- Etudiants en médecine (principalement)
- Autres professions

Echantillons

Les études présentent des échantillons compris entre 34 et 573 personnes.

Base de comparabilité des groupes

- 7 des études présentaient des groupes de contrôle/expérimentaux homogènes.
- 2 ne précisent pas la nature des groupes

Interventions

Toutes les études ont comparés les résultats entre un groupe expérimental et un groupe contrôle.

- 6 des études ont dispensés les mêmes interventions éducatives aux deux groupes
- 3 ont dispensés des interventions éducatives différentes

Evaluation des résultats

6 études ont utilisés des instruments interprofessionnels validés :

- Interdisciplinary Education Perception Scale
- Readiness for interprofessional Learning Scale
- Student Stereotypes Rating Questionnaire
- Attitudes Questionnaire

2 études ont utilisés leur propre outil sans donner de précisions quant à leur validité.

Descriptions des études

C.f. Tableau article

Résultats

Anderson & al. (2009) :

- Les membres de chaque groupe ont augmentés leurs connaissances sur les résultats d'apprentissage
- Pour les thèmes clés d'apprentissage, les médecins du groupe contrôle (uniprofessionnel) ont eu des meilleurs résultats
- Les étudiants du groupe interprofessionnel ont appréciés de travailler en équipe interprofessionnelle.

<p>Ateah & al. (2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les groupes 1 et 2 (interprofessionnel orienté et interprofessionnel orienté/apprentissage) ont améliorés leurs connaissances, habiletés, perceptions et attitudes vis-à-vis de la collaboration et du travail en équipe. • Le groupe 2 a eu de meilleurs résultats sur les connaissances, habiletés, valeurs et perceptions de la collaboration. <p>Becker & Godwin (2005) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats d'apprentissage étaient meilleurs dans le groupe expérimental (interprofessionnel), ainsi qu'une meilleure attitude envers l'IPE. <p>Bradley & al. (2009) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats étaient meilleurs pour le groupe expérimental après l'intervention, malgré une régression 3-4 mois après. • Les étudiants infirmiers ont eu de meilleurs résultats que les étudiants en médecine en ce qui concerne le rôle. • Les caractéristiques démographiques n'ont aucun effet sur les résultats. <p>Goelen & al. (2006) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de différence entre le groupe contrôle et expérimental dans les perceptions de l'IPE. • L'étude a relevé de meilleurs résultats concernant la perception de l'IPE chez les étudiants hommes <p>Just & al. (2010) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des résultats légèrement plus significatifs ont été relevés dans le groupe expérimental. <p>McFadyen & al. (2010) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les perceptions sont plus positives envers l'IPE dans le groupe expérimental. <p>Nango & Tanaka (2010) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a un plus haut score dans la prise de décision pour les étudiants en médecine ayant participé au groupe expérimental. <p>Street & al. (2007) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les étudiants infirmiers / en médecine ont présentés des attitudes plus positives dans le groupe expérimental. 	
DISCUSSION	
<p>Les résultats sont interprétés sous 3 angles différents :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Changement d'attitudes 2. Résultats des apprentissages 3. Type d'approche à l'IPE 	<p>Interprétations des résultats</p>

	<p>L'interprétation des résultats remet les études sélectionnées sous les 3 angles et les analyses par rapport à cela.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Au niveau du changement des attitudes, il est reporté que cela se remarque clairement sur 3/9 études (Ateah et al., 2011 ; Becker and Goodwin, 2005 ; Bradley et al., 2009) et que 2 études reportent des résultats mitigés (Goelen et al., 2006 ; Street et al., 2007). Le RCT par Street et al. (2007) rapporte un changement d'attitude envers l'IPE chez les étudiants infirmiers uniquement. L'étude de Goelen et al. (2006) a trouvé que statistiquement ce sont les attitudes chez les garçons qui ont été modifiées. 2. 3 études (Anderson et al., 2009 ; Just et al., 2010 ; Nango and Tanaka, 2010) démontrent des résultats mitigés sur les résultats de l'IPE. Chacune des 3 études a montré des résultats positifs mais jamais les mêmes. 3. 3/9 (Anderson et al., 2009 ; Becker and Godwin, 2005 ; Bradley et al., 2009)des études montrent que l'approche classique (en classe) a été utilisée. Ceci a été la méthode la plus appropriée afin de donner un cours à une population d'étudiants assez large. 1 seule étude (Street et al., 2007) a utilisé le practice-based learning afin d'enseigner l'IPE. 1 seule étude (Becker and Goodwin, 2005) a utilisé le e-learning pour l'enseignement de l'IPE. <p>Les limites de l'étude sont définies clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toutes les études utilisées pour la revue avaient des défauts de méthodologie et présentaient un échantillonnage de commodité qui limite la généralisation des résultats • Utilisation de petits groupes (échantillons) dans certaines études ne donne pas assez de poids aux effets des différentes interventions • Dans 7 études le risque de biais était potentiel au niveau du comportement des participants • Les outils d'évaluation utilisés dans les études étaient limités pour la mesure des attitudes et perceptions. <p>La question du caractère transférable n'est pas soulevé mais qu'il serait nécessaire de faire de nouvelles recherches afin de développer et tester l'effectivité de mensurations à travers de méthode rigoureuses afin de démontrer l'impact de l'IPE.</p> <p>Les auteurs donnent comme recommandation que les futures études en EIP doivent mettre le focus sur une procédure de randomisation plus rigoureuse, un plus grand échantillon (population), et des groupes de contrôle appropriés afin d'améliorer le niveau de preuves.</p> <p>Les auteurs indiquent que les résultats de la revue indiquent que les attitudes des étudiants envers la collaboration interprofessionnelle et l'habilité de prise de décision peuvent être améliorés par l'IPE. Toute fois, peu de preuves existent sur la durée (temps) des gains. D'ailleurs il faudrait une meilleure investigation sur l'utilisation de l'IPE dans l'apprentissage des compétences de communication interprofessionnelle, objectifs de soins pour le patient, et les compétences cliniques.</p> <p>Il est important d'indiquer aussi qu'il n'y a pas de résultats négatifs par rapport à l'IPE.</p> <p>Les résultats obtenus sont positifs mais le petit nombre d'études combiné à l'hétérogénéité des interventions en IPE limite la généralisation des résultats.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	

10.4.7 Appendice D.7 : Interprofessional training for final year healthcare students : a mixed methods evaluation of the impact on ward staff and students of a two-week placement and of factors affecting sustainability. (McGettigan & McKendree, 2015)

<p>Titre</p>	<p><u>Concept-clé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation interprofessionnelle <p><u>Population à l'étude</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etudiants de la santé en dernière année • Personnel du service
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche :</p> <p><u>Problème</u> → De multiples défaillances des soins à l'hôpital ont mené à accroître la formation interprofessionnelle dans le domaine médical pour améliorer les équipes de travail interdisciplinaires. Fournir une formation pratique interprofessionnelle a plusieurs challenges et reste peu commune dans les écoles médicales du Royaume-Uni.</p> <p><u>Méthode</u> → Méthode mixte pour examiner l'impact d'une formation interprofessionnelle de 2 semaines entreprise dans un service de réhabilitation médicale par 3 cohortes d'étudiants en dernière année de médecine, soins infirmiers et thérapie. Les auteurs ont déterminé les effets sur le personnel, le fonctionnement du service et les étudiants participant.</p> <p><u>Résultats</u> → Entre 2007 et 2010, 362 étudiants médecins et 26 étudiants infirmiers et thérapeutes ont été placés aux côtés du personnel du service pour délivrer des soins aux patients. Les étudiants ont montré une amélioration significative dans les mesures RIPLS (Readiness for Interprofessional Learning Survey) de travail en équipe, identité professionnelle et soins centrés sur les patients.</p> <p>L'accroissement du nombre d'étudiants et les restrictions budgétaires ont mené à l'arrêt de la mise en place après 3 ans.</p> <p><u>Conclusion</u> → La mise en place d'une formation interprofessionnelle peut être faite dans un contexte clinique sans détriments pour les soins et avec des bénéfices pour tous les participants. La difficulté d'aligner les programmes des étudiants des différentes professions est souvent citée comme barrière à la formation interprofessionnelle.</p>

INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>La complexité des soins de santé requiert de multiples compétences pour assurer les meilleurs résultats pour les patients.</p> <p>Dans la formation médicale, les professeurs sont bien conscients que les médecins doivent être à la fois des bons cliniciens et à la fois un membre effectif de l'équipe multidisciplinaire qui inclut les autres médecins, infirmiers, assistants de soins, thérapeutes et pharmaciens.</p> <p>Il y a également un besoin de travailler efficacement à travers les frontières des disciplines et entre les milieux hospitaliers et communautaires. Cette vision est adoptée par les décideurs de la santé, qui lancent un appel à une formation interdisciplinaire efficace à la fois sur le lieu de travail parmi les professionnels et à la fois durant la formation.</p> <p>Une recension des écrits a été entreprise et nous amène les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation interprofessionnelle qui inclut une formation pratique clinique a commencé avec le « Linköping modèle » en 1986 et incorporait une expérience de travail clinique de 2 semaines • Des autres écoles médicales ont aussi établi une formation interprofessionnelle → Les étudiants des différentes professions travaillaient ensemble parmi un personnel qualifié, planifiaient et fournissaient des soins aux patients. • Bien développé en Suède, ce service de « travail » reste une fonctionnalité peu commune de la formation en soins de santé, malgré les encouragements. • L'évaluation des formations interprofessionnelles dans les cursus de la santé a été généralement positive, mais s'est focalisée sur les visions des patients et des étudiants plutôt que sur l'expérience du personnel du service impliqué dans la formation. <p><u>La formation interprofessionnelle</u> devrait intégrer l'expérience pratique, mais des préoccupations au sujet des étudiants inexpérimentés qui délivrent des soins, de la sécurité des patients, de l'apprentissage de la « culture » professionnelle et des coûts et de la logistique en ont empêché l'adoption.</p> <p>Si la formation interprofessionnelle devait être encouragée, il serait nécessaire d'avoir des connaissances au sujet de son impact sur le personnel clinique et de sa capacité à maintenir des soins de qualité pour les patients, tout en facilitant la formation efficace des étudiants.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Cette étude amène une approche nouvelle et aux multiples facettes à l'évaluation de la formation interprofessionnelle en investiguant non seulement les impacts sur les étudiants, mais également sur l'équipe et les patients.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de cette étude était d'évaluer les impacts d'un placement de formation interprofessionnelle dans un service tant sur le personnel clinique que sur les étudiants. Les objectifs étaient d'examiner les effets sur les exigences du travail et la qualité des soins telles que perçues par le personnel, pour évaluer les mesures standards de fonctionnement de service et déterminer si les expériences influençaient les attitudes des étudiants envers le travail interprofessionnel dans l'équipe multidisciplinaire.</p>

METHODE	
<p>Entre 2007 et 2010, les placements ont été entrepris pour 326 étudiants médecins et 26 étudiants infirmiers et thérapeutes. Les stages de formation interprofessionnelle étaient d'une durée de 2 semaines et on été entrepris dans 2 hôpitaux (un service de réadaptation, 10 services de soins de jour et une clinique des chutes). La plupart des infirmières étaient des formatrices et avaient déjà pratiqué la supervision d'étudiants. Les soins médicaux étaient supervisés par 2 médecins de rééducation et 2 médecins du personnel. Avant le début des stages, le personnel a participé à des ateliers préparatoires sur la formation interprofessionnelle. Les équipes de thérapie ont chacune nommé un chef de la profession interprofessionnelle.</p> <p>Etudiants en médecine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007-2008 = 106 étudiants • 2008-2009 = 116 étudiants • 2009-2010 = 140 étudiants <p>Etudiants infirmiers et thérapeutes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007-2008 = 3 étudiants infirmiers (placement de 3 mois) • 2008-2009 = 10 (dont 3 thérapeutes et 1 physiothérapeute) • 2009-2010 = 16 (dont 3 ergothérapeutes et 5 physiothérapeutes) 	<p>Entre 2007 et 2010, les placements ont été entrepris pour 326 étudiants médecins et 26 étudiants infirmiers et thérapeutes. Les stages de formation interprofessionnelle étaient d'une durée de 2 semaines et on été entrepris dans 2 hôpitaux (un service de réadaptation, 10 services de soins de jour et une clinique des chutes). La plupart des infirmières étaient des formatrices et avaient déjà pratiqué la supervision d'étudiants. Les soins médicaux étaient supervisés par 2 médecins de rééducation et 2 médecins du personnel. Avant le début des stages, le personnel a participé à des ateliers préparatoires sur la formation interprofessionnelle. Les équipes de thérapie ont chacune nommé un chef de la profession interprofessionnelle.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le placement dans les services a été approuvé par HYMS (école médicale de Hull York) et le Conseil des gouverneurs de l'hôpital. Tous les patients (ou leurs tuteurs) ont consenti aux soins par les étudiants. Ils ont reçu de l'information orale et écrite et ont été avertis du fait que le consentement peut être retiré. Pour assurer la sensibilisation des visiteurs en ce qui concerne les étudiants, des affiches décrivant le but de la formation dans les services ont été affichées bien en évidence à l'entrée et dans tous les espaces communs. Une approbation écrite pour utiliser l'évaluation des données a été accordée par le comité d'éthique HYMS. Tous les étudiants et membres du personnel ont été informés que les données seront utilisées à des fins d'évaluation et de recherche.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Etude de cohorte</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Etudiants médecins, infirmiers et thérapeutes placés dans des services pour une durée de 2 semaines chacun Questionnaire RIPLS rempli par les étudiants avant et après l'expérience. Questionnaire sur les facteurs psychologiques et sociaux au travail (QPSNordic) rempli par le personnel soignant avant et après l'expérience. Groupes de discussions avec enregistrement audio.</p>

<p><u>Structures des placements :</u> Chaque placement incluait 8-12 étudiants qui ont travaillé en petits groupes de 3-4. Les étudiants étaient présents dans le service pour environ 14h (réparties en 2 shifts : 1 qui commençait le matin et l'autre l'après-midi) par jour durant leur 2 semaines de placement, pour un total de 7 mois / an. Chacun faisait équipe avec une infirmière et un assistant de soins, et avaient 4-5 patients à charge. Pour gagner en compréhension en ce qui concerne les rôles et compétences des autres professions, tous les élèves ont participé à tous les aspects de soins et pas uniquement aux activités propres à leur profession. Le dernier jour, les étudiants et les groupes d'animateurs se sont réunis pour réfléchir ensemble sur l'expérience et voir comment les résultats d'apprentissage ont été atteints, ainsi que pour évaluer les avantages / inconvénients de l'expérience.</p>	<p><u>Evaluation du personnel :</u> 2 activités ont été entreprises pour évaluer l'impact sur le personnel d'entreprendre le rôle de formateur interprofessionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première activité : Questionnaire sur les facteurs psychologiques et sociaux au travail (QPSNordic) → Questionnaire validé de 123 items, incluant le travail et les caractéristiques de l'organisation et des attitudes liées au travail individuel. 7 des 26 sous-échelles étaient pertinentes pour l'étude. Pouvait être complété de manière anonyme si souhaité. Distribué au personnel en mai et décembre 2007 (avant et après les placements). • Deuxième activité : Groupes de discussion du personnel → 3 groupes de discussion ont été organisés. Première rencontre avant l'arrivée des étudiants et 2^{ème} rencontre après une année de placement. <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^{er} groupe → Participants invités à discuter de leurs attentes, craintes et avantages d'avoir des étudiants travaillant dans leur service. ○ 2^{ème} et 3^{ème} groupe → Participants invités à réfléchir sur leurs expériences, avantages / inconvénients pour le fonctionnement du service, pour les soins aux patients et pour eux-mêmes en tant que professionnels. <p>Chaque groupe comprenait 5 participants afin de représenter la gamme de professions. Durée: 1 heure. Enregistrement audio et transcription pour l'analyse.</p> <p><u>Evaluation du service :</u> Pour évaluer l'impact sur les soins cliniques, des mesures standards ont été recueillies et examinées, y compris les dossiers sur les événements indésirables / critiques, les erreurs de médication, les plaintes avant et après les stages des étudiants.</p> <p><u>Evaluation des étudiants :</u> 2 activités ont été entreprises pour évaluer l'expérience des étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première activité : Préparation à l'enquête sur l'apprentissage interprofessionnel (RIPLS), complétée 1 jour avant l'induction et à la fin du placement. RIPLS = Questionnaire validé, composé de 23 items notés sur une échelle de Likert à 5 points (1 = fortement en désaccord à 5 = fortement d'accord) et séparé en 3 domaines : <ul style="list-style-type: none"> ○ Travail d'équipe et collaboration
---	---



	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identité professionnelle ○ Centration sur le patient • Deuxième activité : Evaluation du questionnaire au sujet du placement complété de manière anonyme par les étudiants à la fin du stage. Une des questions de ce questionnaire est de savoir les étudiants pensaient que ce placement était une expérience précieuse.
<p>Analyse des données</p>	<p><u>Structure des placements</u> : Un résumé est présenté sous forme de tableau (tableau 1) pour illustrer les activités entreprises au cours de chaque quart de travail.</p> <p><u>Evaluation du personnel</u> : Les auteurs ont décidé d'extraire les thèmes communs des discussions afin de se concentrer sur les principales questions d'intérêt et de mettre en évidence les préoccupations et attentes avant l'arrivée des étudiants puis d'explorer l'expérience vécue et les effets inattendus après que les placements aient commencé.</p> <p><u>Evaluation des étudiants</u> : Un tableau (tableau 2) présente les items du questionnaire.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux (4 au total) et résumés par un texte narratif :</p> <p>Tableau 1 = Aperçu de l'horaire quotidien pour les étudiants qui travaillent dans le service de formation interprofessionnelle</p> <p>Tableau 2 = Scores RIPLS des étudiants en médecine et des étudiants en soins infirmiers et thérapie : scores pré- et post- placement et marqueurs de changements</p> <p>Tableau 3 = Scores pour le personnel du service sur les sous-échelles du questionnaire QSPNordic (questionnaire sur les facteurs psychologiques et sociaux au travail)</p> <p>Tableau 4 = Enquête sur l'évaluation de placement des étudiants en médecine : Etat et scores de classement</p> <p><u>Impact sur l'équipe</u> :</p> <p>Le QSPNordic (Questionnaire sur les facteurs psychologiques et sociaux au travail) a été complété par 33 membres du personnel (100%) au cours des ateliers de formation initiale en mai 2007 (avant que les placements aient commencé) et de 16 (48%) en décembre 2007 après 2 mois de stages.</p> <p>Le tableau 3 résume les résultats des 7 sous-échelles (demandes quantitatives / demande de décisions / demandes d'apprentissage / clarté des rôles / défi positif / support du responsable / support des collègues) pertinentes pour les activités de placement. Ni l'ensemble ANOVA (analyse de variances), ni les t-tests individuels n'ont montré de différence significative avant / après</p>

<p><u>Groupes de discussion :</u> 3 thèmes principaux ont émergé en ce qui concerne les attentes et préoccupation au sujet de l'équipe et du service avant l'arrivée des étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enthousiasme • Appréhension • Croyances <p>3 thèmes principaux ont également émergé en ce qui concerne les perceptions de l'expérience et les effets inattendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaisir • Apprentissage • Fierté du niveau de soins aux patients <p><u>Evaluation des services :</u> Sur 500 patients, un seul a refusé les soins aux étudiants. Il n'y a eu aucune plainte au sujet de ces derniers. La durée de séjour des patients a été stable tout au long des périodes de placements.</p> <p><u>Impact sur les étudiants :</u> Les scores de l'échelle RIPLS sont présentés dans le tableau 2 → Résultats pour chaque cohorte d'étudiants médecins et infirmiers + thérapeutes. Les scores sur les échelles du travail d'équipe ont augmenté avant et après le placement. Les scores sur l'identité professionnelle ont diminué de manière significative pour tous. Les changements en ce qui concerne la centration sur le patient sont petits, mais les scores étaient déjà élevés de base. Les élèves ont estimé que 2 semaines étaient suffisantes pour gagner en compréhension au sujet du travail interprofessionnel. La plupart ont considéré cette expérience de placement comme précieuse.</p>	<p style="text-align: center;">DISCUSSION</p> <p>L'évaluation démontre que le personnel qui avait un rôle de facilitateur dans la formation interprofessionnelle ont eu une expérience très positive en ce qui concerne la fierté personnelle, la reconnaissance des compétences, la qualité des soins et la démonstration de la capacité à partager leur expertise avec les étudiants.</p> <p>Le fait de superviser les étudiants n'a pas détourné le temps dédié aux soins des patients et n'a causé aucune perturbation.</p> <p>Les résultats RIPLS ont montré une augmentation de la compréhension des élèves des rôles des autres professionnels et une volonté d'adopter une approche d'équipe afin de partager les connaissances et les compétences au sein de l'équipe multidisciplinaire. Les scores du travail en équipe post-placement étaient nettement améliorés par rapport aux scores pré-placement.</p> <p>En raison du faible nombre d'étudiants en soins infirmiers, la prudence est nécessaire en comparant leurs résultats avec ceux des plus</p>
<p style="text-align: center;">Interprétations des résultats</p>	

<p>grandes cohortes d'étudiants en médecine. Mais il est à noter que leurs scores suggèrent que les étudiants infirmiers étaient mieux préparés au travail en équipe et avaient une plus grande conscience de leur identité professionnelle → Cela montre que leur formation préalable les avaient mieux préparés au travail interprofessionnel. Ceci peut refléter le fait qu'ils sont plus rapidement intégrés dans les équipes en tant que « travailleurs » que les étudiants en médecine qui sont plutôt intégrés en tant qu' « observateurs ».</p> <p>Des études antérieures au sujet de la formation interprofessionnelle basée dans les services ont constaté un impact positif sur les attitudes et opinions des élèves et les résultats de la présente étude sont en accord avec ça. Cependant, l'impact positif n'est pas garanti car de nombreux facteurs ont influencé le succès de cette expérience.</p> <p>Le placement a cessé en 2010 en raison d'un problème de capacité du au nombre croissant d'étudiants en médecine.</p> <p><u>Limites de l'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre d'étudiants des professions autres que médecine était de petite taille en raison de la complexité de la programmation → les auteurs n'ont donc pas pu obtenir une image fiable des effets que les étudiants provenant de plusieurs professions ont les uns sur les autres. • L'étude n'a pas évalué si le placement avait eu un impact sur la vie réelle du travail après que les étudiants en médecine ait obtenu leur diplôme, notamment à cause de l'absence d'un instrument approprié pour évaluer les compétences du travail en équipe des médecins. 	<p>Les auteurs ont montré que dans le fait de fournir une formation interprofessionnelle, il est possible d'intégrer un grand nombre d'étudiants aux côtés du personnel clinique afin de pratiquer les soins aux patients dans un environnement de travail sans nuire à la qualité des soins et avec des bénéfices pour l'équipe et les étudiants.</p> <p>L'étude démontre qu'un obstacle commun, la difficulté d'assurer la représentation d'étudiants de plusieurs professions, peut être surmonté, mais un engagement à financer correctement et à organiser de manière plus large la formation professionnelle afin d'encourager l'apprentissage interprofessionnel continue à être un objectif souhaitable.</p>
	<p>Conséquences et recommandations</p>

10.4.8 Appendice D.8 : Students' perceptions of the interprofessional team in practice through the application of servant leadership principles. (Neill et al., 2007)

<p>Titre</p>	<p>Concepts clés à l'étude : équipe interprofessionnelle (<i>interprofessional team</i>) et leadership.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le résumé est présenté sous la forme d'un paragraphe uni. Il est possible de distinguer 3 parties : (1) problème, (2) méthode, (3) résultats. La discussion n'est pas visible dans le résumé. <p>(1) <u>Problème</u> : l'article étudie les perceptions des étudiants de la pratique interprofessionnelle au travers des principes de leadership, dans un contexte d'offre de soins de bien-être.</p> <p>(2) <u>Méthode</u> : des étudiants de diverses professions de la santé ont été répartis en équipe pour offrir des soins de bien-être. La communication des membres de l'équipe a été soutenue par un coordinateur (de champ professionnel). L'échelle de perception de l'éducation interdisciplinaire (<i>Interdisciplinary Education Perception Scale, IEPS</i>) a été utilisée pour mesurer la perception des étudiants de la pratique interprofessionnelle, au travers d'un devis pré-post-test. Une analyse multivariable a été réalisée en utilisant les facteurs de l'IEPS et ceux qui sont présumés essentiels pour une pratique interprofessionnelle efficace.</p> <p>(3) <u>Résultats</u> : l'analyse univariable a révélé un changement significatif dans les perceptions des étudiants en regard des compétences et de l'autonomie professionnelle, de la coopération et des ressources partagées dans et avec les autres professions, ainsi qu'une compréhension des valeurs et contributions des autres professionnels.</p>
<p>INTRODUCTION</p>	
<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> Phénomène à l'étude / problématique: participation des étudiants à un programme interprofessionnel d'offre de soins à une communauté de personnes vieillissantes. <ul style="list-style-type: none"> Mouvement vers des soins basés sur la communauté (management communautaire). Vieillessement de la population = devient critique au vu de l'évolution de cette tranche de la population. Tendances à la désinstitutionnalisation des soins >> soins à domicile (Meilleure intégration des services de santé). Certains pays ont sauté le pas. Les personnes vieillissantes évitent les soins institutionnalisés. La création d'un modèle de soins interprofessionnel peut permettre de soutenir la fourniture des soins au travers du partage et de l'intégration des connaissances de plusieurs professions en utilisant les (1) ressources communautaires et les (2) fournisseurs de soins locaux. Au travers de ce modèle, les étudiants ont l'opportunité d'exercer et approfondir leurs connaissances, habiletés, et leur compréhension en (1) éduquant, (2) évaluant, et en (3) offrant des interventions en partenariat avec la communauté.

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pertinence dans le contexte des connaissances actuelles</u> : le phénomène est tout à fait pertinent, dans le sens où la population vieillissante, la désinstitutionalisation des soins et l'interprofessionnalité sont des problématiques et des sujets d'actualité. Ainsi, l'évaluation des perceptions des étudiants en regard de la collaboration interprofessionnelle peut promouvoir les expériences d'apprentissages. Offrir des soins interprofessionnels aux adultes vieillissants améliore la qualité des soins et offre aux étudiants une réelle vue de la vie à un âge avancé. <p>Présentation du projet ISU⁶ Senior Health Mobile project⁶ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs : <ol style="list-style-type: none"> (1) promouvoir l'opportunité d'un apprentissage interprofessionnel collaboratif dans un contexte communautaire, (2) établir un partenariat avec une communauté dans l'offre de soins aux adultes vieillissants, (3) enseigner aux étudiants de professions de la santé comment utiliser les principes de leadership dans un processus collaboratif, au travers d'une communication facilitée, (4) construire une appréciation (un avis) sur les adultes vieillissant, leur communauté, leur famille et leur domicile (considéré) comme un contexte de soins. • Prestations fournies à des adultes de 60 ans et + • Interventions (prestations) : <ol style="list-style-type: none"> (1) Evaluation de l'état de santé (<i>health assessment</i>) (2) Education à la santé (<i>health education</i>) (3) Gestion du traitement (<i>medication management</i>) (4) Soins de pieds (<i>foot care</i>) (5) Evaluation de la sécurité du domicile (<i>home safety evaluation</i>) (6) Prévention des chutes (<i>fall prevention intervention</i>) (7) Evaluation et enseignement de l'alimentation (<i>nutrition assessment and teaching</i>) (8) Accès aux ressources (<i>resource access</i>) (9) Dépistage de l'hypertension (<i>hypertension screening</i>) (10) Evaluation des pertes de mémoire (<i>memory loss assessment</i>) (11) Autres interventions
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune recension des écrits n'est formulée dans la recherche. On connaît la problématique rencontrée, mais l'état actuel des connaissances n'est pas précisé. • Il y a présence de sources primaires.

⁶ Idaho State University

Les concepts de leadership (*servant leadership*) et d'équipe (*Team*) sont développés. Le concept de leadership est le **cadre conceptuel** de l'étude, sur lequel se basent les auteurs pour analyser les perceptions des étudiants :

- **Définition du concept de leadership** : le concept de leadership est appliqué dans le projet^a
 - Principes de leadership : (1) écoute, (2) conscience, (3) conceptualisation, (4) prévoyance, (5) intendance, (6) engagement dans l'évolution (la croissance, *growth*) des personnes, (7) construction communautaire.
 - Les étudiants participants sont encouragés à :
 - construire et renforcer leur relation avec les autres membres de l'équipe, ainsi que d'apprécier la valeur de l'expertise et de la contribution de chaque discipline dans l'offre de soins,
 - écouter attentivement pour varier leurs points de vue,
 - réfléchir à leur expérience d'apprentissage,
 - développer la confiance en l'équipe et la communauté,
 - construire leur conscience de soi, renforcée par le soutien des professeurs dans un processus interactif.
 - La prise de décision est basée sur la prévoyance et sur l'évaluation continue des preuves pour améliorer les résultats des soins.
 - L'intégration des principes de leadership n'a pas pour but de diriger les autres personnes, mais plutôt de (1) **répondre à leurs besoins** et de (2) favoriser l'utilisation d'un **pouvoir partagé** dans un effort d'amélioration de l'efficacité dans le rôle professionnel.
 - Objectif du leadership : développer une équipe de soins solide et efficace, impliquant des professionnels plein d'habiletés, créatifs et souhaitant partager le responsabilité en identifiant les buts dans un contexte de soins communautaire.
 - Obstacles : manque de conscience et d'appréciation du potentiel de contribution des autres professions, de leurs frontières et de leur lutte de pouvoir.
 - Au travers de ce processus, les étudiants apprennent à fournir des soins centrés sur le patient, en répondant à leurs besoins et en partenariat avec la famille.

Cadre de recherche

- **Définition du concept d'équipe** :

- Une approche par équipe requiert « *l'interaction de deux ou plusieurs individus de disciplines différentes ayant des rôles spécifiques, pratiquant indépendamment, étant adaptés, et partageant un but commun.* » (Neill, 2007)
- Le but de cette interaction est « *d'améliorer la pratique de chaque discipline et du groupe entier au travers du partage interprofessionnel de connaissances et ressources.* » (Neill, 2007)

Le résultat escompté est « *la compréhension et le respect mutuel de chaque discipline impliquée, et la contribution potentielle dans un contexte de soins.* » (Neill, 2007)

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le but de la recherche n'est pas clairement décrit. On le devine au travers de l'introduction et au fil de la lecture de l'article, même si le but est plus ou moins clairement décrit dans l'abstract (étudier les perceptions des étudiants de la pratique interprofessionnelle au travers des principes de leadership, dans un contexte d'offre de soins de bien-être). On lit clairement le but de l'étude dans la partie méthode. <p>La question de recherche n'est pas précisée, tout comme les variables indépendantes (on suppose que ce sont les étudiants, les soins et les adultes vieillissants).</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> La population à l'étude sont les étudiants de divers champs disciplinaires de l'<i>Idaho State University</i> : soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, sciences de la nutrition et de la santé, assistants en médecine, pharmacie, travail social. Chaque étudiant a participé au projet durant 2 à 15 semaines. Le temps passé dans le projet était indépendant de la durée des études : les étudiants passant moins de temps à l'université ont participé au projet de manière plus intense. La méthode de randomisation n'est pas décrite. N = 114 (4 catégories de disciplines : SI = 56 ; physiothérapie et ergothérapie = 24 ; diététique = 20 ; pharmacie, travail social, médecine et science de la santé = 14)
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> La recherche a été approuvée par le comité de sujets humains de l'<i>Idaho State University</i>. Aucun moyen de préservation des participants n'est décrit.
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> Devis de recherche : pré-test, post-test (RCT) sans groupe contrôle. Le devis permet d'atteindre le but de l'étude, il est adapté. Toutefois, peut-être qu'un groupe contrôle permettrait de voir l'impact de l'TPE sur les étudiants ayant été confronté à elle, en comparaison d'étudiants qui n'ont pas été confrontés.

Conduite de la recherche

La conduite de la recherche (du projet SHM) est décrite comme suit :

- 1) Les étudiants de plusieurs disciplines de la santé ont été répartis dans des équipes.
- 2) Une évaluation des besoins de la population a été entreprise pour faciliter la planification et l'offre des soins.
- 3) Les étudiants ont été répartis selon les besoins de la population et les disciplines de la santé participantes.
- 4) Les étudiants impliqués ont travaillé dans le projet 3 jours par semaine pendant 8 semestres (durée de l'évaluation).
- 5) Généralement, une équipe était composée d'au moins 3 étudiants, d'au moins 2 disciplines différentes. Le superviseur provient de la discipline infirmière. Des enseignants des autres disciplines participaient sur le terrain en fonction des besoins.
- 6) Chaque jour, un étudiant était désigné comme leader. Son rôle était de coordonner les services et participer à la facilitation de l'interaction et collaboration avec les adultes vieillissants.
- 7) La communication facilitée a été soutenue par des moments de réflexion par des (1) prises de décision en équipe, des (2) évaluations des pairs, des (3) rencontres post-cliniques, et des (4) projets en équipe.
- 8) Le superviseur était responsable de l'application des principes de leadership (pendant les entretiens sur le terrain, durant le temps de trajet, durant des entretiens hors du terrain).
- 9) Les équipes ont été supervisées après les entretiens sur le terrain, par leurs enseignants dans l'analyse de leur pratique au travers des principes de leadership (projets écrits, discussions p.ex.). Les étudiants étaient amenés à réfléchir à leurs valeurs et celles des autres professionnels en lien avec leur expérience dans le projet.

Collecte des données :

- › Les données ont été collectées durant 4 ans (8 semestres académiques)
- › Les étudiants ont rempli un pré-test avant le projet pour mesurer leurs perceptions de la pratique interprofessionnelle
- › Les étudiants sortant ont rempli un post-test pour mesurer leurs perceptions de la pratique interprofessionnelle après avoir participé au projet, en utilisant le même outil de mesure que pour le pré-test

Variable indépendante :

- La variable indépendante est appliquée de façon constante, avec les mêmes conditions pour chaque étudiants. C.f. conduite de la recherche

<p>Modes de collectes de données</p>	<p>L'outil (importé) utilisé pour mesurer la perception des étudiants de l'interdisciplinarité est l'<i>Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS)</i> (Luecht, Madsen & Taughter, 1990) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La <i>fiabilité et la validité de l'outil ont été mesurées et établies par les auteurs originaux.</i> • Les étudiants doivent évaluer les interactions interdisciplinaires au travers de 18 items, en pondérant leurs réponses (6= totalement d'accord, 1= totalement en désaccord). • Quatre facteurs supposés essentiels dans la pratique interdisciplinaire sont évalués : (F1) compétence et autonomie professionnelle, (F2) Besoins perçus de coopération professionnelle, (F3) perception de la coopération actuelle et des ressources partagées dans et au travers des professions, (F4) compréhension de la valeur et de la contribution des autres professions.
<p>Analyse des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Méthode d'analyse</u> : MANOVA et analyse univariée
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme narrative, ainsi que par des tableaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1) Une analyse multivariée des variances (MANOVA) a été réalisée sur les 4 facteurs décrits dans l'IEPS • Il y a eu un effet pré-post-test significatif, ainsi qu'un effet de discipline significatif également • Il n'y avait pas d'interaction significative entre les pré-tests et post-test et les catégories de discipline • La <i>trace de Pillai</i> est le test utilisé pour vérifier les hypothèses • 2) Une analyse univariée a été répétée sur les 4 facteurs décrits dans l'IEPS pour reconnaître quels facteurs démontraient une signification du pré-test au post-test. • L'effet pré-post-test a été significatif pour le facteur 1 (compétence et autonomie professionnelle), le facteur 3 (perception de la coopération actuelle et des ressources partagées dans et au travers des professions), et le facteur 4 (compréhension de la valeur et de la contribution des autres professions). • L'effet des disciplines a été significatif pour les facteurs 1 et 3. • Le test de Tukey a été appliqué pour les facteurs 1 et 3 <p>Les résultats ont montrés des changements de perception significatifs dans la pratique de l'interprofessionnalité. Aussi, l'application des principes de leadership améliore la pratique professionnelle de part la construction et le renforcement des relations entre étudiants, permettant une meilleure appréciation de la contribution et de l'expertise de chaque discipline.</p>

DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place de programmes mobiles de soins est une très bonne méthodologie pour préparer les travailleurs à rencontrer les/ répondre aux besoins d'une société changeante. • Selon les données collectées dans cet article, une expérience pratique intégrée cumulée à l'utilisation des principes de leadership peut changer les perceptions des étudiants sur la pratique interprofessionnelle. • Ces résultats concordent avec des études précédentes s'intéressant aux résultats de la pratique interdisciplinaire sur des personnes âgées à domicile et actives dans leur société. • L'utilisation des principes de leadership est une parfaite application des soins interprofessionnels. • Cette étude démontre le processus essentiel d'éducation interprofessionnelle, par le soutien des échanges facilités d'habiletés, de connaissances et des règlements (dispositions) entre les différents professionnels et entre les patients et soignants. • Les limites de l'étude ne sont pas décrites. <p>Les résultats de la recherche, en utilisant l'IEPS, ne décrivent que l'évaluation des facteurs présents dans l'échelle d'évaluation. Les principes de leadership ne sont pas évalués en tant que tels, mais leur utilisation paraît améliorer la collaboration interprofessionnelle.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De futures recherches qualitatives sur la pratique interprofessionnelle devraient renforcer la contribution des principes de leadership dans l'efficacité du processus collaboratif. <p>Impliquer des étudiants en médecine ou d'autres étudiants serait bénéfique pour étoffer l'offre en soins et améliorer l'accès aux soins dans les zones rurales.</p>



10.4.9 Appendice D.9 : *Interprofessional education in allied health: a systematic review.* (Olson &

Bialocerkowski, 2014)

Titre	<ul style="list-style-type: none">• Concepts décrits dans le titre : éducation interprofessionnelle (<i>interprofessional education</i>, IPE) et santé connexes (<i>allied health</i>) Il s'agit d'une revue systématique• Résumé scindé en 4 parties : (1) objectifs, (2) méthode, (3) résultats, (4) conclusions, décrivant les objets principaux de ces chapitres dans l'article.
Résumé	<p>(1) Objectifs (de la revue) : a) se centrer sur une revue de littérature de l'IPE dans un contexte de santé connexe, b) découvrir la meilleure approche dans les cursus de formations et déterminer quels aspects doivent être modifiés dans quel contexte pour promouvoir une expérience d'apprentissage optimale.</p> <p>(2) Méthode : une revue systématique a été entreprise dans 10 bases de données, à la recherche d'articles entre 1998 et 2013, de langue anglaise. Les critères d'inclusion étaient (1) l'utilisation d'une méthode quantitative ou qualitative s'intéressant aux résultats de l'EIP.</p> <p>(3) Résultats : les études mesuraient la compréhension et les perceptions des étudiants en rapport aux autres professionnels, au travail d'équipe et aux connaissances. Les différences de pouvoir et de cursus ont été identifiées comme des facteurs pouvant influencer l'EIP.</p> <p>(4) Conclusions : l'évaluation reste l'objectif principal des études. L'IPE est confrontée à une lutte épistémologique entre les fondements des sciences biomédicales, de la science de la santé et de l'éducation. Les auteurs recommandent aux autres chercheurs d'utiliser la méthode d'analyse réaliste pour étudier l'IPE comme un phénomène, et non pas comme un intervention.</p>
INTRODUCTION	

<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Phénomène à l'étude / problématique : <ul style="list-style-type: none"> › Les soins se centrent de moins en moins sur les désordres (maladies aigus (management institutionnel) mais de plus en plus sur les désordres chroniques (management communautaire), qui s'associe avec la notion de qualité de vie.) › Dans ce contexte, les patients sont soignés dans des organisations complexes, par une multitude de (plusieurs professionnels et en fonction de différents paramètres.) › <u>Problématique</u> : la collaboration et la communication entre ces professionnels sont pauvres, ce qui altère la continuité des soins. • Pertinence et contexte de connaissances actuel : • Signification pour la discipline infirmière : <ul style="list-style-type: none"> › La médecine et les soins infirmiers sont les premiers domaines de la santé dans lesquels l'IPE a été développée
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Synthèse des connaissances sur le sujet : <ul style="list-style-type: none"> › Les preuves (contextuelles et synthétiques) de l'efficacité de l'IPE sont pauvres. › Il y a un manque d'évaluation des changements de connaissances, d'attitudes et de comportements associés à la participation à l'IPE à moyen et long terme. › Inclusion limitée de théories éducatives, psychologiques, sociologiques pour informer les activités d'IPE. › Focus actuel des études : période post-qualification (après diplôme). › Doute sur l'applicabilité des études précédentes sur les étudiants (contexte d'apprentissage est d'importance dans l'IPE). › Besoin d'une meilleure compréhension de l'IPE dans la santé connexe. › Non-transférabilité des modèles d'IPE entre les différentes professions de la santé en raison des trop nombreuses caractéristiques. › Aucune étude jusqu'à présent n'a pris en compte les facteurs en lien avec les étudiants et leur impact potentiel sur l'IPE.

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • But(s) de l'étude : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Décrire les modèles d'IPE dans les universités de santé connexe, selon les caractéristiques suivantes (mais pas que) : <ul style="list-style-type: none"> a) mode d'enseignement (de distribution) et durée des activités d'IPE, b) taille des classes c) place de l'IPE dans le cursus d) professions participantes e) caractéristiques des étudiants et institutionnelles ▸ Décrire les résultats associés à l'IPE dans les universités de santé connexe en terme de : <ul style="list-style-type: none"> a) résultats du processus b) résultats du (sur le) patient et client • leur durabilité (des résultats)
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas pertinent car revue systématique
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Pas nécessaire car pas de sujets humains</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eligibilité des études sélectionnées (critères d'inclusion) [<i>Study eligibility</i>]: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Buts des études : décrire le résultat des activités d'IPE⁷ réalisées par des étudiants dans des universités de professions de santé connexes (gestion des services de santé, pédiatrie, physiothérapie, ergothérapie). ▸ Inclusion d'études quantitatives, qualitatives et mixtes ▸ Dates de publication : 1988 à 2013 • Processus de collecte des données [<i>Data sources and search strategies</i>]: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Elaboration de mots clés et descripteurs scientifiques par un expert en RS⁸ ▸ Recherche dans 10 bases de données : AMED, EMBASE, CINHAL, Cochrane, Medline, Pubmed, PEDro, Sportdiscus, Science Direct, Web of Knowledge. • Les listes de référence des articles ont été révisées pour inclure des articles complétant les critères d'inclusion.

⁷ Activités d'IPE (selon Olson, 2014) : « activités impliquant les étudiants d'une ou plusieurs professions de santé (...) interagissant avec d'autres étudiants de la santé dans le but explicite d'améliorer la collaboration professionnelle ou la santé ou le bien-être des patients/clients. » [Traduction libre]

⁸ Revue systématique

<p>Modes de collectes de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des études [<i>Study selection and data extraction</i>] : <ol style="list-style-type: none"> 1) Application des critères d'inclusion dans les bases de données par 2 chercheurs indépendants. Lecture du titre et de l'abstract de chaque article. 2) Lecture du <i>Full text</i> si : (a) l'étude paraît remplir les critères d'inclusion, ou si (b) un doute existe sur la pertinence de l'étude (par rapport aux critères d'inclusion). 3) Résolution des conflits/désaccords par un troisième chercheur indépendant. 4) Evaluation de la qualité des études incluses par 2 chercheurs à l'aide d'outils d'évaluation critique : <ul style="list-style-type: none"> ▸ <i>McMaster Critical Review Form for Qualitative Studies</i> ▸ <i>McMaster Critical Review Form for Quantitative Studies</i> ▸ <i>McGill Mixed-Methods Appraisal Tool</i> 5) Discussion des désaccords avec un troisième chercheur indépendant 6) Calcul des scores selon l'outil approprié, conversion en pourcentage afin de comparer les devis de recherche 7) Extraction des données suivantes à l'aide d'un outil d'extraction de données préconstruit : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Le modèle d'IPE (incl. Du mode de distribution, durée des activités d'IPE, taille des classes, place des activités IPE dans le cursus, professions participantes) ▸ Les caractéristiques institutionnelles (situation géographique p.ex.) ▸ Les caractéristiques des étudiants (incl. L'âge, le genre, les caractéristiques socio-économiques et culturelle) ▸ Les théories utilisées pour planifier les programmes ou pour comprendre les résultats de l'IPE • Les résultats de l'IPE selon les perspectives des parties prenantes (patient, étudiants, administrateurs)
<p>Analyse des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des données [<i>Data syntheses and analyses</i>] : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Utilisation du coefficient de Kappa pour déterminer l'équivalence intercodeurs. ▸ Les données ont été décrites sous une forme narrative pour avoir une compréhension profonde des facteurs affectant l'IPE. • Utilisation du <i>Times Higher Education World University Rankings 2012-2013</i> pour déterminer le rang (degré de compétitivité) des universités (top 400 : hautement compétitif ; >400 : compétitif ; Lycée : non-compétitif).

10.4.10 Appendice D.10 : The effectiveness of interprofessional education : Key findings from a new systematic review. (Reeves et al., 2010)

<p>Titre</p>	<p>Le titre précise clairement le concept-clé à l'étude : <u>L'éducation interprofessionnelle</u>. La population n'est pas précisée.</p>
<p>Résumé</p>	<p><u>Problème</u> → Durant les 10 dernières années, les revues systématiques sur l'éducation interprofessionnelle (IPE) ont fourni une compréhension plus éclairée des effets de ce type d'interventions. Cette article est une mise à jour d'une revue systématique Cochrane publiée il y a 10 ans (Zwarenstein et al., 1999).</p> <p><u>Méthode</u> → Recherches dans un certain nombre de bases de données électroniques de 1999 à 2006, ainsi que dans des listes de référence, livres, comptes rendus de conférences et de sites web. Seules les essais randomisés contrôlés (RCTs), les études contrôlées avant / après (CBA) et études de séries interrompues dans le temps (ITS) sur l'IPE, qui ont rapporté une pratique professionnelle valide et des résultats sur les soins de santé, ont été incluses.</p> <p><u>Résultats</u> → 6 études sur l'IPE ont répondu aux critères d'inclusion.</p> <p><u>Discussion</u> → Des études mixtes plus rigoureuses sur l'IPE sont nécessaires afin de fournir une plus grande clarté de l'IPE et de ses effets sur la pratique professionnelle et les soins aux patients.</p>
<p>INTRODUCTION</p>	

	<p>Le niveau de preuve de la recherche sur l'éducation interprofessionnelle (IPE) a considérablement évolué au cours des 10 dernières années, mais en raison de sa complexité inhérente, une compréhension claire de ses effets n'est pas encore pleinement à notre portée.</p> <p>La complexité de l'IPE peut être attribuée aux différents éléments impliqués, tels que les antécédents des apprenants, le format et le curriculum, les capacités des animateurs et le contexte organisationnel dans lequel est délivrée l'IPE.</p> <p>De nombreux efforts sont déployés pour identifier des modèles de recherche et des stratégies permettant d'étudier efficacement les interventions complexes (Campbell et al., 2000) pour comprendre leur efficacité. Il est reconnu que les deux méthodes de recherche qualitatives et quantitatives sont nécessaires pour de tels efforts (Oakley et al., 2006).</p> <p>Les revues systématiques en cours jouent un rôle essentiel dans la synthèse des preuves pour résumer les connaissances actuelles et les lacunes existantes et pour identifier les orientations futures. Plusieurs revues systématiques sur la recherche au sujet de l'IPE ont été menées au cours des 10 dernières années.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension des écrits a été entreprise et nous amène les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwarenstein et ses collègues n'ont trouvé aucune étude qui répondait à leurs critères d'inclusion • Les autres revues (avec des critères d'inclusion plus larges) ont fourni quelques indications sur l'impact de l'IPE sur un certain nombre de résultats (changements dans les attitudes des apprenants envers les professionnels, amélioration de la connaissance de la collaboration interprofessionnelle, amélioration du comportement de collaboration, gains dans les prestations de soins aux patients (Cooper et al., 2001 ; Barr et al., 2005 ; Freeth et al., 2005 ; Hammick et al., 2007 ; Reeves, 2001). • Ces revues systématiques reflètent la valeur des méthodes de recherche variées, mais aussi les défis en cours afin de définir l'IPE et ses éléments significatifs.
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Une revue initiale Cochrane visait à examiner les changements qui pourraient être directement attribuables à l'IPE chez les apprenants post-diplômés, mais n'a trouvé aucune étude correspondant aux critères d'inclusion (Zwarenstein et al., 1999).</p> <p>Compte tenu du temps depuis lequel la recherche est en cours dans le domaine IPE et de l'importance des résultats de la recherche quantitative de haute qualité pour comprendre si oui ou non l'IPE atteint ses objectifs en fournissant des preuves généralisables, il était opportun de procéder à une mise à jour.</p>

	<p>Lorsque l'on procède à une revue Cochrane, il est convenu que les examinateurs mettent à jour périodiquement la revue afin d'assurer qu'elle contienne les dernières données. Cette revue présente les résultats de cette mise à jour Cochrane (Reeves et al., 2008).</p> <p><u>Objectifs de la revue :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer l'efficacité des interventions IPE par rapport aux interventions d'éducation dans lesquelles les mêmes professions apprennent séparément les unes des autres. 2. Evaluer l'efficacité des interventions IPE par rapport à un groupe témoin n'ayant reçu aucune intervention d'éducation 3. Nouvelle addition à cette mise à jour afin de refléter une approche plus pragmatique des essais (= stratégies pour étudier les interventions complexes et comparer les effets des interventions avec la pratique habituelle. Dans le domaine de l'IPE, la pratique habituelle ne comporte pas de groupes témoins recevant une intervention d'éducation séparée).
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p><u>Echantillon</u></p> <p>Une intervention IPE est définie comme se produisant lorsque des membres de plus d'une profession de la santé ou du social apprennent interactivement ensemble, dans le but explicite d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et / ou à la santé / le bien-être des patients / clients. L'apprentissage interactif nécessite la participation active des apprenants, et l'échange actif entre les apprenants de différentes professions. Alors que la définition s'adresse à la fois aux apprenants avant et après l'obtention du permis, <u>seuls les apprenants post-diplôme</u> ont fait l'objet de la revue Cochrane.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Il n'y a pas de considérations éthiques explicites étant donné que c'est une revue de littérature.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Revue systématique (mise à jour)</p>

	<p><u>Critères d'inclusion</u> : Seules les études répondant aux critères suivants ont été incluses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention où l'échange interprofessionnel a eu lieu • La formation a lieu • La pratique professionnelle, le processus de soins aux patients ou des résultats de santé et de satisfaction étaient rapportés (mesurés objectivement ou auto-déclaré avec un instrument valide) • L'intervention a été évaluée à l'aide d'une RCT, CBA ou IST <p>Bases de données consultés selon une stratégie de recherche spécialement conçue (associations des mots-clés et filtres répertoriées dans une liste) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE • CINHAL • Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC) <p>Les auteurs ont également fait une recherche à la main et examiné les listes de références des études incluses, 2 livres récemment publiés sur l'IPE (Barr et al., 2005 ; Freeth et al., 2005) et les procès-verbaux des conférences interprofessionnelles.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>2 des auteurs ont examiné indépendamment les 1801 résumés récupérés dans les recherches pour identifier tous ceux qui semblaient répondre aux critères d'inclusion → 56 études ont été identifiées à partir de cette recherche abstraite → Obtention du texte intégral.</p> <p>Les 2 mêmes auteurs ont évalué indépendamment chaque article en texte intégral afin de voir si ils répondaient à tous les critères. Désaccords et incertitudes résolus par la discussion et l'entrée d'un 3^{ème} auteur, qui a également examiné tous les documents finaux → Nouveau contrôle de qualité pour l'inclusion dans l'étude.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>La qualité des études incluses a été évaluée en utilisant les critères de qualité recommandés par EPOC (EPOC Review Group Checklist, 2002). Idéalement, une méta-analyse des résultats de l'étude aurait été réalisée pour la revue, mais cela n'a pas été possible en raison du faible nombre d'études incluses et des différences dans les conceptions méthodologiques et les mesures de résultats à travers les études.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés dans un format narratif et un aperçu des études sélectionnées est présenté sous forme de tableau (présente la nature des interventions IPE mises en oeuvre, les méthodes utilisées pour les évaluer et les résultats rapportés).</p> <p>Au total, 6 études sur l'IPE répondaient aux critères d'inclusion. Les 6 reflétaient le 2^{ème} objectif de la revue : évaluer l'efficacité des interventions IPE comparé au groupe témoin qui n'a reçu aucune intervention d'éducation. Aucune des études ne répondait au premier objectif de la revue (cf : but et question de recherche).</p> <p><u>Interventions</u></p>

Les auteurs des 6 études ont utilisé une large gamme d'approches d'IPE dans leurs études en termes d'objectifs, d'activités et de participants.

Brown et al., 1999 → Ont mis un œuvre un programme de formation sur les compétences de communication interprofessionnelle pour les médecins, infirmières praticiennes et optométriste. Intervention IPE composée de 2 ateliers de 4h à un mois d'intervalle → Composante didactique, jeux de rôles, dialogue interactif.

Thompson, Kinmonth et al., 2000 → 4 séminaires d'IPE d'une heure à des médecins généralistes et infirmières praticiennes afin de mettre en œuvre en collaboration un guide de pratique clinique pour améliorer la reconnaissance et la gestion de la dépression dans les pratiques de soins primaires basées aux USA → Discussion en petits groupes, jeux de rôles...

Thompson, Rivara et al., 2000 → Interventions d'IPE sur 2 demi-journée pour médecins, infirmières praticiennes, médecins assistants, infirmières auxiliaires et assistants médicaux.

Campbell et al., 2001 → Programme d'IPE de 2 jours mis en œuvre par les organisations de prévention de la violence → Enseignement didactique, jeux de rôles, planification de l'équipe, travail d'équipe pour élaborer un plan d'action écrit.

Morey et al., 2002 → Programme d'IPE pour le personnel dans 9 départements d'urgence → Conférences, discussions interactives, exercices pratiques, discussions de segments de vidéos. Chaque membre du personnel a effectué un stage de 4h dans lequel les comportements de travail d'équipe ont été pratiqués et critiqués par un instructeur.

Young et al., 2005 → Cours d'IPE destiné à des psychiatres, infirmières, thérapeutes, gestionnaires de cas, personnel résidentiel, travailleurs de la santé mentale et travailleurs de soutien administratif. 6 composantes éducatives organisées sur une période de 1 an → Discussions, petits groupes, techniques de jeux de rôles et 3-4 visites sur sites.

Etudes et résultats

Cohérence dans l'approche méthodologique : 2 devis CBA et 2 RCTs.

Cohérence dans le types d'étude des données recueillies : données d'audit, enquêtes pré-validées...).

Variations en terme de collecte des données → Par exemple, Young et al. ont recueilli des données au départ et 1 an après la livraison de leur programme alors que Morey et al. ont recueilli des données à 2 intervalles de 4 mois suivant leur IPE.

Brown et al. → Le programme de formation sur les compétences de communication n'a pas amélioré les scores de satisfaction des patients.

Thompson, Kinmoth et al. → Aucune différence entre les groupes d'intervention et groupes contrôlés par rapport à la reconnaissance des symptômes dépressifs. Pas d'amélioration des résultats des patients déprimés.

Thompson, Rivara et al. → Les enquêtes documentées sur les violences domestiques ont augmenté de 14.3%.

Campbell et al. → Les services d'urgence ayant reçu l'intervention ont enregistré des niveaux significativement plus élevés sur toutes les composantes de « la culture du service d'urgence » et des niveaux plus élevés de satisfaction des patients.

Morey et al. → Amélioration statistiquement significative de la qualité des comportements de l'équipe observée entre les groupes expérimentaux et les groupes contrôlés suivant la formation. Nette diminution du taux d'erreurs cliniques dans le groupe d'intervention.

Young et al. → Les praticiens de la santé mentale dans le groupe d'intervention ont rapporté des scores significativement plus élevés par rapport au travail d'équipe, aux approches holistiques, à l'éducation sur les soins, aux méthodes de réhabilitations et à la compétence globale.

Qualité

Une évaluation de qualité de chaque étude a été entreprise → Evaluation minutieuse de chaque étude par rapport à un certain nombre d'éléments :

Pour les 4 RCTs :

- Dissimulation de la répartition réalisée dans 2 études et pas claire dans 2 études.
- Evaluation aveugle des résultats faite dans toutes les études, ainsi que la mesure de référence.
- Suivi des professionnels entrepris dans 3 études et pas clair dans 1 étude.
- Protection contre la contamination complétée dans 3 études et pas claire dans une étude.

Pour les 2 CBA :

- Les 2 avaient des mesures de base, l'évaluation des résultats primaires et la protection contre la contamination.
- Dans 1 étude on ne sait pas si il y a eu un suivi des professionnels et dans l'autre il n'y a pas eu.

5 des 6 études ont été basées sur des petits échantillons. La 6^{ème} étude avait une taille d'échantillons plus grande. Il n'y avait pas toujours un nombre équilibré de groupes contrôlés et expérimentaux.

1 étude a été qualifiée de "haute qualité" et les 5 autres ont été qualifiées de « qualité modérée ».



DISCUSSION

L'objectif de leur première revue Cochrane (Zwarenstein et al., 1999) était d'évaluer l'efficacité des interventions IPE par rapport aux interventions d'éducation dans lesquels les mêmes professions apprenaient séparément les uns des autres. Ici, les auteurs ont élargi la portée de cet examen. Compte tenu de leur amélioration de la connaissance des défis de la mise en œuvre IPE, ils ont décidé d'évaluer l'efficacité des interventions IPE par rapport aux groupes témoins n'ayant reçu aucune intervention de l'éducation.

Alors que la précédente revue n'avait trouvé aucune étude rencontrant les critères d'inclusion, cette revue mise à jour a trouvé 6 études :

- 2 ont déclaré des résultats positifs
- 2 ont rapporté des résultats mixtes (effets positifs et neutres)
- 2 ont rapporté que l'IPE n'a eu aucun impact ni sur les processus de soins de santé, ni sur les soins ou résultats de santé des patients

Ces 6 études ne proposent pas de mieux comprendre comment l'IPE a affecté les changements rapportés dans les journaux ou tout rôle que l'IPE a joué dans les relations aux autres composantes contenue dans les interventions décrites dans les études.

Les études qui utilisent des méthodes quantitatives aussi bien que qualitatives fourniront une compréhension plus complète à la fois de l'impact de l'IPE et à la fois des processus qui sous-tendent les résultats rapportés.

Limites

- Le petit nombre d'études admissibles fait que la compréhension des effets de l'IPE et de comment les résultats désirés sont atteints est encore limitée. 2 facteurs principaux en limitent la compréhension : l'hétérogénéité des interventions IPE et les limites méthodologiques des études.
- Méthodologiquement, les études contenaient un certain nombre de limitations, telles que la petite taille des échantillons et le fait de ne pas utiliser de procédure de randomisation appropriée → La capacité de ces études à fournir un niveau de preuve convaincante généralisable sur les effets de l'IPE est faible.
- Les mesures des résultats sont utiles pour fournir un aperçu des effets de l'IPE sur la pratique professionnelle, les processus de soins aux patients, la santé et la satisfaction des résultats, mais le focus était minimal en ce qui concerne la mesure des changements dans la collaboration et comment ces changements sont liés aux résultats mesurés.
- Manque d'utilisation de méthodes qualitatives.

→ Cette revue a permis de réexaminer les travaux précédents, de comprendre les progrès réalisés et d'identifier les lacunes dans les connaissances.

Interprétations des résultats

Compte tenu des limites décrites ci-dessus, les futures études sur l'IPE devraient fournir un focus explicite sur l'IPE et employer des stratégies quantitatives et qualitatives rigoureuses afin de fournir des indications plus complètes sur la façon dont les effets de l'IPE changent à la fois les processus de soins de santé et résultats aux patients.

Les futures études randomisées contrôlées avec des procédures rigoureuses de randomisation et dissimulation de la répartition, des échantillons plus importants et des contrôles de groupes plus appropriés permettraient d'améliorer la base de preuve de l'IPE. Les travaux futurs devraient également examiner explicitement l'efficacité de l'IPE par rapport aux interventions à multiples facettes où l'IPE est prévue en plus d'autres types d'interventions interprofessionnelles (ex : outils de communication interprofessionnels).

Conséquences et recommandations

L'idéal serait d'examiner l'efficacité de l'IPE par rapport à l'éducation uniprofessionnelle étant donné le désir de comprendre les avantages de l'utilisation de l'IPE. La recherche future pourrait permettre des comparaisons entre IPE et approche uniprofessionnelle.

Le fait que 4 des 6 études aient rapporté une série de résultats positifs incite à continuer de comprendre, dans des termes plus complets, les effets de l'IPE.

Les résultats de cette étude peuvent contribuer à l'accumulation de preuves générées par le nombre croissant de recherches et revues systématiques effectuées au cours des dernières années. Ils pointent vers le besoin de continuer à renforcer la qualité des études utilisant à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives afin d'assurer qu'elles puissent fournir un aperçu complet sur l'IPE.

10.4.11 Appendice D.11 : Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. (update) (Reeves et al., 2013c)

<p>Titre</p>	<p>Le titre précise clairement les concepts clés, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'éducation interprofessionnelle • Les effets sur la pratique professionnelle • Les effets sur les résultats de soins de santé <p>Mais il ne précise pas la population à l'étude.</p> <p>Le résumé synthétise clairement :</p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'arrière-plan → Le soin au patient est une activité complexe qui demande une collaboration efficace entre les différents professionnels de la santé et du social. L'éducation interprofessionnelle offre un moyen d'améliorer la collaboration et le soin au patient. • Objectifs → Evaluer l'efficacité de l'éducation interprofessionnelle comparé à l'éducation propre à chaque discipline et évaluer les effets de l'éducation interprofessionnelle comparé aux « non interventions éducatives ». • Méthodes de recherche → Recherches dans des registres tels que Cochrane, Medline, Cinhal entre 2006 et 2011, afin d'effectuer une mise à jour de la revue sortie en 2008. Il y a aussi eu, cette fois-ci, une recherche manuelle dans le Journal of Interprofessional Care entre 2006 et 2011 afin de référencer les articles. • Critères de sélection → Essais randomisés contrôlés (RCT'S), études contrôlées avant et après(CBA), études en séries interrompues dans le temps (ITS) sur les interventions de l'éducation interprofessionnelle • Collecte des données et analyse → 2 auteurs ont évalué indépendamment l'éligibilité des études potentiellement pertinentes, ont extrait les données et ont évalué la qualité des études incluses. Une méta-analyse des résultats des études n'était pas possible à cause du petit nombre d'études incluses et de l'hétérogénéité des méthodes et des mesures des résultats. • Principaux résultats → 9 nouvelles études viennent s'ajouter aux 6 préalables de l'étude de 2008. Cette revue inclut donc 15 études (8 RCT's, 5 CBA, et 2 ITS). 7 de ces études indiquaient que l'éducation interprofessionnelle amène des résultats positifs dans les domaines suivants : soins aux diabétiques, département d'urgence et satisfaction des patients, comportement de l'équipe collaborative, réduction des taux d'erreurs cliniques parmi les équipes des départements d'urgence etc. 4 études rapportent des résultats mis (positifs et neutres) et 4 autres études démontrent pas de résultats • Conclusions des auteurs → Cette revue a trouvé 15 études qui correspondaient aux critères d'inclusion. Il n'est pas possible de dessiner des inférences générales à propos des éléments clés de l'éducation interprofessionnelle et son efficacité. Afin d'augmenter la qualité de l'évidence de l'IPE et ses résultats sur le patient, les auteurs donnent trois éléments que le résumé devraient contenir :

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Des études qui évaluent l'efficacité des résultats de l' IPE sur le patient ou sur les résultats du processus de soins de santé. 2. Des RCT, CBA ou ITS avec des études qualitatives examinant les processus relatifs à l'IPE et au changement de pratique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Ce document est une mise à jour d'une revue déjà existante (Reeves & al., 2008). Ici il s'agit de mettre en avant les effets de l'éducation interprofessionnelle sur la pratique professionnelle et les bénéfices pour les soins.</p> <p>Le problème est pertinent pour les connaissances actuelles, car l'intérêt suscité par l'éducation interprofessionnel est de plus en plus grand. D'autre part, l'IPE promeut une meilleure communication interprofessionnelle ainsi qu'une meilleure collaboration qui aide la coordination des soins aux patients.</p> <p>L'IPE tend à encourager les différents professionnels à se rencontrer, à interagir en apprenant à collaborer ensemble pour avoir les meilleurs résultats possibles.</p> <p>Le petit nombre d'études, inclus dans cette revue, limitent la compréhension des composants de l'IPE et son efficacité. Selon les auteurs, plus d'études sont nécessaires à cela.</p>
Recension des écrits	<p>Etant donné que cette revue est une mise à jour d'une ancienne revue, la recension des écrits c'est basé sur les anciennes connaissances et a prolongé la date jusqu'en 2011 afin de présenter le problème de recherche.</p> <p>Les auteurs présente l'état de la question en présentant le problème de recherche en citant plusieurs sources primaires. (Reeves, 2008; Zwarenstein, 2000 ; WHO, 2010) (CJHC, 2010)(Berridge 2010 ; Suter, 2012)(Barr 2005 ; etc)</p>
Cadre de recherche	<p>Etant donné que c'est une revue, les mots-clés ne sont pas clairement définis dans l'introduction.</p> <p>Le cadre de recherche n'est pas explicite étant donné que c'est une revue systématique.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les 2 objectifs de cette revue sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> → D'évaluer l'efficacité des interventions d'éducation interprofessionnelle comparé aux interventions d'éducation dans lesquelles chaque profession apprend indépendamment des autres. → D'évaluer l'efficacité des intervention d'éducation interprofessionnelle comparé aux groupes contrôles qui n'ont reçu aucune intervention éducative. <p>Etant donnée que c'est une revue de littérature, il n'y a pas de question de recherche précise, mais le titre évoque clairement le sujet de la recension.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Professionnels de la santé et du social (Comprends tous les métier : chiropracteurs, médecin, physiothérapeutes, pharmaciens, infirmiers, psychologues, psychothérapeutes, sage-femme, TRM, logopédistes, etc.)</p>

Considérations éthiques	Etant donné que c'est une revue il n'y a pas de considérations éthiques à prendre en compte.
Devis de recherche	<p>Pour la recherche d'articles les auteurs ont recherché dans plusieurs bases de données : EPOC, MEDLINE, CINAHL la période de recherche allant à chaque fois entre 2006-2011.</p> <p>Mais également une recherche manuelle dans le Journal of Interprofessional Care entre 2006 et 2011 a été effectuée. → 76 abstracts</p> <p>Il n'y a pas eu de restriction de langage qui a été mise en place dans la recherche d'articles.</p> <p>La recherche a généré 3069 résumés (285 de EPOC, 1460 de MEDLINE et 1248 de CINAHL et 76 de JIC)</p> <p>Après suppression des doubles, 2733 résumés sont restés.</p> <p>3 auteurs ont évalué indépendamment l'éligibilité des 2733 études potentiellement utilisables, en ont extrait les données et ont évalué la qualité des études incluses en ayant 4 éléments en tête :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présence d'une intervention où un échange interprofessionnel a eu lieu 2. Une formation a eu lieu 3. Des résultats sur la pratique professionnelle, sur les soins aux patients ou la satisfaction des patients ont été signalés. 4. L'intervention a été évaluée utilisant des essais randomisés, des études contrôlées avant/après et des études non-interrompues. <p>28 études sont ressorties après la lecture du résumé. Par la suite les mêmes 3 auteurs ont lu le texte entier des articles afin de connaître si tous les critères d'inclusion étaient présents. Un 4^{ème} auteur a été mis en place afin de contrôler la qualité des études.</p> <p>→ 9 études supplémentaires sont donc venues s'ajouter aux 6 précédentes.</p>
Modes de collectes de données	<p>Afin de vérifier la qualité des études 2 auteurs ont utilisé un outil créé par EPOC afin de vérifier la qualité des études. Que ce soit pour les RCTs comme pour les études contrôlées avant/après en utilisant 9 critères.</p> <p>Grâce à cela les différentes études ont pu être cataloguées selon leur qualité de protection envers les biais (hautement protégé, moyennement ou faiblement)</p> <p>3 auteurs ont également extrait les informations suivantes des études :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Type d'étude (RCT, CBA ou ITS) 2. Cadre de l'étude 3. Population de l'étude 4. Description du programme d'étude 5. Description d'un type d'intervention en addition à l'IPE 6. Principales mesures des résultats 7. Résultats mesurés
Conduite de la recherche	<p>Information additionnelle ayant pu affecter les résultats</p>
Analyse des données	<p>Une méta-analyse des résultats des études aurait été le plus probant, mais du à l'hétérogénéité des articles (résultats, types d'interventions), au petit nombre d'articles (15), cela n'a pas été possible.</p>

RESULTATS

Les résultats de chaque étude sélectionnée pour la revue de littérature ont été résumés dans un tableau contenant :

- Méthode
- Participants
- Interventions
- Résultats
- Notes
- Risques de biais.

Un tableau regroupe les études non sélectionnées et la raison de l'exclusion de chacune.

Un tableau supplémentaire évalue la qualité de chacune des 15 études sélectionnées selon différents items, notamment la qualité générale et la fiabilité des résultats.

Les résultats sont présentés par un texte narratif divisé en 3 parties :

- **La description de chacune des 15 études qui correspondent aux critères d'inclusion :**

RCT's :

1^{ère} étude (Barcelo, 2010) → Décrit un essai randomisé contrôlé qui a pour but d'augmenter la qualité des soins diabétiques dans les centres de soins primaires utilisant un modèle de soins chroniques. 43 équipes basées dans 10 centres de soins ont participé à l'étude. La population d'étude comprenait : médecins, infirmiers, nutritionnistes et psychologues. Dans l'étude 5 centres ont reçu la formation et 5 n'ont pas eu de formation. L'intervention a consisté en une amélioration de la qualité à multiples facettes au cours de laquelle les équipes et les patients ont participé à 3 séances d'apprentissage dans un délai de 18 mois. Les objectifs de l'intervention étaient basés sur les problèmes identifiés par une pratique de chaque centre de soins.

2^{ème} étude (Brown, 1999) → Essai randomisé contrôlé pour examiner si un programme de formation aux compétences de communication pour les médecins, médecins assistants, infirmiers praticiens et optométristes augmentait les compétences de communication avec les patients.

3^{ème} étude (Campbell, 2001) → Essai randomisé contrôlé de groupe qui a évalué un programme de formation interprofessionnelle pour des médecins, infirmiers, assistants sociaux et administrateurs de la santé dans un département d'urgence, ainsi que pour des représentants d'organisations nationales de services locaux de la violence, pour améliorer l'efficacité de leur réponse collective à la violence conjugale.

4^{ème} étude (Helitzer, 2011) → Essai randomisé contrôlé de groupe qui a évalué les effets d'une intervention qui a pour but d'augmenter la capacité de communication centrée sur le patient et la maîtrise de discuter du risque pour la santé des patients. 26 soignants étaient inclus dans l'étude : 12 faisant partie du groupe d'intervention et 14 du groupe de contrôle. L'intervention consiste en un entraînement en portant un focus sur la communication centrée sur le patient sur les facteurs de risques comportementaux. Incluant une journée dédiée à l'IPE

Présentation des résultats

5^{ème} étude (Nielsen, 2007) → Essai randomisé contrôlé de groupe afin d'évaluer l'efficacité de la formation de l'équipe d'intervention afin de réduire les effets indésirables et d'améliorer le processus de soins à l'hôpital et dans les unités d'accouchement. 15 hôpitaux ont pris part à l'étude, 7 en tant que sites où l'intervention a lieu et 8 en tant que sites de contrôle. L'intervention a consisté en une session de 3 jours de session de formation d'instructeur comprenant 4 heures de leçons didactiques, scénarios vidéo et entraînement interactif de structure d'équipe, planification et résolution de problèmes, communication, et compétences d'équipe.

6^{ème} étude (Strasser, 2008) → Essai randomisé contrôlé de groupe afin d'évaluer les effets d'une intervention en IPE sur une équipe travaillant dans une Stroke Unit. 227 personnes divisées dans 14 équipes ont reçu intervention contre 237 répartis dans 15 équipes contrôlé sans intervention. L'intervention consistait en programme en plusieurs phases de l'IPE donné sur 6 mois.

7^{ème} étude (Thompson, 2000a) → Essai randomisé contrôlé de groupe pour évaluer l'efficacité de l'éducation interprofessionnelle et un guideline de pratique clinique pour améliorer la reconnaissance et la prise en charge (management) de la dépression dans les pratiques de soins primaires au Royaume-Uni.

8^{ème} étude (Thompson, 2000b) → Essai randomisé contrôlé de groupe pour examiner l'efficacité d'une intervention d'une année pour améliorer l'identification et la prise en charge de la violence domestique dans une clinique de soins primaires aux USA.

Etude contrôlée avant et après

9^{ème} étude : (Janson, 2009) → Etude CBA qui a pour but d'améliorer les soins et les résultats des personnes atteintes de diabète type 2 en améliorant la façon de donner des soins par des équipes interprofessionnelles. Participants consistaient en équipes interprofessionnelles de 120 apprenants (médecins, infirmiers pharmaciens). Le groupe control comprenait 28 médecins internes. L'intervention a impliqué des présentations didactiques hebdomadaires, des discussions cliniques et visites cliniques avec les participants.

10^{ème} étude (Morey, 2002) → Etude CBA (contrôlée avant et après) pour évaluer l'efficacité d'un programme pour améliorer les comportements de collaboration du personnel médical (médecins, infirmiers, techniciens et greffiers) d'un service d'urgence.

11^{ème} étude (Rask, 2007) → Etude CBA qui visait à évaluer une gestion d'un projet d'amélioration de la qualité interprofessionnel dans les maisons de retraite. Les participants étaient composés de 19 équipes interprofessionnelles. Le groupe contrôle composé de 23 équipes. L'intervention a consisté en un atelier interprofessionnel d'un jour et un deuxième atelier environ un mois plus tard afin de répondre aux défis.

12^{ème} étude (Weaver, 2010) → Etude CBA qui a évalué une intervention visant à améliorer le travail d'équipe pour le personnel de la salle d'opération sur la base de deux hôpitaux communautaires. Au total, 55 professionnels ont participé à l'intervention : 29 dans le groupe d'intervention et 26 dans le groupe de contrôle. L'intervention consistait en une session de quatre heures qui comprenait des présentations didactiques et des activités interactives de rôle entre les participants visant à améliorer leurs connaissances et compétences de travail en équipe et la collaboration.

13^{ème} étude (Young, 2005) → Etude CBA (contrôlée avant et après) qui a évalué les effets d'une innovation du consommateur – conduit pour améliorer les compétences des praticiens en santé mentale qui travaillent dans une communauté de fournisseurs de soins en santé mentale aux États-Unis.

Etudes en séries interrompues dans le temps (ITS)

14^{ème} étude (Hanbury, 2009) étude qui visait à tester l'efficacité d'une théorie de l'intervention du comportement planifié pour augmenter l'adhésion de la communauté de professionnels en santé mentale à une ligne directrice nationale de la prévention au suicide. L'intervention a été livrée à 49 participants. L'intervention comprend trois composants conçus pour cibler les croyances normatives. Tout d'abord, une présentation qui contenait des déclarations factuelles, statistiques et graphiques tirés de publications clés du gouvernement en soulignant et en soutenant la base de preuves directives. Deuxièmement, un groupe de discussion interprofessionnelle a été facilitée pour veiller à ce que les croyances normatives positives soient soulignées et des croyances normatives négatives contestées. Troisièmement, le travail de groupe interprofessionnel sur la base de deux vignettes, de la vie réelle, ont été réalisées par les participants.

15^{ème} étude (Taylor, 2007) études qui ont évalué les effets d'une intervention visant à améliorer la prestation des services de diabète standard et les soins aux patients. Seulement des professionnels basés dans une seule clinique de soins primaires ont participé à l'étude. Une intervention de huit heures a été remise aux participants. L'intervention a consisté en une série d'activités interactives qui visaient à améliorer la communication interprofessionnelle, le travail d'équipe, l'organisation du flux de travail et l'échange d'informations afin d'améliorer les soins de 619 personnes atteintes de diabète.

• **Le risque de biais dans les études sélectionnées**

Le risque de biais dans les études était variable. Voir figure 2 pour les études RCT et les CBA. Et figure 3 pour les études ITS. Sur les 8 études RCT, 4 rentraient dans 5/9 des critères EPOC. 3/5 CBA rentraient dans 5/9 des critères EPOC sur le risque de biais. Pour les ITS, les critères EPOC sont uniquement de 7 et 1 étude sur les 2 rencontre 4/7 critères de risques de biais.

4 sur les 8 RCT (Campbell, Strasser, Thompson a et b) rapportent une protection contre les biais. Toutes les RCT démontrent une référence adéquate sur la mesure des résultats. Toutes les RCT démontrent des évidences de biais.

• **Les effets des interventions**

Sur les RCT's :

Les résultats de l'étude de **Barcelo** indiquent que la proportion de personnes ayant un bon contrôle de la glycémie (taux d'hémo-

	<p>globine glycosylée (HbA1c) < 7 % (53 mmol/mol)) parmi ceux dans le groupe d'intervention a augmenté de 28% à 39 % après l'intervention (valeur de $p < 0,05$). La proportion de personnes obtenant trois ou plus des objectifs d'amélioration de la qualité est passée de 16,6% à 69,7% (valeur $p < 0,001$) dans le groupe d'intervention alors que le groupe de contrôle a connu une baisse non significative de 12,4% à 5,9% (valeur $p = 0,118$).</p> <p>Dans l'étude de Brown, le programme de formation aux compétences de communication n'a pas amélioré les scores de satisfaction des patients.</p> <p>Dans l'étude de Campbell, les départements d'urgence qui ont reçu l'intervention pour améliorer les réponses aux femmes battues ont enregistré des niveaux significativement plus élevés sur toutes les composantes de la « culture de l'urgence » (par exemple des protocoles appropriés, brochures, listes de contrôles et d'intervention, liste d'informations de référence disponibles pour le personnel...) et des niveaux plus élevés de satisfaction des patients que dans le groupe de contrôle. Par contre, il n'y avait pas de différences significatives dans les taux d'identification des victimes de violence conjugale et dans les dossiers médicaux des groupes expérimentaux et de contrôle.</p> <p>L'étude Helitzer a rapporté que l'intervention a généré des changements significatifs et persistants dans la communication centrée sur le patient dans le groupe d'intervention. Après six mois, une différence significative a été observée dans les scores pour les patients, qui ont bénéficié du groupe d'intervention ($F(1, 20.59) = 8,43$, valeur de $p < 0,01$). Après 18 mois, le groupe d'intervention a obtenu des scores plus élevés ($F(1, 17.16) = 5,48$, valeur $p = 0,032$).</p> <p>Nielsen n'a pas trouvé de différences statistiquement significatives entre les groupes d'intervention et de contrôle. Les données sur la prévalence de l'issue défavorable étaient similaires dans les groupes de contrôle et d'intervention, à la fois au départ et après la mise en œuvre de la formation en IPE.</p> <p>Strasser, fait état d'une différence significative dans l'amélioration du score entre le groupe d'intervention et le groupe témoin (13,6% des personnes de l'intervention a gagné plus de 23 points, valeur $p = 0,038$). Il n'y avait pas de différence significative pour les deux autres mesures de résultats (valeur $p = 0,1$) pour les deux. La proportion de personnes ayant eu un accident vasculaire cérébral par rapport au gain fonctionnel médian a augmenté de 4,4 % dans le groupe d'intervention, alors qu'il a diminué de 9,2% dans le groupe témoin, il faudrait donc prêter un soutien supplémentaire à l'effet de l'intervention. Dans un même temps, l'intervention n'a eu aucun effet mesurable sur la durée de séjour des participants.</p> <p>Dans l'étude de Thompson, l'évaluation de l'efficacité d'une intervention d'éducation interprofessionnelle et d'un guide de pratique clinique n'a signalé aucune différence entre le groupe d'intervention et le groupe témoin par rapport à la reconnaissance des symptômes dépressifs. Le résultat des patients déprimés à 6 semaines ou 6 mois après l'évaluation ne s'est pas significativement amélioré.</p> <p>Dans la 2^{ème} étude de Thompson, pas de différence statistiquement significative.</p> <p>Dans l'étude de Young, les praticiens de santé mentale dans le groupe d'intervention, en comparaison aux praticiens dans le groupe témoins, ont rapporté des scores significativement plus élevés par rapport aux compétences suivantes : travail d'équipe, approches holistiques, méthodes de réhabilitation, éducation sur les soins et compétence globale.</p> <p>Sur les BCA :</p> <p>L'étude de Janson a rapporté qu'au terme de l'étude les participants du groupe d'intervention ont reçu plus d'évaluations : de</p>
--	---

HbA1c (79% contre 67 % ; valeur $p=0,01$), à faible densité de cholestérol des lipoprotéines (69% contre 55%; valeur $p=0,009$), la pression artérielle (86% contre 79%; valeur $p=0,08$), la microalbuminurie (40% contre 30%; valeur $p=0,05$), le tabagisme (43% contre 31% ; valeur $p=0,02$), et l'examen des pieds (38 % contre 20% ; valeur $p=0,0005$). Il a également été rapporté que les participants du groupe d'intervention ont eu plus de visites prévues en médecine générale (7,9=6,2 contre 6,2=5,7 ; valeur $p=0,006$) que les participants du groupe témoin.

Dans l'étude de **Morey**, l'évaluation de l'efficacité d'un programme pour améliorer les comportements de collaboration dans les services d'urgence a montré une amélioration statistiquement significative de la qualité des comportements observés entre les groupes expérimental et contrôle de la formation. Le taux d'erreur clinique a considérablement diminué passant de 30.9 à 4.4% dans le groupe d'intervention.

Dans l'étude de **Rask**, il est dit que plusieurs domaines clés de la documentation concernant l'évaluation et la gestion des facteurs de risque de chute ont été améliorés. Tous sauf deux étaient statistiquement significatifs pour les équipes d'intervention. Les taux de chute ne sont pas significativement différents pour les maisons de retraite où les interventions ont eu lieu (valeur $p=0,92$) et étaient significativement positive (valeur $p=0,008$) pour les groupes contrôle.

Weaver a rapporté que les participants à ayant suivi l'intervention sont plus engagés dans les séances d'information après avoir participé à la formation (F [1, 147]=35.01, la valeur de $p<0,001$). Il y avait également une augmentation significative de la proportion de l'échange d'informations.

Young a indiqué que par rapport aux praticiens de la santé mentale dans le groupe témoin, les praticiens du groupe d'intervention ont rapporté des scores significativement plus élevés par rapport aux compétences suivantes: le travail d'équipe ($r=0,28$, valeur $p=0,003$); approches holistiques ($r=0,17$, valeur $p=0,06$); l'éducation sur les soins ($r=0,22$, valeur $p=0,03$); méthodes de réhabilitation ($r=0,25$, valeur $p=0,007$) et la compétence globale ($r=0,21$, valeur $p=0,02$).

ITS :

Hanbury a rapporté que l'intervention n'a pas augmenté de manière significative l'adhésion à la directive nationale. La régression multiple a été utilisée pour calculer la proportion de la variance dans l'intention expliquée par les prédicteurs, et d'identifier le facteur prédictif le plus important.

Taylor a révélé que l'intervention atteint des améliorations dans les tests de microalbumine (+ 7,40%, valeur $p=0,001$) et le test de HbA1c (+ 3,80%, valeur $p=0,029$). Une augmentation significative des niveaux de microalbumine qui étaient à la cible (+ 3,87%, valeur $p=0,018$), et une diminution significative du taux d'HbA1c qui étaient également à la cible (-3,81% de, valeur $p=0,011$).



DISCUSSION

Présentation des résultats

La revue a étudié 15 articles admissibles, dont 6 faisaient partie de l'étude précédente (Reeves, 2008). C'est un meilleur résultat que l'étude précédente (Zwarenstein, 2000) qui n'avait pu analyser aucune étude répondant aux critères d'inclusion. Ceci démontre que l'intérêt pour le sujet évolue rapidement, et que l'IPE était et est encore peu étudiée au début du 21^e siècle

- 7 des études ont reportés des **effets positifs** dans les domaines suivants :
 - (1) l'amélioration des résultats cliniques sur le diabète et les objectifs d'amélioration de la qualité des soins de santé (Barcelo 2010);
 - (2) amélioration de la communication centrée sur le patient (Helitzer, 2011);
 - (3) l'amélioration des résultats cliniques pour les personnes atteintes de diabète (Janson, 2009);
 - (4) le comportement de l'équipe collaborative et à la réduction des taux d'erreur cliniques pour les équipes d'urgence (Moorey, 2002);
 - (5) l'augmentation des taux de dépistage du diabète et résultats pour les patients (Taylor, 2007) ;
 - (6) l'amélioration des compétences des praticiens de santé mentale liés à la prestation des soins aux patients (Young 2005);
 - (7) et les comportements de l'équipe améliorée et le partage pour les équipes de la salle d'opération d'information (Weaver, 2010).
 - (8) Trois des études ont également indiqué que les gains attribués à IPE ont été soutenus au fil du temps : huit mois (Moorey, 2002) et 18 mois (Barcelo, 2010; Helitzer, 2011)
- Quatre études (Campbell; Rask; Strasser; Thompson b) ont rapporté un **ensemble mixte de résultats**. Ainsi que les rapports des résultats positifs par rapport aux changements dans la pratique professionnelle et la satisfaction des patients, (1) Campbell n'a trouvé aucune différence dans les taux d'identification de victimes de violence conjugale entre leurs groupes d'intervention et de contrôle. Alors que (2) Rask a signalé des améliorations dans la documentation des soins et la diminution de l'utilisation de la retenue pour les gens dans les maisons de retraite, ils n'ont constaté aucun changement au niveau du taux de chute. Malgré la présentation des gains fonctionnels pour les patients, (3) Strasser n'a également rapporté aucune différence significative dans la durée du séjour ou des taux de décharge de la communauté pour la réadaptation de patients ayant souffert d'AVC. (4)Thompson b a trouvé que la documentation la violence domestique a augmenté de manière significative, mais l'augmentation de la recherche de cas n'a pas été significative.
- Quatre études ont montré que les interventions d'IPE n'ont eu **aucun impact** sur les processus de soins de santé ou de soins de santé du patient:

Interprétations des résultats

	<p>(1) Brown n'a trouvé aucune différence significative dans l'amélioration des scores recueillies régulièrement la satisfaction des patients entre les groupes d'intervention et de contrôle ;</p> <p>(2) Hanbury a rapporté que l'intervention n'a pas augmenté de manière significative l'adhésion entre les participants ;</p> <p>(3) Nielsen n'a signalé aucune différence statistiquement significative entre les groupes d'intervention et de contrôle ;</p> <p>(4) Thompson a signalé qu'il n'y avait pas de différences entre les groupes d'intervention et de contrôle par rapport à la reconnaissance ou le traitement des patients souffrant de dépression.</p> <p>Crédibilité des résultats et limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Malgré la présence de résultats positifs, d'une meilleure compréhension de l'IPE et de son efficacité, l'IPE reste un concept peu clair en raison de (1) l'hétérogénéité* des 15 études et de leurs (2) limites méthodologiques (échantillons trop petits).</i> • Méthodologiquement, les études ont partagé une limitation clé commune. Toutes les études comparatives (RCT's et CBA, n=13) ont comparé les effets des interventions IPE avec des groupes témoins ayant reçu aucune intervention éducative. Par conséquent, il est difficile d'évaluer les effets de l'IPE. En outre, la plupart des études incluses impliquent des petits échantillons (définis comme moins de 100 praticiens individuellement randomisés ou moins de 20 groupes randomisés), ce qui limite leur capacité à fournir un niveau de preuve convaincante généralisable pour les effets des interventions de l'IPE . <p>* <i>(1) objectifs et format des interventions éducatives, (2) existence d'autres interventions en plus de l'éducation, (3) champs cliniques et cadre/paramètres, (4) temps consacrés à l'IPE (4h-plusieurs jours), (5) variation du taux de participation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les éléments de définitions et instrumentaux de l'IPE sont encore peu clairs.</i> • Alors que l'éducation uniprofessionnel reste le modèle dominant pour fournir l'éducation pour les professionnels de la santé et des services sociaux, l'IPE est de plus en plus commun. Plaidoyer pour la mise en œuvre de l'IPE reflète que l'IPE contribuera au développement des fournisseurs de soins de santé avec les compétences et les connaissances nécessaires pour travailler de manière collaborative. • Bien que cette revue ajoute neuf nouvelles études sur l'IPE leur hétérogénéité limite les conclusions que nous pouvons tirer de ce travail. Néanmoins, une augmentation continue des études admissibles représente une nouvelle étape positive dans l'établissement d'une base de preuves solides pour les effets de l'IPE sur la pratique professionnelle et les résultats sur la santé des patients.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Implications pour la pratique</p> <p>15 études admissibles pour la revue, cela démontre que le domaine de l'IPE est en pleine croissance constante en termes de publication de recherches sur l'IPE. Bien que ces études ont rapporté une série de résultats positifs, l'hétérogénéité des interventions en IPE signifie qu'il est impossible de tirer des conclusions généralisables pour les effets de l'IPE. Malgré tout, on commence à établir une base de données pour l'IPE, la recherche en IPE se doit d'être plus rigoureuse et il est nécessaire de démontrer la preuve de l'impact de ce type d'intervention sur la pratique ou sur le résultats sur la santé des patients, ou les deux.</p>

Transférabilité

Il n'est pas possible d'établir des données généralisables sur les effets de l'IPE.

Recommandations

Les auteurs recommandent pour les études futures :

- Des meilleures procédures de randomisation, dissimulation de la répartition, des échantillons plus importants et les groupes de contrôle plus appropriés. Les études devraient inclure au moins un résultat commun pour la mesure du travail d'équipe pour permettre une mise en balance de la preuve; en outre, le reste des résultats devrait inclure un effet sur la santé du patient clair plutôt que seules des mesures de processus.
- Des études futures avec une meilleure conception méthodologique et incluant des données qualitatives et quantitatives amélioreraient notre compréhension de comment l'IPE change les comportements et processus pratiques et leur application plus valide.
- Les auteurs recommandent que les futures RTC's devront avoir un (1) focus plus clair et explicite sur l'IPE, (2) de meilleurs procédures de randomisation, et des dissimulation de la participation, (3) de plus grands échantillons, et (4) des groupes de contrôle plus appropriés.
- Les futurs essais devront avoir des échantillons randomisés car l'IPE se pratique dans des groupes avec plus d'un praticien. Les auteurs encouragent les chercheurs à être vigilants aux erreurs d'analyse.
- Une analyse des impacts de l'IPE sur les ressources est nécessaire.

10.4.12 Appendice D.12 : Training and Action for Patient Safety: Embedding Interprofessional Education for Patient Safety Within an Improvement Methodology. (Slater L. et al., 2012)

<p>Titre</p>	<p>Le titre précise clairement les concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education interprofessionnelle • Sécurité des patients <p>La population à l'étude n'est pas précisée.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé synthétise clairement :</p> <p><u>Le problème</u> → Malgré une explosion d'intérêt pour améliorer la sécurité et réduire les erreurs dans les soins, un aspect important de la sécurité des patients qui a reçu peu d'attention est l'approche systématique d'éducation et de formation de l'ensemble du personnel de soins de santé.</p> <p><u>La méthode</u> → Utilisation du modèle de « niveaux d'évaluation » de Kirkpatrick pour évaluer le programme dans les organismes de santé à travers une ville dans le nord de l'Angleterre. Les questionnaires ont été utilisés pour évaluer la réaction des participants au programme (niveau 1). L'amélioration des connaissances de la sécurité des patients et de la culture de la sécurité des patients (niveau 2) a été évaluée à l'aide d'un questionnaire à choix multiple de 12 items et d'un questionnaire de culture. Des entrevues et des mesures quantitatives spécifiques au projet ont été utilisées pour évaluer les changements dans les pratiques professionnelles et les résultats des patients (niveaux 3 et 4).</p> <p><u>Les résultats</u> → Tous les aspects du programme ont été bien accueillis par les participants. Quelques petites améliorations significatives dans la culture de la sécurité des patients. Les entrevues ont révélé un certain nombre d'avantages supplémentaires au-delà des problèmes spécifiques abordés. 8 des 11 équipes ont montré des améliorations dans les pratiques et / ou résultats de sécurité des patients.</p> <p><u>La discussion</u> → Ce programme est un exemple de la formation interprofessionnelle dans la pratique et démontre que l'apprentissage en équipe utilisant des méthodes d'amélioration de la qualité est réalisable et peut améliorer la sécurité des patients, mais exige du temps et de l'espace pour les participants. L'alignement sur la poursuite des arrangements d'éducation pourrait soutenir l'adoption généralisée de cette approche.</p>

INTRODUCTION	
<p>Depuis que le rapport de l'influent Institut de Médecine <i>To Err is Human</i> (1999) a sensibilisé la conscience internationale sur l'étendue des dommages causés aux patients dans les soins de santé, il y a eu une explosion du nombre de campagnes et initiatives visant à améliorer la sécurité des patients. Un aspect important de la sécurité des patients a cependant reçu peu d'attention jusqu'à récemment ; il s'agit de l'approche systématique de l'éducation à la sécurité des patients et de la formation pour l'ensemble du personnel de soins de santé.</p> <p>Malgré une large reconnaissance de la sécurité des patients en tant que problème multiprofessionnel, la formation et l'éducation ne sont toujours pas fournies dans un contexte multiprofessionnel.</p>	
<p>Une recension des écrits a été entreprise et nous amène les éléments suivants :</p> <p>En 2009, le comité parlementaire du Royaume-Uni sur la sécurité des patients a conclu que la sécurité du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N'est pas encore complètement et explicitement intégrée dans les programmes d'éducation et de formation des travailleurs de la santé en général • Est spécifiquement recommandée à la formation à travers les frontières professionnelles, en argumentant que « ceux qui travaillent ensemble devraient se former ensemble » (House of Commons Health Committee, 2009). <p>Reeves (2009) et Barr (2009) distinguent 2 types d'interventions éducatives qui pourraient être offertes à des équipes multiprofessionnelles apprenant ensemble :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation interprofessionnelle (les membres de différentes professions apprennent « avec, de et sur « l'autre » » • La formation multiprofessionnelle (les professions apprennent ensemble dans des groupes) <p>→ Ceci pourrait être utile pour souligner le bénéfice de l'éducation à la sécurité du patient dirigée par une équipe multiprofessionnelle qui travaille ensemble en adoptant une réelle approche « interprofessionnelle ».</p> <p><u>Education interprofessionnelle</u> → Le décor est planté pour un nouveau paradigme dans la CIPE (éducation interprofessionnelle continue) qui embrasse le potentiel de la formation interprofessionnelle dans un cadre pratique pour améliorer la collaboration entre les participants apprenants et les professionnels et pour aider les apprenants à s'engager directement avec leur contexte.</p>	<p>Problème de la recherche</p>
<p><u>Formation et action pour la sécurité du patient (TAPS)</u> → Programme commandé par l'autorité régionale responsable de la formation médicale post-doctorale en réponse à une préoccupation croissante au sujet des risques de préjudices pour le patient rencontré par les jeunes médecins et leurs rotations de placement. Le programme a été conçu par un groupe d'experts qui se sont rencontrés à 6 reprises sur une période de 6 mois. Ils ont élucidé le but du TAPS par rapport à d'autres interventions d'amélioration de la sécurité des patients, la planification de la structure et la cartographie du contenu, la planification d'une évaluation, la mise en résultats d'apprentissages etc. afin de concevoir le programme d'amélioration.</p> <p>Les principes clés qui sous-tendent ce programme incluent le fait d'aider l'équipe multiprofessionnelle à apprendre ensemble, à minimiser le</p>	<p>Recension des écrits</p>
<p>Cadre de recherche</p>	

	<p>temps loin du lieu de travail, à apprendre à travers l'action et à utiliser des méthodes d'amélioration de la qualité pour soutenir le changement.</p> <p>Les méthodes d'amélioration de la qualité (Boaden et al., 2008 ; Oddo, 2005) ont été utilisées comme cadre pour appliquer l'apprentissage à propos de la sécurité des patients. Les équipes ont été présentées aux outils d'amélioration de la qualité basics, tels que la cartographie des processus, les diagrammes de Fishbone et les mesures d'amélioration au cours des premiers ateliers, mais certains des éléments les plus importants de la démarche d'amélioration de la qualité ont été intégrés dans les processus sociaux inhérents au programme → Equipe multiprofessionnelle, un environnement de travail en équipe pour la résolution de problèmes, un temps consacré dédié aux discussions d'équipes, des équipes de discussion structurées sur le programme. L'amélioration de la qualité est devenu un moyen de situer l'apprentissage sur la sécurité des patients plutôt que le centre de l'apprentissage lui-même.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de la recherche était de mettre le programme TAPS (Training and Action for Patient Safety) à l'essai dans les organismes de santé à travers une ville dans le nord de l'Angleterre.</p> <p>Le but du programme TAPS était d'améliorer la sécurité en encourageant les équipes multiprofessionnelles à s'engager dans l'apprentissage par l'action.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>11 équipes multiprofessionnelles ont participé : 4 équipes de l'hôpital général local, 4 équipe du fournisseur de services de santé mentale 3 équipes de pratique générale individuelle. 55 professionnels de la santé ont été impliqués dans le programme : 16 jeunes médecins, 12 médecins supérieurs, 13 infirmières, 9 gestionnaires ou administrateurs, 3 pharmaciens, 1 ergothérapeute et 1 assistant social. Les membres de l'équipe ont été déterminés localement.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Sur la base d'une décision avec le président du comité d'éthique, il a été jugé que la demande d'approbation éthique n'a pas été nécessaire.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Méthode mixte d'évaluation (qualitative et quantitative).</p>

<p>Conduite de la recherche</p>	<p>L'évaluation a été basée sur le modèle de retour sur investissement (ROI) développé par Donald Kirkpatrick (1984) et spécialement conçu pour l'évaluation des interventions.</p> <p>Les auteurs n'ont pas recueilli de données sur les coûts d'exécution du programme ou les économies financières associées au programme → Le rendement financier n'a pas été calculé dans cette étude.</p> <p>Ils ont cherché à fournir des preuves pour chacun des niveaux (1-4) du modèle et cette approche est compatible avec le modèle conceptuel pour l'évaluation de la formation médicale continue proposé par Moore (2009).</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Preuve au niveau 1 → Questionnaire d'évaluation court rempli par les participants à la fin de chaque atelier. Il y avait 4 questions à évaluer sur une échelle de 1 (= pas du tout pertinent) à 5 (= très pertinent) + possibilité de fournir d'autres commentaires. Les 4 questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence • Recommandation à ses collègues • Compréhension de la sécurité des patients • Satisfaction globale <p>Preuve au niveau 2 → Impact du programme sur les connaissances de participants au sujet de la sécurité des patients et sur la « culture de sécurité des patients » au sein de leurs unités.</p> <p>Les connaissances sur la sécurité des patients ont été évaluées au moyen d'un QCM de 12 questions mis au point par le panel d'experts du programme TAPS.</p> <p>La culture de la sécurité des patients a été évaluée à l'aide du questionnaire « Hospital Survey on Patient Safety Culture » (AHRQ, 2009), avec une adaptation mineure de la terminologie.</p> <p>→ Ces instruments ont été utilisés au début et à la fin du programme.</p> <p>Preuve aux niveaux 3 et 4 → Changements que les équipes ont pu faire dans la pratique. Données obtenues par les mesures des résultats d'amélioration utilisées par les équipes tout au long du programme et par des entretiens avec les participants au programme à la fin du programme. Au moins une mesure de résultat a été identifiée pour chaque équipe. Des mesures ont été recueillies chaque semaine et les données enregistrées par séquences.</p> <p>A la fin du programme, toutes les équipes ont été contactées et ont accepté d'être interrogées sur leur expérience de TAPS, en particulier sur leurs attentes / obstacles / leviers à la participation et avantage du programme. Entretiens individuels ou en groupes selon les disponibilités des participants, 2-3 mois après l'atelier final. 22 personnes ont participé aux entretiens. Format semi-structuré (problèmes standardisés et questions supplémentaires pour obtenir plus de détails). Chaque entrevue a duré environ 20mn.</p>

<p>Analyse des données</p>	<p>Preuve au niveau 3 et 4 → Les données ont été analysées à l'aide de tests statistiques simples pour montrer une amélioration et raconter les changements apportés par l'équipe et leurs effets sur les résultats et la pratique. Une analyse pragmatique du contenu des transcriptions a été entreprise. Un chercheur a effectué l'analyse initiale et a présenté les catégories générées par ces transcriptions. Un des auteurs a examiné et affiné ces catégories codées en référence aux citations illustratives avant de recontextualiser les nouvelles connaissances.</p>
<p>RESULTATS</p> <p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont séparés en 4 niveaux et présentés par un texte narratif, un tableau et 2 figures.</p> <p><u>Niveau 1</u> : Réactions aux ateliers et à l'apprentissage en ligne → Fréquentation totale dans les 3 ateliers : 116. 93 questionnaires de réaction reçus → Taux de réponse globale de 80%. 21 évaluations ont été reçues pour la composante « apprentissage en ligne » → Taux de réponse de 38%. Commentaires généralement positifs pour l'apprentissage en ligne et les ateliers. Scores :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4.1/5 pour la « satisfaction » • 4/5 pour la « pertinence » • 4.1/5 pour « recommander à un collègue » • 3.9/5 pour une « meilleure compréhension de la sécurité des patients » <p><u>Niveau 2</u> : Connaissances à propos de la sécurité du patient et culture de la sécurité du patient → 43 participants ont fait le QCM au début du programme. Score moyen de 59% indique qu'il y avait une certaine marge pour améliorer les connaissances sur la sécurité des patients au cours du programme. Toutefois, seuls 5 participants ont répété le QCM à la fin du programme → Les auteurs n'ont donc pas pu tirer des conclusions quant à l'impact du programme sur les connaissances des participants. En revanche, la tendance générale dans les scores QCM est encourageante (résultats sous forme de tableau). Tous les participants ont augmenté leurs scores de connaissance au post-test. 24 participants ont complété l'enquête « Hospital Survey of Patient Safety Culture » avant et après, ce qui a constitué des données suffisantes pour faire une comparaison. Les t-test appariés ont révélé une amélioration significative de la dimension d'ouverture à la communication. La fiabilité alpha de Cronbach était acceptable pour toutes les dimensions du questionnaire de culture, sauf pour l'amélioration de l'apprentissage organisationnel continu. Les 3 éléments composant cette dimension ont été analysés séparément à l'aide d'une analyse de mesures répétées de la variance (ANOVA).</p> <p><u>Niveau 3 & 4</u> : Résultats sur les patients et changements dans la pratique professionnelle → Les résultats et processus de mesures identifiés par les équipes ont fourni des preuves pour les niveaux 3 et 4. Ils ont été collectés pendant la durée du programme de 20 semaines. 8 des 1 équipes ont été en mesure de démontrer l'amélioration de la sécurité des patients grâce à l'utilisation des données hebdomadaires. Les séquences ont montrées sous forme d'une figure. Les entrevues avec les participants 2-3 mois après la fin du programme ont révélé un certain nombre d'avantages inattendus ; beaucoup ont déclaré que le programme avait favorisé une meilleure communication et un meilleur travail d'équipe multi professionnel. Un autre élément clé, c'est les compétences que les participants ont acquises dans la compréhension des problèmes et dans le fait de savoir à qui s'adresser → Les participants ont clairement l'intention d'utiliser ces compétences à l'avenir.</p>

	<p>Le temps (temps pour participer aux ateliers, temps de recueillir les données, travail en équipe entre les ateliers) a été identifié comme le principal obstacle à la participation effective par de nombreuses personnes.</p>
<p>DISCUSSION</p>	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>La mesure de la culture de sécurité a démontré des effets immédiats du programme d'ouverture de la communication et d'apprentissage organisationnel, mais d'autres dimensions de la culture de sécurité sont restées inchangées. Les interviews des participants ont fourni des preuves de l'amélioration de la communication et du travail d'équipe multiprofessionnelle dans certaines équipes, ce qui suggère, comme d'autres l'ont observé (Flin et al., 2006 ; Singer et al., 2008), qu'une meilleure compréhension de la culture de sécurité peut être obtenue grâce à l'utilisation complémentaire des interviews ou d'autres méthodes qualitatives. Le temps pour entreprendre le travail était le principal obstacle. 8 des 11 équipes ont démontré des améliorations significatives dans les pratiques et / ou les résultats sécurité des patients.</p> <p>Incorporer l'éducation à la sécurité des patients dans l'amélioration de la qualité → Utiliser des méthodes d'amélioration de la qualité en tant que cadre pour structurer un programme de formation visant la sécurité des patients correspond à l'approche systémique de la sécurité préconisée par les Politiques des États-Unis et du Royaume-Uni et aux tendances émergentes de l'éducation interprofessionnelle continue (Kohn et al., 1999 ; Van Hoof et Meehan, 2009 ; Wilcock, 2009). TAPS fournit une formation pour toute l'équipe multi professionnelle. Cette approche est alignée avec les conclusions d'une récente critique et constitue un défi pour les méthodes actuelles de l'enseignement de la qualité et de la sécurité aux professionnels de la santé (Cooke, 2011).</p> <p>Afin d'améliorer encore son efficacité, l'alignement de la méthode TAPS aux standards de la formation continue serait une certaine façon d'assurer que les équipes ont le temps et l'espace, et aiderait les organisations à intégrer cette approche de la sécurité des patients.</p> <p>Limites de l'étude : Taux de réponses faible ou modéré au QCM et au questionnaire de culture → Cela a pu conduire à un biais de réponse qui été plus favorable au programme. De plus, les 22 participants interrogés ne sont pas forcément représentatifs de toute la cohorte de participants ; ils ont été sélectionnés sur la base de la disponibilité et de la volonté. Pas de comparaison de contrôle → Les résultats positifs obtenus peuvent ne pas être entièrement attribuables au programme.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>TAPS est un exemple de l'éducation continue dans la pratique interprofessionnelle. Ce programme démontre que l'apprentissage en équipe utilisant des méthodes d'amélioration de la qualité est réalisable et peut améliorer la sécurité des patients, mais exige du temps et de l'espace pour les participants. Le perfectionnement des TAPS comme méthode d'éducation permanente et l'alignement du programme avec les exigences professionnelles de formation continue aiderait les organisations à intégrer cette approche.</p>

10.4.13 Appendice D.13 : Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. (Tsakitzidis et al., 2015)

<p>Titre</p>	<p>Concepts : collaboration interprofessionnelle (<i>interprofessional collaboration</i>) et étudiants en santé (<i>students in healthcare studies</i>)</p>
<p>Résumé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé est synthétisé en 5 parties : <ul style="list-style-type: none"> ▸ Fondements : la collaboration interprofessionnelle, considérée comme un élément important dans l'offre de la plus haute qualité de soins, se produit au travers du travail collectif (<i>working together</i>) dans une conscience du processus de collaboration, ceci dans le but de développer une réponse adaptée aux besoins du patient et de sa famille. Des modules d'éducation se développent en réponse au besoin perçu d'améliorer la collaboration interprofessionnelle. Un module d'éducation interprofessionnelle a vu le jour en 2005 à l'<i>Antwerp University Association (AUHA)</i>, appelé <i>Interprofessional Collaboration In Healthcare (IPCIHC)</i>. ▸ Méthode : un groupe a été évalué grâce à un pré-post-test grâce à un questionnaire structuré. Les données ont été collectées entre 2005 et 2014 chez des étudiants en dernière année de santé. ▸ Résultats : 3568 étudiants ont été évalués. Plus de 80% des participants rapportent un gain de connaissances nécessaires pour affronter les situations des patients, en lien avec l'IPCIHC. Toutefois, moins de 60% rapportent un changement d'attitude face aux autres professions. ▸ Conclusions : Si les résultats sont globalement positifs, il est nécessaire de continuer les programmes d'éducation interprofessionnelle afin d'obtenir une augmentation des comportements interprofessionnels envers les autres groupes de professionnels. Des études sur des programmes d'éducation sont encore nécessaires pour évaluer les impacts de l'IPE sur la qualité et la sécurité des soins aux patients. ▸ Mots-clés : interprofessionnel, collaborer, éducation, soins de santé

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Problématique / phénomène à l'étude : le phénomène est décrit en regard de la problématique actuelle. On comprend qu'il s'agit d'améliorer la collaboration interprofessionnelle pour mieux répondre aux besoins du patient. <ul style="list-style-type: none"> ▸ La collaboration interprofessionnelle (<i>Interprofessional Collaboration [IPC]</i>) a évoluée depuis plusieurs années. Si encore des pays forment les professionnels de la santé de manière uniprofessionnelle (comme la Belgique p.ex.), le travail interprofessionnel reste une approche expérimentée sur le terrain par essais-erreurs (<i>learning by doing</i>). ▸ L'IPC est une approche en évolution et se caractérise par un modèle de travail en équipe, avec la conscience ce processus dans lequel chaque professionnel intervient pour répondre de manière synergique (vision commune, responsabilité partagée) aux besoins du patient. ▸ L'évolution de la tendance vers des maladies chroniques et des polypathologies, confère aux situations de soins leur statut complexe et nécessitant une prise en charge interprofessionnelle souligne le besoin du développement de l'IPC. ▸ Les modules d'éducation interprofessionnelle se multiplient pour répondre au besoin perçu d'améliorer l'IPC. ▸ Le focus sur les habiletés interprofessionnelles paraît être un élément clé dans l'amélioration de la collaboration, même s'il reste difficile de s'assurer que les étudiants aient des enseignements interprofessionnels réellement adaptés.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune recension des écrits n'a été entreprise.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le concept de collaboration interprofessionnelle est plus ou moins défini comme une « <i>modèle de travail en équipe avec la conscience de ce processus dans lequel chaque professionnel développe une réponse intégrée et cohésive pour répondre aux besoins du client/de la famille/de la population, avec une vision commune et une approche remplie d'objectifs ainsi qu'avec une responsabilité partagée.</i> » (Tsakitzidis et al., 2015, p.1-2) • Le concept d'éducation interprofessionnelle a été défini selon le CAIPE, comme une « <i>occasion lorsque deux ou plusieurs professions apprennent avec, de et sur les unes-les-aïtres pour améliorer la collaboration et la qualité des soins.</i> » (Tsakitzidis et al., 2015, p.2)
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • L'AUHA a introduit un module d'éducation interprofessionnelle appelé <i>Interprofessional Collaboration In Healthcare (IPCIHC)</i> pour répondre au manque d'enseignement lié à la collaboration interprofessionnelle. • Ce module est enseigné aux étudiants. • L'objectif de ce projet est de « <i>transférer la collaboration interprofessionnelle des soins de santé dans un format éducatif dans lequel les étudiants apprennent avec, de et sur les uns-les-aïtres.</i> » (Tsakitzidis et al., 2015, p.2) • Cet article étudie l'évaluation de ce module d'enseignement par les participants au travers de diverses dimensions. • Le but de l'IPCIHC était de « <i>préparer tous les étudiants de professions de la santé participants à travailler délibérément ensemble avec le but commun de construire un système de santé mieux centré sur le patient et orienté vers les soins communautaires</i> » (Tsakitzidis et al., 2015, p.4)

METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • Tous étudiants de dernière année des cursus de profession décrits plus bas sont impliqués. L'échantillon n'est pas défini sur une base statistique. • En accord avec la Loi belge, aucune approbation de la part d'un comité d'éthique n'était nécessaire. • L'étude ne concerne pas des tests sur les humains mais évalue un module d'IPE • Tous les étudiants participants ont été informés des modalités du questionnaire et du fait que les données seraient collectées anonymement.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Devis : contrôle avant – après avec un seul groupe. • Les données ont été récoltées de 2005 à 2014
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du programme : les auteurs décrivent la manière dont le programme a été développé. <ul style="list-style-type: none"> ▸ Il y'a en premier lieu eu la création d'une équipe interdisciplinaire pilote, représentative de tous les programmes d'éducation présents dans l'université. ▸ Le but était de développer un module interprofessionnel d'intégration parmi les programmes déjà existants. ▸ Chaque objectif spécifique à chaque programme d'éducation devait être respecté. ▸ Le module d'éducation interprofessionnelle a été basé sur les accords de Bologne pour promouvoir la mobilité des étudiants. ▸ Les développeurs ont accordés de l'importance à l'évaluation du module et devront utiliser des outils de mesures adaptés.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Structure du module <i>IPC/HC</i> : méthode d'apprentissage et d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> ▸ Utilisation du <i>modèle de l'efficacité de l'équipe</i> de Fry ▸ Une équipe doit toujours avoir un but, pour ensuite définir les rôles et les responsabilités. C'est ce qui a été d'abord fait, avec les ajustements nécessaires. ▸ Les participants ont ensuite développés les relations interprofessionnelles avec les membres de l'équipe et le leader. ▸ La <i>pyramide des compétences cliniques</i> de Miller a été utilisée. ▸ Le module d'éducation a été présenté sur une semaine aux étudiants des professions suivantes : médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, diététiciens, orthophonistes, travailleurs sociaux et bachelors en psychologie. ▸ Méthodes d'évaluation : portfolio, auto-hétéro-évaluation, évaluation de groupe. ▸ Cursus du module : séances de lectures, ateliers en coaching, sessions pratiques d'études de cas et de créations de plans de soins. ▸ Utilisation des principes de base de l'apprentissage interprofessionnel : résultats apprentissage-enseignement, apprentissage collaboratif, apprentissage égalitaire, apprentissage orienté sur le groupe (responsabilité partagée, apprentissage par expérience, apprentissage par réflexion, apprentissage appliqué). • Contenu et processus <ul style="list-style-type: none"> ▸ Sessions de classe entière (plenary sessions) : 3 sessions plénières ont été organisées durant la semaine d'EIP.

<p>→ 1 : le premier jour, entier des volées pour familiariser les étudiants avec la collaboration interprofessionnelle (lectures, vidéos, discussions). Les sujets de leadership, construction d'équipe et l'analyse de la collaboration en santé ont été abordés.</p> <p>→ 2 : le troisième jour, avec un focus sur le patient et sur l'équipe.</p> <p>→ 3 : le dernier jour, avec l'entier de l'équipe interprofessionnelle représentant le patient, l'administration et les fournisseurs de soins.</p> <p>▸ Sessions en petits groupes :</p> <p>→ J1 : appropriation de la notion d'interprofessionnalité en groupes de 14 étudiants (resteront les mêmes durant tout le projet). Les étudiants sont amenés à mettre en évidence leurs connaissances sur leur propre profession et celle des autres.</p> <p>→ J2 : création d'un plan de soins en lien avec une situation clinique réelle (anonymisée), prise des cursus uniprofessionnels.</p> <p>→ J3 : en plein groupe, focus sur le patient et l'approche éthique. Les étudiants ont été amenés à réfléchir sur leur propre développement au travers des 7 rôles de la compétence de collaborateur.</p> <p>→ J4 : discussion d'un cas éthique présenté par vidéo.</p> <p>→ J5 : présentation des résultats et réflexion en session pleine, et discussion interprofessionnelle sur les cas.</p> <p>▸ Evaluation des étudiants : 50% portfolio, 50% comportementement durant les activités. Evalué par les tuteurs de chaque discipline.</p> <p>→ Portfolio : les résultats du travail et les réflexions ont du être notées dans un portfolio.</p> <p>→ Comportement durant les activités : comprend l'évaluation de groupe, l'auto-hétéro-évaluation.</p> <p>▸ Compétences et objectifs d'apprentissage : les décisions ont été prises au sein du comité pilote grâce à des recherches dans la littérature et à des discussions avec des experts.</p> <p>→ Les auteurs se sont basés sur le CanMeds 2005 pour définir les 7 rôles de la compétence de collaborateur. Pour chaque rôle, les compétences ont été décrites et utilisées dans l'auto-hétéro-évaluation.</p> <p>→ Le principe de base adoptée dans ce module pour la collaboration interprofessionnelle était un « <i>modèle bio-psycho-social centré sur le patient et avec un partage des décisions</i> ; en considérant le patient comme une personne ayant des problèmes se présentant vers un certain professionnel de la santé avec une demande d'aide » (Tsakizidis et al., 2015, p.4). Le patient est le point de départ et il cherche avec le soignant les meilleurs moyens de régler ses problèmes de santé et démarrer un plan de soins.</p> <p>• Evaluation du module : les participants, les enseignants et la faculté ont annuellement évalué le module pour l'améliorer.</p> <p>• Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</p> <p>• Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</p> <p>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</p>	
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ont utilisés un questionnaire avec 7 questions fermées (oui/non) pour évaluer les objectifs d'apprentissage (connaissances, attitude, relations interprofessionnelles) • Le questionnaire a été traduit de l'anglais au néerlandais, puis les réponses ont été traduites à nouveau en anglais. • Pour adapter le questionnaire, les auteurs ont modifiés le terme « multiprofessionnel » en « interprofessionnel », et le terme « <i>National Health Service</i> (NHS) » en « healthcare ». • Aucune notion de demande d'accord n'est présente dans le texte. • Pour augmenter le taux de réponses, le questionnaire a été distribué le dernier jour du module. • Biais possible : les questions non répondues étaient automatiquement considérées comme négatives (réponses « non ») • Questions : <ol style="list-style-type: none"> 1) Est-ce que les cours ont augmentés vos connaissances des rôles et missions des autres groupes de professionnels ? 2) Est-ce que les cours ont changés votre compréhension de comment les autres groupes de professionnels fonctionnent ? 3) Est-ce que les cours ont changés votre attitude envers les autres groupes de professionnels ? 4) Pensez-vous qu'un cours sur l'éducation interprofessionnelle peut avoir un effet sur votre future pratique professionnelle ? 5) Est-ce que l'éducation interprofessionnelle devrait être incluse dans votre cursus ? 6) Pensez-vous que vous avez une meilleure compréhension de la résolution de problème dans les équipes de soins de santé ? 7) Pensez-vous que l'éducation interprofessionnelle vous permettra de travailler plus efficacement comme membre d'une équipe de santé ?
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Une méthode de statistiques descriptives a été utilisée, sans précisions.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • 3568 réponses / 4000 participants au module • Résultats positifs (oui) : les résultats sont uniquement décrits dans un texte narratif. <ol style="list-style-type: none"> 1) Augmentation des connaissances (> 90%) 2) Amélioration de la compréhension des rôles (80%) 3) Changement d'attitude (< 60%) : les étudiants ont commentés qu'ils avaient déjà des attitudes positives 4) Effet sur la pratique professionnelle (80%) 5) Inclusion de l'IPE dans le cursus (90%) 6) Meilleure compréhension de la résolution de problème (80%) 7) L'IPE permet d'améliorer sa pratique comme membre d'une équipe (75%) • Une évaluation annuelle du module a permis de faire des améliorations dans le contenu et la dispense des cours.

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Limites : <ul style="list-style-type: none"> ▸ L'éducation et la pratique doivent être liées au travers de l'apprentissage dans la collaboration interprofessionnelle. Il est difficile de transférer les connaissances de la littérature dans la pratique. ▸ Biais possible : le module a eu, au fil des années, un impact sur les différentes disciplines enseignées (notamment au niveau de la communication p.ex.). Ceci fait que le niveau de compétence des étudiants au début du module a changé au fil des années. Malgré cela, les modalités du module sont restées les mêmes. ▸ Il semblerait, selon les étudiants, qu'une semaine de module est trop court pour acquérir les connaissances sur toutes les autres professions et profiter des résultats. • Les résultats sont décrits et peu analysés et interprétés.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs suggèrent que les étudiants doivent travailler avec des cas cliniques concrets issus de leur propre discipline, et non avec des cas de fiction. • Le module d'IPE devrait être organisé pendant ou après l'internat des étudiants. • L'impact de l'IPE sur la résolution de problèmes complexe devrait faire l'objet de recherche. • Des recherches sont nécessaires pour évaluer la réelle efficacité de programmes d'IPE pour les soins aux patients dans un contexte clinique donné. Cela paraît être une histoire sans fin dans un contexte dynamique, interactif et complexe.

10.4.14 Appendice D.14 : Nurse's views of interprofessional education and collaboration : A comparative study of recent graduates from three universities. (Wilhelmsson et al., 2013)

<p>Titre</p>	<p>Le titre précise clairement les concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'éducation interprofessionnelle • La collaboration interprofessionnelle <p>Population à l'étude : Les récents diplômés de 3 universités. On ne sait cependant pas, dans le titre, si il s'agit bien de diplômés en soins infirmiers.</p>
<p>Résumé</p>	<p>Le résumé synthétise :</p> <p><u>Le problème</u> → Actuellement, l'éducation interprofessionnelle (IPE) se propage à travers le monde, mais en Suède, seul un des cursus existants en soins infirmiers contient un programme d'éducation interprofessionnelle à plusieurs niveaux durant la formation. Le but de cette étude est donc de comparer la vision d'infirmières diplômées ayant suivi ou non un programme universitaire d'éducation interprofessionnelle et de voir si elles se trouvent préparées pour la profession, particulièrement en ce qui concerne la collaboration avec les autres personnes.</p> <p><u>La méthode</u> → 3 universités avec différents engagements en ce qui concerne l'éducation interprofessionnelle ont été étudiées. Un questionnaire avec 8 cibles différentes a été utilisé. Les participants devaient dire si leur formation les a préparé à ces cibles et si ces cibles étaient des buts importants pour leur formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Préparé à travailler en tant qu'infirmière ? <input type="radio"/> Coopérer avec les autres professions ? <input type="radio"/> Bon leadership dans les soins de santé ? <input type="radio"/> Communication avec les patients ? <input type="radio"/> L'apprentissage continu ? <input type="radio"/> Intérêt pour la recherche ? <input type="radio"/> Gestion de patients gravement malades ? <input type="radio"/> Travail de prévention <p><u>Les résultats</u> → Les infirmières récemment diplômées d'une formation avec IPE ont remarqué, dans une plus grande mesure, que leur formation les a plus préparées à travailler avec d'autres professions que les infirmières qui n'ont pas suivi la formation avec IPE.</p>

INTRODUCTION	
	<p>Pour promouvoir des soins de santé efficaces dans les équipes, l'OMS (1988) encourage le développement d'activités d'éducation interprofessionnelle à travers le monde. L'idée de base, c'est que l'IPE est favorable pour les étudiants et pour le développement de leur propre identité professionnelle en leur faisant découvrir les autres professions de la santé et du social durant leur études.</p> <p>Aujourd'hui, plus de 30 ans après les premières recommandations, l'OMS (2006, 2010) se focalise encore sur « apprendre ensemble à travailler ensemble ». L'éducation interprofessionnelle avance, par exemple au Royaume-Uni, Canada, Australie, Amérique et dans les pays du nord (Anderson & Lennox, 2009 ; Areskog, 2009 ; Grant, Brainbridge, & Gilbert, 2010 ; Lee, Dunstone, Nisbe, Matthees, & Poxkett, 2009 ; Report of an expert panel, 2011). Cependant, seul un programme universitaire en Suède utilise l'IPE. La formation des infirmières en Suède est strictement régulée par le gouvernement. Les objectifs généraux pour la formation en soins infirmiers sont « d'aller au-delà des connaissances et des compétences, de donner aux étudiants la capacité de l'évaluation indépendante et critique, l'habileté de résoudre les problèmes de manière indépendante, et de suivre le développement du champ de la connaissance », en incluant le développement « du rôle professionnel dans la préparation au travail en équipe et à la collaboration entre tous les membres de l'équipe » (Higher Education Act, 1992, p. 1434).</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>La recension des écrits nous apporte les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les études ont montré que les étudiants formés avec l'IPE ont des attitudes positives envers eux-mêmes et envers les autres groupes professionnels (Hind et al., 2003) • Une étude empirique a indiqué que l'IPE peut manquer aux vieilles perceptions stéréotypées des autres professions (Mandy, Milton, & Mandy, 2004). • Dans une autre étude, il n'y a pas de différences significatives entre les étudiants médecins qui ont eu un cursus avec ou sans IPE en ce qui concerne leurs attitudes de collaboration avec les infirmières (Hansson, Foldevi, & Mattsson, 2010). • Les évaluations de tous les nouveaux médecins Suédois diplômés ont montré que ceux qui ont été exposés à l'IPE ont reporté plus de confiance en leurs compétences et habiletés interprofessionnelles à collaborer avec les autres professions (Faresjö, Wilhelmsson, Pelling, Dahlgren, & Hammars, 2007). Selon l'Association médicale suédoise, ce même résultat est constant depuis 10 ans.
<p>Cadre de recherche</p>	<p><u>La communication et la collaboration interprofessionnelles</u> sont promues par les Politiques comme fondamentales pour améliorer la sécurité des patients et pour satisfaire aux exigences d'un système de soins de santé qui se complexifie de manière croissante dans une société multiethnique.</p> <p>Toutefois, un rapport canadien a conclu que l'intervention de l'IPE en ce qui concerne la communication et la collaboration au niveau de premier cycle n'a pas produit les changements prévus dans la communication et la collaboration entre les professionnels de la santé. La résistance professionnelle, ainsi que le rythme rapide et l'environnement interruptif réduisent les possibilités et les incitations aux relations (Rice et al., 2010).</p>

Buts et question de recherche	L'étude vise à examiner comment les infirmières récemment diplômées d'universités avec ou sans cursus d'IPE perçoivent l'importance des différents buts éducationnels et si elles trouvent qu'elles ont elles-mêmes été préparées à leur profession, spécialement en ce qui concerne la collaboration avec les autres professions.
METHODE	
Population et échantillon	La population visée : 3 universités avec différents engagements en ce qui concerne l'éducation interprofessionnelle, dont une étiquetée « université avec IPE», qui offre une éducation interprofessionnelle à ses étudiants dans le domaine de la santé depuis 20 ans. Les étudiants sont exposés à des activités d'IPE durant au moins 12 semaines durant leur cursus. Les 2 autres universités sont étiquetées « université sans IPE » et offrent un cursus plus traditionnel, contenant entre autre des questions de communication, soins aux familles, technologies de l'information etc.
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche à l'université Linköping en Suède
Devis de recherche	Etude comparative
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données consistait en un questionnaire basé sur comment les études de diplôme avaient préparé les étudiants infirmiers à un ensemble de cibles éducationnelles. Ce questionnaire a été envoyé par mail à tous les étudiants infirmiers 1 an après la réussite de leur diplôme, ce qui faisait un total de 554 infirmiers. Parmi ceux-ci, 303 ont rempli le questionnaire après un rappel, avec un taux de réponses globales de 55%. Pas de différence en ce qui concerne le sexe et l'âge entre les 3 universités.
Modes de collectes de données	<p>Le questionnaire est basé sur un précédent questionnaire (Hard af Segerstad, 1998) utilisé depuis plusieurs années par l'Association Médicale Suédoise pour évaluer la formation des médecins diplômés à la faculté de médecine en Suède. La principale question relevée dans ce questionnaire était si les infirmiers diplômés percevaient que leur formation les avait préparés à certains buts et traits fondamentaux. Il y a avait 8 différents buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Préparé à travailler en tant qu'infirmière ? ○ Coopérer avec les autres professions ? ○ Bon leadership dans les soins de santé ? ○ Communication avec les patients ? ○ L'apprentissage continu ? ○ Intérêt pour la recherche ? ○ Gestion de patients gravement malades ? ○ Travail de prévention
Analyse des don-	Les données ont été divisées en 2 groupes : « Université avec IPE » et « Université sans IPE » et stockées dans une base de données.

nées	Elles ont ensuite été analysées de manière statistique en utilisant le logiciel SPSS (ensemble des programmes statistiques pour les sciences sociales). Une valeur $P < 0.05$ était considérée comme statistiquement significative.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de figures, puis résumés par un texte narratif. Ce qu'il en ressort :</p> <p>Tableau 1 → Il y a une différence mineure entre les infirmières récemment diplômées d'une université avec ou sans cursus IPE en ce qui concerne la façon dont elles perçoivent l'importance des différents buts éducationnels. Cependant, le but qui concerne le développement d'un bon leadership dans les soins de santé était significativement ($p = 0,003$) plus important parmi les infirmières de l'université avec cursus IPE.</p> <p>Tableau 2 → Montre la perception des infirmières sur comment leur formation les avait préparées et développées aux 8 différentes cibles éducationnelles. Toutes les infirmières ayant répondu au questionnaire ont dit que le but le plus important de la formation était d'être « préparée à travailler en tant qu'infirmière », suivi de « la communication avec les patients », « la gestion des patients gravement malades » et « la coopération avec les autres professions ».</p> <p>Figure 1 + 2 + 3 → Les infirmières exposées à l'IPE durant leur formation ont reporté dans une plus grande mesure ($p = 0.003$) qu'elles étaient préparées à travailler comme infirmière. Elles ont également rapporté que leur formation les avait préparées à travailler avec les autres professions de la santé ($p < 0.0001$) et à communiquer avec les patients ($p = 0.006$).</p> <p>Les compétences d'apprentissage continu étaient plus fréquemment perçues comme étant acquises par les infirmières ayant suivi un cursus avec IPE ($p = 0.091$), alors que la confiance en la gestion de patients gravement malades tendait à être plus haute ($p = 0.059$) parmi les infirmières n'ayant pas suivi de cursus avec IPE.</p> <p>Pas de différences entre les 2 types d'universités en ce qui concerne l'intérêt pour la recherche et le fait de travailler de manière préventive.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Le principal résultat de cette étude est que les infirmières ayant suivi un cursus avec IPE ont perçu que leur formation les avait préparées à travailler en collaboration avec d'autres professions, comparé aux infirmières n'ayant pas suivi ce cursus.</p> <p>Ces résultats sont assez similaires à des résultats précédents basés sur les évaluations nationales de tous les programmes médicaux en Suède (Faresjö et al., 2007). Cependant, dans cette étude, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les infirmières ayant suivi ou non un cursus IPE concernant leur perception de comment leur formation les avait préparées à gérer des patients gravement malades.</p> <p>La même tendance a été retrouvée dans des études précédentes qui comparaient les étudiants en médecine d'universités avec ou sans</p>

curcus IPE en Suède (Faresjö et al., 2007).

En Suède, il n'y a qu'un seul programme qui propose l'IPE, alors que les étudiants infirmiers, comme reporté dans cette étude, pensent que la collaboration interprofessionnelle est un but important de la formation diplômée. Pourquoi si peu d'universités en Suède ont un curcus IPE quand une des cibles de la formation de diplôme infirmier est de « développer un rôle professionnel afin d'être préparé au travail en équipe et à la collaboration parmi tous les groupes de travail » (Higher Education Act, p.1434), ainsi que « d'apprendre ensemble pour travailler ensemble » (OMS, 1988, 2006, 2010). Cette question doit être discutée en lien avec la question de comment l'autonomie est un but éducationnel et comment la formation est contrôlée pour atteindre les cibles recommandées par le gouvernement.

Dans cette étude, les infirmières de l'université avec cursus IPE ont reporté de manière générale que le leadership dans les soins de santé était un but éducationnel important. Ce résultat pourrait être interprété dans le sens où les étudiantes infirmières qui ont rencontré les autres professionnels durant leur formation et travaillé avec eux dans de petits groupes ont trouvé qu'il n'y avait pas de leader évident. Les infirmières attendent souvent que les docteurs soient les leaders, ce qui est aussi l'image traditionnelle de la hiérarchie du système de santé.

Les étudiants qui rencontrent des autres moyens d'expression et de résolutions de problèmes, ainsi que différentes perspectives de résolutions de problèmes peuvent avoir un élargissement de leurs compétences de communication.

L'interaction durant la formation entre les étudiants des différents programmes est importante pour la compréhension des modèles de travail, culture et langage des autres professions, ainsi que pour être réfléchi et conscient des limites de sa propre profession (Clark, 2009 ; Wackerhausen, 2009 ; Wilhelmsson, Pelling, Uhlin, Dahlgren, Faresjö, & Forslund, 2012).

Limites de l'étude :

- Les auteurs ont utilisé un instrument d'évaluation et ne se sont focalisés que sur certaines des 8 questions (coopération, communication et travail en tant qu'infirmière), mais ils ont choisi cette approche car ils voulaient comparer les données avec une étude faite chez les médecins récemment diplômés.
- Le questionnaire a été complété 1 année après la remise de diplôme, il fallait donc faire une rétrospective et mettre à profit sa mémoire, ce qui pourrait constituer une limitation.
- Le taux global de réponse de 55% était relativement bas
- Recrutement des étudiants qui peuvent avoir choisi l'université avec cursus IPE justement pour son IPE

Dans les soins de santé d'aujourd'hui et de demain en Suède, il est important en tant qu'infirmière d'être à la fois professionnellement et inter professionnellement compétente, de collaborer et de communiquer à la fois avec l'équipe et avec le patient, tandis que les soins de santé sont entraînés de passer d'un système hiérarchique traditionnel de haut en bas à un système de travail en équipe orienté et centré sur le patient. Dans la pratique clinique, les patients ont besoin de l'aide de plus d'une profession pour résoudre leurs problèmes (Heardrick, Wilcock & Bataiden, 1998).

La coopération entre les professions doit augmenter dans le système de santé moderne, car le corps de la connaissance augmente rapi-

Conséquences et recommandations



	<p>dement et aucune profession n'a de vue d'ensemble complète de la connaissance et des compétences dans de nombreux domaines.</p> <p>En résumé, cette étude essaye de contribuer la preuve de l'évidence de l'IPE en démontrant que les infirmières qui ont été entraînées à l'IPE durant leur formation semblent assez bien préparées à travailler en collaboration avec les autres professions.</p>
--	--

10.4.15 Appendice D.15 : *Interprofessional collaboration : effects of practice-based interventions on*

professional practice and healthcare outcomes (Review). (Zwarenstein et al., 2009)

Titre	<p>Le titre précise clairement les concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none">• Collaboration interprofessionnelle• Pratique professionnelle• Résultats sur les soins de santé <p>La population à l'étude n'est pas précisée.</p>
Résumé	<p><u>Problème</u> → Une pauvre collaboration interprofessionnelle (IPC) peut affecter négativement la prestation de services de santé et de soins aux patients. Les interventions traitant des problèmes de collaboration interprofessionnelle ont le potentiel d'améliorer la pratique professionnelle et les résultats sur les soins de santé.</p> <p><u>Objectifs</u> → Evaluer l'impact des interventions visant à modifier la collaboration interprofessionnelle (comparativement à aucune intervention ou à une autre intervention) sur la satisfaction des patients et/ou l'efficacité et l'efficience des soins de santé fournis.</p> <p><u>Méthode</u> → Les auteurs ont consulté : The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group Specialised Register (2000-2007), CINHAL (1982-2007), MEDLINE (1950-2007) et le Journal of Interprofessional Care (1999-2007).</p> <ul style="list-style-type: none">• Critères de sélection : Essais randomisés contrôlés sur les interventions d'IPC basées sur la pratique qui ont signalé des changements sur les résultats du patient et/ou résultats de santé.• Collecte des données et analyses : Au moins 2 des 3 auteurs ont évalué indépendamment l'éligibilité de chaque étude potentiellement pertinente. Les risques de biais ont été évalués. <p><u>Résultats</u> → 5 études ont répondu aux critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 études ont examiné la ronde interprofessionnelle• 2 études ont examiné les rencontres interprofessionnelles• 1 étude a examiné un audit interprofessionnel externe facilité <p><u>Conclusions</u> → Les interventions d'IPC axées sur la pratique peuvent améliorer les processus et résultats des soins de santé, mais en raison des limitations (nombre restreint d'études, taille des échantillons, problème de conceptualisation et de mesure de la collaboration...) il est difficile de tirer des conclusions généralisables sur les éléments clés de l'IPC et de son efficacité. Ces études devraient inclure des méthodes qualitatives pour donner un aperçu de la façon dont les interventions affectent la collaboration et comment le fait d'améliorer la collaboration contribue à changer les résultats.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé. Il s'agit de l'intercollaboration professionnelle (IPC) et de son impact (positif) sur les soins de santé. L'IPC implique un accord négocié entre les professionnels, qui valorise l'expertise et les contributions que les différents professionnels de la santé apportent aux soins des patients. L'IPC entre 2 professionnels amène des questions telles que la problématique de la dynamique de pouvoir, les pauvres modes de communication, les manques de compréhension des rôles et responsabilités de soi-même et des autres et des conflits dus à diverses approches de soins au patient.</p> <p>Une recension des écrits a été entreprise et nous amène les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les problèmes avec l'IPC peuvent avoir différents effets sur les soins de santé. • Dans une étude sur les équipes interprofessionnelles en Suède, les professionnels de la santé ont identifié des problèmes avec l'IPC, tels qu'un impact négatif sur les soins au patient (Kvarnstrom 2008) • Des études menées aux Etats-Unis et au Canada ont documenté l'impact des problèmes de communication sur les processus de travail et la sécurité des patients en chirurgie (Lingard 2004 ; Williams 2007). <p>La recherche dans le domaine de l'IPC est compliquée à cause de l'utilisation de termes variés tels que : collaboration, communication, coordination et travail d'équipe. Oxman (2008) a révélé plus de 40 définitions distinctes de la coordination des soins, mais toutes partagent des éléments clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication de nombreux participants à la coordination des soins • Nécessité de la coordination • Importance que les participants aient une connaissance de leurs rôles propres et de ceux des autres • Importance de l'échange d'informations
Recension des écrits	<p>Une <u>intervention IPC</u> est une intervention qui implique des membres de plus d'une profession de la santé ou du social qui interagissent ensemble avec le but explicite d'améliorer la collaboration interprofessionnelle.</p> <p>Dans une revue actuelle de la portée du champ interprofessionnel, 3 types d'interventions interprofessionnelles ont été délimités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation interprofessionnelle • La pratique interprofessionnelle • L'organisation des interventions interprofessionnelles <p>Cette revue se concentre sur les interventions de pratique interprofessionnelle, également appelées interventions d'IPC basées sur la pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une intervention de pratique interprofessionnelle prévoit le développement d'un outil ou d'une routine pour améliorer l'IPC • Une revue se concentrant uniquement sur les interventions d'IPC a été récemment mise à jour (Reeves 2008)
Cadre de recherche	

	<ul style="list-style-type: none"> • Une revue sur l'organisation des interventions interprofessionnelles visant à améliorer l'IPC devrait faire l'objet d'une revue future. <p>Une intervention <u>d'éducation interprofessionnelle</u> se produit lorsque les membres de plus d'une <u>profession de la santé</u> ou du <u>social apprennent</u> interactivement ensemble, dans le but explicite d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et / ou la <u>santé / bien-être des patients</u>. L'apprentissage interactif nécessite la participation active des apprenants et des échanges actifs entre les apprenants des différentes professions (Reeves, 2008). La gestion de cas est une intervention visant à améliorer la coordination des soins grâce à la création de la coordination comme une tâche spécifique déléguée par le fournisseur de soins principal.</p> <p>Le but de la revue est énoncé de façon claire et concise → Il s'agit de synthétiser l'évidence des études randomisées contrôlées sur les interventions de collaboration interprofessionnelle basées sur la pratique afin d'informer une telle prise de décision. Cette revue est une mise à jour d'une revue sur la collaboration entre infirmières et médecins (Zwarenstein 2000) et avec l'intérêt croissant pour cette question, il est opportun à la fois de la mettre à jour et de la réviser pour inclure tous les professionnels de la santé.</p> <p>Les recherches documentant les problèmes dans l'IPC et les effets sur les soins de santé et sur les résultats au patient s'accumulant, il est important de comprendre l'efficacité des interventions visant à améliorer l'IPC et les soins de santé. Les Gouvernements du monde entier mettent en place des changements importants et investissent des ressources importantes pour améliorer la collaboration entre les professionnels de la santé. Idéalement, ces décisions devraient être fondées sur des preuves de l'efficacité de ces approches (étant donné qu'elles impliquent des ressources importantes).</p> <p>L'objectif est d'évaluer l'impact des interventions basées sur la pratique visant à modifier l'IPC, comparativement à aucune intervention ou à une intervention de remplacement, sur un plusieurs des résultats suivants : satisfaction des patients et/ou efficacité et efficience des soins de santé fournis et/ou le degrés d'IPC atteint.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Type d'étude → La revue originale Cochrane comprend à la fois des RCTs et des devis avant / après (CBA). Dans cette revue, les auteurs ont inclus uniquement les RCTs afin d'avoir l'évidence la plus rigoureuse des effets de l'IPC basée sur la pratique.</p> <p>Type d'échantillons → La revue Cochrane se basait sur la collaboration infirmières-médecins. Ici, les auteurs ont élargi le focus pour inclure les études qui visent à améliorer la collaboration entre différents types de professions de la santé et du social. Ils ont élargi le focus afin de reconnaître les contributions des professions variées et leurs rôles potentiellement importants dans la collaboration des soins de santé. Cette approche plus large est le reflet des développements en cours dans la recherche, la pratique et la politique dans ce domaine (Glasby 2008).</p>
Considérations éthiques	Il n'y a pas de considérations éthiques explicites étant donné que c'est une revue de littérature.
Devis de recherche	→ Revue systématique (mise à jour).

<p>Conduite de la recherche</p>	<p><u>Type de mesure des résultats</u></p> <p>Résultats principaux d'intérêt : mesurés objectivement ou reportés (instrument validé) par les mesures de santé des patients (tels que la mortalité, l'incidence de la maladie, la durée ou le taux de guérison), la qualité des mesures de la vie et les taux de complications ; et / ou les résultats / processus de soins de santé, tels que les taux de réadmission, les taux d'observance, la continuité des soins, l'utilisation des ressources et / ou la satisfaction du patient ou de sa famille.</p> <p>Résultats secondaires d'intérêt : mesure de l'IPC objectivement mesurée ou autodéclarée.</p> <p><u>Méthode de recherche pour l'identification des études</u></p> <p>Pour la revue originale, les auteurs ont cherché dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Cochrane Library • The EPOC register • MEDLINE <p>Pour cette mise à jour, ils ont modifié la stratégie de recherche de la précédente revue Cochrane pour inclure tous les types de professionnels de la santé et du social et uniquement des RCTs. Ils ont adapté la stratégie de recherche modifiée à MEDLINE ET CINHAL et ont cherché chaque base de données jusqu'à 2007. Les stratégies de recherches (mots-clés etc.) sont présentées sous forme d'appendices.</p> <p>La recherche a apporté un total de 1128 résumés (421 de EPOC, 510 de MEDLINE et 197 de CINHAL).</p> <p>Les auteurs ont également fait une recherche manuelle dans le journal de soins interprofessionnels (1999 à 2007) et référencé les listes des études incluses.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Au moins 2 des 3 auteurs ont examiné indépendamment chacun des 128 résumés récupérés dans les recherches pour identifier tous ceux qui contenaient tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Une intervention IPC basée sur la pratique a eu lieu • 2. La pratique interprofessionnelle, les processus de soins, la santé du patient ou la satisfaction des résultats par le patient ou la famille ont été reportés • 3. L'intervention était évaluée en utilisant un devis RCT <p>77 études pouvaient potentiellement rencontrer ces critères (17 de EPOC, 44 de MEDLINE et 16 de CINHAL). Les auteurs ont ensuite obtenu les textes complets des articles sélectionnés. Au moins 2 des 3 auteurs ont évalué indépendamment chaque article en texte intégral afin de voir si il correspondait aux critères. Le 3^{ème} auteur a examiné tous les articles inclus.</p>

Analyse des données

Gestion et extraction des données

Les auteurs ont ressortis les informations suivantes des études sélectionnées :

1. Cadre de l'étude (pays, établissement de soins santé)
2. Types de participants à l'étude
3. Description de l'intervention collaborative
4. Description de toutes autres interventions
5. Principales mesures de résultats
6. Résultats pour les principales mesures de résultats
7. Toute information supplémentaire susceptible d'affecter les résultats

Ils ont utilisé les critères de qualité recommandés par EPOC pour évaluer le risque de partialité de toutes les études incluses dans l'analyse. Pour évaluer le risque de partialité des RCTs, les auteurs ont utilisé des critères tels que la dissimulation de la répartition, le suivi des professionnels etc.

Ils ont attribué une note de qualité globale à chaque étude.

- Haute taux de qualité si tous les critères ont été évalués comme fait (ou non applicable)
- Taux de qualité modéré si 1 ou 2 des critères n'a pas été fait ou était imprécis.
- Faible taux de qualité si 3 critères ou plus n'ont pas été faits ou étaient peu clairs.

Un auteur a évalué le risque de biais des études incluses.

Synthèse des données

Idéalement, les auteurs auraient mené une méta-analyse d'étude des résultats pour cette étude, mais ceci n'a pas été possible en raison du faible nombre d'études incluses et des différences de méthodologies et de résultats entre les études. Les résultats sont présentés sous un format narratif.

RESULTATS

Les résultats sont présentés sous forme narrative et classés par catégories :

Description des études

4 études ont comparé une intervention à un groupe témoin qui n'a reçu aucune intervention, tandis que la 5ème étude a comparé 2 types d'interventions interprofessionnelles. Les études ont été classées en 3 types d'interventions interprofessionnelles basées sur la pratique :

- Rondes interprofessionnelles
- Réunions interprofessionnelles
- Audits interprofessionnels externes facilités

Toutes les études ont rencontré le premier type de critère de mesure des résultats mesurés objectivement ou auto-reportés (instrument validé) par un patient ou un processus de soins de santé. Bien que le résultat secondaire, la collaboration interprofessionnelle, a été évalué dans certaines études, il y a eu des limitations avec les méthodes utilisées et donc les auteurs n'ont reporté les résultats que d'une seule étude.

Présentation des résultats

Rondes interprofessionnelles

Curley 1998 a examiné les effets de rondes interdisciplinaires quotidiennes dans les services d'un hôpital de soins de courte durée aux Etats-Unis. 3 services ayant mis en œuvre une ronde interdisciplinaire ont été comparés au groupe témoin composé de 3 autres services qui ont continué des rondes traditionnelles. Les membres des équipes comprenaient des stagiaires et résidents en médecine, du personnel infirmier, des pharmaciens, des assistants sociaux etc. Les données des patients ont été recueillies à partir du système d'administration et de facturation de l'hôpital pour examiner la durée et les charges du séjour à l'hôpital.

Wild 2004 a étudié les effets de rondes interdisciplinaires quotidiennes dans une unité de télémétrie d'un hôpital communautaire aux Etats-Unis. 42 patients ont été randomisés pour une équipe médicale qui a effectué des rondes interdisciplinaires (passage de 2-5mn des médecins, infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes et diététiciennes afin de discuter avec chaque patient et d'identifier / traiter les problèmes possibles) quotidiennes et 42 patients étaient randomisés pour une équipe médicale fournissant des soins de routine.

Rencontres interprofessionnelles

Schmidt 1998 a évalué l'impact des réunions de l'équipe multidisciplinaire sur la qualité et la quantité de médicaments psychotropes prescrits dans des homes. Dans 15 homes, un pharmacien a aidé à organiser des réunions d'équipe ayant lieu 1 fois par mois sur 12 mois. Les participants aux réunions étaient médecins, pharmaciens, infirmières et aides infirmières. Tous ont été invités à participer

aux discussions sur l'utilisation des médicaments des résidents.

Wilson 2004 a comparé des audioconférences multidisciplinaires et des videoconférences multidisciplinaires avec une équipe qui a travaillé à 2 hôpitaux de 16km de distance en Australie. L'équipe des membres participants se composait de médecins spécialistes du personnel, de registraires médicaux, d'infirmières, d'ergothérapeutes etc. Les patients ont été assignés au hasard à un groupe d'audioconférence ou de vidéoconférence (50 patients dans chaque groupe). Le nombre moyen de membres de l'équipe sur les 2 sites était de 3 et 5.4 sur la durée de l'étude. A chaque session de conférence, les audioconférences étaient menées avant les vidéoconférences par la même équipe multidisciplinaire. Les mesures examinées étaient : Le nombre de conférence par patient, la durée moyenne de la conférence, le nombre d'occasions de service (soins infirmiers et paramédicaux) et l'enregistrement de la communication pour chaque épisode de soin du patient.

Audit interprofessionnel externe facilité

Cheater 2005 était une évaluation visant à améliorer l'audit multidisciplinaire dans les soins de santé secondaires. 22 équipes multidisciplinaires de 5 hôpitaux de soins aigus au Royaume-Uni ont participé. Groupe d'intervention : 11 équipes avec 77 participants. Groupe témoin : 11 équipes avec 64 participants. Chaque équipe était composée d'infirmières, médecins et autres (physiothérapeutes, pharmaciens etc). Une gamme de spécialités (chirurgie, médecine, néphrologie...) était représentée. Après avoir participé à un atelier de 2 jours sur les compétences, les facilitateurs externes ont facilité 5 réunions pour chacune des équipes multidisciplinaires randomisées à l'intervention, sur une période de 6 mois.

Risque de biais des études incluses

Sur les 5 études, 1 seule a été qualifiée de « haute qualité » (Schmidt 1998) et 4 ont été qualifiées de « qualité modérée » (Cheater 2005 ; Curley 1998 ; Wild 2004 ; Wilson 2004).

Effets des interventions

- Rondes interprofessionnelles → L'étude de **Curley 1998** a révélé des différences pour la durée du séjour et les coûts pour les patients dans le groupe interdisciplinaire par rapport au groupe de soins traditionnels. **Wild 2004** n'a trouvé aucune différence sur la durée du séjour à l'hôpital entre le groupe expérimental qui a participé aux rondes interdisciplinaires et le groupe témoin.
- Rencontres interprofessionnelles → Dans l'étude de **Schmidt 1998**, les résultats ont montré qu'après 12 mois de réunions d'équipes dans les maisons expérimentales, le nombre moyen de médicaments prescrits dans les homes expérimentaux étaient le même avant et après l'intervention et a augmenté de 7% dans les homes de contrôle. L'utilisation d'hypnotiques non recommandés a diminué de 37% dans les homes expérimentaux comparé à 3% dans les homes de contrôle. Pas de changements dans la pres-

	<p>cription d'anxiolytiques dans les homes expérimentaux et une augmentation de 7% dans les homes de contrôle. Les médicaments antidépresseurs non recommandés ont diminué de 59% dans les maisons expérimentales et de 34% dans les maisons de contrôle. Dans l'étude de Wilson 2004, le nombre moyen d'audioconférences détenues par patient était supérieur au nombre moyen de vidéoconférences. Réduction de la durée moyenne du traitement du groupe de vidéoconférence comparé au groupe d'audioconférence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audit interprofessionnel externe facilité → Dans Cheater 2005, la participation au programme d'intervention était associée à une augmentation de l'activité d'audit, avec 9 des 11 équipes ayant déclaré des améliorations aux soins et 7 équipes qui terminent le cycle d'audit complet. La majorité des équipes dans le groupe contrôle n'a fait aucun progrès avec l'audit et seulement 2 équipes ont entrepris une première collecte de données et mis en œuvre des changements.
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p><u>Résumé des principaux résultats</u> → Des rondes interdisciplinaires quotidiennes aux patients hospitalisés dans les services médicaux dans un hôpital de soins de courte durée ont eu un impact positif sur la durée du séjour et le total des charges (Curley 1998). Dans l'étude de Wild (2004), il est suggéré que les résultats négatifs pourraient être dus au fait que la plupart des patients étaient stables, à faibles risques de complications et peut-être en meilleure santé globale, de sorte que les rondes interdisciplinaires n'ont fourni aucun avantage supplémentaire.</p> <p><u>Exhaustivité et applicabilité</u> → Le petit nombre des études et les limites méthodologiques empêchent des conclusions définitives. Cette revue n'a pas identifié de RCT dans les soins de santé primaires ou les soins chroniques ; La littérature contient des études au sujet de la collaboration interprofessionnelle dans ces contextes, mais aucune RCT. Il est nécessaire d'avoir d'autres RCT afin de fournir un meilleur aperçu de l'efficacité de ces interventions avec divers groupes cibles et par rapport à des domaines cliniques. Au final, les auteurs savent peu de choses sur les processus de collaboration et la façon dont ils ont contribué à des changements dans les processus de soins de santé et les résultats aux patients.</p> <p><u>Qualité des données</u> → Il y avait des limites à la qualité des preuves (ex : petits échantillons ou manque d'un groupe témoin dans une des études). La collaboration interprofessionnelle n'a pas été bien examinée dans les études.</p> <p><u>Biais potentiels</u> → Les auteurs n'ont aucun intérêt professionnel ou personnel à savoir si cette revue démontre ou non les avantages des interventions basées sur la collaboration interprofessionnelle.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><u>Implication pour la pratique</u> → Le petit nombre d'études incluses dans cette analyse montre que les interventions basées sur la pratique visant à améliorer la collaboration grâce à des changements de pratique peuvent améliorer les soins de santé et les résultats aux patients. Cependant, le petit nombre d'études utilisées ne permettent pas de dire que ces résultats sont prouvés, mais plutôt prometteurs.</p> <p>Les auteurs recommandent que les interventions d'IPC fondées sur la pratique soient mises en œuvre dans le cadre d'études d'évaluation rigoureuse, jusqu'à que de nouvelles preuves de recherches permettent la mise en œuvre généralisée de telles interven-</p>

tions.

Implication pour la recherche → Bien que ce domaine de recherche se développe, des études multi-méthodes de haute qualité sont requises. Il est recommandé que les futures études randomisées aient une orientation claire et explicite sur l'inter collaboration professionnelle et des périodes d'accoutumance plus longues.

Recommandations → Les recherches futures devraient également se concentrer sur les conceptualisations et la mesure de la collaboration. Bien qu'il existe certaines échelles de mesure de la collaboration, il y a des limites à leur validité, fiabilité et mesures.

Des méthodes quantitatives et qualitatives devraient être utilisées dans les études simples pour améliorer notre compréhension de la façon dont les interventions s'adressent à la collaboration, la nature des changements par rapport à la collaboration qui se produit et comment ils mènent aux résultats obtenus.

10.5 Appendices E

10.5.1 Appendice E.1 : tableau de classification des résultats selon modèle des six niveaux inspiré de Hammick (2009)

Niveaux	Résultats des différents articles
<p>Niveau 1 (réactions)</p>	<p>Résultats positifs</p> <ul style="list-style-type: none"> EIP = Stratégie d'enseignement bénéfique pour toutes les professions de la santé (Gough et al., 2012) <p>Résultats nuls</p> <ul style="list-style-type: none"> La composition des étudiants dans les modules ou la dynamique de pouvoir entre les professionnels peuvent influencer négativement l'apprentissage (Olson & Bialocerkowski, 2014) Résultats nuls au niveau des changements d'attitudes / perceptions de l'EIP (Lapkin et al., 2013 ; Tsakitzidis et al., 2015) <p>Résultats négatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> L'attitude des participants peut se détériorer au cours du module d'éducation, ce qui peut influencer la mise en pratique de leurs connaissances (Hammick et al., 2007)
<p>Niveau 2a (modification des perceptions et attitudes)</p>	<p>Résultats positifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Amélioration des attitudes (Gough et al., 2012 ; Lapkin et al., 2013 ; Olson & Bialocerkowski, 2014) Amélioration de la confiance en soi (Gough et al., 2012 ; Kent & Keating, 2015) Changements de comportements par rapport aux autres professionnels (Hammick et al., 2007 ; Hawkes et al., 2013) Reconnaissance de ses propres limites (Kent & Keating, 2015) Amélioration de l'identité professionnelle (McGettigan & McKendree, 2015) Changement des perceptions face aux autres professionnels (Hawkes et al., 2013 ; Neill et al., 2007) Meilleure conscience de la contribution et de l'expertise de chaque profession (Neill et al., 2007) <p>Résultats mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> Changements d'attitudes positifs par rapport à l'EIP uniquement chez les étudiants infirmiers (Lapkin et al., 2013) Changements de perceptions et attitudes ont plus tendance à démontrer des résultats mixtes que positifs. Il est difficile de changer les attitudes et perceptions des étudiants au cours d'un module d'éducation (Hammick et al., 2007). <p>Résultats nuls</p> <ul style="list-style-type: none"> Pas de changements des étudiants dans l'attitude d'équipe ou dans les préférences d'équipe (Kent & Keating, 2015)

	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats nuls pour les résultats sur la confiance en soi des étudiants (Kent & Keating, 2015) • Pas de différences concernant la perception des infirmières ayant suivi un module IPE ou non au sujet de comment leur formation les avait préparées à gérer des patients gravement malades (Wilhelmsson et al., 2013)
<p>Niveau 2b (acquisition de connaissances et compétences)</p>	<p>Résultats positifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la communication (Gough et al., 2012 ; Kent & Keating, 2015 ; Slater L. et al., 2012 ; Wilhelmsson et al., 2013) • Amélioration des connaissances (générales, rôle propre, rôle des autres professions) (Gough et al., 2012 ; Kent & Keating, 2015 ; Olson & Bialocerkowski, 2014 ; Tsakitzidis et al., 2015) • Amélioration du leadership et du travail en équipe des étudiants (Gough et al., 2012 ; McGettigan & McKendree, 2015 ; Reeves et al., 2010 ; Slater L. et al., 2012 ; Tsakitzidis et al., 2015) • Meilleure orientation des patients vers les autres professionnels de la santé (Hallin et al., 2011) • Réflexion sur le rôle des autres professions (Gough et al., 2012 ; Tsakitzidis et al., 2015) • Amélioration de la gestion des ttt (Hawkes et al., 2013) • Facilitation d'une collaboration efficace (Hawkes et al., 2013 ; Kent & Keating, 2015) • Intégration des connaissances (Kent & Keating, 2015 ; Tsakitzidis et al., 2015) • Compétences pratiques (Kent & Keating, 2015 ; Reeves et al., 2013c ; Slater L. et al., 2012) • Compétences cliniques (Kent & Keating, 2015 ; Tsakitzidis et al., 2015) • Amélioration de l'habileté à prendre des décisions (Lapkin et al., 2013) • Amélioration de la compréhension au sujet du travail interprofessionnel (McGettigan & McKendree, 2015) • Meilleure résolution de problèmes (Tsakitzidis et al., 2015) • Les participants à l'EIP interagissent mieux avec les patients et ont des questions plus complètes par rapport aux traitements (par exemple) (Hammick et al., 2007) • Etudiants EIP plus à l'aise dans la pratique car acquis connaissances → Meilleures explications aux patients (Hammick et al., 2007) <p>Résultats mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats mixtes sur l'amélioration de la communication interprofessionnelle (Lapkin et al., 2013) • Résultats mixtes dans l'acquisition de connaissances au sujet de l'EIP (Lapkin et al., 2013) <p>Résultats nuls</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun changement significatif dans le travail en équipe avec des étudiants non volontaires à ces modules (Kent & Keating, 2015) • Effets nuls dans la connaissance des rôles entre les professionnels (Kent & Keating, 2015) • Résultats nuls dans l'acquisition de compétences (Kent & Keating, 2015) • Aucune différence dans le taux d'identification des victimes de violences conjugales (Reeves et al., 2013c) • Aucune différence entre les groupes d'intervention et les groupes contrôle par rapport à la reconnaissance des symptômes dépressifs (Reeves et al., 2010, 2013c)

	<p>Résultats négatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les scores sur l'identité professionnelle ont diminué de manière significative (McGettigan & McKendree, 2015)
<p>Niveau 3 (changements de comportements)</p>	<p>Résultats positifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réflexion sur le rôle propre (Gough et al., 2012) • Augmentation de la sensibilisation sociale ou culturelle (Kent & Keating, 2015) • Augmentation des approches centrées sur le patient (Kent & Keating, 2015 ; McGettigan & McKendree, 2015 ; Reeves et al., 2013c) • Augmentation du partage dans les équipes (Reeves et al., 2013c) • Mieux préparés à travailler en équipes (Wilhelmsson et al., 2013) <p>Résultats mixtes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats mixtes par rapport à la conscience sociale et culturelle (Kent & Keating, 2015) <p>Résultats nuls</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les relations entre étudiants en soins infirmiers, médecine et pharmacie n'ont pas changé après les interventions EIP (Hawkes et al., 2013). • Pas de différence au niveau de la collaboration entre les participants (Reeves et al., 2013c) • Pas de différence en ce qui concerne l'intérêt pour la recherche et le fait de travailler de manière préventive (Wilhelmsson et al., 2013) • Pas de changement dans la prescription d'anxiolytique dans les homes (Zwarenstein et al., 2009)
<p>Niveau 4a (changements dans l'organisation pratique)</p>	<p>Résultats positifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de scénario fait que les étudiants sont mieux préparés à traiter une situation complexe concrète (Gough et al., 2012) • Amélioration de la pratique clinique globale (Hammick et al., 2007 ; Reeves et al., 2010) • Amélioration du fonctionnement des services (Hammick et al., 2007) • Amélioration de la gestion du temps (Kent & Keating, 2015) • Augmentation de l'autonomie (Kent & Keating, 2015) <p>Résultats nuls</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de différences significatives au niveau de l'impact de l'EIP sur l'équipe (McGettigan & McKendree, 2015)
<p>Niveau 4b (bénéfices pour les patients/clients)</p>	<p>Résultats positifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la participation des patients aux décisions de soins (Hallin et al., 2011) • Augmentation de la satisfaction des patients au sujet des informations reçues quant au RAD et/ou traitements et/ou globale (Hallin et al., 2011 ; Hammick et al., 2007 ; Reeves et al., 2010) • Meilleure prise en compte globale du patient à domicile → Vision globale (Hallin et al., 2011) • Meilleure perception de la qualité des soins (Hallin et al., 2011 ; Kent & Keating, 2015) • Amélioration des résultats cliniques sur le diabète (Reeves et al., 2013c) • Amélioration de la qualité des soins (Hallin et al., 2011 ; Reeves et al., 2013c) • EIP = Méthode efficace pour améliorer la prévention des maladies (Hammick et al., 2007 ; Reeves et al., 2013c) • Baisse de la mortalité des prématurés (situations complexes)

(Hammick et al., 2007)

- Réduction des erreurs médicales (Hammick et al., 2007)
- Amélioration de la sécurité des patients (Slater L. et al., 2012)
- Diminution de la durée des séjours et diminution des coûts de la santé (Zwarenstein et al., 2009)
- Diminution de la prescription d'antidépresseurs et d'hypnotiques dans les homes (Zwarenstein et al., 2009)

Résultats nuls

- Le programme de formation sur les compétences de communication n'a pas amélioré les scores de satisfaction des patients (Reeves et al., 2010)
- Aucun changement au niveau du taux de chute dans les maisons de retraite (Reeves et al., 2013c)
- Aucune différence dans la durée du séjour en réadaptation suite à un AVC (Reeves et al., 2013c)
- Pas d'amélioration de la satisfaction des patients entre les groupes d'intervention et de contrôle (Reeves et al., 2013c)
- Pas d'amélioration des résultats des patients déprimés (Reeves et al., 2010, 2013c)
- Pas de différence dans la durée du séjour à l'hôpital (Zwarenstein et al., 2009)